

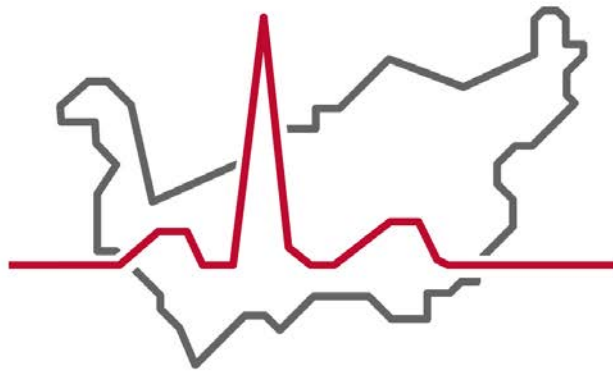


Grand Conseil
CEP - RSV

Grosser Rat
PUK - GNW

**CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS**

COMMISSION D'ENQUÊTE PARLEMENTAIRE SUR LE RÉSEAU SANTÉ VALAIS



Hôpital du Valais
Spital Wallis

RAPPORT FINAL

Session de mai 2015



LISTE DES ABRÉVIATIONS

CDS :	Conférence des directeurs de la santé
CEP-RSV :	Commission d'enquête parlementaire sur le Réseau Santé Valais
CHOP :	Classification suisse des opérations
CHVR :	Centre hospitalier du Valais Romand
CIMHS :	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
COGEST :	Commission de gestion du Grand Conseil
CSPQS :	Commission pour la sécurité des patients et la qualité des soins
CSPS :	Commission de surveillance des professions de la santé
DFIS :	Département des finances, des institutions et de la santé
DSSC :	Département de la santé, des affaires sociales et de la culture
FHF :	Fédération Hospitalière de France
HRC :	Hôpital Riviera-Chablais
HVS :	Hôpital du Valais
ICHV :	Institut central des hôpitaux valaisans
LAMal :	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LEIS :	Loi sur les établissements et institutions sanitaires
LGCAF :	Loi sur la gestion et le contrôle administratifs et financiers du canton
LOCRP :	Loi sur l'organisation des conseils et les rapports entre les pouvoirs
LS :	Loi sur la santé
MHS :	Médecine hautement spécialisée
MHS_{cv} :	Médecine hautement spécialisée en chirurgie viscérale
OAMal :	Ordonnance sur l'assurance maladie
RSV :	Réseau Santé Valais
SZO :	Centre hospitalier du Haut-Valais

SOMMAIRE

	Page
1. INTRODUCTION	6
1.1 Composition de la CEP-RSV	6
1.2 Mandat confié à la CEP-RSV.....	6
1.3 Organisation de la CEP-RSV.....	7
1.4 Bases légales.....	8
1.5 Méthode de travail.....	8
2. GÉNÉRALITÉS	9
2.1 Rôles de l'Etat et des établissements sanitaires dans le développement de la qualité des soins et de la sécurité des patients	9
2.1.1 Planification hospitalière	9
2.1.2 La surveillance, une mission essentielle.....	11
2.1.3 Financement	13
2.2 L'Hôpital du Valais	15
2.2.1 La création et l'évolution du Réseau Santé Valais	15
2.2.2 La composition de l'Hôpital du Valais	15
2.2.3 L'organisation de l'Hôpital du Valais.....	16
2.2.4 L'organisation des soins à l'Hôpital du Valais.....	17
3. AFFAIRES LITIGIEUSES	19
3.1 Chronologie depuis l'affaire Savioz.....	19
3.2 Actions après le rapport Clavien/Scheidegger, le rapport COGEST, le rapport FHF, le rapport interne de l'HVS et le rapport Houben.....	31
3.2.1 Description	31
3.2.2 Dysfonctionnements identifiés	32
3.2.3 Recommandations	33
4. MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE (MHS).....	35
4.1 Description	35
4.1.1 Planification.....	35
4.1.2 Activités de l'HVS.....	35
4.1.3 Coûts – recettes – résultat 2011/2012/2013 de l'HVS.....	37
4.2 Analyse 37	
4.2.1 Dysfonctionnements identifiés	37
4.2.2 Recommandations	41
5. GOUVERNANCE	43
5.1 Généralités.....	43

5.2	Le Conseil d'Etat et le Département de la santé	44
5.2.1	Dysfonctionnements identifiés	44
5.2.2	Recommandations	46
5.3	Le Service de la santé publique	47
5.3.1	Dysfonctionnements identifiés	47
5.3.2	Recommandations	48
5.4	Le Conseil d'administration de l'HVS	49
5.4.1	Dysfonctionnements identifiés	49
5.4.2	Recommandations	50
5.5	La Direction générale de l'HVS	51
5.5.1	Dysfonctionnements identifiés	51
5.5.2	Recommandations	54
5.6	Les Directions de centres.....	55
5.6.1	Dysfonctionnements identifiés	56
5.6.2	Recommandations	58
6.	ASPECTS PARTICULIERS SUR L'ORGANISATION GÉNÉRALE DE L'HVS	59
6.1	Structure de l'HVS.....	59
6.1.1	Bases légales et conséquences	59
6.1.2	Organisation	59
6.1.3	Analyse	60
6.1.3.1	Organisations actuelles.....	60
6.1.3.2	Organisations alternatives	61
6.1.4	Recommandations	61
6.2	Bilinguisme.....	62
6.2.1	Bases légales et conséquences	62
6.2.2	Analyse	63
6.2.3.	Recommandations	64
6.3	Urgences.....	65
6.3.1	Analyse	65
6.3.2	Recommandations	65
6.4	La garde en cardiologie.....	65
6.4.1	Dysfonctionnements identifiés	66
6.4.2	Recommandations	67
6.5	Transferts inter-hospitaliers.....	67
6.5.1	Analyse	67
6.5.2	Recommandations	68
7.	QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS	69
7.1	L'organisation interne.....	69

7.1.1	Dysfonctionnements identifiés	71
7.1.2	Recommandations	72
7.2	L'Observatoire valaisan de la santé	72
7.2.1	Dysfonctionnements identifiés	73
7.2.2	Recommandations	73
7.3	Alertes données par des tiers (lanceurs d'alerte)	73
7.3.1	Responsabilités	75
7.3.2	Recommandations	75
8.	COMMUNICATION	76
8.1	Communication institutionnelle	76
8.1.1	Dysfonctionnements identifiés	77
8.1.2	Recommandations	77
8.2	Communication avec le patient	77
8.2.1	Dysfonctionnements identifiés	77
8.2.2	Recommandations	78
9.	INVESTISSEMENTS POUR L'INFRASTRUCTURE DE L'HVS	79
9.1	Base légale cantonale actuelle	79
9.2.	Historique	79
9.3	L'examen des structures hospitalières.....	80
9.4	Développement des infrastructures de l'HVS	81
9.5	Partenariat public/privé	82
9.6	Analyse	82
9.7	Recommandations	84
10.	CONCLUSIONS	85
11.	DOCUMENTS JOINTS.....	97

* * *

1. Introduction

Suite à la répétition des affaires qui ont secoué ces dernières années le Réseau Santé Valais (RSV), nouvellement dénommé Hôpital du Valais (HVS), terminologie qui sera utilisée dans le présent rapport, le Grand Conseil a accepté en session de décembre 2013 les motions 7.0013 et 7.0014 ainsi que la résolution 7.0015 déposées lors de la session de septembre 2013. Celles-ci demandaient la création d'une Commission d'enquête parlementaire concernant le RSV (CEP-RSV).

1.1 Composition de la CEP-RSV

Le 12 mars 2014, le Parlement a désigné les membres suivants de ladite commission :

Président	
Xavier Moret	PLR
Vice-président	
Patrick Hildbrand	SVPO
Membres	
Eric Baldini	UDC
Moreno Centelleghé	PLR
Jean-Henri Dumont	AdG/LA
Stéphane Ganzer	PLR
Irmina Imesch-Studer	CSPO
Urs Kuonen	CVPO
Marianne Maret	PDCB
Aron Pfammatter	CVPO
Jean-Didier Roch	PDCB
Michel Rothen	PDCC
Reinhold Schnyder	AdG/LA

1.2 Mandat confié à la CEP-RSV

Le 12 mars 2014, le Parlement a également adopté le cahier des charges de ladite commission.

Ainsi, dans le cadre de son pouvoir d'investigation (art. 133 LOCRP), la CEP-RSV est chargée d'enquêter sur l'organisation et la conduite de l'HVS ainsi que sur la conduite des affaires du Département et du Service de la santé publique en tant qu'autorités de surveillance.

La CEP-RSV examine et analyse :

- l'adéquation de l'appareil législatif et organisationnel permettant aux institutions de disposer des moyens appropriés pour exercer leur mission de surveillance et haute surveillance ainsi que la mise à jour d'éventuels dysfonctionnements;
- la chronologie des faits et les circonstances qui ont mené à des affaires litigieuses (Savioz, Bettschart et autres);
- la mise en œuvre effective des recommandations émises par la COGEST et la FHF dans leurs rapports respectifs en 2011 ainsi que de toutes les interventions acceptées par le Grand Conseil;
- les expertises médicales (rapport Clavien/Scheidegger, expertise Houben) sous l'angle du respect des procédures, les aspects médicaux n'étant pas de la compétence de la CEP-RSV;
- les engagements et mesures pris par le Service de la santé publique, le Département, le Conseil d'Etat et l'HVS ainsi que leur suivi, leur mise en œuvre ou non et toutes explications et responsabilités y relatives;

- f) le lien entre l'offre d'une médecine hautement spécialisée en Valais et les événements mis en cause ainsi que l'opportunité du maintien d'une médecine hautement spécialisée en Valais;
- g) les aspects financiers liés aux investissements de l'HVS.

La CEP-RSV doit notamment répondre aux questions suivantes :

- a) Quels ont été les faits et les processus attestant d'un éventuel dysfonctionnement au sein de l'HVS?
- b) La mise en œuvre des recommandations de la FHF (y compris celles découlant du rapport complémentaire) et de la COGEST a-t-elle été appliquée?
- c) Les différents niveaux de compétences dans les prises de décision sont-ils clairement définis?
- d) En cas de dysfonctionnement, quelles instances portent quelles responsabilités?
- e) Qui assure la mise en œuvre et le suivi des décisions et mesures prises et de quelle manière?
- f) Quelles procédures ont été mises en place pour garantir qu'un deuxième avis soit donné aux patients concernés?
- g) La demande systématique d'un 2^{ème} avis correspond-elle à une exigence de la commission intercantonale de contrôle?
- h) Cette demande systématique se pratique-t-elle dans les établissements hospitaliers hors canton au bénéfice d'un mandat de la MHS?
- i) Est-ce que d'autres mesures découlant de la mise en place d'une vraie assurance qualité ont été mises place pour garantir une meilleure sécurité du patient? Si oui, lesquelles? Si non, pourquoi?
- j) Les processus qualité sont-ils toujours suivis avant chaque intervention dans le domaine de la MHS?
- k) Quels sont les contrôles réalisés par la direction de l'HVS pour assurer le respect des procédures?
- l) Existe-t-il des liens d'intérêt entre des membres du conseil d'administration de l'HVS, des cadres dirigeants et des experts des différents audits?

La CEP-RSV doit en outre :

- a) proposer des solutions durables pour résoudre les problèmes actuels et éviter que ceux-ci ne puissent se reproduire;
- b) émettre de nouvelles recommandations et exiger leur mise en œuvre sous le contrôle de la commission thématique et de la commission de gestion du Grand Conseil;
- c) formuler si nécessaire des propositions pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients;
- d) signaler d'autres pistes de réflexion, d'analyse et tout autre fait digne d'intérêt.

1.3 Organisation de la CEP-RSV

Par rapport au cahier des charges qui lui a été confié, la CEP-RSV a retenu deux axes principaux d'interventions :

- a) le suivi politique des rapports de la Fédération Hospitalière de France (FHF) et de la Commission de gestion du Grand Conseil (COGEST) ainsi que des débats parlementaires de 2011 ;
- b) le suivi politique du fonctionnement de la gouvernance et l'appréciation des conclusions du rapport Houben.

La CEP-RSV a désigné en son sein deux sous-commissions mandatées respectivement pour œuvrer dans chacun de ces deux axes. Elles sont présidées respectivement par MM. Jean-Henri Dumont et Stéphane Ganzer.

Un bureau interne à la CEP-RSV a coordonné les activités des sous-commissions et des membres. Il est composé de M. Xavier Moret (président), M. Patrick Hildbrand (vice-président), MM. Jean-Henri Dumont et Stéphane Ganzer (responsables respectifs des sous-commissions), MM. Eric Baldini et Urs Kuonen (respectivement rapporteurs de langue française et de langue allemande).

Au fur et à mesure de l'avancement des travaux, les éléments ont été traités et entérinés en séance plénière.

1.4 Bases légales

- article 40 alinéas 1 et 2 de la constitution cantonale ;
- articles 28 et 133 ss de la loi sur l'organisation des conseils et les rapports entre les pouvoirs du 28 mars 1996 (LOCRP) ;
- article 21 de la loi sur la gestion et le contrôle administratifs et financiers du canton du 24 juin 1980 (LGCAF) ;
- motions 7.0013 et 7.0014 ainsi que la résolution 7.0015 déposées lors de la session de septembre 2013 ;
- acceptation de ces trois interventions lors de la session du Grand Conseil de décembre 2013 ;
- décision du Grand Conseil du 12 mars 2014.

1.5 Méthode de travail

Afin de réaliser au mieux sa mission, la CEP-RSV a pris connaissance dans un premier temps de différents documents de base, soit son cahier des charges ainsi que les rapports déposés par la FHF, la COGEST, le professeur Houben. Elle a également consulté les débats parlementaires dans les mémoriaux du Grand Conseil et les rapports de la Commission thématique.

Elle a conduit des entretiens préalables avec la Cheffe du Département en charge de la santé, le professeur Houben, le directeur général de l'HVS, les directions des sites hospitaliers, la présidente du collège des médecins-cadres, le président de l'association pour la défense des patients hospitalisés en Valais et différentes personnes ayant sollicité d'être entendues par la CEP-RSV.

En mai 2014, la CEP-RSV a soumis une première série de 58 questions écrites au Département de la santé et de 108 questions écrites à la direction générale de l'HVS. Durant l'été, elle a analysé les nombreux documents obtenus.

La CEP-RSV a conduit une cinquantaine d'entretiens pour étayer, clarifier, compléter les éléments portés à sa connaissance. La CEP-RSV s'est engagée envers les personnes auditionnées à assurer la confidentialité des auditions. Les notes d'entretien ont toutes été soumises à la validation des personnes entendues puis distribuées à tous les membres de la CEP-RSV. Ces notes et les différents documents y relatifs sont archivés au secrétariat de la commission (Inspection des finances). La CEP-RSV a rencontré par ailleurs en début décembre 2014 la Cheffe du Département de la santé, le président ad intérim de l'HVS et son directeur général pour les orienter des dysfonctionnements constatés au niveau de la gouvernance du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR). En février 2015, l'HVS prenait des mesures par rapport à la direction du CHVR.

La CEP-RSV a cherché à poursuivre une même systématique de travail consistant à établir des faits, identifier des risques ou des aspects problématiques puis proposer les recommandations y relatives.

La CEP-RSV a délivré 2 communiqués de presse au courant de ses travaux, l'un traitant du licenciement des anesthésistes en avril 2014 (annexe 1), et l'autre traitant des décisions de l'HVS concernant la direction du CHVR en février 2015 (annexe 2).

Sans compter le soutien logistique du secrétariat de la commission, de la traduction et des services sollicités de l'Etat et de l'HVS, le présent document est le résultat de plus de 1'800 heures de travail, 35 séances du bureau et des sous-commissions et 15 séances plénières de mars 2014 à mars 2015.

2. Généralités

2.1 Rôles de l'Etat et des établissements sanitaires dans le développement de la qualité des soins et de la sécurité des patients

La législation sanitaire valaisanne comprend notamment :

- la loi sur la santé (LS) du 14 février 2008 ;
- la loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) du 12 octobre 2006 et le décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011, qui sont remplacés au 1^{er} janvier 2015 par la LEIS du 13 mars 2014 ;
- la loi sur les soins de longue durée du 14 septembre 2011 ;
- la loi sur l'organisation des secours du 27 mars 1996 ;
- la loi d'adhésion à la Convention intercantonale sur l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais du 10 février 2009 ;
- la loi d'adhésion à la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée du 14 mars 2008 (CIMHS)

et leurs ordonnances respectives en vigueur.

A travers ces lois, le Parlement confère **trois grandes missions** de santé publique au Gouvernement, à savoir :

- la planification : il est chargé de définir la politique sanitaire en mettant en adéquation les besoins de la population et les ressources dans tous les domaines de la santé (hôpitaux, secours, soins de longue durée, promotion de la santé et prévention, etc.) ;
- la surveillance : le Conseil d'Etat contrôle que le fonctionnement des institutions et des professionnels de la santé est conforme à la législation et que la qualité des soins et la sécurité des patients sont garanties ;
- le financement : il alloue les ressources financières nécessaires aux différents secteurs de la santé en fonction des besoins et des moyens.

En confiant ces trois missions au Gouvernement, le législateur lui donne les moyens de garantir à toute la population valaisanne l'accès à un système de santé équitable, de qualité et à un coût acceptable.

2.1.1 Planification hospitalière

2.1.1.1 Planification cantonale - processus évolutif

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 21 décembre 2007 concernant le financement hospitalier a confirmé les compétences dévolues aux cantons en matière de planification hospitalière, en précisant toutefois les procédures et critères y relatifs. Comme le prévoit la nouvelle LAMal, le Conseil fédéral a posé les principes auxquels les cantons doivent se conformer et défini le cadre dans lequel ceux-ci doivent remplir leurs tâches en matière de couverture des besoins en soins hospitaliers (cf. ordonnance sur l'assurance-maladie OAMal, art. 58a et ss).

Selon ces nouvelles dispositions, les cantons doivent déterminer les besoins en soins hospitaliers et leur évolution par une démarche vérifiable en se fondant notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. Une fois les besoins déterminés, chaque canton doit établir sa liste hospitalière. Celle-ci doit comprendre tous les hôpitaux qui sont nécessaires pour couvrir ces besoins, déduction faite des besoins couverts par des établissements hors canton dans le cadre du libre choix de l'hôpital.

La planification hospitalière au sens de la LAMal porte exclusivement sur l'activité hospitalière en milieu stationnaire.

La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) s'est chargée de mettre à disposition les nouveaux outils de planification requis. Avec le

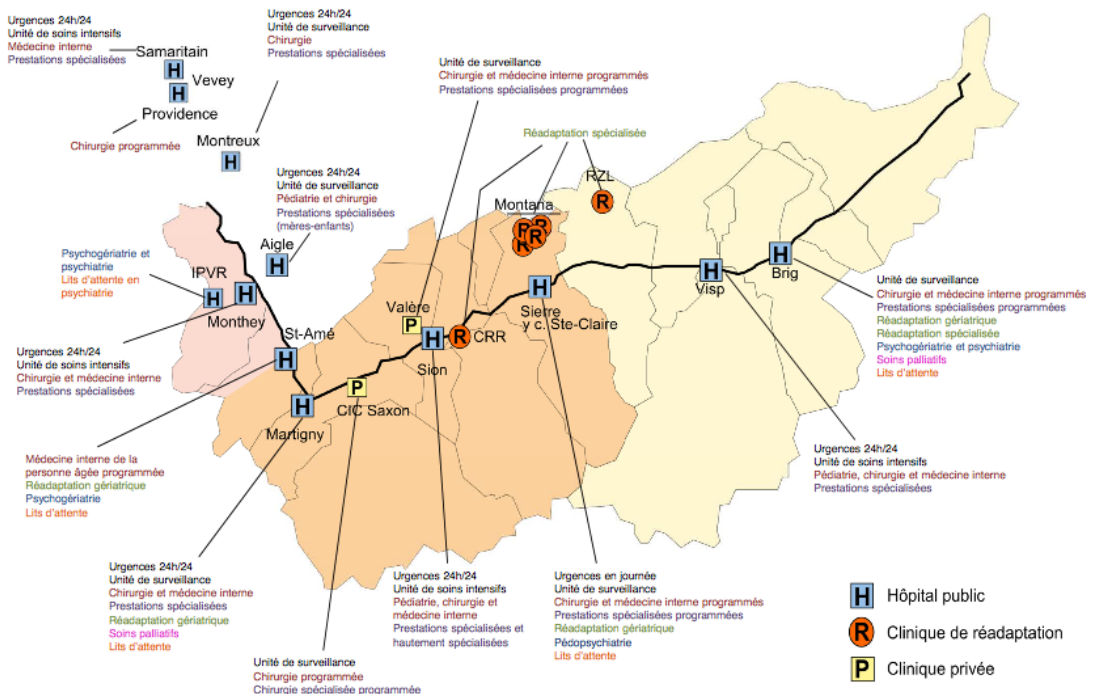
passage à la planification hospitalière liée aux prestations, les mandats de prestations deviennent plus détaillés et portent sur des groupes de prestations spécifiques.

La planification hospitalière est un processus évolutif. Elle nécessitera des adaptations parfois rapides afin de maintenir en tout temps la couverture des besoins en soins hospitaliers des habitants du canton.

Les listes hospitalières 2015 pour les domaines suivants ont été adoptées par le Conseil d'Etat les 24 septembre 2014 et 5 novembre 2014 : réadaptation et soins palliatifs ; psychiatrie ; lits d'attente ; soins somatiques aigus. Elles sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2015, comme l'exige la LAMal.

Cette révision a débuté en septembre 2012 par l'évaluation des besoins en soins de la population valaisanne. Un appel d'offres a ensuite été lancé fin octobre 2013 auprès de tous les établissements hospitaliers du canton. Une évaluation des offres a été faite sur la base des exigences du modèle de planification recommandé par la CDS.

Résumé des prestations intracantonales selon la planification hospitalière 2015



2.1.1.2 Planification intercantonale - Coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée

Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse (art. 39 LAMal, al. 2bis). Afin d'exécuter ce mandat légal, les cantons ont signé le 1^{er} janvier 2009 la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) et se sont ainsi engagés à planifier et attribuer en commun les prestations médicales hautement spécialisées. Au lieu de 26 planifications cantonales, il n'existe de la sorte pour la médecine hautement spécialisée plus qu'une seule planification menée conjointement par tous les cantons. La CIMHS constitue la base légale pour l'attribution des prestations, règle les processus de décision des organes CIMHS et définit les critères auxquels un domaine de prestations doit satisfaire pour relever de la médecine hautement spécialisée au sens de la CIMHS.

La planification commune de la médecine hautement spécialisée est réalisée en vue d'une prise en charge médicale adaptée aux besoins, de haute qualité et économique.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS, les cantons ont déjà pris des décisions d'attribution dans différents domaines partiels de la médecine hautement spécialisée à savoir :

- Chirurgie viscérale MHS (MHScv)
- Oncologie pédiatrique
- Pédiatrie et chirurgie pédiatrique hautement spécialisées
- Neurochirurgie
- Traitement des accidents vasculaires cérébraux
- Prise en charge des blessés graves
- Traitement des brûlures graves chez l'adulte
- Transplantations d'organes solides chez l'adulte
- Implants cochléaires
- Protonthérapie
- Transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques chez l'adulte

L'HVS détient un mandat MHS pour la prise en charge des blessés graves depuis 2011, et, depuis 2014, il s'est vu attribuer quatre mandats provisoires en chirurgie viscérale hautement spécialisée (résection œsophagique, résection hépatique, résection pancréatique et résection rectale profonde).

2.1.2 La surveillance, une mission essentielle

La surveillance du système sanitaire est une tâche essentielle confiée par le Parlement au Gouvernement. Elle doit permettre de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients dans un environnement en constante évolution.

La loi sur la santé du 14 février 2008 fixe le cadre général de la surveillance du système de santé valaisan. La loi sur les établissements et institutions sanitaires règle les dispositions générales de planification et de subventionnement pour tous les établissements et institutions sanitaires (hôpitaux, EMS, CMS, etc.), ainsi que les dispositions spécifiques relatives aux hôpitaux et à l'Hôpital du Valais.

Ces deux textes ont connu de récentes modifications visant notamment à renforcer le contrôle de la qualité du système sanitaire et à en améliorer la surveillance. Ces modifications font écho aux recommandations formulées en 2011 par la Fédération hospitalière de France dans le cadre de son audit de l'Hôpital du Valais et par la COGEST lors de son examen du domaine de la santé publique. Elles ont été adoptées par le Parlement le 13 mars 2014 dans le cadre de la nouvelle loi sur les établissements et institutions sanitaires, qui introduit également des modifications dans la loi sur la santé.

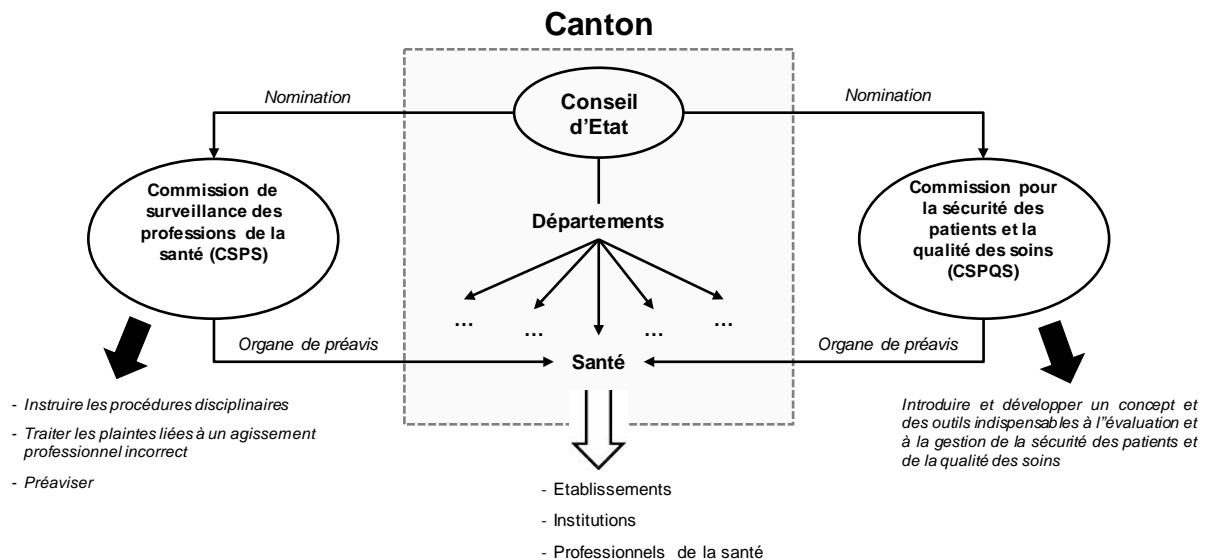
2.1.2.1 La surveillance selon la loi sur la santé (LS)

Selon la loi sur la santé, le Conseil d'Etat exerce la surveillance de l'organisation sanitaire cantonale (art. 5 LS). Cette surveillance s'applique à la fois aux établissements et institutions sanitaires et aux professionnels de la santé. Elle s'exerce essentiellement par la délivrance ou le retrait d'autorisations d'exploiter ou de pratiquer, les contrôles, les inspections, le suivi des indicateurs et la gestion des plaintes.

Pour assurer ses tâches de surveillance, le canton s'appuie entre autres sur une commission consultative de surveillance des professions de la santé (CSPS) nommée par le Conseil d'Etat. Le Département de la santé la consulte en cas de suspicions de violations des dispositions légales par un professionnel de la santé. La CSPS instruit, en toute autonomie, les procédures disciplinaires à l'encontre des professionnels de la santé et rend un préavis au Département. Elle traite les plaintes se rapportant à un agissement professionnel incorrect, une violation d'un droit reconnu aux patients, ou un conflit entre professionnels de la santé (art. 83 LS). En cas de manquements graves au devoir

professionnel, le Département de la santé peut, sur préavis de la commission, limiter ou retirer une autorisation de pratiquer pour des motifs de santé publique (art. 71 LS).

Les tâches de cette commission ne doivent pas être confondues avec celles de la Commission pour la sécurité des patients et la qualité des soins (CSPQS). Alors que la CSPS existait déjà dans la législation antérieure, la CSPQS a été créée par la loi sur la santé de 2008. La CSPQS est chargée d'introduire et de développer, de façon coordonnée, un concept et les outils indispensables à l'évaluation et à la gestion de la sécurité des patients et de la qualité des soins (art. 42 LS).



Suite à l'adoption de la nouvelle LEIS le 13 mars 2014, les dispositions de la loi sur la santé portant sur la surveillance des établissements et institutions sanitaires ont été renforcées. En effet, un nouveau chapitre, intitulé *Obligations des établissements et institutions sanitaires*, a été créé. Il intègre le principe selon lequel tout dysfonctionnement important lié à la prise en charge ou aux droits des patients doit être signalé sans délai au Département de la santé. Ce dernier le soumet pour préavis à la Commission de surveillance des professions de la santé ou à la Commission cantonale pour la sécurité des patients et la qualité des soins (art. 90 al. 2 LS).

Les modifications apportées à la loi sur la santé imposent également aux établissements et institutions sanitaires le respect des standards de sécurité et de qualité reconnus aux niveaux national et international (art. 91bis al. 1 LS). Ces exigences visent en particulier à assurer un nombre de cas suffisant par année (masse critique d'interventions) afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Par ailleurs, les établissements et institutions sanitaires doivent disposer d'une assurance qualité (art. 91ter LS).

2.1.2.2 La surveillance de l'Hôpital du Valais

La surveillance de l'HVS, qui assure 95% des hospitalisations dans le canton, est régie plus spécifiquement par la loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS).

Les missions de surveillance de l'HVS attribuées par le Parlement au Conseil d'Etat et au Département de la santé vont au-delà de ce qui a été prévu pour les autres établissements et institutions sanitaires. Cette particularité vient notamment du fait que le Canton du Valais est à la fois le propriétaire des infrastructures immobilières de l'HVS et l'autorité de surveillance. En tant que propriétaire, les Autorités cantonales compétentes fixent la composition de l'HVS et octroient les cautionnements. En tant qu'autorité de surveillance, le Conseil d'Etat veille au respect de la planification, des conditions de subventionnement ainsi que de la qualité et de l'économicité des prestations.

La LEIS attribue au Grand Conseil la haute surveillance de l'HVS. Le Parlement est chargé de se prononcer, après examen par une commission, sur le rapport annuel de gestion de l'hôpital (art. 37 LEIS).

Le Conseil d'Etat, quant à lui, exerce la surveillance sur l'HVS en contrôlant notamment le respect des conditions liées à l'inscription sur la liste hospitalière, à l'octroi de mandats de prestations (art. 8 et 9 LEIS) et au subventionnement cantonal (art. 14 et 39 LEIS). Il contrôle la mise en œuvre de la planification sanitaire, ainsi que la gestion et les comptes annuels de l'HVS (art. 38 al. 3 LEIS). Cette surveillance se fait par l'intermédiaire du Département de la santé. Elle porte sur le respect du mandat de prestations, des contrats de prestations, du subventionnement et de la qualité des prestations (art. 46 LEIS). A relever que le Département conclut périodiquement des contrats de prestations avec tous les établissements listés (art. 10 LEIS). Le contrat de prestations de l'HVS est articulé sur 3 axes (qualité, économicité et prestations d'intérêt général) et fixe les modalités d'exécution des mandats de prestations qui lui sont attribués par le Conseil d'Etat.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat est chargé de désigner les membres du Conseil d'administration de l'HVS ainsi que son président (art. 29 al. 1 et 38 al. 1 LEIS). Il approuve la nomination du directeur général (art. 30 let. e LEIS). Le choix de l'organe de révision de l'HVS lui incombe également (art. 38 al. 2 LEIS). Le Conseil d'Etat est aussi tenu de prendre position par écrit sur le rapport annuel de gestion de l'HVS avant son examen par le Grand Conseil ainsi que d'approuver les comptes annuels de l'HVS (art. 38 al. 3 et 5 LEIS). Il soumet au Grand Conseil, dans le budget, le montant de la participation financière à accorder à l'HVS (art. 38 al. 4 LEIS).

2.1.2.3 Surveillance de la médecine hautement spécialisée (MHS)

Sur le site de la CDS (www.gdk-cds.ch), on peut lire que le canton d'implantation est responsable de la surveillance et du contrôle de l'exécution des attributions des prestations et des conditions liées à la fourniture de celles-ci. La convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée prévoit que les cantons signataires transfèrent à l'organe de décision MHS leur compétence d'arrêter la liste des hôpitaux pour le domaine de la médecine hautement spécialisée (art. 9). L'organe scientifique MHS a notamment pour tâche de fixer les conditions qui doivent être remplies pour l'exécution d'une prestation MHS (art. 4 al. 3 CIMHS). Sur la base des analyses de l'organe scientifique, l'organe de décision MHS établit la liste des domaines de la médecine hautement spécialisée et des établissements mandatés ; cette liste est périodiquement vérifiée (art. 3, al. 4 et 5 CIMHS). Il n'existe donc pas un vrai organe de contrôle intercantonal ou cantonal mais plutôt un contrôle périodique indirect par l'organe scientifique MHS en vérifiant si les conditions d'attribution sont toujours remplies.

Dans la pratique, les mandats MHS sont attribués pour 2 ou 4 ans. Ils sont donc revus périodiquement par l'organe scientifique MHS afin de vérifier si les conditions d'attribution sont toujours remplies. Une surveillance par le canton siège de l'hôpital n'est pas prévue par la convention intercantonale. Elle s'avèrerait difficilement réalisable, les conditions spécifiques et la récolte des données y relatives étant du ressort de l'organe scientifique MHS.

2.1.3 Financement

Le financement de l'hôpital est à la charge exclusive des assureurs-maladie pour le secteur ambulatoire (financement moniste). Pour le secteur stationnaire, le financement est réparti entre le canton de domicile du patient (55% au moins dès 2017) et les assureurs-maladie (financement dual).

La révision de la LAMal sur le financement hospitalier a mis sur pied d'égalité les établissements privés et publics. Les modifications suivantes ont été introduites au 1^{er} janvier 2012 :

- obligation pour les cantons de participer au financement de tous les établissements (publics et privés) figurant sur la liste du canton de résidence de l'assuré ou celle du canton où se situe l'hôpital (LAMal, art. 41 al. 1bis) ;
- introduction d'une structure tarifaire uniforme au niveau suisse sous la forme de forfaits par cas (LAMal, art. 49 al. 1) ;
- introduction dans les tarifs d'une part destinée à rémunérer l'utilisation des investissements (LAMal, art. 49 al. 3) ;
- participation cantonale à hauteur de 55% au moins (art. 49a al. 2), les cantons dont la moyenne des primes pour adultes est inférieure à la moyenne suisse pouvant atteindre progressivement ce taux d'ici à 2017 (LAMal, dispositions transitoires).

Au 1^{er} janvier 2012, la structure tarifaire SwissDRG a été introduite pour les soins somatiques aigus stationnaires dans toute la Suisse. Chaque hôpital négocie un tarif de base avec les assureurs. Pour déterminer la rémunération, le tarif de base est multiplié par l'indice « casemix » variant selon le type de prise en charge et les prestations consommées. L'introduction de structures tarifaires uniformes au niveau suisse pour la psychiatrie et la réadaptation en milieu stationnaire est en projet. Elles devraient être mises en place d'ici quelques années.

Dès 2012, la rémunération des investissements (intérêts et amortissements) est incluse dans les tarifs relatifs aux prestations en milieu hospitalier stationnaire. La part y relative est déterminée dans le cadre des négociations tarifaires. Auparavant, tous les investissements des hôpitaux publics étaient entièrement à la charge des cantons et ne faisaient pas partie des coûts imputables à charge de l'assurance-maladie.

En ce qui concerne l'ambulatoire hospitalier, la rémunération des investissements est également incluse dans les tarifs, et cela depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, même si cela n'a pas toujours été pris en compte par le passé dans le cadre des négociations tarifaires.

Les prestations d'intérêt général ne font pas partie de la rémunération LAMal. Il appartient aux cantons de déterminer si et dans quelles mesures ils entendent les financer. La LAMal ne donne pas une définition exhaustive de ces prestations. Elle indique (art. 49 al. 3) qu'elles comprennent en particulier :

- le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ;
- la recherche et la formation universitaires.

La LEIS fixe les dispositions d'application du financement LAMal en Valais (art. 12 et 13). Elle prévoit notamment un mécanisme visant à limiter le financement cantonal en cas d'offre excédentaire (art. 13). Elle fixe également les conditions de subventionnement du canton aux établissements et institutions sanitaires (art. 14 à 22). Ces diverses dispositions s'appliquent à tous les établissements hospitaliers situés en Valais. De plus, la LEIS prévoit des conditions spécifiques pour le subventionnement de l'HVS (art. 39).

L'article 21 de la LEIS traite de la question du subventionnement des prestations d'intérêt général. Les services d'urgences ambulatoires, la néonatalogie, le centre de consultation de la mémoire, l'équipe mobile de soins palliatifs, la coordination du don d'organe, la prévention du suicide, la formation universitaire ainsi que la psychiatrie ambulatoire sont actuellement les prestations reconnues d'intérêt général par le Conseil d'Etat pour l'HVS.

2.2 L'Hôpital du Valais

2.2.1 La création et l'évolution du Réseau Santé Valais

Au cours du 20^e siècle, le secteur hospitalier valaisan connaît une forte expansion. Chaque hôpital se développe de manière à pouvoir offrir le maximum de prestations. Cette stratégie de développement accélère l'endettement des hôpitaux. Les communes, associations et/ou fondations propriétaires ne parviennent plus à financer les hôpitaux. Par ailleurs, elle met en danger la qualité des soins et la sécurité des patients, la masse critique de patients par établissement et discipline n'étant pas suffisante pour garantir à chaque opérateur un nombre de cas suffisant.

Pour faire face à cette double problématique, le Canton du Valais entreprend de réduire le nombre de lits de soins somatiques aigus dont le nombre total passe de 1'400 en 1985 à 700 de nos jours. En 1991, il reprend également le service de la dette des hôpitaux (amortissements et intérêts).

Puis, le Parlement décide la création du Réseau Santé Valais (Hôpital du Valais) par voie de décret, le 1^{er} février 2002. Cette nouvelle entité regroupe l'ensemble des hôpitaux publics régionaux, l'Institut central des hôpitaux valaisans et, dès 2007, les établissements d'Etat (Centre valaisan de pneumologie – CVP, Institutions psychiatriques du Valais romand – IPVR). Sa création marque le début d'une nouvelle organisation hospitalière cantonale et la reprise des hôpitaux par le canton.

Le Réseau Santé Valais (Hôpital du Valais) est créé en tant qu'établissement de droit public autonome. Avec l'adoption du décret du 4 septembre 2003, il reçoit la pleine compétence pour diriger et gérer les établissements qui le composent. Le financement des établissements hospitaliers est alors repris par le canton, libérant ainsi les communes d'une participation annuelle de plus de 30 millions de francs (33.5 millions de francs en 2003). Une répartition des disciplines entre les divers hôpitaux est mise en place à partir de 2004 (planification hospitalière). L'objectif est de renforcer la qualité des soins et la sécurité des patients par une plus grande concentration des soins. La prise en charge des cas lourds est regroupée dans les Hôpitaux de Viège, Sion et Monthey. Certaines disciplines sont centralisées à l'Hôpital de Sion (chirurgie thoracique, pneumologie, néonatalogie) venant compléter celles déjà centralisées depuis 1996 (chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, neurochirurgie spécialisée, radiothérapie).

Cette nouvelle organisation a constitué un véritable tournant dans l'organisation hospitalière cantonale. L'orientation prise a ensuite été validée lors de l'adoption de la loi sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006 (LEIS) et, plus récemment, de la LEIS du 13 mars 2014. La composition de l'Hôpital du Valais, organisé en deux centres hospitaliers, est fixée dans la LEIS, démontrant la volonté du législateur d'encadrer son développement.

2.2.2 La composition de l'Hôpital du Valais

Selon la LEIS du 13 mars 2014, l'HVS est composé (art. 25 LEIS) :

- du Centre hospitalier du Haut-Valais, composé des sites hospitaliers de Brigue et Viège;
- du Centre hospitalier du Valais romand, composé des sites hospitaliers de Sierre y compris la Clinique Sainte-Claire, Montana (Centre valaisan de pneumologie – CVP), Sion, Martigny, Saint-Maurice (Clinique de Saint-Amé) et Monthey (Institutions psychiatriques du Valais Romand – IPVR);
- de l'Institut central des hôpitaux valaisans (ICHV) dont les activités déléguées demeurent sous l'autorité du département.

Les relations entre l'Hôpital du Valais et l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais sont régies par voie de conventions intercantionales (art. 26 LEIS).

Conformément à l'art. 6 al. 6 de la LEIS, les prestations médicales hautement spécialisées de l'HVS sont centralisées à l'Hôpital de Sion. A ce titre, l'Hôpital de Sion porte la dénomination d'hôpital cantonal.

2.2.3 L'organisation de l'Hôpital du Valais

En adoptant la nouvelle LEIS, le Parlement a également maintenu le statut juridique d'établissement de droit public autonome à l'HVS. Il lui a attribué les compétences opérationnelles nécessaires à la direction et la gestion des hôpitaux valaisans ainsi que des professionnels de la santé dont il est l'employeur. Ces compétences de direction et de gestion sont réparties entre :

- Le **Conseil d'administration** qui est nommé par le Conseil d'Etat. Celui-ci a notamment pour compétences inaliénables de (art. 30 LEIS) :
 - o Définir la stratégie d'entreprise dans le cadre de la lettre de mission octroyée par le Conseil d'Etat ;
 - o Définir l'organisation et le fonctionnement de la direction générale ainsi que des directions des centres hospitaliers ;
 - o Définir les conditions, critères et procédures pour l'engagement et le licenciement du personnel ;
 - o Nommer le directeur général (nomination soumise à l'approbation du Conseil d'Etat) et les autres membres de la direction générale et des directions des centres hospitaliers en veillant à assurer une représentation médico-soignante forte ;
 - o Promouvoir la concertation entre les différentes professions soignantes, la direction générale et les directions des centres hospitaliers de façon à permettre à ces professions d'être consultées et entendues ;
 - o Participer à l'élaboration de la planification sanitaire et décider de la répartition des disciplines médicales sur les différents sites de l'Hôpital du Valais sur la base du mandat de prestations délivré par le Conseil d'Etat ;
 - o Garantir une information et une communication, en allemand comme en français, pour les patients et l'ensemble de la population.
- La **Direction générale** qui participe à l'élaboration de la stratégie d'entreprise et assume la gestion opérationnelle de l'HVS conformément au cahier des charges établi par le Conseil d'administration (art. 31 al. 1 LEIS).
- Les **directions des Centres hospitaliers et de l'ICHV** qui dépendent de la direction générale et exécutent les tâches qui leur sont confiées par la Direction générale (art. 31 al. 2 LEIS).

Les responsables de l'HVS sont garants de la mission d'intérêt public confiée à l'HVS (art. 24 al. 2 LEIS). Ils doivent veiller à une organisation et un fonctionnement optimaux des différents départements et services de manière à garantir au mieux la sécurité des patients et la qualité des soins.

Afin de renforcer les dispositions sur la qualité et assurer une meilleure représentation des médecins dans le processus décisionnel de l'Hôpital du Valais, la nouvelle LEIS prévoit la constitution d'un collège des médecins dans chaque centre hospitalier, soit un dans le Haut-Valais (Spitalzentrum Oberwallis - SZO) et un dans le Valais romand (Centre hospitalier du Valais romand - CHVR). Le collège des médecins exerce une fonction consultative et informative, notamment dans le domaine de la stratégie médicale, de la politique de la qualité, des ressources humaines médicales et des investissements médico-techniques (art. 32 LEIS).

2.2.4 L'organisation des soins à l'Hôpital du Valais

Un nouvel article sur la qualité des prestations médicales et des soins vient également renforcer le dispositif qualité de l'Hôpital du Valais (art. 33 LEIS). Il prévoit qu'un contrôle de la qualité des prestations médicales et des soins soit assuré, au sein de l'HVS, par un service qualité (art. 33 al. 1 LEIS). Ce contrôle doit porter entre autres sur les dossiers médicaux et comporter un suivi régulier des indicateurs de qualité. Si le service constate un dysfonctionnement, il doit en aviser sans délai la Direction générale et le Conseil d'administration qui prennent les mesures correctrices nécessaires (art. 33 al. 2 LEIS). Les directives que le Conseil d'administration est tenu d'établir en vue de l'application de cet article de loi doivent être soumises à l'approbation du Département de la santé (art. 33 al. 3 LEIS).

Dans le futur, les données des dossiers patients pourront être transférées entre l'HVS et l'HRC (Hôpital Riviera-Chablais) via la plateforme du système d'échange d'information sanitaire Infomed, lancée par le Canton du Valais en octobre 2013.

Pour conclure, rappelons que l'objectif de la législation sanitaire valaisanne, tel que fixé par le Parlement, est de garantir une haute qualité des soins à l'ensemble de la population à des coûts maîtrisés. Pour atteindre cet objectif, une importante marge de manœuvre opérationnelle a été laissée aux établissements sanitaires. Celle-ci est indispensable à leur bon fonctionnement dans un environnement technologique et médical en mutation constante et rapide. Le rôle de l'Etat n'est dès lors pas d'interférer dans les décisions opérationnelles des établissements, mais de veiller à ce qu'ils agissent conformément à la loi. En tant qu'autorité de surveillance, il est chargé de veiller à ce que les établissements et institutions sanitaires respectent le cadre fixé en matière de planification et de subventionnement en vue de garantir la qualité des soins, la sécurité des patients et l'économicité des prestations.

Tout l'art de la gouvernance du domaine de la santé publique consiste donc en la recherche d'un équilibre entre l'autonomie des établissements sanitaires et l'intervention de l'Etat en tant qu'autorité de surveillance, de planification mais aussi en tant que financeur.

Selon l'article 30, lettre m, de la nouvelle LEIS, le Conseil d'administration de l'HVS « participe à l'élaboration de la planification sanitaire et décide de la répartition des disciplines médicales sur les différents sites de l'Hôpital du Valais sur la base du mandat de prestations délivré par le Conseil d'Etat ».

Relevons que le mandat de prestations de l'HVS (cf. liste hospitalière) a jusqu'à présent toujours été établi par site hospitalier. De fait, c'est donc le Conseil d'Etat qui décide de la répartition générale des disciplines entre les sites hospitaliers, l'HVS étant chargé de la mise en œuvre. La planification hospitalière 2015 est également établie par site hospitalier, étant donné que les exigences requises pour chaque groupe de prestations doivent pouvoir être vérifiées sur chaque site.

Par ailleurs, au travers de la législation sanitaire valaisanne, le Parlement a affirmé sa volonté de contrôler le développement de l'HVS dont le Canton du Valais est propriétaire. Il a donné la compétence au Conseil d'Etat d'approuver les investissements de l'HVS (art. 9 Décret sur le financement hospitalier et art. 44 LEIS) et a fixé l'organisation hospitalière en la délimitant en trois zones hospitalières correspondant au Haut-Valais, au Valais central et au Chablais avec au moins un hôpital de soins aigus par zone (art. 6 al. 5 LEIS).

Dans le même sens, la FHF parle de supprimer l'éparpillement de la prise en charge des soins aigus. Le Département et le Conseil d'Etat partagent ce point de vue. Ainsi, sur la base des résultats de l'audit de la FHF, ainsi que des expertises Oggier, le Conseil d'Etat a décidé, le 22 janvier 2014, de charger l'HVS de lui soumettre pour approbation dans les plus brefs délais les études détaillées, le concept médical, la répartition des activités hospitalières et un projet de concours en vue du regroupement de toute l'activité opératoire du Centre hospitalier du Valais romand (CHVR) sur le site hospitalier de Sion, avec suites de traitement et réadaptation sur les sites hospitaliers de Sierre et Martigny. Cette même décision demande à l'HVS d'entreprendre dans les plus brefs délais les études en vue du regroupement de toute l'activité hospitalière du Spitalzentrum Oberwallis (SZO) sur un des deux sites hospitaliers actuels et de les lui soumettre pour approbation.

Sur proposition de l'HVS, le Conseil d'Etat a arrêté le 10 décembre 2014 les axes de développement de l'hôpital. Pour le Centre hospitalier du Valais romand (CHVR), le Gouvernement approuve le regroupement de toute l'activité opératoire à l'Hôpital de Sion. Celui-ci assurera également la médecine de base, ainsi que la médecine spécialisée et hautement spécialisée. Les sites de Sierre et Martigny conserveront la médecine de base de proximité et la gériatrie. Le Conseil d'Etat autorise le lancement du concours d'architecture pour l'agrandissement du site de Sion. Cette réorganisation permettra notamment de limiter le nombre de transferts entre sites. Dans le Haut-Valais, le Gouvernement se prononce en faveur d'un regroupement de toute l'activité hospitalière sur le site de Brigue. L'Hôpital du Valais dispose d'une capacité d'investissement estimée à 400 millions de francs pour mener à bien les travaux qui découlent de ces décisions. Cette nouvelle répartition hospitalière sera réalisée de manière échelonnée entre 2020 et 2030.

3. Affaires litigieuses

3.1 Chronologie depuis l'affaire Savioz

Sur la base des documents et informations qu'elle a reçus au cours de ses investigations, la CEP-RSV a établi la chronologie ci-après.

Année 2010		
Janvier		
	11	Lettre du Dr. Daniel Savioz au Conseiller d'Etat M. Tornay : « Qualité des prestations chirurgicales du service de chirurgie générale du Centre Hospitalier du Centre du Valais »
	13	Entretien téléphonique du Dr. Dupuis avec les Dr. Daniel Scheidegger et Pierre-Alain Clavien concernant une expertise
	15	Le Conseiller d'Etat M. Tornay confirme le mandat d'expertise proposé par le Dr. Dupuis aux deux experts. Il fait référence à l'expertise 2004 et précise que le Dr. Dupuis donnera toutes les précisions utiles sur les points plus précis qui seront soumis à l'analyse
	22	Le Chef du DFIS informe le président du Conseil d'administration de l'HVS et le directeur général du courrier du 11.01.2010 et du mandat d'expertise médicale
Février		
	1	Remise en mains propres au médecin cantonal par le Dr. Philippe Morel et le Dr. Daniel Savioz de trois classeurs, d'une liste de patients à partir de laquelle ont été déterminées les évaluations statistiques concernant les taux de mortalité et de morbidité dans les domaines de la chirurgie de l'œsophage, du foie, du pancréas et du colon-rectum pour la chirurgie électorale 2009, d'une lettre du Dr. Philippe Morel faisant part de ses inquiétudes et demandant, sur sollicitation du Dr. Savioz, une évaluation approfondie de la qualité des prestations chirurgicales du service de chirurgie générale du CHCVs ainsi qu'une lettre analogue du Dr. Mentha E-mail de M. Luc Fornerod, directeur OVS, au Dr. Georges Dupuis avec copie à M. René Bonvin : « Suite à votre demande de ce jour, je suis en mesure de vous apporter les informations suivantes concernant les personnes qui ont accès au rapport relatif au nombre d'opérations par chirurgien HVS : M. Michlig, Dr. Delaloye SZO : M. Burgener, Dr. Schmid CHCVs M. Castagna, Dr. Eckert et Mme P. Ancay »
	2	Transfert de 38 dossiers par courrier aux experts (Clavien/Scheidegger) par le Dr. Dupuis (les 10 autres dossiers seront transmis le 5.02.2010)
	3	E-mail du Dr. Dupuis aux experts Clavien/Scheidegger Ce courriel précise le mandat et les questions aux experts. Le Dr. Dupuis pose les questions et met en avant les problèmes qui seront par la suite confirmés par Dr. Houben. Le rapport des experts ne répondra pas à ces questions.
	4	E-mail du Dr. Dupuis aux experts Clavien/Scheidegger avec copie à M. Maurice Tornay 1) Nombres d'heures annuelles aux blocs opératoires (2007-2009) par les chirurgiens-chefs 2) Nombre de cas opérés 3) Nombre de décès par opérateurs pour 240 opérations « lourdes » (œsophage, foie, pancréas, côlon-rectum) effectuées en 2009 4) Nombre de cas avec ré-interventions multiples sur le collectif de 240 cas

		<p>Le courriel précise entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « ...il semble que 3 d'entre eux (opérateurs) ont une activité réelle alors que 2 autres ne semblent opérer qu'occasionnellement... » • « ...la mortalité globale du service de chirurgie paraît trop élevée et celle d'un opérateur au moins inquiétante (5.8%)... » • « ...le nombre de ré-interventions paraît très haut pour quelques opérateurs et peut-être inacceptable pour quelques-uns d'entre eux... »
	5	<p>Audition sur une seule journée par les experts mandatés par le DFIS de 10 professionnels de la santé, choisis par l'HVS dont Dr. Vincent Bettschart et Dr. Daniel Savioz. Transfert des 10 dossiers restant ce jour-là.</p> <p>Conclusions des experts :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la qualité des soins et prestations du Dr. Bettschart est bonne 2) l'activité du Dr. Bettschart est trop importante 3) au niveau des relations de travail entre le Dr. Savioz et Dr. Bettschart, une cohabitation saine pour le futur devient très difficile. <p>Dans le corps de texte mais pas dans le résumé, il est mentionné que Dr. Bettschart doit être soulagé et que les indications devraient être discutées en collègue.</p>
	12	<p>Séance sur la qualité des prestations du service de chirurgie du CHCVs : réunion à sept (MM. Dietmar Michlig, Georges Dupuis, Maurice Tornay, Hildebrand de Riedmatten, Stéphane Jordan et Raymond Pernet, ...)</p> <p>Il n'y a pas de PV de cette séance qui a pu être produit.</p>
	16	<p>Séance sur la qualité des prestations du service de chirurgie du CHCVs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - DFIS : MM. Tornay, Dupuis, Délèze - CA de l'HVS : tous les membres - Direction de l'HVS : M. Michlig <p>Un avant-projet de PV fait état d'indications parfois limites et d'une demande de M. Tornay à l'HVS de prendre les mesures opérationnelles relevant de sa compétence (consolider la position du Dr. Bettschart à la tête du Département de chirurgie, signifier au Dr. Savioz que le lien de confiance qui doit exister envers son employeur est rompu en raison de la voie choisie pour signaler des dysfonctionnements, revoir la gouvernance médicale du CHCVs, coordonner la communication externe avec le DFIS sur cette affaire).</p>
	17	<p>Lettre de M. Maurice Tornay à MM. Serge Sierro et Raymond Pernet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La qualité des prestations chirurgicales s'est améliorée depuis l'arrivée du Dr. Vincent Bettschart - Il appartient maintenant à l'HVS de prendre les mesures opérationnelles relevantes
	22	<p>Résiliation du contrat du travail du Dr. Daniel Savioz (rupture mutuelle du lien de confiance)</p>
	24	<p>Communiqué de presse au sujet de la qualité des prestations chirurgicales du service de chirurgie générale du CHVR</p>
	25	<p>Conférence de presse sur le même thème</p>
Mars		
	12	<p>Session du Grand Conseil. M. Maurice Tornay défend le SSP et l'HVS. Se basant sur les conclusions de l'expertise sommaire Scheidegger/Clavien, il réfute les critiques envers Dr. Vincent Bettschart et relève la qualité de la chirurgie. Concernant les cas Savioz, il fait référence à de simples querelles de médecins.</p>

Mai		
	7	Postulats du Grand Conseil sur les thèmes suivants : audit et cardiologie Décision du Grand Conseil de faire réaliser un audit indépendant du RSV, de l'ICHV et de l'OVS, contre l'avis du Conseil d'Etat et du département
	26	Rencontre du Conseiller d'Etat M. Tornay avec le Conseil d'administration de l'HVS Il n'y a pas de PV qui a pu être produit
Juin		
	16	Opération par le Dr. Bettschart devant Suisse-Espagne
	17	Reprise du même patient par le Dr. Bettschart devant France-Mexique Lettre de remerciement envoyée aux experts Clavien/Scheidegger par le chef du Département de la santé
Juillet		
	7	Ouverture d'une action civile contre M. Jean-Claude Pont
	12	Ouverture d'une action civile contre M. Serge Siéro
Septembre		
	1	Suite au postulat accepté par le Grand Conseil, décision du Conseil d'Etat concernant l'audit confié à la FHF et des mesures urgentes : <ul style="list-style-type: none"> - amélioration du suivi des indicateurs de qualité, - redéfinition des règles de nomination sur la base de celles en vigueur à l'Etat du Valais, - relations avec les médecins généralistes et les autres médecins installés, - identification patient/médecin (un patient, un répondant), - bilinguisme
	6	Lettre du Conseiller M. Tornay à la direction de l'HVS pour communiquer les mesures urgentes décidées par le Conseil d'Etat
	7	Communiqué pour les médias
Octobre		
	15	Annnonce de l'opération à l'origine de l'affaire Bettschart par <i>Vigousse</i>
	19	Annnonce de l'opération à l'origine de l'affaire Bettschart par <i>Le Matin</i> accompagnée des déclarations du directeur Castagna à propos de l'affaire Bettschart. Annonce d'autres interventions faisant partie de l'affaire Bettschart
Novembre		
	22	Rencontre du DFIS avec le Conseil d'administration de l'HVS (invitation aussi au Dr. Dupuis et au directeur général de l'HVS) <ul style="list-style-type: none"> - Suivi des mesures urgentes - Avenir du Département de chirurgie générale du CHCVs - Avenir du Service de chirurgie cardiaque du CHCVs - Déroulement de l'audit HVS-ICHV-OVS - Plaintes de M. Clavien et M. Ducrot Il n'y a pas de PV de la rencontre qui a pu être produit
Décembre		
	30	MM. Vincent Bettschart et Marc-Henri Gauchat à l'émission de fin d'année de <i>Canal9</i>

Année 2011		
Janvier		
	5	Dr. Pernet demande une entrevue avec M. Tornay pour le 3.02.2011
Février		
	3	Réunion DFIS-CA de l'HVS <ul style="list-style-type: none"> - Audit de la FHF : résultat, calendrier, communication - COGEST - Modification LEIS
Mars		
	30	Première conférence de presse de la FHF organisée par le Conseil d'Etat
Avril		
	4	Parution du rapport de la COGEST
	11	Parution du rapport d'audit de la FHF
	21	Participation de M. Georges Dupuis à l'émission « L'entretien actu » de Canal9
Mai		
	23	Rencontre du DFIS avec le CA de l'HVS <ul style="list-style-type: none"> - Restitution et suite de l'audit FHF - COGEST - Rapport IF
Juillet		
	13	Déposition de 12'000 signatures pour le référendum contre la LEIS
Octobre		
	6	Le Ministère public estime dans son ordonnance que « par son comportement, Daniel Savioz n'a rien recherché d'autre que l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients » et rejette la plainte de l'HVS
	23	Rejet de la LEIS en votation populaire
	28	Démission du président Dr. Raymond Pernet et des membres restants du Conseil d'administration
Décembre		
	7	Nomination des sept nouveaux membres du Conseil d'administration de l'HVS par le Conseil d'Etat Nomination du président de la commission extraparlamentaire de révision de la LEIS par le Conseil d'Etat

Année 2012		
Mars		
	14	Le Conseil d'Etat décide de transmettre aux conseillers académiques permanents du Conseil d'administration de l'HVS (MM. Alain Pécoud, Arnaud Perrier et Drahomir Aujesky) les documents en sa possession concernant la qualité des soins au CHCVs, en particulier l'expertise des Prof. Pierre-Alain Clavien et Daniel Scheidegger du 14 février 2010
Avril		
	3	Conférence des 100 jours de M. Kleiber. Expertise interne sur les dossiers Savioz par les 3 conseillers académiques du CA
Septembre		
	1	Entrée en fonction du directeur général de l'HVS, Dr. Eric Bonvin
Année 2013		
Août		
	31	Le Nouvelliste fait état du début de la nouvelle affaire concernant le Dr. Vincent Bettschart
Septembre		
	2	Annonce de la mise en place d'une expertise interne par M. Charles Kleiber, président du CA de l'HVS
	4	Annonce par Mme Esther Waeber-Kalbermatten, Cheffe du Département en charge de la santé (DSSC), d'une expertise externe neutre diligentée par son département
	26	Réunion du CA, après une « analyse » interne conduite par les Dr. Pierre-François Cuénoud, directeur médical du CHVR, Dr. Reinhard Zenhäusern, directeur médical du SZO, Dr. Eric Bonvin, directeur général de l'HVS, Dr. Daniel Scheidegger et Dr. Felix Harder confirmant le Dr. Bettschart dans ses fonctions Lors de cette réunion, le CA définit 23 mesures mentionnées dans un PV décisionnel suite à l'audition de 32 personnes triées sur le volet par le CA Parmi ces 23 mesures, 5 au moins concernent le service d'anesthésiologie 1) Mise à la retraite anticipée à l'automne 2014 du Dr. Patrick Ravussin, chef du Service d'anesthésiologie et de réanimation (SAR) 2) Organisation d'une enquête sur de prétendues fuites d'informations médicales par des membres du Service d'anesthésiologie 3) Licenciement d'un médecin-chef de ce même service, le Dr. Favre 4) Licenciement d'un médecin-chef adjoint de ce même service, le Dr. Pitteloud 5) Fermeture de la cafétéria des anesthésistes dans le bloc opératoire Il est à noter que ces mesures ont été adoptées avant que le Dr. Houben ne commence son expertise
Octobre		
	1	Conférence de presse de l'HVS (MM. Charles Kleiber, Eric Bonvin, Félix Harder et Pierre-François Cuénoud) annonçant que, sur la base de "l'expertise" interne, le Dr. Bettschart est maintenu dans ses nombreuses fonctions
	2	Dans les locaux de la Clinique de la Suva, conférence des dirigeants de l'HVS devant tous les cadres de l'hôpital pour annoncer les résultats de l'expertise interne
	17	Nouvelle séance du CA qui va dans le sens des mesures prises le 26 septembre

	22	Conférence de presse de Mme Esther Waeber-Kalbermatten et du Dr. Houben annonçant que l'expertise diligentée par le département va commencer et affirmant que les masses critiques pour la chirurgie viscérale hautement spécialisée (MHScv) sont atteintes selon les informations transmises au Dr. Houben
	27	<p>Annnonce par la presse que le Dr. Pascal Meier, chef de la Division néphrologie du CHVR, s'est vu retirer son titre de professeur par le CHUV et l'Université de Lausanne en raison de manipulation de résultats scientifiques d'une recherche destinée à la publication dans une revue médicale</p> <p>Aucune sanction n'est prise par l'HVS. M. Kleiber cité par le Nouvelliste du 28.10.2013 fait le commentaire suivant : « Il s'agit d'une affaire qui concerne strictement l'UNIL et le CHUV. Nous avons été avertis de cette enquête, mais elle n'a aucun lien avec la clinique »</p> <p>Il sied de relever que le médecin destitué de son titre de Professeur se voit offrir (taxes et travail à temps partiel) à cette même période par l'HVS une formation MBA en healthcare management donné par l'UNIL/HEC/IEMS à Lausanne sur deux ans alors que le Service de néphrologie du CHVR manque cruellement de médecins-cadres</p>
Novembre		
	8	<p>Réunion entre certains membres du CA, de la DG, de la direction du CHVR et certains médecins-cadres pour définir l'avenir de 3 membres du Service d'anesthésiologie et réanimation (SAR). Sont notamment présents à la séance : MM. Kleiber, Bonvin, Castagna, Cuénoud, Bettschart, Turini, Ravussin</p> <p>Il en ressort les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - forte opposition à la création d'une Commission d'enquête parlementaire (CEP) - décision d'engager un nouveau chef du Service d'anesthésiologie, avec éventuellement un adjoint, dès novembre 2014 - proposition de mise en retraite anticipée du Dr. Ravussin à fin 2014 - les Dr. Pitteloud et Favre doivent être suivis de très près (« marquage à la culotte ») jusqu'à leur départ programmé au 1^{er} novembre 2014, soit par sortie honorable, soit par rupture du lien de confiance. Le Dr. Bettschart précise que, « si ces deux médecins restent, on ne peut pas continuer à travailler ». Leur départ est envisagé au 1^{er} novembre pour permettre au nouveau chef du Service d'anesthésiologie de trouver un service « pacifié » - décision de ne pas renouveler le poste libéré par le départ à la retraite de la Dr Marie-Hélène Amacker, pour permettre au futur nouveau chef de service de venir accompagné d'un adjoint <p>Le procès-verbal de cette séance a été rédigé, sous forme d'un courriel daté du 11 novembre, par Mme Florence Renggli, responsable du service de la communication de l'HVS</p>
Décembre		
	2	Signature de la lettre d'intention Vaud-Valais annonçant la convention de collaboration en matière de chirurgie viscérale du 21 février 2014. Cette lettre d'intention est signée, pour le Valais, par Mme Esther Waeber-Kalbermatten, MM. Kleiber, Bonvin et Bettschart
	3	Conférence de presse du DSSC et de l'expert Houben sur les «Résultats intermédiaires de l'expertise de chirurgie viscérale hautement spécialisée»

		<p>Cette conférence présente les conclusions de l'expert sur deux des organes analysés (œsophage et foie) pendant les années 2011 et 2012 ainsi que l'évaluation des 3 décès survenus après une opération du pancréas en 2013, dont l'un fait l'objet d'une plainte pénale. Ces conclusions figurent sur 17 slides de présentation. Le Dr. Houben affirme que, sur la base de ses investigations, la masse critique est loin d'être atteinte pour l'œsophage alors qu'il avait annoncé le 22 octobre que les chiffres fournis par l'HVS permettaient de dire que les masses critiques étaient suffisantes pour tous les organes analysés</p> <p>Le directeur médical du CHUV, le Dr. Jean-Blaise Wasserfallen, est à la table des conférenciers</p>
	12	Le Grand Conseil décide de mettre sur pied une Commission d'enquête parlementaire
		Année 2014
		Janvier
	8	Le Dr. Bettschart effectue une intervention sur l'œsophage, ce qui est contraire aux recommandations publiées le 3 décembre par le Dr. Houben
	14	<p>Dans une interview au journal Le Temps du 14 janvier 2014, le Dr. Bettschart déclare qu'il n'avait « jamais été formellement informé » des prescriptions de l'expert belge</p> <p>M. Charles Kleiber confirme et le soutient contre l'ire de la Conseillère d'Etat et du Dr. Houben</p> <p>Il sied de relever que MM. Kleiber et Bettschart ont signé conjointement la lettre d'intention du 2 décembre qui contient l'injonction du Dr. Houben</p>
	22	Départ du Dr. Meier après un audit interne qui a conclu à « des irrégularités dans la gestion du fonds de néphrologie et d'hémodialyse ». Le Dr. Meier était le référent de la médecine dans le Service de chirurgie du Dr. Bettschart
	27	<p>Signature du règlement du Collège des médecins-cadres de l'Hôpital du Valais par M. Kleiber, Dr. Bonvin, Dr Corinne Gurtner, présidente du Collège, et Dr. Christophe Sierro, vice-président du Collège</p> <p>L'entrée en vigueur de ce règlement a été fixée rétroactivement au 1^{er} janvier 2014. La base légale de ce règlement est l'art. 32 de la nouvelle LEIS. L'alinéa 3 de cet article mentionne : « Ses domaines de compétences (du Collège) concernent la stratégie médicale, la politique de la qualité, les ressources humaines médicales et les investissements médico-techniques »</p>
	29	Démission du Dr. Bettschart pour la fin juillet 2014
		Février
	6	Le CA décide d'appliquer prochainement les mesures prises le 26 septembre, le 17 octobre et le 8 novembre 2013
	19	Le Professeur Houben présente son rapport devant le Conseil d'Etat et remet un résumé de son rapport aux Conseillers d'Etat
	21	Convention d'exécution dans le domaine de la chirurgie viscérale MHS passée entre l'Etat de Vaud, l'Etat du Valais, le CHUV et l'Hôpital du Valais
		Mars
	5	Article du Nouvelliste intitulé «Revenir en Valais? Jamais de la vie!» avec interview de Mme Florence Renggli, cheffe de la communication de l'HVS qui déclare notamment : « L'image de l'HVS, actuellement mise à mal par divers dénigrements, aura très probablement un impact négatif sur la quantité et surtout sur la qualité des candidats potentiels »

	6	<p>Conférence de presse du Dr. Houben et du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture (DSSC). A cette occasion, le professeur a présenté les résultats de « l'Expertise indépendante sur la pratique de la médecine hautement spécialisée viscérale à l'Hôpital de Sion - HVS - Valais ». Ce rapport de fin de mission, de 97 pages, est publié sur le site internet de l'Etat du Valais. Il dévoile que la masse critique n'est pas atteinte pour les œsophagectomies et les exérèses de la tête du pancréas et que les résultats, en termes de mortalité opératoire et de morbidité, ne sont de très loin pas acceptables en comparaison internationale pour les opérations MHS du foie et du pancréas</p> <p>Le rapport du Dr. Houben souligne également les carences du CA, de la Direction Générale et de la Direction du CHVR</p> <p>Cette conférence de presse a été précédée le même jour de la présentation du rapport par le Dr. Houben aux cadres médicaux, infirmiers et administratifs du CHVR réunis dans l'aula de l'Hôpital de Sion. Après l'exposé, le Dr. Daniel Fishman interpelle publiquement le Dr. Houben et conteste la validité scientifique de l'expertise. L'expert lui demande alors s'il a déjà lu son rapport et précise qu'il comporte une vingtaine de références scientifiques sur la méthodologie utilisée. Interpellé par une participante qui redoutait que l'expertise telle que présentée ne cause du tort à l'HVS, le Prof. Houben rétorque en brandissant le NF de la veille : « Ce que je dis, après avoir analysé 277 dossiers, c'est que nous pouvons faire mieux. Ceux qui nous font du tort, ce sont ceux qui alimentent ce genre d'articles ». Avant d'ajouter, « si cette employée faisait partie de mon hôpital, elle serait mise à pied le jour même »</p>
	12	Le Parlement élit les membres de la CEP-RSV et adopte son cahier des charges
	13	Le Parlement approuve la nouvelle LEIS à l'unanimité, après une seule lecture
	24	Les membres du CA sont informés de la décision de la Direction du CHVR (MM. Castagna et Cuénoud) de licencier les deux médecins-chefs du Service d'anesthésiologie
	25	Lettre du directeur médical du CHVR, Dr. Pierre-François Cuénoud et du responsable des RH du CHVR, M. Denis Giovanola, annonçant au Dr. Jean-Baptiste Favre que, sur décision du Juge Lugon du Tribunal du travail, la Direction du CHVR lui retire l'avertissement qu'elle lui a infligé précédemment

	31	<p>Le matin : réunion du CA et de la Direction générale : MM. Kleiber, Castagna et Cuénoud imposent les 2 licenciements contre l'avis d'une partie du CA et d'une partie de la Direction générale dont le Dr. Bonvin</p> <p>L'après-midi : pendant leur travail (dont une garde de 48h, jour et nuit, pour le Dr. Pitteloud, et la charge d'une anesthésie difficile en chirurgie cardio-vasculaire à cœur ouvert avec arrêt circulatoire et grand froid, pour le Dr. Favre), les 2 anesthésistes-chefs sont convoqués et licenciés dans les délais légaux mais avec libération de l'obligation de travailler dès la semaine suivante. La lettre de licenciement porte les signatures de M. Castagna, directeur du CHVR, et du Dr. Cuénoud, directeur médical du CHVR. La décision est communiquée et la lettre est remise en présence de MM. Castagna, Cuénoud et Giovanola chef des RH du CHVR</p> <p>Le Dr. Ravussin, chef du Service d'anesthésiologie et la Dr Corinne Gurtner présidente du Collège des médecins-cadres du CHVR ne sont avertis qu'après que les 2 anesthésistes se soient vus signifier leur renvoi.</p>
--	----	---

		Fin d'après-midi : note interne dans l'intranet du CHVR intitulée « Départ du Dr. Jean-Cyrille Pitteloud et du Dr. Jean-Baptiste Favre » affirmant que ces licenciements interviennent suite aux recommandations du Prof. Houben et qu'ils ont été appuyés par le CA lors de sa séance du 24 mars 2014
Avril		
	1	Le Comité du Collège des médecins-cadres, par sa présidente la Dr Gurtner, adresse une lettre de protestation aux différentes instances dirigeantes de l'HVS, avec copie à Mme Esther Waeber-Kalbermatten, à M. André Vernay, président de la Commission thématique de la santé, à M. Xavier Moret, président de la CEP-RSV et à M. le Dr. Houben Cette lettre a été transmise à tous les médecins-cadres du CHVR en même temps que la convocation à la première assemblée générale du nouveau Collège des médecins-cadres du CHVR fixée le mercredi 16 avril 2014
	2	Lettre de protestation et de soutien de tous les médecins-cadres du Service d'anesthésiologie et de réanimation (SAR), adressée à Mme la Conseillère d'Etat, demandant la réintégration immédiate de leurs deux collègues afin d'éviter une baisse de l'activité opératoire de l'HVS Déclaration de Mme Florence Renggli, cheffe de la communication de l'HVS, au Matin « Ces deux médecins ont été licenciés dans les délais ordinaires, donc pas avec effet immédiat, mais ils seront libérés à la fin de la semaine » et d'ajouter : « Tout ce que nous pouvons dire est que nous sommes dans une stricte application des recommandations du rapport Houben »
	2	Lettre du président du Conseil d'administration, M. Charles Kleiber, adressée aux administrateurs, aux conseillers académiques et au directeur général Par rapport au licenciement des anesthésistes, il rappelle le problème de ces personnes, la décision prise par le CHVR, la prise de connaissance de dite décision par le CA mais sans appui ni validation de dite décision, la communication erronée à ce sujet sur Intranet, les indiscretions du Conseil et de la Direction générale sur les débats y relatifs. Couac dans la communication, couac dans le fonctionnement du Conseil et de la Direction générale, nouvelle atteinte à l'image de l'HVS, il demande à tous les destinataires de la lettre d'être solidaires et d'agir ensemble
	4	Lettre des 6 médecins-cadres du Service de chirurgie générale adressée à la Direction du CHVR et au CA de l'HVS avec copie à Mme Esther Waeber-Kalbermatten. Cette lettre introduit un rapport d'une dizaine de pages pour structurer l'avenir du Service de chirurgie après le départ du Dr. Bettschart. Ces chirurgiens demandent que le Dr. Bettschart soit dès maintenant relevé de ses fonctions de chef du Département de chirurgie et de chef du Service de chirurgie digestive
	7	Plainte pénale pour atteinte à l'honneur déposée par le Dr. Pitteloud contre M. Kleiber, suite à son interview dans l'émission « Entrepreneurs » du 3 avril diffusée sur « La Télé », télévision régionale Vaud-Fribourg. Le Dr. Favre annonce dans la presse qu'il en fera de même au retour de son avocat
	9	Rencontre entre Mme Esther Waeber-Kalbermatten et le Dr. Pitteloud
	10	27 chirurgiens du CHVR écrivent une lettre de soutien en faveur de leurs 2 confrères anesthésistes. Cette lettre exprime leur incompréhension face à la décision prise ainsi que le fait qu'ils ont toujours eu d'excellentes relations professionnelles avec les 2 anesthésistes mis à pied. Cette lettre est adressée en recommandé à M. Castagna, directeur du CHVR avec copies

		<ul style="list-style-type: none"> - au Dr. Cuénoud, directeur médical du CHVR - au Dr. Bonvin, directeur général de l'HVS - aux membres du CA par son président (M. Kleiber) - à Mme Esther Waeber-Kalbermatten <p>Rencontre entre Mme Esther Waeber-Kalbermatten et le Dr. Favre</p>
	11	<p>Courriel de soutien aux 2 médecins anesthésistes adressé par le Dr. Ravussin, chef du Service d'anesthésiologie, à Mme Esther Waeber-Kalbermatten. Ce courriel exprime les difficultés fonctionnelles pour le Service d'anesthésie et de réanimation (SAR) résultant des 2 licenciements et d'un non-renouvellement d'un médecin-cadre arrivant à la retraite</p> <p>Le Dr. Ravussin écrit à la Direction pour déterminer quelle activité la Direction et lui-même décideraient de diminuer immédiatement à partir du lundi 13. N'ayant pas reçu de réponse, il en appelle à l'Autorité de surveillance, le Conseil d'Etat, par la Cheffe du DSSC</p>
	11	<p>Toutes les infirmières instrumentistes et tous les techniciens de salle d'opération adressent, par courriel et par poste, une lettre de soutien à l'attention de Mme Esther Waeber-Kalbermatten</p>
	14	<p>Le CHUV offre le poste de médecin-chef d'anesthésie à l'Hôpital de l'enfance à l'un des deux anesthésistes licenciés.</p> <p>Sur « La Télé », lors de l'émission « Entrepreneurs » du 3 avril, M. Kleiber disait que le départ des deux anesthésistes était une condition sine qua non de la poursuite du soutien du CHUV au Département de chirurgie du CHVR</p>
	15	<p>Communiqué de presse de la CEP-RSV informant la presse de son organisation et de son intervention urgente auprès de Mme la Conseillère d'Etat Esther Waeber-Kalbermatten concernant le licenciement de 2 anesthésistes</p> <p>Dans son courrier, la CEP-RSV demande à Mme la Conseillère d'Etat qu'elle exige avec effet immédiat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la suspension du renvoi des personnes concernées • l'application stricte de la loi et des procédures, sans procédures d'exception <p>La Conseillère d'Etat fait savoir dans les jours qui suivent qu'elle donnera sa réponse à la CEP-RSV</p>
	16	<p>L'assemblée générale du Collège des médecins-cadres confirme la lettre du 1^{er} avril de son Comité. L'assemblée précise que le soutien aux deux anesthésistes porte sur la forme du licenciement et non sur le fond</p>
	17	<p>Remise du rapport de l'équipe des infirmiers/-ères du Service d'anesthésie et de réanimation à Mme Esther Waeber-Kalbermatten par une délégation de 5 personnes parmi lesquelles la présidente du Comité du personnel. Ce rapport de près de 120 pages contient des témoignages sur les dysfonctionnements graves et les cas de mobbing à l'intérieur de l'HVS</p>
	17	<p>Plaidoyer de la Dr Gurtner et du Dr. Daniel Rudaz, médecins-cadres en anesthésiologie, pour le retour des Drs Favre et Pitteloud, auprès de Mme Esther Waeber-Kalbermatten</p>
	23	<p>Courriel de Mme Esther Waeber-Kalbermatten adressé à MM. Castagna, Cuénoud et Ravussin, affirmant qu'elle avait pu « constater que des incertitudes quant à l'organisation ces prochains mois du Service d'anesthésiologie existent au sein du CHVR ». La cheffe du Département demande aux destinataires de se concerter et de lui fournir « d'ici au 28 avril 2014 à 12h00, un rapport concernant l'organisation de ce service afin de permettre une prise en charge médicale en toute sécurité »</p>

	25	Séance d'évaluation de la sécurité des patients au CHVR entre la Direction médicale (Dr. Cuénoud), le Dr. Turini, médecin-chef du Département des disciplines de soutien et le Dr. Ravussin, médecin-chef du Service d'anesthésiologie et réanimation. Au terme de cette séance, un rapport intitulé « Sécurité des patients lors de prestations anesthésiologiques au CHVR » est envoyé le même jour à Mme Esther Waeber-Kalbermatten ; il est signé par M. Castagna et Dr Cuénoud
	28	<p>Contre-rapport par courriel du Dr. Ravussin à Mme Esther Waeber-Kalbermatten en réponse au rapport du 25 avril 2014 susmentionné (Castagna/Cuénoud) et à la demande du 23 avril 2014 de Mme Esther Waeber-Kalbermatten</p> <p>Le Dr. Ravussin annonce l'infarctus aigu d'un médecin-cadre en anesthésie, portant le manque d'effectifs à 3.5 EPT-cadres sur 10.6 que compte son service. Il énonce les nombreux désaccords avec le rapport Castagna/Cuénoud du 25 avril. Il propose à Mme Esther Waeber-Kalbermatten de prendre les dispositions suivantes dans les meilleurs délais :</p> <p><i>« Suspendre la décision de la DC du 31 mars 2014 en gelant « la libération de l'obligation de travailler » des deux cadres seniors licenciés, actuellement payés par le contribuable pour ne rien faire, en s'assurant que vos services et la CEP se pencheront avec diligence sur la justesse ou non de la décision du 31 mars 2014. Votre hôpital a besoin de forces vives compétentes immédiatement disponibles</i></p> <p><i>Mettre au concours, comme cela avait été initialement prévu en 2013, le poste de la Dr M.-H. Amacker</i></p> <p><i>Cela permettra à mon service d'être en déficit de 1 cadre « seulement », au lieu du déficit de 4 actuellement sur 12, en tenant compte du grave problème de santé survenu à mon cadre aujourd'hui »</i></p>
	28	En séance de travail, la commission thématique SAI fait part de ses inquiétudes en lien avec la sécurité des patients à Mme Esther Waeber-Kalbermatten et au Dr. Eric Bonvin (absence de M. Kleiber)
	29	Lettre ouverte du président M. Kleiber intitulée « Une amère victoire » annonçant sa démission immédiate du CA de l'HVS
	29	Courriel adressé à Mme Esther Waeber-Kalbermatten, à MM. Xavier Moret, président de la CEP-RSV et Charles Kleiber, président du CA de l'HVS par 36 médecins-cadres du CHVR pour exprimer leur « soutien à la direction de l'Hôpital du Valais »
	29	Un autre médecin-cadre du Service d'anesthésie est en arrêt de travail, victime d'une pneumonie.
Mai		
	2	Lettre annonçant à Mme Esther Waeber-Kalbermatten de la décision de la fermeture de trois salles d'opération (une sur chaque site du CHVR) dès le lundi 5 mai pour permettre à l'équipe d'anesthésie de travailler dans le respect des normes édictées par la Société Suisse d'Anesthésie et de Réanimation (SSAR). Une cellule de crise est constituée pour évaluer la situation semaine après semaine. Cette lettre est cosignée par MM. Turini, Ravussin, Castagna et Cuénoud
	2	Lettre de M. Hildebrand de Riedmatten, Président ad intérim du CA, à MM. Xavier Moret, président, et Patrick Hildbrand, vice-président de la CEP-RSV, annonçant la levée générale et immédiate du secret de fonction pour l'ensemble des collaborateurs de l'Hôpital du Valais, à charge pour le directeur général de communiquer cette décision
	8	Communiqué de l'HVS sur son site internet annonçant la fermeture des trois salles d'opération ainsi que le départ au 31 octobre 2014 du Dr. Daniel Bertin chirurgien-chef. Diverses mesures organisationnelles, pour la plupart ad intérim, sont aussi annoncées
	14	Décision du CA d'effectuer un bilan de la gouvernance du CHVR

Décembre		
	3	Constats sur les dysfonctionnements au CHVR communiqués verbalement par le bureau de la CEP-RSV à Mme Esther Waeber-Kalbermatten et MM. Hildebrand de Riedmatten et Eric Bonvin. Cette information devait permettre l'application des mesures urgentes nécessaires
	10	Le Conseil d'Etat arrête les axes de développement de l'HVS
Année 2015		
Février		
	10	Le CA de l'HVS décide de réorganiser la gestion du CHVR
	10	Communiqué de presse de la CEP-RSV saluant les mesures prises

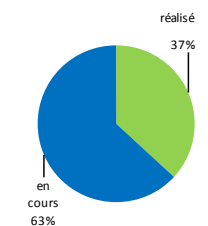
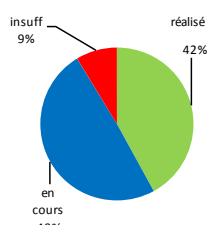
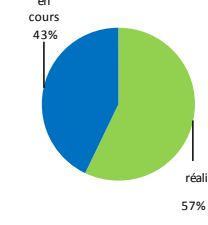
3.2 Actions après le rapport Clavien/Scheidegger, le rapport COGEST, le rapport FHF, le rapport interne de l'HVS et le rapport Houben

3.2.1 Description

Ces différents rapports commandités par le Conseil d'administration de l'HVS, le Département en charge de la santé, le Conseil d'Etat ou le Parlement font suite aux pratiques contestées du Dr. Vincent Bettschart.

Qu'on en partage ou non les conclusions, que la méthodologie suivie et les fondements scientifiques soient plus ou moins éprouvés, ces rapports devaient permettre à leurs destinataires de se forger une opinion et d'initier des décisions pour améliorer la situation.

La CEP-RSV a répertorié 108 remarques et recommandations formulées par la FHF à l'attention de l'HVS ainsi que 13 demandes de la COGEST à l'attention du Conseil d'Etat. Elle a apprécié le suivi donné à chacune de ces sollicitations, tel que ressortant lors de leur traitement en août-septembre 2014. Pour les 3 thèmes auxquels se rapportent principalement ces recommandations, la CEP-RSV a ressorti la part des demandes portant sur les thèmes principaux respectifs et a relevé leur état de réalisation comme suit :

Thèmes	Part des demandes	Etat de réalisation septembre 2014
<p>Stratégie médicale et soignante</p> <p>Les enjeux de l'HVS 2020 sont de réussir la réorganisation géographique et d'assurer le virage de l'ambulatoire.</p> <p>Parmi les problèmes mis en évidence par les différentes enquêtes, on retrouve en particulier la communication et les transferts de patients entre les sites.</p>	33%	 <p>réalisé 37%</p> <p>en cours 63%</p>
<p>Management de la qualité</p> <p>L'audit FHF atteste que l'HVS réunit les conditions nécessaires (compétences, locaux, équipements, organisation) à la délivrance de soins adaptés et conformes aux recommandations internationales.</p> <p>Pour que le niveau de qualité soit maintenu, il en faut un réel pilotage sous l'impulsion de la direction.</p>	61%	 <p>insuff 9%</p> <p>réalisé 42%</p> <p>en cours 49%</p>
<p>Gestion des ressources humaines</p> <p>Le facteur humain et les compétences des intervenants (médecins, soignants) jouent un rôle important dans la prise en charge des malades.</p> <p>Le risque est de ne pas disposer d'un processus adéquat de recrutement, de formation, de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, respectivement que le manque de motivation, l'insuffisance de dialogue et d'information ne fragilise les sentiments d'identification nécessaire à la réussite de la mission de l'HVS.</p>	6%	 <p>en cours 43%</p> <p>réalisé 57%</p>

La CEP-RSV constate que plusieurs démarches ont été entreprises dans le sens voulu par la FHF et la COGEST, comme le rappellent également plus en détail les chapitres 4, 5, 6, 7 et 8 du présent rapport.

La CEP-RSV relève toutefois avec regret que :

- les recommandations non satisfaites concernent notamment l'absence de suivi des cas dénoncés par le Pr. Savioz, la sécurisation trop lente du circuit des médicaments, la coordination manquante entre l'HVS, l'OVS et la Commission pour la sécurité des patients et la qualité des soins (CSPQS) étant donné la nomination tardive (en automne 2014) de la CSPQS et le changement au 1^{er} janvier 2015 de la structure de l'OVS ;
- nombre de démarches n'ont pas été suivies des effets désirés, en particulier par des manquements au niveau de la gouvernance, de l'indépendance de l'OVS voire de la communication, comme l'illustrent les chapitres 5 et 8 ci-après ;
- souvent il a fallu un temps d'intervention trop long pour lancer les procédures correctives attendues.

Interpellé à ce sujet par la CEP-RSV, le président a.i. du Conseil d'administration admet que tout n'a pas encore été intégré. Il relève que les $\frac{3}{4}$ des recommandations de la FHF ont été réalisés et introduits dans le projet d'établissement de l'HVS et que ces recommandations s'avéraient particulièrement utiles dans le domaine des ressources humaines et du processus qualité.

Il est toutefois déplorable qu'il ait fallu attendre des situations de crises graves pour régler des problèmes remontant aux premières années d'existence de l'HVS (anciennement RSV) et qui avaient déjà été relevés par les commissions parlementaires (par exemple au niveau de la communication et de la gouvernance). Il est regrettable qu'il ait fallu attendre plusieurs années pour la concrétisation des corrections/recommandations suggérées par ces rapports (par exemple la remise sur pied d'un collège de médecins, la réactivation de la Commission pour la qualité des soins et la sécurité des patients), donc pour la valorisation des expertises parfois très coûteuses.

3.2.2 Dysfonctionnements identifiés

A. Lors de la dénonciation par Daniel Savioz des problèmes de qualité dans les prestations chirurgicales fournies à l'HVS, en particulier dans la chirurgie viscérale hautement spécialisée comme lors de la médiatisation de la diffusion sur écran de compétitions sportives lors d'interventions chirurgicales :

- la voie hiérarchique au sein de l'HVS n'a pas fait preuve de suffisamment d'écoute et de réactivité, notamment au niveau de la direction de centre ; la concentration du pouvoir décisionnel en matière de traitement des incidents au sein de l'HVS, et plus précisément du site de Sion, peut en expliquer en partie les raisons ;
- l'autorité cantonale de surveillance a mandaté deux professionnels étant déjà intervenus à l'HVS par le passé pour qu'ils fassent une appréciation sommaire de la capacité professionnelle de Vincent Bettschart plutôt que de confier les dossiers à une expertise scientifique indépendante et approfondie. Cette erreur ne s'est pas reproduite lors de la nouvelle affaire Bettschart en 2013, soit après les rapports de la COGEST et de la FHF. La cheffe du Département de la santé a actionné un expert reconnu, le Professeur Houben, qui a fait une analyse scientifique, une réelle expertise ;
- le réflexe de l'organe de surveillance a été de critiquer l'aspect incomplet des dossiers déposés par le Pr. Savioz plutôt que de commanditer une investigation approfondie de la chirurgie viscérale lourde ;
- lors de l'expertise Clavien/Scheidegger de mars 2010, le manque de temps et le contenu incomplet des dossiers remis n'ont pas permis la conduite d'une réelle expertise scientifique. Dans de telles conditions, les experts devaient se retirer vu l'impossibilité de fournir un résultat objectif sur la base d'une analyse sommaire. Selon les informations de l'un des deux experts, le chef du SSP et le chef du Département de la santé étaient informés que l'appréciation de la capacité opératoire de Bettschart ne constituait pas une réelle expertise et qu'elle était destinée aux seuls besoins du département, pour répondre à sa mission de surveillance ;

- cette expertise néglige les problèmes relevés par le département (indicateurs de mortalité) et n'analyse pas de manière approfondie la chirurgie viscérale lourde. Finalement, elle ignore l'avis des gens audités qui partagent l'avis du Prof. Savioz ;
 - l'ignorance des faits par l'organe de surveillance génère un enchaînement de dénonciations et des expertises ne répondant pas de façon pertinente aux questions concernant la chirurgie viscérale lourde (100 jours de M. Kleiber, audit FHF qui n'analyse jamais la chirurgie viscérale lourde, l'audit interne 2013 sur les 3 nouveaux cas de décès). Il a donc fallu attendre les résultats du rapport Houben en mars 2014 afin de disposer d'un véritable bilan de la chirurgie viscérale lourde à l'Hôpital de Sion. La comparaison statistique du rapport Houben démontre clairement une surmortalité dans la chirurgie viscérale lourde de l'Hôpital de Sion entre 2011 et 2012.
- B. Bien que les rapports de la COGEST et de la FHF aient été rendus publics, leurs recommandations n'ont pas toutes été suivies d'effets, notamment par les principaux acteurs concernés, et n'étaient pas forcément connues par les collaborateurs au front. Il est pour le moins marquant de noter en particulier que le chef du Département de chirurgie du CHVR n'a pas su démontrer à la CEP-RSV sa connaissance des recommandations de la COGEST et de la FHF, ni même celles des experts Clavien/Scheidegger qui avaient apprécié sa nomination comme chef du Département de chirurgie en 2005. Il est dès lors illusoire d'espérer leur mise en œuvre. Une asymétrie de mise en œuvre est d'ailleurs constatée entre les sites : alors que le SZO démontre une attitude positive et proactive, le CHVR se remet moins en question et s'enfonce dans la crise. Une communication institutionnelle « en chantier » à l'HVS et le manque de suivi de la mise en œuvre des décisions du Conseil d'administration peuvent en expliquer en partie la raison. Au final, le patient est préterité par la lenteur de réaction, notamment au CHVR.
- C. Contrairement aux recommandations de la COGEST émises en 2011, des institutions qui devaient être activées ne l'ont pas été (Commission pour la sécurité des patients et la qualité des soins, Commission de surveillance des professions de la santé). La CSPQS n'a été renommée qu'en automne 2014 et n'a donc pas fonctionné durant plus de 4 ans.
- D. Il faut constater que personne n'a envisagé la possibilité de réintégrer les deux anesthésistes-chefs victimes d'un licenciement étonnant et programmé depuis des mois, et contraire à la procédure définie par l'HVS, sans prévoir de mesures de remplacement. La fermeture de trois salles d'opération pour manque d'effectif n'est pas acceptable d'un point de vue éthique et financier alors que deux praticiens expérimentés sont payés à ne rien faire. Les patients et les citoyens n'ont pas à payer le prix d'une décision arbitraire qui n'a pas respecté la procédure.

3.2.3 *Recommandations*

Par rapport aux dysfonctionnements identifiés, la CEP-RSV émet les recommandations suivantes :

- A. L'HVS doit déterminer une procédure qui protège les « donneurs d'alerte », qui garantisse une analyse sérieuse des faits dénoncés et qui évite une concentration excessive des pouvoirs décisionnels.

Des expertises internes pour traiter des dysfonctionnements potentiellement majeurs ne peuvent revêtir l'indépendance voulue ni offrir une objectivité ou crédibilité suffisante. Si des interventions externes doivent être sollicitées pour apprécier les aspects dénoncés, il s'agit de commanditer une réelle expertise scientifique indépendante sur les résultats de laquelle les aspects correctifs pourront se fonder, comme cela a été fait lorsque la cheffe du département a mandaté le professeur Houben en 2014. Une réaction appropriée en 2010 aurait probablement pu éviter le prolongement des dysfonctionnements énoncés ci-devant et déjà tout ou partie mis en évidence par la COGEST.

- B. Les résultats de l'analyse des faits dénoncés et les recommandations des audits doivent entraîner des décisions rapides et la mise en place immédiate et uniforme des mesures correctives, dans le but prioritaire d'assurer des soins de qualité.

- C. Le Conseil d'Etat doit assurer que les organes institutionnels (commissions de surveillance) prévus dans la loi soient constitués et fonctionnels.
- D. La fin des rapports de services avec des collaborateurs de l'HVS, qui plus est de ceux occupant des fonctions clés, doit suivre strictement les procédures et tenir compte des enjeux y relatifs pour que ni les patients ni les contribuables valaisans n'aient à en subir les conséquences.

La CEP déplore la manière dont le Dr. Savioz a été traité. La décision prise par le Ministère public de rejeter la plainte du RSV à son encontre et de reconnaître que ce dernier n'a « *rien recherché d'autre que l'amélioration de la qualité des soins apportés aux patients* », ajoutée aux conclusions du rapport Houben, publiées 4 ans plus tard, démontrent que ses craintes étaient justifiées.

4. Médecine Hautement Spécialisée (MHS)

4.1 Description

4.1.1 Planification

Les mandats de prestations (liste des hôpitaux - MHS) pour la médecine hautement spécialisée (MHS) sont attribués par l'organe de décision de la Conférence des directeurs de la santé (CDS) et pas par les cantons. Ils ont un caractère juridiquement obligatoire au niveau national.

L'organe de décision est conseillé par un collège d'experts nationaux et internationaux. Pour la MHS, à la place de 26 planifications cantonales, il n'existe plus qu'une seule planification portée communément par tous les cantons : la convention intercantonale pour la médecine hautement spécialisée (CIMHS) du 1^{er} janvier 2009.

Cinq domaines partiels de la chirurgie viscérale hautement spécialisée sont fermement réglés à partir du 1^{er} janvier 2014 dans le cadre de la CIMHS : résection œsophagienne, résection pancréatique, résection hépatique, résection rectale profonde, chirurgie bariatrique complexe. Les interventions ne peuvent avoir lieu que dans un site hospitalier. Les mandats de prestations pour des groupes hospitaliers ou des opérateurs ne sont pas possibles.

L'Hôpital de Sion a obtenu un mandat de prestations limité à deux ans (provisoire), soit les années 2014 et 2015, pour les domaines de résection œsophagienne, résection pancréatique, résection hépatique, résection rectale profonde. Le délai de transition de deux ans vaut pour les hôpitaux qui ne remplissent pas encore entièrement tous les critères mais qui atteignent toutefois les dix interventions exigées par domaine.

Ces dix interventions par domaine sont pour l'instant un compromis et ne valent que pour une phase transitoire de 2 ans. L'organe scientifique MHS s'en tiendra au nombre minimal de cas qu'il a proposé :

- 15 résections œsophagiennes par an
- 20 résections pancréatiques et hépatiques par an
- 25 résections rectales profondes par an.

4.1.2 Activités de l'HVS

Lorsque l'HVS a postulé en 2012 pour la MHS en chirurgie viscérale (MHScv), il a communiqué les nombres d'interventions suivants :

Année	2010
Bariatrique	31
Foie	27
Oesophage	22
Pancréas	23
Rectum	32

Ce tableau présente les chiffres 2010 communiqués en 2012 par la chirurgie viscérale de Sion pour la postulation du mandat de la MHScv (Source : Audition dans le domaine « Interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale » signé par l'HVS le 31 juillet 2012)

L'Organe de décision de la Convention intercantonale relative à la MHS s'est basé sur la classification suisse des opérations (CHOP, version 2012) pour la définition de la MHS dans le domaine des interventions lourdes et rares en chirurgie viscérale. L'Hôpital du Valais tient compte de cette définition pour la sélection des cas de MHScv pour les deux sites de Sion et Viège :

Année	2011	2012	2013	Moyenne
Bariatrique	4	7	6	6
Foie	9	13	22	15
Oesophage	7	3	3	4
Pancréas	13	20	19	17
Rectum	8	18	15	14

Ce tableau présente le nombre d'interventions selon la comptabilité pour les sites de Sion et Viège ensemble (Source : Rapport sur les coûts et les recettes de la MHS de septembre 2014)

Selon le rapport sur les coûts et recettes de la MHS de septembre 2014, une marge d'erreur est admise dans la statistique, laquelle a tendance à « ignorer » la difficulté ou la gravité réelle des pathologies/traitements. Par exemple, dans le domaine de la chirurgie du rectum, il existe une incertitude au niveau de la définition des cas par la CIMHS, avec absence de délimitation claire. Ce problème a été reconnu par la CIMHS, qui reprendra la question ultérieurement et n'a attribué que des mandats provisoires dans ce domaine. La statistique CHOP des interventions a été entièrement affinée en 2012. La saisie des positions MHS par ce canal est donc crédible depuis cette date, voire plutôt en 2013 en tenant compte des erreurs d'apprentissage de la première année d'utilisation.

Le nombre de cas est différent des chiffres de l'expertise indépendante sur la pratique de la MHScv à l'Hôpital de Sion du Prof. Houben. Ce dernier a réuni les dossiers de toutes les opérations concernant les organes examinés et les a triés. Il a ainsi obtenu une casuistique plus importante, attribuant les cas de MHScv sur la base de leur description réelle et non sur une base statistique :

Année	2011	2012	Moyenne
Bariatrique	n.a	n.a	n.a.
Foie	14	21	18
Oesophage	6	5	6
Pancréas	14	16	15
Rectum			19 * (29)

Ce tableau est issu des chiffres 2011-2012 du rapport du Prof. Houben

* Opérations au CHVR, () les opérations du SZO et du CHVR

Pour le site de Sion, on peut donc raisonnablement compter avec 5-10 résections œsophagiennes, 15 résections pancréatiques et 15-20 résections hépatiques.

La chirurgie rectale est plus fréquente et porte moins à discussion. Toutefois, il ressort du rapport Houben que d'autres établissements valaisans présentent des résultats dans la norme (SZO, Clinique de Valère) selon la comparaison statistique.

Sion n'a pas de mandat pour la chirurgie bariatrique complexe.

4.1.3 Coûts – recettes – résultat 2011/2012/2013 de l'HVS

L'analyse détaillée de l'HVS des coûts directs/indirects de la MHScv, des recettes et des résultats des cas pour les années 2011-2012-2013 se résume comme suit :

Année	2011		2012		2013	
Nombre de cas	41		61		65	
Recette facturée	1'360'747		3'600'259		3'228'990	
Coûts directs	176'850	9%	288'803	8%	312'291	9%
Coûts indirects	1'788'150	91%	3'321'231	92%	3'157'607	91%
Total des coûts (yc ch. invest.)	1'965'000	100%	3'610'034	100%	3'469'898	100%
Résultat	-604'252		-9'775		-240'908	

Ce tableau présente les coûts directs et indirects / Recettes / Résultats MHS 2011 – 2013 (Source : Rapport sur les coûts et les recettes de la MHS de septembre 2014)

Commentaires de l'HVS :

2011 : En 2011, les cas étaient facturés selon le système tarifaire APDRG. Les tarifs ne comprenaient pas la part d'investissement. Les investissements étaient subventionnés à 100% par le canton. La définition des cas de MHS n'était pas encore clairement établie. Pour cette raison, l'année 2011 sera comparée avec prudence avec les années suivantes.

2012 : Depuis 2012 (entrée en vigueur du nouveau système de financement), les investissements sont compris dans les tarifs et l'Hôpital du Valais doit financer entièrement ses investissements par ses propres recettes. Les cas somatiques aigus sont maintenant facturés selon le catalogue tarifaire SwissDRG. Le Canton ne subventionne plus les investissements de manière directe, comme c'était le cas avec l'ancien système (avant 2012). Les coûts et les produits sont indiqués de manière brute, autrement dit avec la part en lien avec les investissements. La définition des cas de MHS était déjà mieux établie. Les charges directes et indirectes ont été entièrement couvertes.

2013 : Depuis l'introduction du nouveau catalogue tarifaire SwissDRG, une nouvelle version de ce catalogue a été établie chaque année. Ce nouveau système est optimisé en permanence. Pour cette raison, une comparaison avec les années précédentes doit être considérée avec prudence.

Selon l'analyse de l'HVS, la majorité des coûts indirects (coûts fixes comme par exemple infrastructure immobilière, équipement médical, personnel médical et soignant, laboratoire) resterait en renonçant à la chirurgie viscérale de MHS. Par contre, si cette activité est abandonnée, tous les revenus disparaîtront.

4.2 Analyse

4.2.1 Dysfonctionnements identifiés

4.2.1.1 Les 5 hôpitaux universitaires et les conventions

Les 5 hôpitaux universitaires veulent offrir la MHS ainsi que les plus grands hôpitaux cantonaux (Lucerne, St-Gall, Aarau, Bellinzone) et les plus grandes cliniques privées (Hirslanden Berne et Zurich). La pression de centraliser la MHS va se maintenir et il est prévisible que cela conduise à une plus grande concentration. L'évolution médicale leur donnera raison. Les conseillers académiques du Conseil d'administration respectivement de l'Hôpital du Valais offrent un soutien de façade, ils veulent de facto la MHS pour leurs centres. Le groupe d'experts de la MHS est composé majoritairement de représentants de centres précités. Le nombre minimal de cas sera à l'avenir corrigé à la hausse.

A. La convention du CHCVR (et non pas de l'HVS) avec le CHUV concernant la MHS est une reprise pas à pas de la MHS par le CHUV. En outre, cela est une mise sous tutelle des patients valaisans avec l'incitation de se faire traiter au CHUV. Qu'une telle convention n'existe qu'avec une seule université représente une orientation déloyale du flux des patients, à notre avis faite de manière inquiétante de la part du canton et de l'HVS. La convention et l'obligation du deuxième avis (deuxième avis médical) apparaissent comme un signe de défiance de la part du politique et du canton et présupposent que l'Hôpital de Sion ne dispose pas des compétences (médicales, statistiques, organisationnelles et structurelles) pour offrir la MHS.

L'audit de la FHF propose des recommandations pour les conventions sur la médecine hautement spécialisée (MHS), recommandations qui ne sont toujours pas suivies, comme en témoigne la signature à la hâte en date du 2 décembre 2013 d'une lettre d'intention pour la collaboration avec le CHUV en matière de chirurgie MHS à Sion. Il n'y a pas eu d'offre auprès d'un autre hôpital universitaire (alors qu'il est de notoriété publique que la chirurgie du pancréas et du foie se fait prioritairement aux HUG).

4.2.1.2 Masse critique

Pour obtenir l'autorisation de pratique de la MHScv, il faut prouver que l'on dispose de la masse critique suffisante. Comme l'a relevé le Prof. Houben dans son rapport, selon la définition statistique ou la définition clinique de la MHScv, on arrive à des résultats différents en raison de problèmes liés à la codification médicale ou à la qualité des dossiers médicaux. Ce problème n'est pas spécifique au Valais, il existe dans toute la Suisse.

B. Pour 3 domaines (œsophage, pancréas et foie), Sion ne remplit pas ou tout juste les critères et encore avec difficultés (cf. critique de Houben relative aux indications prêtant à discussion). Il y aura toujours un incessant combat pour atteindre les chiffres nécessaires à l'obtention du statut de centre MHScv qui est sujet à interprétation car toutes les petites complications seront répertoriées et associées à un manque d'expérience. Cela signifie que la critique va continuer et croître ; aux critiques actuelles s'en ajouteront de nouvelles, en particulier de la part des médecins-chefs, des patients, d'autres centres et de commissions (groupes d'experts). Concrètement, le maintien « à tout prix » de la MHScv à Sion n'apporterait pas de prestige mais péjorerait encore plus l'image de l'institution.

Pour l'année 2013, l'HVS n'atteint dans aucun domaine de la chirurgie viscérale hautement spécialisée le nombre minimal proposé par l'organe scientifique MHS. Pour l'année 2013, l'HVS atteint dans trois spécialités sur cinq les 10 interventions requises qui sont pour l'instant un compromis et ne valent que pour 2 ans jusqu'à l'année 2016. Le rapport Houben démontre une « sur-opération » dans le domaine de la MHScv à l'Hôpital de Sion. Le nombre de cas réel va être plus bas que démontré dans les statistiques de l'HVS.

Il se pose également la question du bassin de recrutement pour la cv. Prétendre qu'avec une population de 320'000 habitants, le nombre de cas MHScv serait suffisant n'est pas un argument défendable. Le bassin de recrutement du Valais est tout sauf homogène. Celui-ci ne compte de facto pas l'ensemble de la population valaisanne, sachant qu'un flux existe vers les hôpitaux vaudois, genevois ou bernois. En outre, le Valais central est très hétérogène d'un point de vue médical. Une partie du corps médical oriente ses patients directement vers Lausanne ou Genève (cliniques privées, etc.). Il serait illusoire de croire que les frontières cantonales jouent encore un rôle significatif dans les questions de santé.

De nos jours, les patients sont plus autonomes et informés. La notion du nombre de cas minimaux et la qualité sont dans tous les esprits. Les centres universitaires et privés assurent une promotion correspondante, les médecins de famille informant leurs patients en matière de MHS en direction de ces centres. La presse, les médias et les caisses maladies y apportent leur contribution.

4.2.1.3 Finances

Pour remplir les critères MHScv, des investissements doivent être effectués et une infrastructure coûteuse doit être maintenue à jour : 2-3 chirurgiens viscéraux spécialisés, d'autres spécialistes aptes pour la MHScv (anesthésie, nutrition, médecine intensive, gastroentérologie, etc.), Quality Manager, gestionnaire de données, coordinateurs. Le temps et les coûts investis sont sans aucune proportion avec les avantages pour les patients et le nombre d'opérations. Les moyens financiers doivent être investis de manière judicieuse et avec davantage de nécessité dans les soins de base afin d'éviter un gaspillage des ressources.

- C. Selon l'analyse de l'HVS, la majorité des coûts indirects (coûts fixes comme par exemple infrastructure immobilière, équipement médical, personnel médical et soignant, laboratoire) resterait en renonçant à la MHScv. Par contre, si cette activité est tout ou partie abandonnée, tous les revenus y relatifs disparaîtraient. De l'avis de la CEP-RSV, ils seront au moins partiellement compensés par les autres activités opératoires.

À cela s'ajoute la difficulté qu'il y aura à recruter du personnel hautement qualifié, les centres désirant conserver chez eux leurs collaborateurs qualifiés.

4.2.1.4 Innovation et qualité de la médecine

Il sied de relever en préambule que beaucoup de très bons médecins et un personnel soignant qualifié travaillent à l'HVS. Ils s'investissent quotidiennement pour offrir une bonne prise en charge des patients. Ces personnes qui assument le 99% de la patientèle ne sont pas concernées par les critiques portant ici sur la MHScv.

- D. Les partisans de la MHScv mettent en garde sur le fait que, par l'éventuelle perte de la MHScv, l'innovation et la qualité de la médecine en Valais tomberont au niveau d'un pays du Tiers Monde. Il s'agit d'un affront par rapport au travail de la large majorité des collaborateurs de l'HVS. L'Hôpital de Sion a pu offrir de la MHScv durant plusieurs années sans que l'on puisse constater de l'innovation ou des résultats de recherche dans ce domaine compte tenu de l'insuffisance de cas traités. Même les centres universitaires ont des difficultés à être innovants avec leurs faibles nombres de cas; ils sont dépendants des données d'études venant de l'étranger. Pour la MHScv, on dispose de preuves scientifiques avérées montrant que les hôpitaux ayant une activité importante affichent une mortalité plus faible et de meilleurs résultats à long terme. L'organe scientifique MHS estime par conséquent qu'un renforcement de la concentration de ces interventions s'accompagne logiquement d'une amélioration de la qualité.

Pour ce qui concerne la médecine de pointe, il y a d'excellents chirurgiens dans nos hôpitaux, également dans les disciplines spécialisées autres que la MHScv. Ceux-ci doivent avoir suffisamment de cas, ils doivent être soutenus et pouvoir œuvrer dans une bonne ambiance de travail. Dans le domaine de la MHScv, en tant que région périphérique, nous connaissons toujours le risque important que son activité se concentre autour de très peu de personnes. En cas de départ, le programme s'arrête et le savoir-faire se perd.

Malgré qu'elle ne représente que 1% des opérations sur le site de Sion, la MHScv a focalisé l'attention générale des différents observateurs par le fait que l'opérateur vedette en était le Dr. Vincent Bettschart (cf. affaires litigieuses au chapitre 3). De fait, elle a aussi suscité l'attention accrue de l'ancien président du Conseil d'administration, M. Kleiber, qui craignait que la perte de cette MHScv n'entraîne la fin d'une médecine élitaires en Valais. Dans le même temps, les itinéraires cliniques intégrant l'ensemble du canton n'ont pas été suffisamment développés.

La pratique de la MHScv nécessite un responsable d'unité qui ait à la fois des capacités d'opérateur et des compétences managériales. Vincent Bettschart n'a pas démontré sa capacité à mettre en place et gérer la structure de MHScv. À sa décharge, on peut se demander si tous les gens qui sont impliqués dans la procédure de MHScv ont vraiment joué le jeu. Les staffs ne sont pas suffisamment multidisciplinaires. Il n'y a pas de débat. Il n'y a pas de contradiction. Cela est pourtant nécessaire pour que la médecine soit équilibrée.

4.2.1.5 Régionalisme

La taille de la Suisse permet, tant aux patients du Valais romand que du Haut-Valais, d'atteindre un hôpital universitaire en environ une heure. On ne peut donc pas évoquer le danger d'une sous-dotation respectivement un désavantage pour notre population dans le domaine de la MHScv.

- E. On a souvent prétendu que le régionalisme était le moteur des critiques dirigées contre la MHScv. Il faut relever qu'aucune région à part Sion ne s'est proposée pour l'exercice de cette discipline. Ainsi, au contraire d'autres cantons, l'attribution de cette discipline à la capitale allait de soi en Valais. Le problème n'était donc pas généré par le régionalisme et la situation de l'Hôpital de Sion était enviable.

Pourtant, bon nombre de personnes internes ou externes à l'HVS pense encore que tout ou partie de la MHScv ne devrait pas être proposé à l'HVS.

4.2.1.6 La surveillance de la MHS

La convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée prévoit que les cantons signataires transfèrent à l'organe de décision MHS leur compétence d'arrêter la liste des hôpitaux pour le domaine de la médecine hautement spécialisée (art. 9). L'organe scientifique MHS a notamment pour tâche de fixer les conditions qui doivent être remplies pour l'exécution d'une prestation MHS (art. 4). Sur la base des analyses de l'organe scientifique, l'organe de décision MHS établit la liste des domaines de la médecine hautement spécialisée et des établissements mandatés ; cette liste est périodiquement vérifiée (art. 3).

- F. Sur le site de la CDS (www.gdk-cds.ch), on peut lire que le canton d'implantation est responsable de la surveillance et du contrôle de l'exécution des attributions des prestations et des conditions liées à la fourniture de celles-ci. Dans la pratique, les mandats MHS sont attribués pour 2 ou 4 ans. Ils sont donc revus périodiquement par l'organe scientifique MHS afin de vérifier si les conditions d'attribution sont toujours remplies. Une surveillance par le canton siège de l'hôpital n'est pas prévue par la convention intercantonale. Elle s'avèrerait difficilement réalisable, les conditions spécifiques et la récolte des données y relatives étant du ressort de l'organe scientifique MHS. Il n'existe donc pas un vrai organe de contrôle intercantonal ou cantonal mais plutôt un contrôle périodique indirect par l'organe scientifique MSH en vérifiant si les conditions d'attribution sont toujours remplies.

4.2.1.7 Le deuxième avis systématique

Par un vote de défiance et par voie de motion acceptée par le Conseil d'Etat, le Grand Conseil a exigé en 2011 le double avis systématique pour le domaine des interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale.

- G. La CIMHS demande que chaque cas de cancer soit présenté à un « tumor board » pluridisciplinaire (composé de spécialistes en gastroentérologie/hépatologie, d'opérateurs, de spécialistes en radiothérapie, oncologie, anatomie pathologique et radiologie) et fasse l'objet d'un compte rendu.

Le rapport Houben illustre bien que cette exigence n'était pas satisfaite dans les années 2011-2012 en Valais. A posteriori, il apparaît raisonnable que, vu la situation du moment, le Parlement ait demandé en 2011 l'assurance d'un deuxième avis systématique dans le domaine des interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale. A notre connaissance, le Valais est le seul canton qui demande ce double avis systématique.

4.2.2 Recommendations

4.2.2.1 Les 5 hôpitaux universitaires et les conventions

- A. D'un point de vue stratégique, il est important que des collaborations universitaires soient établies aussi vite que possible pour instaurer les itinéraires cliniques en Valais. Les centres universitaires sont motivés pour acquérir les gestes chirurgicaux de la MHS. À l'avenir, les exigences de la CIMHS vont être plus sévères et nous risquons de perdre toutes les interventions vers les centres universitaires. Etablir ces collaborations universitaires pendant que nous avons encore le mandat provisoire permet à l'HVS de négocier dans une position forte. Il faut effectuer rapidement des demandes d'offres auprès de tous les hôpitaux universitaires.

4.2.2.2 Masse critique

- B. Il ressort des investigations de la CEP-RSV, notamment des entretiens avec des membres de l'organe scientifique MHS ainsi que de l'expertise Houben que le bassin de recrutement et les besoins en santé nécessitent un Centre hospitalier de MHScv à Sion pour la chirurgie colorectale et hépatobiliaire, malgré le fait que le nombre minimal proposé par l'organe scientifique MHS n'a pas été atteint dans les années 2011-2013. Les patients, atteints de pathologies rectales, recrutés à l'HVS doivent impérativement être pris en charge au CHVR. En effet, l'épidémiologie du Valais 2009 révèle que plus de 120 cancers colorectaux doivent être opérés annuellement dans le canton. Il est impensable de ne pas fournir à la population un Centre MHScv de pathologie rectale. 10% des patients présenteront une métastase hépatique opérable. L'HVS doit y faire face.

Ce centre pourrait également intégrer la chirurgie bariatrique MHScv (obésité) si on centralise cette spécialité en Valais. Sans collaboration entre les centres (ou centralisation), la chirurgie bariatrique MHScv devra être abandonnée à l'HVS (l'HVS n'a pas le mandat pour la chirurgie bariatrique MHScv par le CIMHS).

En ce qui concerne la chirurgie œsophagienne et pancréatique, l'activité en Valais n'est pas suffisante. Désormais, il est important que la chaîne de traitement - diagnostique pour les maladies de ces organes - se retrouve en Valais. Le patient ne sortira du canton que pour l'opération. Par exemple, le traitement des cancers œsophagiens pourrait être maintenu, mais en confiant l'œsophagectomie aux opérateurs d'un centre spécialisé. Cette stratégie assurera que la qualité médicale sera préservée dans l'HVS pour ces maladies.

4.2.2.3 Finances

- C. L'HVS craint que la perte de la MHScv entraîne également des pertes financières. La CEP-RSV ne partage pas cet avis. Elle pense que cette perte peut être compensée par l'évolution des autres activités. À nos yeux, la qualité des soins et la sécurité des patients doivent primer les contingences financières.

4.2.2.4 Innovation et qualité de la médecine

- D. L'actuel Conseil d'administration de l'HVS est favorable au maintien de la MHScv pour autant que les exigences de sécurité pour les patients soient remplies. Cela l'a conduit à suspendre provisoirement certaines interventions suite aux problèmes sécuritaires relevés par le Prof. Houben. Cette philosophie de sécurité des patients doit être prise en compte dans le choix des opérateurs et intervenants qui permettront de proposer la MHScv, notamment dans les domaines où l'activité est suffisante voire complémentaire à la MHS du domaine de la traumatologie, véritable centre de compétences en Valais. Cette philosophie de sécurité impose naturellement aux intervenants de travailler en équipe, dans le respect des compétences et prérogatives de chacun.

4.2.2.5 Régionalisme

- E. Pour une question de masse critique, le maintien de la MHScv pour la chirurgie colorectale et hépatobiliaire passe par la nécessité d'une vision cantonale, partagée par le Haut et le Bas. Le CHVR doit pouvoir traiter les patients germanophones de manière adéquate. Ceci implique de développer davantage le bilinguisme et que les itinéraires cliniques ne soient pas exclusivement dirigés vers un centre universitaire romand. Il faut aujourd'hui discuter avec les Universités de Lausanne, Genève et Berne pour ce qui concerne la stratégie future. Il est nécessaire d'intégrer en tant que partenaire d'autres établissements hospitaliers germanophones. Par ailleurs, les conventions de collaboration ne doivent pas constituer un frein à l'embauche d'opérateurs compétents venant de centres universitaires autres que ceux signataires des conventions, ni se limiter à permettre aux centres universitaires de venir faire leur « marché » en Valais (rapport d'audit FHF).

4.2.2.6 La surveillance de la MHS

- F. La convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée ne prévoit pas explicitement la surveillance de la MHS. Pour cette raison, la CEP-RSV partage l'avis de la CDS que le canton d'implantation est responsable de la surveillance et du contrôle de l'exécution des attributions des prestations et des conditions liées à la fourniture de celles-ci. Il n'est pas suffisant qu'une surveillance se fasse ponctuellement dans un intervalle de 4 ans pour un mandat de MHS permanent en chirurgie viscérale. Le Département de la santé doit assumer la surveillance sur la MHS en chirurgie viscérale en Valais.

4.2.2.7 Le deuxième avis systématique

- G. Le double avis systématique correspond à une surveillance permanente par un centre compétent et ne doit pas être confondu avec le droit du patient d'obtenir un deuxième avis médical.

Considérant que le Valais est le seul canton qui demande ce double avis systématique, étant donné que la CIMHS demande que chaque cas de cancer soit présenté à un « tumor board » pluridisciplinaire, compte tenu du départ du chirurgien qui a provoqué la demande d'introduire le deuxième avis systématique, la CEP-RSV estime qu'il est temps de restaurer la confiance politique envers la chirurgie viscérale à l'HVS et propose d'abandonner le double avis systématique. Par contre, elle insiste pour que le patient valaisan soit informé systématiquement de la possibilité et de son droit de disposer d'un double avis universitaire ainsi que de l'existence pour chaque cas de cancer d'un « tumor board ». En outre, la CEP-RSV demande que la commission thématique formule un nouvel indicateur de contrôle pour le budget 2016 concernant le suivi des cas de cancer qui auraient été présentés à un « tumor board ».

Les bonnes décisions doivent être prises pour que l'HVS soit un hôpital qualifié et attractif, tant pour les patients que pour le personnel médical et soignant. Les efforts consentis et à consentir doivent aboutir à recréer une spirale positive.

5. Gouvernance

5.1 Généralités

La gouvernance de l'HVS traite des différents niveaux de conduite opérationnelle et stratégique du domaine de la santé publique et de l'établissement hospitalier. La CEP-RSV s'est intéressée au rôle du Conseil d'Etat, du Département de la santé, du Service de la santé publique, du Conseil d'administration de l'HVS, de la direction générale et des directions de centres de l'HVS.

Pour assurer le suivi par le Département en charge de la santé et par l'HVS des recommandations de la FHF, un comité de pilotage a été créé ainsi que 5 groupes de projet pour la réalisation des mesures concernant l'HVS et 3 autres groupes de projet traitant des mesures concernant plus directement l'Etat, une démarche participative étant privilégiée. Le coût de 800'000 euros pour le suivi des recommandations FHF a été mis à charge de l'HVS.

Depuis l'audit FHF, de nombreux changements ont eu lieu, tant au niveau législatif, que dans les organes de gouvernance de l'Hôpital du Valais, tous allant dans le sens des recommandations de l'audit :

- 1^{er} janvier 2012 : entrée en fonction du Conseil d'administration présidé par M. Charles Kleiber
- 1^{er} septembre 2012 : entrée en fonction de la Direction générale actuelle
- Depuis fin 2012: Nombreuses réorganisations en cours afin de mettre en place le modèle d'organisation avec 5 départements prévus au sein du SZO et du CHVR
- Loi sur les établissements et institutions sanitaires du 13 mars 2014
- Contrat de prestations entre l'Etat du Valais, le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture, le Service de la santé publique et l'Hôpital du Valais (RSV) pour les années 2013-2014, adopté par le Conseil d'Etat le 19 juin 2013
- Expertise indépendante sur la pratique de la médecine hautement spécialisée viscérale à l'Hôpital de Sion, RSV, Valais, Prof. Jean-Jacques Houben, 4 mars 2014
- Projet d'établissement, cadre conceptuel de l'action de l'Hôpital du Valais (RSV), défini par la direction générale et son état-major sous l'égide du directeur général, 7 juin 2013
- Plan d'action 2014 de la Direction générale découlant de la feuille de route du Conseil d'administration et du projet d'établissement de l'HVS.

Les conditions-cadres générales sont définies dans la LEIS :

- a) Définition de la composition de l'Hôpital du Valais (art. 25 LEIS), établissement hospitalier composé:
 - du Centre hospitalier du Haut-Valais, composé des sites hospitaliers de Brigue et Viège;
 - du Centre hospitalier du Valais romand, composé des sites hospitaliers de Sierre y compris la Clinique Sainte-Claire, Montana (Centre valaisan de pneumologie – CVP), Sion, Martigny, Saint-Maurice (Clinique de Saint-Amé) et Monthey (Institutions psychiatriques du Valais Romand – IPVR);
 - de l'Institut central des hôpitaux valaisans (ICHV) dont les activités déléguées demeurent sous l'autorité du département;
- b) Confirmation d'une gouvernance (art. 28 LEIS) avec quatre organes :
 - le Conseil d'administration;
 - la Direction générale;
 - les Directions des Centres hospitaliers et de l'ICHV;
 - l'Organe de révision.

5.2 Le Conseil d'Etat et le Département de la santé

Selon l'art. 38 de la LEIS, les compétences du Conseil d'Etat par rapport à l'HVS se résument comme suit :

- 1) Le Conseil d'Etat désigne les membres du Conseil d'administration de l'Hôpital du Valais ainsi que son président.
- 2) Il désigne l'Organe de révision de l'Hôpital du Valais.
- 3) Il exerce la surveillance sur l'Hôpital du Valais en contrôlant, notamment, la mise en œuvre de la planification sanitaire, sa gestion et ses comptes, par l'intermédiaire du département. Il prend position par écrit sur le rapport annuel de gestion de l'Hôpital du Valais avant son examen par le Grand Conseil.
- 4) Il soumet au Grand Conseil, dans le budget, le montant de la participation financière à accorder à l'Hôpital du Valais.
- 5) Il approuve les comptes annuels de l'Hôpital du Valais

Les règles de collaboration entre l'HVS et le Service de la santé publique (SSP) découlent de la loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) et de ses ordonnances d'application. Les principales règles en la matière figurent dans l'ordonnance sur l'HVS du 1^{er} octobre 2014, en particulier ses dispositions sur :

- la participation de l'HVS à l'élaboration de la planification hospitalière (art. 30 LEIS),
- la rémunération des médecins-cadres,
- le contrôle et la surveillance (rapport de gestion, approbation des comptes),
- la mise à disposition des infrastructures (section 4),
- les investissements de l'HVS (plan stratégique d'investissements, budget des investissements),
- la gestion financière (principes de gestion financière, fonds de roulement).

Certaines règles découlent d'autres législations non spécifiques à l'HVS, à savoir l'ordonnance sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires du 19 décembre 2007, la procédure pour l'établissement de la liste hospitalière et la conclusion de contrats de prestations (art. 7 LEIS), l'ordonnance sur le transfert des infrastructures hospitalières du 31 janvier 2007, l'ordonnance sur les activités de santé publique déléguées par l'Etat du 4 mars 2009 et l'ordonnance sur la qualité des soins et la sécurité des patients du 3 septembre 2014.

Il en résulte des échanges réguliers entre le SSP et l'HVS, sur divers thèmes (planification, finances, investissements, activités déléguées, qualité des prestations, etc.), à divers niveaux (Conseil d'administration, Direction générale, Directions de centres).

5.2.1 Dysfonctionnements identifiés

Législature 2009-2013 : Département de la santé présidé par M. Maurice Tornay

Au cours de ses investigations, la CEP a identifié plusieurs dysfonctionnements imputables au conseiller d'Etat en charge de la santé, survenus dès le début des premières affaires litigieuses apparues au sein du CHVR en 2010. Ces dysfonctionnements concernent le conseiller d'Etat Maurice Tornay et le chef du Service de la santé, M. George Dupuis.

- A. Plusieurs séances concernant la chirurgie sont organisées suite à la transmission des dossiers médicaux par le Pr. Savioz. Le chef du Service de la santé n'est plus systématiquement convié aux discussions bilatérales entre le président du Conseil d'administration de l'HVS et le chef du Département de la santé. Dès 2010 en effet, M. Dupuis indique ne plus avoir participé aux séances du Conseil d'administration de l'HVS en dehors de celles auxquelles il était spécifiquement invité. C'est directement M. Tornay qui gère les relations avec le Conseil d'administration de l'HVS.

Les séances de travail que le chef du Département a tenues avec le chef du Service de la santé publique et le président du Conseil d'administration, qui était généralement accompagné de membres du Conseil d'administration ou de la Direction générale, n'ont pas fait l'objet de PV qui ont pu être présentés à la CEP-RSV par le Département. Seul un avant-projet de PV élaboré par le SSP a pu être transmis à la CEP-RSV. Au moment crucial de la gestion de crise (2010-2011), les responsables choisissent de ne plus tenir de PV et de procéder par échanges plus ou moins réguliers dont on ignore la fréquence et le contenu.

- B. Lors des cas dénoncés par le Dr. Savioz, le chef du Département confirme l'octroi du mandat aux experts Clavien et Scheidegger. Comme indiqué dans cette confirmation, le chef du SSP envoie les 3 points les plus importants du mandat et les questions de celui-ci le 3 février 2010. Les bonnes questions sont posées (qualité et sécurité en chirurgie, management du département de chirurgie, direction médicale du RSV, mesures provisionnelles à prendre). Les problèmes confirmés par le Prof. Houben, 4 ans plus tard, sont d'ailleurs mis en avant. Le rapport d'expert ne répond toutefois pas entièrement à ces questions comme l'admet l'expert lui-même lors de son entretien avec la CEP. En fait, le rapport n'est pas une expertise scientifique en tant que telle, mais une impression donnée par des professionnels sur la capacité opératoire de Vincent Bettschart. Le chef du SSP et le chef du Département étaient au courant. Le rapport se base sur des entretiens conduits sur une seule journée avec des collaborateurs de l'HVS que les experts n'ont pas choisi. Toutes ces personnes auditionnées étaient finalement concernées par les résultats du rapport d'expert.

Lors de la définition du mandat, la mortalité (surmortalité) dans le Service de chirurgie avait pourtant été pointée du doigt. Malgré tout, le mandant n'a pas sollicité de précisions ou de compléments après avoir reçu le rapport d'expert, un document qui ne fait nullement référence à la mortalité globale du service qui paraissait élevée selon les chiffres connus et communiqués par le SSP.

Se basant sur les conclusions de l'expertise sommaire, le conseiller d'Etat Maurice Tornay va dès lors systématiquement réfuter les critiques envers le CHVR. Cautionnant le licenciement du Pr. Savioz survenu en février 2010, il déclarera même que l'action de ce dernier relève de la simple « querelle de médecin » (intervention au Grand Conseil, 12 mars 2010).

Pire, ce rapport sera utilisé par la suite par le Département de la santé afin de défendre la qualité du Service de chirurgie dans le domaine hautement spécialisé, notamment dans le cadre d'un document adressé par le Département au Parlement en mars 2010, et ce jusqu'aux affaires Bettschart de 2013.

Il sied de préciser que, en 2011, la FHF n'a pas eu mandat d'apprécier les dossiers mis en cause par M. Savioz et analysés par les experts Clavien/Scheidegger, ni d'investiguer sur la MHS en tant que telle. La FHF a analysé 2000 dossiers en chirurgie mais ne s'est pas focalisée sur les 48 dossiers dénoncés par M. Savioz. Les patients n'ont d'ailleurs pas délié leur médecin du secret médical pour une éventuelle audition par les experts FHF.

En 2012, l'expertise par les 3 conseillers scientifiques du Conseil d'administration (les Drs Pécoud du CHUV, Perrier du HUG et Aujesky de l'Insel Spital) sur les dossiers mis en cause par M. Savioz blanchit M. Bettschart. Aucun de ces conseillers scientifiques n'est chirurgien. Leur travail se réfère aux conclusions de la FHF qui, comme indiqué ci-devant, n'a pas examiné spécifiquement les dossiers incriminés ni représenté une expertise de la chirurgie viscérale hautement spécialisée.

Il en est de même du rapport d'audit interne 2013 sur M. Bettschart qui n'a examiné que 3 cas de décès mais n'a pas fait une analyse approfondie du Service de chirurgie dans le domaine hautement spécialisé.

Ce n'est qu'avec le rapport Houben remis en début 2014 que des considérations scientifiques sur ces dossiers seront enfin établies.

Législature 2013-2017 : Département de la santé présidé par Mme Esther Waeber-Kalbermatten

Durant l'été 2013, suite à plusieurs décès au CHVR et aux dépôts de plaintes pénales contre Vincent Bettschart, une nouvelle affaire affecte l'HVS. Depuis mai 2013, le Département est en main de Mme Esther Waeber Kalbermatten. La CEP-RSV relève plusieurs dysfonctionnements imputables à la conseillère d'Etat ainsi qu'au Département de la santé.

- C. Comme dans les législatures précédentes, le Conseil d'Etat et le Département de la santé s'abritent derrière leur mission de surveillance et la nécessité de ne pas s'immiscer dans l'opérationnel, notamment lors du licenciement des anesthésistes. En situation de crise, cette posture légale est néanmoins difficilement compréhensible. Une attitude davantage proactive et concertée avec le Conseil d'administration de l'HVS est indispensable. Elle permet d'agir en amont par la mise en place de mesures correctives et ainsi d'éviter l'aggravation de certaines situations.

Si la gestion administrative dépend du Conseil d'administration, voire de la Direction générale de l'HVS, les objectifs politiques et le contrôle du bon fonctionnement doivent relever de l'autorité d'un Conseil d'Etat. Force est de constater que, 10 ans après la mise en place de l'HVS, l'équilibre des responsabilités entre les différentes instances dirigeantes (Conseil d'Etat, Département de la santé, Conseil d'administration et Direction générale de l'HVS) n'a pas été trouvé.

- D. Le SSP a relevé en été 2013 des indicateurs-qualité mettant en évidence des résultats sortant des normes pour des interventions (entre autres en chirurgie viscérale) effectuées en 2011. Sur son invitation, le Département de la santé a sollicité l'HVS pour effectuer une revue des dossiers médicaux concernés. Il n'avait toujours pas reçu de réponses en été 2014.

Le Département de la santé et le SSP ont manqué de persévérance en n'exigeant pas les réponses aux questions posées.

- E. Au travers de la LEIS, le Parlement s'est exprimé en faveur d'une plus grande indépendance de l'OVS, en le détachant du SSP et de l'HVS. L'audit de la FHF avait également recommandé de reconnaître l'OVS comme un établissement de droit public autonome avec une personnalité juridique propre. Or, selon l'ordonnance sur l'OVS entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015, la composition du Conseil d'administration de l'OVS ne va pas dans ce sens puisque le chef du SSP en est le président et le médecin cantonal en est membre.

5.2.2 Recommandations

- A. L'Autorité cantonale doit identifier les situations de crise et apprécier les mesures à prendre pour y remédier. En de telles situations, il convient de faire appel à des experts externes, indépendants et reconnus pour établir des faits permettant d'exercer avec efficacité la mission de surveillance. Ces expertises doivent reposer sur une méthodologie scientifique et ne pas se limiter à des auditions subjectives. Le rapport d'expertise doit être rendu public pour en assurer la transparence et la qualité. Cela n'a été fait qu'avec le rapport Houben.
- B. Par voie d'ordonnance, le Conseil d'Etat doit clarifier les rôles, fonctions et moyens définissant la surveillance et la haute surveillance de l'HVS.
- C. Bien que la nouvelle LEIS vienne d'entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2015, la CEP-RSV invite le Conseil d'Etat à apprécier dans quelle mesure elle devrait être adaptée pour permettre des rapports simplifiés entre le Conseil d'Etat et le Conseil d'administration de l'HVS, respectivement une surveillance davantage proactive de la part de l'Etat. Le Département de la santé et/ou le Conseil d'Etat devraient pouvoir intervenir directement lors de situations de crise ou d'inquiétudes pour la sécurité des patients.

- D. Une communication régulière et transparente est indispensable aux rapports de confiance à instaurer entre les citoyens et les autorités responsables. Les indicateurs-qualité doivent être utilisés dans ce sens.
- E. La composition du Conseil d'administration de l'OVS devrait être revue pour lui garantir une réelle indépendance vis-à-vis du SSP et de l'HVS.

5.3 Le Service de la santé publique

Le Service de la santé publique (SSP) exécute les tâches qui lui sont confiées par le département.

Le rôle du SSP est principalement de :

- promouvoir la santé, prévenir les maladies et les accidents ;
- surveiller les professions et les institutions actives dans le domaine sanitaire ;
- garantir une prise en charge curative et palliative répondant aux besoins de la population ;
- garantir l'accessibilité des prestations de santé par le subventionnement des primes d'assurance-maladie.

L'objectif politique qui lui est confié dans le mandat de prestations 2014 est de contribuer à la promotion, à la sauvegarde et au rétablissement de la santé humaine, dans le respect de la liberté, de la dignité, de l'intégrité et de l'égalité des personnes.

Concernant l'HVS plus particulièrement, les objectifs opérationnels du SSP sont les suivants :

1. accompagner l'HVS dans la mise en œuvre de la planification hospitalière
2. assurer le financement des prestations des hôpitaux publics valaisans
3. renouveler les contrats de prestations avec l'HVS
4. poursuivre la mise en place d'un système de qualité
5. définir, avec l'HVS, les modalités nécessaires à la mise en œuvre des contrôles sanitaires dans les hôpitaux
6. soutenir la structure de direction de l'HVS
7. étudier la possibilité de changer le système de financement de l'hôpital de jour et de l'ambulatoire pour les soins psychiatriques.

5.3.1 Dysfonctionnements identifiés

- A. Il ressort des travaux de la CEP-RSV que le SSP émet des jugements sévères sur la situation à l'HVS. Le SSP n'est pas en mesure d'identifier si les problématiques de gouvernance reposent plutôt sur les structures ou sur les personnes. La CEP-RSV déplore que, plus de 10 ans après la mise en place du réseau, ces questions ne sont toujours pas réglées. Le SSP et le Conseil d'administration de l'HVS ont à plusieurs reprises peiné à avoir des objectifs communs et des visions partagées quant à la conduite du RSV.
- B. L'idée du SSP est de développer un pôle qualité permanent pour surveiller de manière active l'ensemble des prestataires de soins, donc pas uniquement les hôpitaux. Le SSP dispose d'indicateurs de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) lui permettant d'identifier des situations potentiellement anormales (sur la base des statistiques). Dans le cas présent, les constats du SSP sont communiqués à l'HVS. L'alerte de ces indicateurs survient parfois deux ans après les interventions sur les patients. De plus, le temps de réaction de l'HVS pour répondre aux sollicitations du SSP diffère encore dans le temps les mesures correctives à prendre. L'audit FHF a par ailleurs attesté que l'OVS est actif depuis le début des années 2000 dans la mise en place d'indicateurs de qualité, notamment avec le Service des maladies infectieuses de l'ICHV. Pour tous les relevés statistiques, que ce soit pour des relevés fédéraux ou cantonaux, les établissements engagent leur responsabilité en livrant leurs données. Celles-ci doivent refléter réellement leur activité. L'OVS doit signaler au département les éventuels problèmes de qualité des données constatés et le département devra prendre les mesures nécessaires vis-à-vis des établissements.

Les lignes directrices fixées en décembre 2013 par le Département de la santé distinguent 2 niveaux :

- Au niveau stratégique, le Département est compétent pour définir la politique de qualité des soins (rôle des acteurs impliqués) et les outils de mesure de la qualité mis en place (indicateurs). Le Département s'appuie pour ce faire sur les compétences et les propositions de la CSPQS, commission inactive ces dernières années.
- Au niveau opérationnel, les prestataires de soins sont responsables de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Ils ont notamment l'obligation de nommer des référents qualité chargés de récolter les données nécessaires pour les indicateurs. L'OVS est chargé, via son pôle qualité, d'analyser ces données et d'émettre des recommandations pour le Département via le Service de la santé publique.

Ces lignes directrices sont importantes pour définir les rôles et responsabilités des différents acteurs. Elles ont été présentées au début 2014. C'est sur la base de ces lignes directrices que l'OVS met actuellement en place son pôle qualité.

Les établissements livrent les données à l'OVS. La base légale pour cette livraison est précisée dans une ordonnance du Conseil d'Etat relative à la statistique sanitaire qui permet de définir les données à transmettre, les modalités de leur remise (fréquence, délais) respectivement les incidences si les données ne sont pas livrées ou pas livrées selon les attentes formulées.

- C. Aujourd'hui, on ne peut plus avoir une surveillance passive de la qualité des soins car les attentes des patients et du monde politique sont importantes. Or, il ressort des travaux de la CEP-RSV que la Commission pour la sécurité des patients et la qualité des soins (CSPQS) n'a pas pu traiter des affaires Bettschart en 2011 du fait de sa composition et qu'elle n'a ensuite pas été activée puisqu'elle n'a été renommée qu'en automne 2014. La Commission de surveillance des professions de la santé (CSPS) a également connu une reconstitution partielle et un changement de présidence. Sur les 2 ou 3 cas dénoncés par le SSP en automne 2013, aucun retour ne lui avait été communiqué en été 2014. La procédure prend souvent du temps car il y a des auditions et des expertises et même certaines fois des contre-expertises qui sont conduites.

5.3.2 Recommandations

- A. Dans le cadre de la mise en vigueur de l'ordonnance sur la surveillance que le Conseil d'Etat doit élaborer, il doit être exigé que le SSP et le Conseil d'administration de l'HVS entretiennent un dialogue permettant de définir les outils identifiant les éventuelles problématiques de gouvernance et précisant les objectifs communs.
- B. Le SSP doit avoir un accès plus rapide aux données statistiques lui servant d'indicateurs de qualité et de sécurité (contrôle externe). Il doit s'assurer qu'un contrôle interne adéquat existe à l'HVS en matière de qualité et de sécurité des soins (contrôle interne). La CEP-RSV relève la création d'une commission de sécurité des patients au sein de l'HVS. Celle-ci doit pouvoir fonctionner, remplir ses missions et surtout éviter les dérives observées par le passé (mobbing, plaintes pénales, licenciements, pressions).

Si la CEP-RSV relève la priorisation de la sécurité et de la surveillance de la santé par la mise sur pied d'un groupe de travail en 2014, elle suggère une plus grande réactivité du SSP et la mise en place d'un concept de surveillance efficace.

- C. La CSPQS doit fonctionner. Sa nouvelle composition doit lui permettre une indépendance de fonctionnement totale.

5.4 Le Conseil d'administration de l'HVS

Le LEIS définit à l'article 30 les compétences du Conseil d'administration de l'HVS comme suit :

- a) il définit la stratégie d'entreprise dans le cadre de la lettre de mission octroyée par le Conseil d'Etat en application de la loi sur les participations de l'Etat à des personnes morales et autres entités, ainsi que dans le respect de la planification sanitaire et des mandats et contrats de prestations;
- b) il définit l'organisation et le fonctionnement de la Direction générale ainsi que des Directions des centres hospitaliers et fixe les délégations de compétences aux divers niveaux de la structure hiérarchique de l'Hôpital du Valais;
- c) il approuve les directives de l'Hôpital du Valais;
- d) il définit les conditions, critères et procédures pour l'engagement et le licenciement du personnel;
- e) il nomme le directeur général et les autres membres de la Direction générale et des Directions des centres hospitaliers; ce faisant, il porte une attention particulière à assurer une représentation médico-soignante forte; il soumet la nomination du directeur général à l'approbation préalable du Conseil d'Etat;
- f) il nomme les médecins-chefs de département et les médecins-chefs de service;
- g) il approuve la création de postes de médecins-cadres dans le respect des conditions et modalités de subventionnement de la rémunération des médecins-cadres fixées par le Conseil d'Etat par voie d'ordonnance;
- h) il promeut une concertation entre les différentes professions soignantes et la Direction générale et les Directions des centres hospitaliers de façon à permettre à ces professions d'être consultées et entendues;
- i) il met en place le système de contrôle interne;
- j) il arrête le budget et les comptes annuels consolidés et par centres;
- k) il veille à l'équilibre budgétaire;
- l) il adopte le rapport annuel soumis à l'attention du Conseil d'Etat et du Grand Conseil;
- m) il participe à l'élaboration de la planification sanitaire et décide de la répartition des disciplines médicales sur les différents sites de l'Hôpital du Valais sur la base du mandat de prestations délivré par le Conseil d'Etat;
- n) il signe les conventions tarifaires dans le cadre des moyens financiers à disposition;
- o) il fixe avec les partenaires sociaux, le cas échéant au moyen de conventions collectives de travail, les conditions salariales et sociales, dans le cadre des moyens financiers à disposition;
- p) il définit, conformément à la législation sur les marchés publics, les modalités d'approbation des adjudications de travaux, de marchés de services et de fournitures pour l'Hôpital du Valais, selon les conditions et modalités fixées par le Conseil d'Etat par voie d'ordonnance;
- q) il assure l'information et la communication, en allemand comme en français, à l'égard des patients et de l'ensemble de la population valaisanne.

5.4.1 Dysfonctionnements identifiés

- A. Durant la période de forts remous, le président du Conseil d'administration, M. Charles Kleiber, a institué une cellule de crise ; cette cellule s'est approprié une ligne de pouvoir au-delà de la période critique et des compétences stratégiques, s'impliquant de manière intrusive dans l'opérationnel. Cette ligne de pouvoir concernait le président et la Direction du CHVR mais écartait la Direction générale. De fait, leur propre structure managériale ne respectait pas les compétences respectivement attribuées. Par l'implication de cette cellule de crise dans l'opérationnel, la Direction de centre était trop impliquée dans les directions stratégiques relevant du Conseil d'administration qui s'en trouvait ainsi court-circuité.

Par exemple, la communication rattachée organiquement à la Direction générale était maîtrisée dans les faits par le président du Conseil d'administration. Autre exemple, le pouvoir était donné à la Direction de centre de licencié des médecins-cadres sans tenir compte de la Direction générale ni du Collège des médecins.

Sous la présidence de Charles Kleiber, le Conseil d'administration s'est donc transformé en simple « chambre d'enregistrement » des décisions ; la personnalité du président Kleiber était telle qu'il était seul à décider, en partie par passivité des autres membres.

Des décisions importantes ont ainsi été préparées en présence de 2-3 membres de la cellule de crise. Le Conseil d'administration était ainsi sollicité pour prendre connaissance et valider des choix déjà faits, par exemple lors du « marquage à la culotte » des anesthésistes, termes utilisés dans des courriels faisant état de la décision de novembre 2013. Un tel langage est pour le moins inapproprié.

Il y a donc eu une phase intérimaire (de crise) durant laquelle le Conseil d'administration faisait de l'opérationnel et une phase de transition durant laquelle le Conseil d'administration était censé déléguer l'opérationnel à la Direction générale. En 2013, cette transition n'a pas été faite. Cela a amené des débats vifs entre M. Charles Kleiber et le Dr. Eric Bonvin mais aussi avec le Conseil d'administration qui n'était pas au courant de toutes les actions entreprises par son président.

- B. Lors de l'analyse de la composition des membres du Conseil d'administration, il est apparu que, à l'exception de M. Kleiber, ceux-ci manquaient de compétences ou d'expériences au niveau de la gouvernance d'une institution sanitaire au moment de leur nomination.
- C. Des membres permanents « hors conseil » participaient aux séances du Conseil d'administration (les experts des centres universitaires concurrents sollicités par M. Kleiber et la cheffe de la communication).
- D. Jusqu'en 2013, le Conseil d'administration ne disposait pas d'un contrôle interne adapté pour s'assurer de la mise en application de ses décisions par les organes concernés.
- E. Sous la présidence de M. Kleiber, un manque de coordination et de collaboration peut être constaté vis-à-vis de la cheffe du Département de la santé, notamment pour l'expertise interne, ou vis-à-vis de la Commission thématique SAI par rapport aux problèmes existants.

5.4.2 Recommandations

- A. Le Conseil d'administration doit à tout prix renforcer son rôle stratégique. Pour ce faire, la CEP-RSV recommande de se référer aux lignes directrices concernant la stratégie contenues dans le rapport FHF, à savoir :
 - un concept médical et des soins
 - les indicateurs financiers et économiques pour chaque service et département
 - une communication interne et externe optimale, définie par un concept de communication.

En été 2014, la CEP-RSV relève que ces 3 points n'existaient que pour le Centre hospitalier du Haut-Valais (SZO). Le concept médical et soignant a été établi depuis au CHVR.

Il est nécessaire de mettre en place un référentiel de crise permettant le cas échéant d'assurer un comportement adéquat de chaque instance décisionnelle. Les compétences décisionnelles de chacun doivent être respectées par le Conseil d'administration et sa présidence.

- B. Lors du prochain renouvellement du Conseil d'administration, il s'agira d'être attentif aux compétences ou aux expériences en matière de gouvernance d'une institution sanitaire de la part de plusieurs membres. Il s'agira également d'éviter les conflits d'intérêts potentiels et les incompatibilités signifiées dans la loi éponyme.

- C. Le Conseil d'administration peut s'accompagner ponctuellement de consultants ou d'experts mais ceux-ci ne peuvent être des membres permanents « hors conseil ». En outre, pour des raisons stratégiques, il n'est pas concevable que des représentants d'hôpitaux concurrents participent à toutes les séances du Conseil d'administration. Par contre, compte tenu de la participation du Valais à hauteur de 25% à l'Hôpital de Rennaz, le Conseil d'Etat doit apprécier dans quelle mesure il serait opportun qu'un membre du Conseil d'administration de l'HVS soit également membre du Conseil d'administration de cet hôpital intercantonal dans l'optique d'une saine et constructive collaboration entre ces deux institutions.
- D. Le Conseil d'administration doit s'assurer de la mise en application de ses décisions.
- E. La CEP-RSV a pris connaissance de la volonté du président a.i. du Conseil d'administration de l'HVS de resserrer les contacts avec les représentants du monde politique et ne peut qu'encourager une bonne coordination et collaboration entre l'Etat et l'HVS. Avec la nouvelle cheffe du Département et le nouveau chef du SSP, il y a eu davantage d'ouverture, d'échange et de partage, notamment avec la Cothém, ce qui est un gage réjouissant de la possibilité de concrétiser cette volonté de resserrer les contacts.

5.5 La Direction générale de l'HVS

L'art. 31 de la LEIS précise que la Direction générale participe à l'élaboration de la stratégie d'entreprise et assume la gestion opérationnelle de l'Hôpital du Valais conformément au cahier des charges établi par le Conseil d'administration.

Dès septembre 2012, une nouvelle structure et de nouvelles personnalités ont été mises en place. L'idée d'intégrer les Directions de centres (CHVR et SZO) dans la Direction générale visait à renforcer la conduite médico-soignante et les synergies entre centres.

Dans cette dynamique, de nombreux documents adoptés en 2013 par la Direction générale et le Conseil d'administration ont voulu une clarification des règles de fonctionnement de la gouvernance dont :

- son mode de fonctionnement et la mise en route de son état-major,
- un projet d'établissement décliné en plan d'actions,
- l'organisation des articulations formelles (espaces, fonctions et relations) de la Direction générale et du Conseil d'administration,
- une vision prospective de l'Hôpital du Valais à l'horizon 2025.

On peut constater une perception globalement positive des ajustements du fonctionnement dans les réunions de la direction générale, dans l'organisation des séances, et dans le processus de décision (p. ex. la fiche technique pour préparer les décisions).

On doit par contre mettre en évidence de nombreuses déclarations qui relèvent des différences d'appréciation majeures entre l'ancienne présidence du Conseil d'administration et la Direction générale.

5.5.1 Dysfonctionnements identifiés

5.5.1.1 Direction générale

- A. Durant les deux dernières années, la Direction générale s'est fortement étoffée. Cela provient en partie du déplacement de postes des Centres hospitaliers et de l'Institut central des hôpitaux valaisans (ICHV) mais aussi de la création de nouveaux postes.

5.5.1.2 Directeur général

- B. Lors de ses investigations, la CEP-RSV a constaté qu'à plusieurs reprises le directeur général faisait preuve d'effacement, voire de manque de réactivité. Cette situation s'explique en grande partie par l'omniprésence de M. Charles Kleiber et son implication dans l'opérationnel, au côté de la direction de site du CHVR.

La Direction générale n'a pas eu de possibilité d'agir car il s'agissait d'une situation de crise que le président du Conseil d'administration voulait gérer personnellement.

Pendant que M. Charles Kleiber incarnait seul l'HVS, la Direction de centre du CHVR s'est vu attribuer un pouvoir et des compétences accrues. Cela n'a pas entraîné de réaction visible de la part du directeur général jusqu'au départ de M. Kleiber.

Après le départ de M. Kleiber, il a été constaté que l'activité du directeur général a nettement augmenté et qu'il a concrètement repris sa place à la Direction générale.

5.5.1.3 Les services transversaux et de soutien

L'HVS est organisé par un organigramme matriciel qui semble être efficace et orienté vers le futur. Un organigramme matriciel fonctionne sur deux lignes :

- a) la ligne « responsabilité hiérarchique » qui dirige les collaborateurs dans les centres
=> les directions des deux centres
- b) la ligne « responsabilité fonctionnelle » qui soutient fonctionnellement les directions
=> les services transversaux et les services de soutien

Cette structure globale est correctement surveillée et coordonnée par la Direction générale.

- C. Les cahiers des charges des membres des directions et des services transversaux et de soutien sont clairs, fonctionnels et précis. Mais la CEP-RSV a constaté qu'ils ne sont pas appliqués par tout le monde correctement. Chaque fonction de gestion se base sur le triangle suivant : - les tâches - les responsabilités - les compétences.

Il est indispensable que ce triangle s'applique constamment sur le bon niveau compétent. Un mix du triangle entre les lignes « responsabilité hiérarchique » et les lignes « responsabilité fonctionnelle » doit être évité.

Il est prévu dans l'organigramme et dans les cahiers des charges que les services de soutien (organisation d'entreprise, qualité des soins et sécurité des patients, communication, affaires juridiques et éthiques, recherche et formation) et les services transversaux (les soins de l'HVS, ressources humaines de l'HVS, finances et contrôle de gestion de l'HVS, l'ICHV) assistent fonctionnellement les Directions des deux centres et la Direction générale.

Dans leur rôle de consultants internes, ils élaborent et soumettent des propositions fonctionnelles et des instruments techniques à l'attention de la Direction générale et des Directions des deux centres. Dans le cadre de ses travaux, la CEP-RSV a constaté que ces services transversaux et de soutien ont clairement dépassé leurs prérogatives en prenant des décisions sans en référer aux directions compétentes.

Communication

En termes de stratégie de communication, il faut différencier la pratique au sein d'une institution sanitaire autonome de droit public, de celle d'une entreprise à caractère commercial. La perception par le public des informations divulguées par une institution sanitaire dans laquelle des patients décèdent peut conduire à une mauvaise compréhension, différente de celle escomptée. De plus, les rapports de confiance s'en trouvent gravement altérés.

Durant la période de gestion de crise, la communication externe ne tenait pas compte de ces effets néfastes sur l'opinion publique.

Il faut relever ici que ces manquements avaient déjà été identifiés par les rapports de la COGEST et de la FHF.

En place depuis mai 2011, l'ancienne cheffe du service de communication a créé le plan de communication et l'a fait valider. Son service fonctionnait avec 6 personnes et une stagiaire.

Dès 2012, ladite cheffe du service de communication a été sollicitée pour soutenir le Conseil d'administration. À ce titre, elle a participé à de nombreuses séances du Conseil d'administration. À partir de mars 2013, il lui a été demandé de soutenir le directeur général et le président du Conseil d'administration. L'instauration de cette double hiérarchie a entraîné des difficultés de fonctionnement. Au cœur de la crise, ladite cheffe du service de communication a travaillé presque exclusivement pour le président du Conseil d'administration.

En mai 2014, l'HVS scinde la communication interne et la communication externe pour attribuer la communication interne à Mme Schwery, cheffe des RH au sein de la Direction générale, et laisser uniquement la communication externe au service de communication. Cette disposition a été prise au sein de l'HVS alors que le cahier des charges précisait que la cheffe du service de communication était responsable de toute la communication.

Ressources humaines

L'organisation des Ressources humaines existe de manière « étagée » sans liens hiérarchiques : une directrice RH est rattachée à la Direction générale, des directions RH sont rattachées à chaque centre. Le président a.i du Conseil d'administration admet une organisation désastreuse des RH au CHVR. La directrice générale des RH, Mme Schwery, n'avait pas de contrôle sur les RH du centre quand bien même son cahier des charges demande de coacher les RH de centres. Mme Schwery n'a pas été impliquée ni informée de manière concomitante sur les décisions prises par le CHVR concernant le personnel (par exemple lors des licenciements des médecins-cadres anesthésistes). Les liens entre la directrice des RH et les responsables RH de centres étaient uniquement fonctionnels et non hiérarchiques.

5.5.1.4 Gestion financière

Afin de garantir une gestion financière efficiente de la Direction générale, tous les coûts devraient être enregistrés selon le principe de la causalité et de façon transparente directement par les émetteurs (i.e. la Direction générale, y compris les Services transversaux, les Centres hospitaliers ou l'ICHV). À cet effet, la Direction générale devrait répartir tous ses coûts (y compris les prestations transversales) à l'aide d'une imputation interne des prestations :

Frais de socle (20% max.)

Répartition des frais fixes selon le nombre total des cas traités, le nombre total des postes à temps plein ou le chiffre d'affaires global et ventilation entre la Direction générale (en incluant les Services transversaux), les Centres hospitaliers et l'ICHV

Tous les autres frais (80% min.)

Répartition de tous les autres frais de la Direction générale selon l'utilisation effective directe. Les prestations directes et concrètes sont attribuées respectivement à la Direction générale (en incluant les Services transversaux), aux Centres hospitaliers et à l'ICHV

Pour pouvoir satisfaire à l'article de la LAMal relatif au caractère économique, les utilisateurs de prestations de l'HVS sont libres de pouvoir également obtenir ces prestations ailleurs, ce qui garantira à long terme une concurrence efficiente et sera susceptible de faire baisser les coûts.

D. Avec cette imputation transparente des coûts, directement auprès des utilisateurs internes au sein de l'HVS, on respecte la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaMal) section 6 « contrôle du caractère économique ». La comptabilité analytique de l'HVS doit être modifiée selon Rekole/H+. Ce modèle est basé sur le principe du Swiss GAAP RPC qui contient comme noyau fondamental le système du « principe de l'image fidèle » pour le patrimoine, la situation financière et les résultats financiers et qui, par conséquent doit être appliqué également au sein de l'HVS entre tous les générateurs de dépenses (la Direction générale, y compris les Services transversaux, les Centres hospitaliers et l'ICHV).

La loi sur la gestion et le contrôle administratifs et financiers du Canton du Valais du 24 juin 1980 exige dans son art. 3 bis al. 2 que, conformément au principe de transparence, toutes les prestations soient clairement identifiées et définies. À cette fin, il convient de mettre particulièrement en évidence les effets et résultats des prestations ainsi que les engagements nécessaires en personnel et en ressources financières pour leur réalisation. Cette réglementation est fondée sur le code des obligations (CO), art. 959 et 960, qui exige la clarté et la sincérité dans l'ensemble de la comptabilité. Telles sont les conditions-cadres légales que l'HVS doit respecter pour toutes ses répartitions internes.

Les directives de l'arrêté du Conseil fédéral du 2 novembre 2011 concernant l'ordonnance sur l'assurance maladie sont valables pour tous les hôpitaux de Suisse. Elles doivent être appliquées par toutes les instances de direction, notamment au sein de l'HVS afin de satisfaire aux principes de clarté et de sincérité des coûts. Elles constituent le fondement de la mise en œuvre de l'art. 30 let. j de la LEIS du 13 mars 2014.

5.5.2 Recommandations

5.5.2.1 Direction générale

- A. La structure de la Direction générale devra être à l'avenir réduite en s'appuyant sur l'organisation matricielle existante. Les prestations transversales ne devront être offertes de façon centrale que lorsqu'il pourra en résulter la création d'une valeur ajoutée tangible pour les patients et les collaborateurs dans les centres hospitaliers. La Direction générale doit mettre à disposition des centres hospitaliers un cadre adéquat afin que, bien ancrés sur le plan régional, ils puissent apporter une prestation compétitive.

La CEP-RSV s'interroge également sur l'utilité et l'accroissement de certains postes de la Direction générale. La Direction générale de l'HVS doit gérer ses structures avec efficacité, dans un objectif de maîtrise des coûts, compte tenu des conditions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (art 32 al. 2, LaMal) relatives au caractère économique.

Dans une gestion financière logique et intelligente, les efforts financiers doivent être prioritairement dirigés vers les soins et non vers des structures administratives lourdes et dispendieuses.

5.5.2.2 Directeur général

- B. De par l'option de gouvernance choisie (système matricielle) par l'HVS, il n'est pas concevable qu'un étage hiérarchique se fasse court-circuiter. En pareille situation, le directeur général doit avoir un comportement clair et ferme vis-à-vis de sa hiérarchie et de ses subordonnés.

5.5.2.3 Les services transversaux et de soutien

- C. Une centralisation des services administratifs doit sans exception apporter une valeur ajoutée (finances, effectivité, efficacité etc.) à l'HVS. Sans cela, cet exercice est inutile voire dommageable. D'après la CEP-RSV, la Direction générale doit vérifier la valeur ajoutée effective des centralisations réalisées ces deux dernières années et redistribuer au besoin des tâches administratives et de soutien dans les deux centres.

La répartition des compétences entre la Direction générale et les Services transversaux doit être clarifiée. À cette fin, la responsabilité de la gestion avec toutes les décisions opérationnelles induites doit être attribuée aux Directions de centres et la responsabilité professionnelle des Services transversaux doit être confiée à la Direction générale.

Communication

Le service de communication doit fonctionner et être rattaché en conformité avec le cahier des charges. Un règlement interne doit préciser la manière de communiquer dans des cas particuliers, tant à l'interne qu'à l'externe. Ce plan de communication validé par le Conseil d'administration doit être connu, hiérarchisé et respecté. Il doit par exemple éviter que des initiatives internes utilisent l'Intranet lors de litiges entre collègues ou pour manifester des tensions internes. En aucun cas, la communication doit être un outil de division ou de manipulation comme cela a été constaté dans les situations de crises traversées par l'HVS. La transmission verticale de l'information doit être facilitée. Le contenu de l'information revêt la plus grande importance et mérite une attention soutenue.

Au vu de la souffrance ressentie par des employés de l'HVS, la communication peut être un moyen de réinsuffler de la confiance et de la motivation, là où les acteurs ont eu l'impression de ne pas avoir droit à la parole.

Ressources humaines

La CEP-RSV s'interroge sur le lien entre les RH de la Direction générale et les RH des centres. Il est difficilement compréhensible que la direction centrale des RH ait des prérogatives se limitant à du coaching des RH de centres en situation de crise. L'organisation multi-sites complexe nécessite pour les RH un schéma de fonctionnement simple, lisible, responsable, cohérent et efficace.

La CEP-RSV s'interroge également sur le rôle voire l'utilité des RH au niveau de la Direction générale. L'essentiel du travail RH doit se faire dans chaque centre. Les instruments communs entre les différents centres (SZO, CHVR et ICHV) doivent être harmonisés par les responsables des centres et être accordés par la Direction générale consécutivement.

5.5.2.4 Gestion financière

- D. Le Conseil d'administration et la Direction générale de l'HVS doivent garantir le respect des lois fédérales et cantonales ainsi que des recommandations professionnelles fédérales pour que tous les coûts et investissements au sein de l'HVS (cf. chapitre 9.7 ci-après) soient enregistrés selon le principe de la causalité et de façon transparente par leurs émetteurs (i.e. la Direction générale y compris les Services transversaux, les Centres hospitaliers et l'ICHV).

5.6 Les Directions de centres

L'art. 31 de la LEIS stipule que les Directions des Centres hospitaliers et de l'ICHV dépendent de la Direction générale. Elles exécutent les tâches qui leur sont confiées par la Direction générale de l'HVS.

SZO :

- Le modèle d'organisation retenu a été mis en place avec 5 départements sur deux sites.
- Il peut être constaté un bon fonctionnement de l'équipe de direction. Celle-ci fait preuve de dynamisme et se montre très proactive. Elle favorise un management participatif.
- Il existe quelques divergences, entre autres médico-soignantes, avec le CHVR, qui sont notamment liées à des aspects culturels et des affinités suisses alémaniques. Celles-ci sont connues et gérables.
- Il n'existe pas de problèmes opérationnels majeurs portés à la connaissance de la CEP-RSV.
- L'enjeu stratégique et opérationnel principal réside dans la mise en œuvre du site unique désigné à Brigue.

CHVR :

- Il est officiellement organisé selon le modèle d'organisation retenu.
- De nombreux ajustements ont été nécessaires en 2014/2015 pour finaliser le passage de 12 à 5 départements par des changements successifs, dont la fusion des Centres CHC et CHCVR, et arriver à une structure répartie sur 7 sites.
- La qualité des soins est globalement reconnue dans de nombreux rapports.
- Malgré les différentes crises auxquelles le CHVR a dû faire face, notamment en relation avec les affaires Bettschart, il faut préciser que cela ne concerne qu'une petite partie des activités opératoires du CHVR, mais qui a focalisé une très grande attention de toutes les parties prenantes, de la politique et des médias.
- Les enjeux stratégiques sont multiples : projet médical, MHS, organisation et plateformes collaboratives pluridisciplinaires, développement des infrastructures, etc.

5.6.1 Dysfonctionnements identifiés**Direction du CHVR**

- A. Après la consultation des documents soumis à la CEP-RSV, il appert que les dysfonctionnements suivants ont été identifiés par la Direction générale et signifiés au printemps 2014 à la Direction du CHVR, principalement au directeur M. Vincent Castagna, après le départ de M. Charles Kleiber :
- Une inertie délétère dans la gestion des situations à risque (conflits, comportements problématiques, dysfonctionnements systémiques) liées aux collaborateurs du centre. Les problèmes que la Direction de centre du CHVR met en avant pour motiver le renvoi des deux anesthésistes sont restés durant plusieurs années sans traitement adéquat (inertie de plusieurs années dans le traitement de ces problèmes : aucun dossier constitué, absence de mesures d'accompagnement, absence de médiation avec les intéressés).
 - Une gestion inadéquate des procédures d'application de sanctions à l'encontre de collaborateurs (négligence du droit d'être entendu, motifs mal documentés, constitution après-coup du dossier RH des collaborateurs).
 - Un manque regrettable de sensibilité sur la portée des décisions prises et leur impact sur le climat interne comme sur l'image de l'institution.
 - Une négligence inappropriée des recommandations spécialisées formulées préalablement par le Service des affaires juridiques et éthiques, la Direction des ressources humaines et la Direction générale. Ces recommandations ont pourtant été formulées clairement et à plusieurs reprises et leur prise en compte aurait sans nul doute permis d'éviter une grande partie des problèmes identifiés, notamment en comblant les carences de conduite de la Direction de centre du CHVR que ces événements mettent en lumière.
 - Une exploitation inefficace des ressources et compétences transversales spécialisées mises à disposition du CHVR et cela plus particulièrement dans les domaines des ressources humaines, des affaires juridiques et de la communication. Ces domaines de compétences, rattachés à la Direction générale ont pourtant consacré la plus grande part ($\pm 70\%$) de leurs activités spécialisées aux affaires du CHVR. Compte tenu de ce constat, il ne semble pas opportun pour l'heure de doter la Direction de centre du CHVR d'un état-major distinct.

- L'absence perçue comme systématique d'accusé de réception et de prise en compte des demandes émanant des services hospitaliers ou des collaborateurs du centre (p. ex. : médecine, gériatrie, pédiatrie, chirurgie pédiatrique, anesthésie, radiologie, chirurgie, urologie, centre d'expertise médicale, centre valaisan de pneumologie). Certaines demandes, signalant parfois des situations à risque alarmantes, sont restées sans réponse durant plusieurs années et génèrent un sentiment d'incurie aujourd'hui largement exprimé, en particulier au sein du corps médical.
 - Le manque de sensibilité pour la dynamique participative qui est perçu par les partenaires sociaux ou le collège des médecins-cadres.
 - Le manque de culture de la gestion des alertes et des situations à risque au sein du centre.
- B. La Direction du CHVR manque de management participatif. Elle ne prend pas suffisamment en considération les suggestions du collège des médecins, ne donne pas suite à des courriers, ne reconduit pas la commission du personnel. Les décisions de renouvellement des postes clés sont frappées par un manque d'anticipation.
- C. La Direction du CHVR a profité de sa participation à la Direction générale et de l'effacement du directeur général au profit du président du Conseil d'administration, pour court-circuiter le directeur général et s'immiscer dans un rôle stratégique qui ne lui revenait pas.
- Plutôt que de faire son autocritique par rapport aux problèmes soulevés à l'HVS, principalement sur le site de Sion, la Direction du CHVR a fait preuve d'un déni de la réalité. Le directeur médical du CHVR, M. Pierre-François Cuénoud, chirurgien et spécialiste MHS, a participé et s'est fait le coauteur de l'expertise interne de septembre 2013 qui était favorable à Vincent Bettschard. Tout cela a contribué à l'instauration d'un climat de défiance.
- D. Le directeur médical du CVHR, M. Pierre-François Cuénoud, est salarié de l'HVS (environ 80%) mais aussi de la FMH (1'500 heures ou environ 60%). De manière générale et d'autant plus dans le contexte particulier de la crise vécue sur le site de Sion, il est surprenant que le directeur médical du CHVR ne se dédie pas pleinement à l'HVS.

À la lecture de ces dysfonctionnements identifiés par la Direction générale et constatés également par la CEP-RSV, celle-ci relève qu'ils se rapportent davantage à des problèmes de personnes plutôt qu'à des problèmes de structures ou de procédures. Parmi les dysfonctionnements constatés, plusieurs relèvent de fautes professionnelles de gouvernance. Au vu des graves manquements, une délégation de la CEP-RSV a d'ailleurs communiqué dans ce sens à la cheffe du DSSC, à la présidence du Conseil d'administration et à la Direction générale de l'HVS le 3 décembre 2014. Il est bien entendu qu'il n'est pas du ressort de la CEP-RSV d'élaborer un catalogue de sanctions. Cette intervention devait entre autres permettre l'application de mesures urgentes nécessaires. La Direction, tant administrative que médicale, du CHVR n'a pas su prévoir les crises successives, les a gérées de manière catastrophique et n'en a tiré aucun enseignement. La CEP-RSV a communiqué le 10 février dernier qu'elle avait pris note avec soulagement que des premières mesures avaient été prises par le Conseil d'administration de l'HVS.

Ressources humaines du CHVR

- E. La CEP-RSV a constaté plusieurs dysfonctionnements imputables au Service des RH du CHVR. Il sied de relever que certains dossiers RH étaient mal tenus et incomplets. Il ne devrait pas y avoir de pièces qui soient gardées hors du dossier personnel. Par exemple, lors du licenciement des anesthésistes, les dossiers RH des collaborateurs concernés ont été complétés après la décision de licenciement. Dans ce même exemple, les procédures réglementaires n'ont pas été suivies. Ceci relève d'une désorganisation regrettable et d'un manque de professionnalisme évident du service, plus particulièrement de son chef.

De plus, la procédure de déclaration d'incident ne donne pas satisfaction. L'anonymat n'est pas garanti et la confiance n'est donc pas de mise. Par conséquent, cette procédure est sous-utilisée, les documents pouvant se retrouver directement sur la table d'une personne mise en cause. Cette mauvaise gestion des déclarations d'incidents par les Ressources humaines a ainsi débouché parfois sur des blâmes qui ont dû être finalement retirés.

La responsabilité de la communication verticale qui est imputée, selon le cahier des charges, au chef des RH n'a pour le moins pas été assumée. Elle n'est en aucun cas compensée par une communication horizontale. D'autre part, le recours à des pétitions par le personnel illustre que les mécanismes préalables n'étaient pas adaptés.

Etant donné que ces constats ne se répètent pas au SZO, les problématiques relèvent davantage des personnes que du système. La CEP-RSV précise que ses investigations ont porté principalement sur la Direction des ressources humaines du CHVR. Les différentes situations de crise vécues à l'Hôpital de Sion peuvent peut-être expliquer ces pratiques inappropriées. Dans le respect du cahier des charges et de la politique RH de l'HVS, la répétition de telles situations n'est pas admissible et les responsables doivent être sanctionnés.

Controlling financier dans les centres

- F. Les responsables des départements et des services médico-soignants ne connaissent pas tous les contraintes budgétaires de leur secteur et ne sont pas encore suffisamment impliqués dans la définition de leurs besoins.

5.6.2 Recommandations

Direction du CHVR

- A. La Direction du CHVR doit se plier sans délai aux exigences de la Direction générale.
- B. La Direction du CHVR doit instaurer un réel management participatif et prendre en considération les suggestions du Collège des médecins. Il s'agit de reconstruire la confiance en interne. Toutefois, le Collège des médecins doit aussi admettre que toutes ses propositions ne soient pas acceptées par les Directions des centres.

La mise en place du Collège des médecins, décidée par la LEIS (art. 32), doit contribuer à la gouvernance participative des professionnels de la santé. Un représentant du personnel technico-soignant pourrait y être associé.

- C. Suite aux récentes décisions du Conseil d'administration, les postes de la direction du CHVR devront être repourvus le plus rapidement possible et ne pas se limiter à des mesures transitoires. Les dysfonctionnements identifiés préalablement par la CEP-RSV, incombant davantage aux personnes qu'au système, ne devront pas se reproduire. Le Conseil d'administration respectivement les autres instances dirigeantes doivent y veiller.
- D. Un directeur médical de centre doit s'engager pleinement (100%) pour son établissement.

Ressources humaines du CHVR

- E. Le Service RH du CHVR doit être réorganisé et suivre strictement les procédures réglementaires.

Controlling financier dans les centres

- F. Une information plus transparente concernant les décisions budgétaires doit être assurée auprès des responsables de départements et de services. Cela facilitera le management participatif, une meilleure coordination et davantage d'adhésion.

6. Aspects particuliers sur l'organisation générale de l'HVS

La CEP-RSV s'est demandé à plusieurs reprises si la crise était due aux personnes ou aux structures.

Pour l'HVS, la fusion des structures n'était pas la fusion des cultures. On a fait travailler en réseau des sites autonomes avec des cultures propres. C'est probablement l'une des difficultés majeures qui a desservi la mise en place du réseau. Avec le temps, les antagonismes initiaux se résorbent. Les changements de personnes survenus ou à venir doivent déboucher sur un meilleur fonctionnement.

6.1 Structure de l'HVS

6.1.1 Bases légales et conséquences

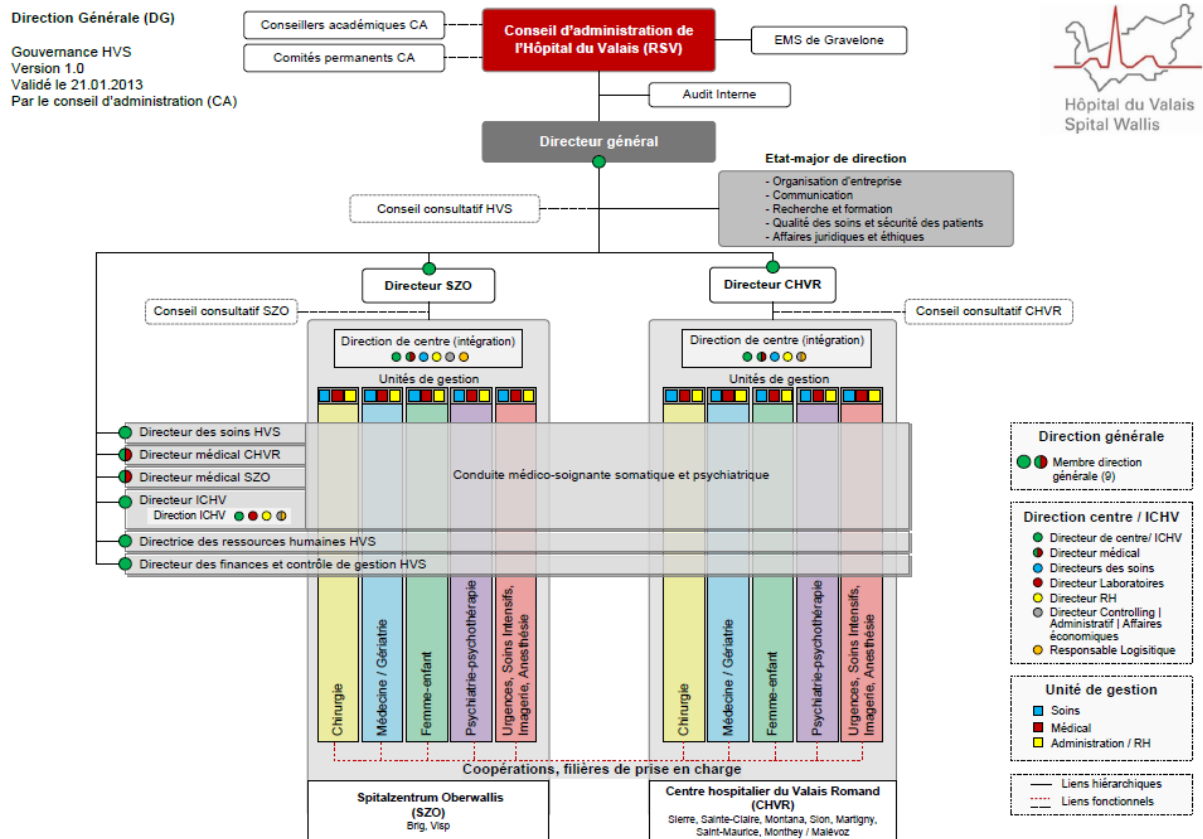
La LEIS du 13 mars 2014 définit à son chapitre 2 (art. 24 ss) la structure de base de l'HVS.

La loi ne tient pas compte uniquement de la différence linguistique, elle apporte un égard aux particularités socio-économiques régionales, dans le sens où deux régions hospitalières sont définies dans la partie francophone du canton. Une nouvelle région hospitalière inter-cantonale est apparue dans le Bas-Valais. Avec la création du nouvel hôpital inter-cantonal Riviera-Chablais, l'autonomisation de cette nouvelle région sanitaire s'accélère logiquement encore. Le bilinguisme caractérise le Canton du Valais dont les deux régions linguistiques sont géographiquement bien déterminées. Dans ce contexte, les deux Centres hospitaliers correspondent logiquement aux régions linguistiques. La mise en place de cette structure était une variante proposée par l'expertise FHF de 2011 qui a été reprise dans la LEIS 2014.

6.1.2 Organisation

Selon l'organigramme valable depuis juin 2012, l'HVS est composé du Centre hospitalier du Haut-Valais (SZO), du Centre hospitalier du Valais romand (CHVR) et de l'Institut central des hôpitaux valaisans (ICHV). L'organigramme ci-après présente une organisation typiquement matricielle et satisfait à l'organisation proposée par l'expertise FHF de 2011 :

- 2 Centres hospitaliers avec des tâches de direction et de mise en place opérationnelle
- des Services transversaux avec des responsabilités spécifiques pour les ressources humaines, la gestion financière, l'organisation d'entreprise, la recherche, la formation, les questions juridiques, la qualité des soins et la communication



Les deux Centres hospitaliers sont dirigés par une direction de centre et sont organisés à l'interne en départements. Les Services transversaux (laboratoire, pathologie, pharmacie, informatique, achats, etc.) dépendent pour la plupart de l'Institut central des hôpitaux (ICHV) qui, comme les deux Centres, dispose de sa propre direction. L'ICHV assume une fonction de soutien (Services transversaux) vis-à-vis des deux centres, dans le respect de l'autonomie respective de chaque centre hospitalier.

La Direction générale (dans laquelle siègent les directeurs de centres et leurs directeurs médicaux respectifs) et le Conseil d'administration chapeautent le tout.

6.1.3 Analyse

6.1.3.1 Organisations actuelles

L'organisation matricielle actuelle a été retenue pour tenir compte à la fois des particularités régionales marquées et du besoin de coordination globale à l'échelle du canton. Cela illustre d'une manière simple et claire l'organisation structurelle de l'HVS. Des responsabilités de gestion sont accordées directement dans les régions au travers des deux Centres et des responsabilités professionnelles sont confiées aux Services transversaux qui garantissent la collaboration des deux différentes régions. L'organisation matricielle présente toutefois un risque potentiel que les Services transversaux ou la Direction générale s'immiscent directement dans la direction opérationnelle. La situation inverse pouvant être tout aussi dommageable, à savoir que les Directions de centre se substituent à la Direction générale. Face à la rude concurrence inter-cantonale, les deux Centres hospitaliers doivent pouvoir disposer néanmoins d'une certaine autonomie. Il est évident du point de vue géographique que les stratégies du SZO par rapport à la proximité du Canton de Berne sont différentes de celles du CHVR par rapport à la proximité du Canton de Vaud et du nouvel Hôpital inter-cantonal Riviera-Chablais.

6.1.3.2 Organisations alternatives

Une alternative pourrait être la suppression de la Direction générale et le rattachement des deux Centres hospitaliers directement au Conseil d'administration. L'avantage de ce dispositif direct réside dans l'existence d'une structure serrée avec des compétences claires. Cela nécessiterait toutefois que le Conseil d'administration connaisse une certaine professionnalisation. L'inverse – soit la suppression des Centres hospitaliers au profit d'une seule Direction de tout l'HVS par la Direction générale – est difficilement réaliste étant donné les différences complexes dans le Canton du Valais.

Une autre alternative serait de s'approcher éventuellement d'une organisation en holding. La Direction de groupe correspondrait à peu près à l'actuelle Direction générale, y compris les Services transversaux. Elle serait responsable des décisions stratégiques et devrait développer le système global d'exploitation pour le mettre à disposition des filiales. Les filiales correspondraient aux actuels deux Centres hospitaliers et seraient responsables de la valorisation opérationnelle dans les régions sanitaires respectives. Une structure holding permettrait d'illustrer davantage que la Direction opérationnelle se situe dans les Centres et que les fonctions de coordination et de stratégie sont rattachées à la Direction générale (soit une société de groupes). Au fond, cela serait tout à fait possible dès à présent avec la forme d'organisation matricielle.

6.1.4 Recommandations

La matrice organisationnelle constitue une structure performante capable de représenter la complexité des besoins régionaux très différenciés du Canton du Valais. Il n'en demeure pas moins que l'élément central restera toujours la réelle intention de ne pas mélanger les fonctions stratégiques (Direction générale) et les fonctions de pilotage dans le domaine opérationnel (Centres hospitaliers). Les alternatives précitées, comme la suppression de la Direction générale respectivement celle des Centres hospitaliers ou une organisation et structure en holding, n'amènent pas une réelle plus-value.

L'HVS a besoin de Centres hospitaliers forts, entrepreneuriaux et visionnaires. Pour des raisons de différences linguistiques, culturelles, politiques, et d'approche médico-soignante, un hôpital unique et globalisé à l'échelle du canton avec une direction centrale serait voué à l'échec et ne pourrait pas être mis en place dans le cadre légal actuel. En regard à l'évolution historique, il serait stratégiquement erroné de tendre vers un hôpital offrant des départements cantonaux (suprarégionaux) et une direction centralisée. Un conglomérat hospitalier de ce type serait difficilement gérable et nécessiterait une superstructure inadéquate en termes d'administration et de coordination. Avec une pénurie des ressources toujours plus marquée, une telle structure ne parviendrait que difficilement à s'imposer dans la concurrence inter-cantonale. Il faut davantage miser sur des structures efficaces à taille humaine, une organisation flexible offrant des processus décisionnels rapides et surtout des collaborateurs compétents, motivés et innovants. C'est pourquoi, les Centres hospitaliers doivent disposer d'un haut degré d'autonomie et de compétence décisionnelle.

Dans le domaine médico-soignant, il existe des différences évidentes entre le Centre hospitalier du Haut-Valais (SZO) et le Centre hospitalier du Valais romand (CHVR). La majorité des professionnels du Haut-Valais (médecins, soignants, thérapeutes, économistes, etc.) ont suivi leur formation en Suisse alémanique ou dans des pays germanophones. La collaboration professionnelle, le perfectionnement et la formation continue se déroulent principalement dans les Centres universitaires germanophones. Il en est de même pour le recrutement du (futur) personnel. Le même scénario existe pour le CHVR avec la Suisse romande, respectivement les pays francophones.

De ce fait, il paraît illusoire de vouloir créer des départements médicaux à l'échelle de tout le canton (suprarégionaux). Une structure centralisée n'amènerait d'ailleurs aucun avantage pour la population et les touristes. Dans le cadre politique actuel donné par la LEIS, elle ne serait d'ailleurs nullement acceptée.

Chacun des deux Centres hospitaliers doit être fortement ancré dans sa région. C'est ainsi que pourra exister une étroite collaboration avec les médecins de famille et les autres institutions sanitaires qui sont les principaux pourvoyeurs de patients. Les professionnels respectifs doivent se connaître et se faire confiance réciproquement. Cela signifie que les contacts et les ententes doivent être noués et soignés à l'échelon local, ce qui ne peut être possible que par une direction de centre ancrée et active localement. La gestion des RH doit être réglée prioritairement dans chacun des Centres hospitaliers et ne pas être déléguée à une structure centralisée car la compréhension et la connaissance du problème sont bien plus importantes « au front ».

Pour permettre un fonctionnement économiquement judicieux et efficient, chaque Centre hospitalier ne peut assumer ses fonctions que par la mise à sa disposition d'un budget propre et d'un niveau suffisant de compétence décisionnelle. Le Parlement valaisan est arrivé également à cette conclusion au travers de l'article 30 let. j de la LEIS.

Il sied de s'interroger sur la structure départementale actuelle dans les centres. Il faut se demander si cette structure est encore opportune à l'avenir étant donné que l'évolution médicale en Suisse va clairement vers des disciplines spécialisées et vers des équipes pluridisciplinaires. Ces plus petites unités (qui sont dénommées « services » dans les hôpitaux) seraient gérées par les deux Directions de centres de manière décentralisée. La Direction générale voire le Conseil d'administration promulguerait le cadre valable pour tout l'HVS. D'autres Centres hospitaliers (par exemple l'Hôpital de l'île à Berne) ont abandonné depuis près de 10 ans la précédente structure départementale.

La mission de la Direction générale cantonale doit être clairement définie. Sa tâche principale est de créer des conditions adéquates pour disposer de Centres hospitaliers forts. Les Centres hospitaliers, par leur direction de centre, ont pour tâche l'activité et la direction opérationnelles. La Direction générale édicte les lignes directrices et fixe les objectifs de chaque centre hospitalier en collaboration avec les Directions de centres. Ces objectifs doivent être différenciés étant donné les particularités linguistiques, culturelles et géographiques, de manière à ce que chaque Centre hospitalier puisse s'imposer dans la rude concurrence inter-cantonale du marché hospitalier. La Direction générale se concentre aux fonctions de soutien des Directions de centres.

La synchronisation des projets médico-soignants dans tout l'HVS paraît peu nécessaire et judicieuse car les besoins, les événements locaux et les solutions possibles sont très différentes dans un canton aussi hétérogène.

En outre, la Direction générale soutient les coopérations entre les centres dans les différentes disciplines spécialisées et représente les intérêts des Centres hospitaliers par rapport au Conseil d'administration. L'actuelle composition de la Direction générale avec des représentants de Centres hospitaliers semble idéale pour assurer un esprit d'unité cantonale.

6.2 Bilinguisme

6.2.1 Bases légales et conséquences

La problématique du bilinguisme a été largement débattue dans le cadre de la campagne référendaire contre la LEIS 2011. La Constitution cantonale règle le bilinguisme pour l'administration, la justice et la législation, mais pas pour le domaine de la santé. La LEIS 2014 introduit une base légale garantissant la pratique du français et de l'allemand pour la prise en charge des patients dans les établissements hospitaliers auxquels la planification attribue une mission centralisée (art. 4).

Il s'agit d'un axe politique fort visant à assurer la cohésion cantonale au niveau de la politique sanitaire et hospitalière, ainsi que la qualité de la prise en charge. Pour le patient, il s'agit de la possibilité d'être soigné dans sa langue maternelle. Ensuite, il constitue un critère important dans le choix de l'hôpital. Assurer le bilinguisme dans les disciplines centralisées contribuera à maintenir un volume de patients suffisant pour pouvoir continuer à offrir ces prestations en Valais et maintenir ainsi un niveau de médecine élevé dans le canton.

6.2.2 Analyse

Comme plus de la moitié du personnel de l'HVS, la FHF pense que le bilinguisme constitue une des priorités affichées de l'HVS.

Un subventionnement fédéral de Fr. 70'000.00 par année de 2012 à 2015 a été obtenu pour développer ce projet.

Plusieurs actions ont été entreprises pour favoriser le bilinguisme :

- a) **Formation formelle** : Les cours se déroulent du mois de septembre au mois de juin à raison de 2 h par semaine. Ils sont donnés en partenariat avec l'Ecole Club Migros dans les locaux du CHVR :

Année	2012	2013	2014
Collaborateurs CCT (infirmiers, TRM, sages-femmes, physio etc.)	35	29	37
ICUS et N+1 (poste d'encadrement de premier niveau)	5	3	5
ICS et N+2 (poste d'encadrement de niveau deux)	2	0	3
Médecins (médecins assistants et médecins-chefs de clinique)	11	5	5
Médecins (médecins adjoints et médecins-chefs de service)	2	1	4
Total	55	39	54
Effectifs en nombre de collaborateurs CHCV, moyenne annuelle	2742	2501	

Les chiffres de ce tableau sont issus du rapport de gestion de l'HVS 2013 et d'une analyse de la Direction des Ressources Humaines de l'HVS du 26 février 2014

- b) **Cours de conversation professionnelle** : Depuis le mois de novembre 2013, le CHVR propose pour le personnel pouvant faire valoir d'un niveau minimal B1, des cours de conversation professionnelle (16 séances x 2h). Les formatrices sont des collaboratrices du CHVR de langue maternelle allemande. Ces cours de conversation ont été reconduits et renforcés en novembre 2014 (18 séances x 2h) :

Année	2013	2014
Collaborateurs CCT (infirmiers, TRM, sages-femmes, physio etc.)	8	9
ICUS et N+1 (poste d'encadrement de premier niveau)	1	1
ICS et N+2 (poste d'encadrement de niveau deux)	1	0
Médecins (médecins adjoints et médecins-chefs de service)	2	3
Total	12	13
Effectifs en nombre de collaborateurs CHCV, moyenne annuelle	2501	

Les chiffres de ce tableau sont issus du rapport de gestions de l'HVS 2013 et d'une analyse de la Direction des Ressources Humaines de l'HVS du 26 février 2014

- c) **Stages en immersion**: Deux soignants de l'hôpital et une secrétaire des admissions de l'Hôpital de Sion ont effectué un stage linguistique en immersion à l'Hôpital de Brigue (janvier 2013, février 2013 et août 2013). L'engagement d'un soignant haut valaisan sur le site de Sierre a été prolongé pour lui permettre l'apprentissage du français.

Les stages d'un mois n'ont plus été reconduits dès l'automne 2013. En effet, il aurait fallu prévoir des stages de plus longue durée pour qu'un résultat de l'apprentissage de la langue soit probant. Or, il est difficile d'extraire une personne d'une équipe sur une durée plus longue qu'un mois. De ce fait, cette mesure a été abandonnée.

- d) **Assistants linguistiques :** En 2013, 3 assistantes linguistiques, occupées respectivement à 20 %, ont été engagées. Leur mission consiste à se mettre à la disposition du patient de langue maternelle allemande tout au long de son séjour pour faciliter les échanges entre le patient et les professionnels de la santé. Une quatrième assistante linguistique a été engagée en automne 2014 pour mieux répondre à la demande des patients.

Par le biais d'une enquête menée en 2013 auprès des patients germanophones, cette prestation obtient un réel succès. Les assistantes linguistiques sont régulièrement sollicitées pour soutenir les échanges entre les patients germanophones et les professionnels de la santé francophones. Les résultats de cette enquête démontrent que :

- 24 % des patients sondés ont pu échanger avec le professionnel grâce à l'assistante linguistique ;
- 91 % des patients sondés estiment le niveau de qualité de la traduction simultanée entre bien et très bien.

Il existe, au niveau institutionnel (HVS), une réelle volonté de développer le bilinguisme de manière concrète, au quotidien, par l'engagement prioritaire de personnel bilingue ou maîtrisant l'autre langue cantonale, à tous les niveaux : soins, gestion d'équipes, management. Pourtant la CEP-RSV constate une faible participation du personnel du CHVR et elle déplore que les stages en immersion aient été abandonnés.

6.2.3. Recommandations

Pour une question de masse critique, le maintien de la MHScv pour la chirurgie colorectale et hépatobiliaire (voir chapitre 4.2.2.5) et d'autres prestations centralisées passe par la nécessité d'une vision cantonale, partagée par le Haut et le Bas. Le CHVR doit pouvoir traiter les patients germanophones de manière adéquate et conforme à la loi cantonale. Ceci implique de développer davantage le bilinguisme et que les itinéraires cliniques ne soient pas exclusivement dirigés vers un Centre universitaire romand.

Pour une institution sanitaire dont les sites se situent dans deux régions linguistiques, il semblerait pourtant que les stages en immersion soient un atout non négligeable qui devrait être vivement encouragé et recommandé par la Direction des ressources humaines. Aux extrêmes, un employé de la santé travaillant dans une discipline centralisée à l'Hôpital de Sion ne possédant pas un niveau de base en langue allemande devrait se voir imposer un stage en immersion ou l'obligation de suivre un cours proposé par l'HVS. Les compétences de bilinguisme attestées pourraient être valorisées par une compensation financière. Le niveau de connaissance de la deuxième langue par le personnel médico-soignant doit permettre de tenir une conversation avec le patient. Cet aspect devrait être considéré dès l'engagement du personnel.

Le projet est financé jusqu'à la fin de l'année 2015. Durant cette dernière année, les formations en allemand vont se poursuivre de même que l'emploi des assistantes linguistiques. Ces mesures montrent une plus-value dans la prise en charge des patients hauts valaisans. Comme le projet touche à sa fin, il est maintenant nécessaire de définir comment ces mesures pourront être financées après 2015. Vu l'intérêt financier du CHVR de garder les disciplines centralisées à Sion (voir la position de l'HVS du chapitre 4.1.3), le financement de ces mesures devrait être assumé par le CHVR.

6.3 Urgences

6.3.1 Analyse

Par nature, un service d'urgences doit répondre à des attentes parfois contradictoires. Les patients souhaitent la meilleure et la plus rapide prise en charge possible. Or la recherche de qualité impose des choix de priorités liés à la gravité des pathologies. Un patient atteint d'une pathologie douloureuse mais peu grave nécessitant une intervention relativement brève devra peut-être attendre plusieurs heures car d'autres patients avec des pathologies plus graves seront pris en charge en priorité. Cette réalité peut expliquer les différences d'appréciation de la prise en charge des urgences par les patients et leurs proches. Il faut aussi constater que les urgences sont de plus en plus utilisées par des patients pour traiter certaines pathologies qui pourraient être prises en charge plus rapidement par des médecins installés.

Une information complète et précise aux patients et à leurs proches des procédures spécifiques des urgences, du système de tri, des durées d'attentes et des alternatives possibles paraît très importante.

Sous la conduite du Dr. Fishman, le CHVR a développé un service d'urgences et un trauma-center de qualité et reconnu. Le service des urgences a connu deux difficultés importantes.

Première difficulté, lors de la fermeture des urgences de nuit à Sierre et à Martigny : un afflux de patients s'est dirigé directement vers l'Hôpital de Sion même en journée surchargeant ainsi les urgences de Sion et allongeant les temps d'attente. Cela souligne l'importance d'une information au public simple et précise.

Deuxième difficulté liée au départ regrettable du Dr. Fishman et de plusieurs collaborateurs, y compris le renvoi de deux médecins anesthésistes : il a fallu réorganiser rapidement le service et pallier un manque de personnel.

La CEP-RSV relève les efforts importants des médecins et du personnel de soins, parfois à la limite du point de rupture, et les en remercie vivement.

6.3.2 Recommandations

En prévision des changements inéluctables et pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients, la CEP-RSV recommande à l'HVS :

- d'améliorer la communication au public et aux patients par une communication simple, complète et précise ;
- de maintenir la qualité des soins et garantir une dotation en personnel suffisante. Après une année d'expérience, la maison de garde à Viège (HANOW) a fait ses preuves auprès de patients et des professionnels de la santé. La CEP-RSV souligne que cet exemple pourrait servir de base de réflexion pour le futur des urgences.

6.4 La garde en cardiologie

Cet aspect a fait l'objet de plusieurs interventions parlementaires et a nourri de nombreuses critiques.

En 2010, au CHVR, 4 médecins de garde en cardiologie sur 5 ne résidaient pas en Valais. Lors d'urgences durant leur garde, ces derniers devaient se rendre au plus vite de Lutry ou de Morges vers Sion. Ce trajet pouvait prendre facilement plus d'une heure.

En comparaison, la plupart des centres hospitaliers suisses imposent un délai maximum de 30 minutes pour les médecins de garde en cardiologie invasive. Pour pallier cette situation, une clinique privée de Sion avait d'ailleurs proposé à l'HVS une collaboration dans ce domaine. L'HVS n'y a pas donné suite.

6.4.1 Dysfonctionnements identifiés

En réponse au postulat P1.088 du Grand Conseil en mai 2010, le Conseiller d'Etat Maurice Tornay réfutait les critiques émises en déclarant : « *Vous voyez que, grâce à la cardiologie interventionnelle du Centre hospitalier du Valais central, la population valaisanne peut être prise en charge rapidement et de manière compétente en cas d'urgence, indépendamment du domicile du cardiologue (citation originale en allemand)* ».

Son argument s'appuyait principalement sur une comparaison statistique pour la mortalité sur l'infarctus du myocarde qui est un indicateur de qualité pour la cardiologie interventionnelle, entre l'HVS et d'autres établissements.

Autre réponse du Conseiller d'Etat Maurice Tornay au postulat P1.088 et à l'interpellation urgente I1.065 du 9 mars 2010 abordant notamment la garde en cardiologie : dans le rapport présenté le 12 mars 2010 devant le Parlement, on y lit en page 17 « *La proportion de décès suite à un infarctus dans les établissements du Centre Hospitalier du Centre du Valais en 2006 est de 3.6%. Elle est bien inférieure à celle de l'ensemble des hôpitaux suisses (environ 6 %).* » Le chef du DFIS oubliait de préciser que ce résultat concernait une période où la garde était encore assurée par 2 cardiologues valaisans (2 sur 3), et qu'il s'agissait donc d'une garde de proximité.

Une analyse approfondie des chiffres de l'OFSP démontre surtout que la mortalité sur l'infarctus du myocarde a augmenté depuis 2009. A cette date, 2 cardiologues de garde sur 5 résident encore en Valais. A partir de 2010, seul 1 cardiologue de garde sur 5 réside en Valais.

Indicateur de qualité de l'infarctus du myocarde pour CHCV par OFSP

	2008	2009	2010	2011	2012
Taux de mortalité observé (%)	5.1	6.9	6.5	7.4	6.9
Taux de mortalité attendu (%)	6.9	6.2	5.7	5.6	5.7
diff	-1.8	0.7	0.8	1.8	1.2
Nombre de cas	314	362	447	390	435
Surmortalité	-5.7	2.5	3.6	7.0	5.2
Nombre de cardiologues sur place en Valais	2 sur 3	2 sur 5(4)	1 sur 5(4)	1 sur 5(4)	1 sur 5(4)
Nombre de cardiologues sur place en Valais (%)	66%	40%	20-25%	20-25%	20-25%

Il serait également réducteur de ne considérer les conséquences d'accident cardiaque uniquement sous l'angle de la mortalité. En cas de survie, la récupération du muscle cardiaque est primordiale pour la qualité de vie du patient. Cette récupération est étroitement liée à la rapidité de la prise en charge médicale du patient, notamment la réouverture de l'artère coronaire bouchée. C'est pour cette raison que le modèle de planification recommandé par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) exige que la garde en cardiologie invasive se trouve en proximité de 30 minutes à l'hôpital. Ce qui était demandé à l'HVS pour le mandat en cardiologie invasive aiguë dans la nouvelle planification.

Ces aspects n'ont hélas pas été pris en compte durant plus de quatre années par le Département ou l'HVS, malgré diverses interventions parlementaires, de multiples démarches de l'ADPVAL et des dénonciations de patients.

6.4.2 Recommandations

La présence de médecins de garde résidant dans un périmètre restreint est une nécessité. Par une prise en charge plus rapide du patient, elle doit permettre une diminution de la mortalité et l'amélioration de la reprise de la fonction cardiaque.

La récente décision de l'HVS (dès janvier 2015) concernant la garde en cardiologie qui doit désormais se trouver à 30 minutes de l'hôpital conforte la CEP-RSV dans ses recommandations.

Les arguments avancés par le chef du Département de l'époque, basés sur des chiffres erronés, de même que le manque de considération et de suivi dont l'HVS a fait preuve sont inadmissibles. L'amélioration de la sécurité des patients doit reposer sur une attitude participative et constructive à tous les niveaux décisionnels de la hiérarchie sanitaire valaisanne.

6.5 Transferts inter-hospitaliers

6.5.1 Analyse

Depuis une vingtaine d'années et comme la plupart des pays occidentaux, la politique hospitalière suisse vit une véritable mutation de son organisation. Pour garantir la qualité des soins, la sécurité des patients et une efficacité économique, les soins hospitaliers se concentrent de plus en plus, notamment afin d'obtenir une « masse critique » de patients. Le Valais n'échappe pas à cette révolution et fait même figure de canton pionnier. Une telle évolution nécessite une réactivité et une capacité d'adaptation permanentes.

La mise en place de l'HVS a transformé les hôpitaux de districts régionaux en un réseau hospitalier multi-site unique. Il s'agissait d'une véritable révolution culturelle dans le domaine hospitalier valaisan. Il a fallu transformer difficilement une forme de concurrence hospitalière régionale en une collaboration inter-sites et inter-centres. Aujourd'hui, il faut s'attacher à passer d'un esprit d'indépendance locale à un esprit d'autonomie constructive des centres dans l'intérêt général de l'HVS et de ses patients. Toute la difficulté consiste à concilier cette collaboration inter-sites et inter-centres indispensable et une forme d'autonomie nécessaire à la dimension humaine d'une telle structure.

Ces dernières années, l'organisation et la planification de l'HVS en général et du CHVR en particulier ont imposé de nombreux transferts inter-hospitaliers et inter-sites. Les transferts inter-hospitaliers liés à des pathologies graves vers l'hôpital de Sion pour les prestations centralisées et vers des hôpitaux universitaires de pointe comme le CHUV, les HUG ou l'Inselspital sont indiscutables. Par contre, de nombreux transferts inter-sites au sein du CHVR résultent de contraintes liées à des choix discutables. Par exemple, un manque de salles d'opération sur le site de Sion a conduit à répartir sur deux sites de Sion et Martigny la traumatologie, l'orthopédie et la traumatologie différée. Parfois, en cas de complication, la sécurité des patients n'est pas optimale, sachant que seul le site de Sion assure des soins intensifs. De multiples transferts inter-sites, parfois à haut risque, ont dû et doivent encore être effectués pour des raisons d'organisation et de planification. La vox populi a dénommé ce système le « Réseau Santé Voyage ». Un correctif urgent doit être apporté à cette situation.

Comme indiqué en conférence de presse le 10 décembre 2014, le Conseil d'Etat a arrêté les axes de développement de l'Hôpital, sur proposition de l'HVS. La CEP-RSV a pris connaissance avec satisfaction de la concentration de toutes les activités opératoires du CHVR sur le site de Sion ainsi que du regroupement de toute l'activité hospitalière du Haut-Valais sur un seul site (Brigue). Cela devrait améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins et diminuer les coûts liés aux transferts inter-sites y relatifs.

6.5.2 Recommendations

Dans la dynamique positive qui doit prévaloir à la qualité des soins et à la sécurité des patients, la CEP-RSV recommande à l'HVS :

- de renforcer une culture et une identité de l'HVS tout en valorisant les spécificités des sites et des centres ;
- de réaliser les concentrations et les regroupements décidés le plus rapidement possible tout en respectant les rythmes d'adaptation nécessaires.

7. Qualité des soins et sécurité des patients

7.1 L'organisation interne

Pour améliorer la qualité globale de la prise en charge des patients dans le sens des recommandations de la FHF, l'HVS a mis en place les structures suivantes :

1. La politique qualité de l'HVS a été formalisée : elle est exprimée dans le Programme de développement des pratiques médico-soignantes de l'HVS. La mise en place du Modèle de pratique professionnelle représente une démarche d'amélioration continue qui s'inscrit dans la politique qualité de l'HVS.
2. Un comité qualité opérationnel a été constitué et il est fonctionnel. Il est mentionné dans l'Organigramme du service qualité du HVS.
 - Une coordinatrice soignante et un coordinateur médical pour la qualité des soins et sécurité des patients forment un binôme médico-soignant qui dépend directement du directeur général sur le plan hiérarchique
 - Les responsabilités ont été définies dans le cadre de la description des fonctions des coordinateurs qualité et l'articulation entre les différents niveaux est décrite dans un organigramme
 - Les managers qualité travaillent en réseau au sein du service qualité. Ils collaborent étroitement avec les coordinateurs qualité.
3. La dynamique qualité s'est remise en route sur les différents sites, mais dans une optique différente de celle adoptée jusqu'ici : une certification ISO 9001 n'est plus le but principal (même si le référentiel ISO reste un jalon important). Une approche qualité avec une forte orientation médico-soignante est actuellement prônée afin de susciter un engagement des collaborateurs de terrain et de créer une culture qualité à l'HVS :
 - La mise en route du Programme de développement des pratiques médico-soignantes de l'Hôpital du Valais (HVS) ; ce programme est conçu également afin de permettre aux unités de s'engager dans des certifications spécifiques (ex : soins palliatifs, ICHV, département mère enfant) ; inclusion dans le Plan d'actions 2014 de la Direction générale
 - La mise en place et réalisation du plan des mesures des indicateurs ANQ
 - Le projet Mesure Temps Zéro réalisé du 12 mars au 21 avril 2014, en collaboration avec l'Université de Bâle a observé :
 - o la perception de l'environnement de travail
 - o le rationnement dans les soins
 - o le climat sécurité.
 - Le projet performance des unités de soins s'inscrit dans le prolongement. Il s'agit notamment de rendre visible et de partager les résultats. Ce dispositif est opérationnel et ouvert aux responsables.
 - La commission de transfusion s'est constituée, la mission de cette instance est de renforcer l'hémovigilance.
 - Un COPIL sécurité œuvre à uniformiser le dispositif de recensement des événements indésirables et leur gestion. Les formations de l'institut pour la sécurité des patients ont été mises en place.
 - La mise en place du Modèle de Pratique Professionnelle est une démarche d'amélioration continue qui s'est réalisée de manière participative. Les actions sont mises en œuvre et suivies par département.
 - Certifications : ICHV, service des ambulances, stérilisation, Département mère enfant, soins palliatifs
 - Obtention de reconnaissances par différentes sociétés/organisme (soins continus de neurologie : Stroke Unit, Trauma Center, MHS)
 - La poursuite de la récolte de données exigées par les sociétés médicales (ex : MDSI aux soins intensifs, Stat. Anesth. en anesthésie) et satisfaction des critères FMH en terme de formation.

4. Les responsabilités ont été définies dans le cadre de la description des fonctions des coordinateurs qualité et l'articulation entre les différents niveaux est décrite dans un organigramme
5. La tâche de coordonner les démarches qualité a été attribuée aux coordinateurs qualité. Ces derniers rencontrent :
 - les managers qualité des différents Centres (SZO, ICHV et CHVR) une fois par mois
 - tous les collaborateurs du service qualité de l'HVS (managers qualité, responsables qualité, agents qualité et secrétaires) chaque trimestre
 - les membres de la Direction générale lors de ses réunions chaque semaine (les coordinateurs qualité font partie de l'Etat-Major de la Direction générale)
 - les autres membres de la Commission Qualité (M. M. Desmedt, directeur de soins pour l'HVS et le prof N. Troillet, directeur de l'ICHV) une fois par mois.

Une collaboration rapprochée entre les coordinateurs qualité et les membres du service qualité des différents centres s'est développée dans le cadre de plusieurs projets qualité HVS (par exemple : gestion documentaire et gestion des incidents).

6. Projet de gestion documentaire HVS presque terminé

La mesure de la satisfaction des patients a été effectuée selon le plan des mesures ANQ. De plus une mesure de la satisfaction des patients a été effectuée en interne par le CHVR.

En résumé, les principales actions entreprises entre 2011 et 2013 pour développer la démarche qualité ont été les suivantes :

- Mise en œuvre du Programme de développement des pratiques médico-soignantes et du Modèle de pratique professionnelle ;
- Constitution d'un comité qualité opérationnel ;
- Approches visant à créer une culture qualité à l'HVS en suscitant l'engagement des collaborateurs (Plan des mesures des indicateurs ANQ, Mesure Temps Zéro, projet performance des unités de soins, commission de transfusion, uniformisation du dispositif de recensement des événements indésirables, certifications diverses, etc.) ;
- Redéfinition des responsabilités des Coordinateurs qualité ;
- Mise en place de plateformes de rencontres communes (Assises valaisannes de la santé, collèges des médecins, forum échange patients, service médical de formation et de recherche, plateforme patients).

Pour l'HVS, ce programme « qualité et sécurité » fait référence. Il n'exclut pas la possibilité pour un service ou département du réseau de se certifier. Ce qui prévaut pour l'HVS, c'est la valeur ajoutée aux patients qu'apportent les démarches de certification, même si la certification ISO a été abandonnée en 2008 et que l'HVS n'envisage pas de la poursuivre absolument, comme le proposait la FHF. Pour l'HVS, la documentation excessive – et sans plus-value pour les patients, entourage ou pratiques de soin – est à bannir. ISO 9001 n'est pas nécessairement pertinent. Cette certification peut laisser entendre qu'un dispositif organisationnel est en place. Il ne donne aucune indication sur la qualité des prestations de soin offertes. La CEP-RSV comprend et rejoint cet argumentaire de l'HVS.

Conformément aux demandes de la COGEST, les critères de qualité principaux attendus ont été fixés dans le mandat de prestations avec le RSV.

En outre, il peut être constaté la mise en place (ou en cours de développement) des éléments suivants demandés par la FHF :

- évaluation du niveau de qualité des prestations fournies
- tableau de bord qualité
- évaluation de la tenue des dossiers patients
- politique médicale et soignante consolidée par le biais de la mise en œuvre d'une plateforme de rencontres communes
- mesure plus régulière du niveau de satisfaction des usagers en les associant davantage à la démarche qualité
- livrets d'accueil spécifiques des unités de soins dans les différents hôpitaux de l'HVS
- contrôle accru des pharmacies des unités de soins
- filière gériatrie transformée en service et intégrée au département de médecine interne-gériatrie (un poste de chef de clinique supplémentaire a été accordé) ; pour les capacités d'hospitalisation, le projet d'infrastructures 2020 devrait y remédier.

Beaucoup d'instruments ont été mis en place. La question de leur implémentation effective et de l'utilisation qui en est faite par le personnel reste ouverte,

7.1.1 Dysfonctionnements identifiés

A. Les éléments suivants font encore défaut :

- évaluation de la pertinence des prescriptions médicamenteuses ou de laboratoire
- révision avec les directeurs des soins des hôpitaux des responsabilités concernant la gestion et le circuit du médicament afin d'en renforcer la sécurité (projet pilote en discussion)
- évaluation des infections dans les blocs opératoires prévue après le lancement du programme Swisnoso en 2015
- des contacts ont été pris avec l'OVS mais la collaboration n'a pas encore été formalisée pour déterminer les indicateurs à mettre en place pour piloter efficacement la démarche qualité
- dans le cadre du projet « Hôpital 2020 » et du regroupement futur des activités, certaines améliorations des conditions hôtelières insuffisantes sur les sites de Malévoz, de St-Amé, Ste-Claire et du CVP sont envisagées ; il sied de préciser, comme l'indique la FHF, que ceci ne nuit pas à proprement parler à la qualité des soins, mais peut avoir un impact sur la satisfaction des patients et l'attractivité de l'HVS par rapport à la concurrence
- la création de l'HVS en fonction des sites existants a impliqué que les patients soient transférés d'un site à un autre en fonction des pathologies et des actes nécessités par leur prise en charge ; dans le cadre du projet « Hôpital 2020 » et du regroupement des disciplines sur un nombre réduit de sites hospitaliers, les transferts pourraient en partie diminuer
- la couverture vaccinale annuelle contre la grippe reste insuffisante pour les collaborateurs des institutions sanitaires ; comme dans d'autres hôpitaux, il est désormais demandé aux personnes qui ne souhaitent pas se vacciner de porter un masque chirurgical lors des soins aux malades durant l'épidémie saisonnière de grippe.

B. Un dispositif de prévention et de surveillance des infections nosocomiales et des infections du site opératoire s'élargit à l'ensemble des infections nosocomiales. Les éléments sont notamment discutés dans les différents secteurs d'activité et il y a une meilleure visibilité pour les unités médicales et de soins. Si les références suisses semblent satisfaites, elles peuvent s'écarter sur certains points des critères retenus par la FHF. Dans sa configuration actuelle, le logiciel informatique Phoenix ne permet pas d'accéder à toutes les informations nécessaires et certaines informations nécessitent encore le recours à des documents papier.

- C. Nombre d'améliorations ont été conduites pour améliorer la qualité des soins. Plusieurs d'entre elles ont nécessité un laps de temps relativement important (de 2 à 3 ans depuis le rapport de la FHF) pour être concrétisées au niveau opérationnel (par exemple, l'identification des médicaments administrés en perfusion était encore en phase de test au printemps 2014 sur le site de Sion ou le remplacement des pharmacies de chirurgie n'est effectué qu'en 2014 sur le site de Sierre, la problématique de la sécurisation de la pharmacie du site de Viège a été indiquée à la direction du SZO).

7.1.2 Recommandations

- A. Les démarches « sécurité et qualité » doivent être conduites jusqu'au bout, notamment en ce qui concerne la pertinence des prescriptions médicamenteuses ou de laboratoire, la gestion et le circuit du médicament, l'évaluation des infections dans les blocs opératoires, les indicateurs à mettre en place pour piloter efficacement la démarche qualité.
- B. Les supports informatiques doivent permettre un accès aux informations nécessaires à la prévention et la surveillance des infections nosocomiales.
- C. Le suivi des recommandations de la FHF en matière d'amélioration de la qualité des soins ne doit souffrir d'aucun délai.

7.2 L'Observatoire valaisan de la santé

La loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) du 13 mars 2014 induit quelques modifications dans la loi sur la santé du 14 février 2008 (RS/VS 800.1), en particulier l'art. 13bis concernant l'Observatoire valaisan de la santé :

3 L'observatoire valaisan de la santé est un établissement de droit public autonome.

4 Les dépenses retenues de l'Observatoire valaisan de la santé sont prises en charge par le canton.

5 Le Conseil d'Etat règle, pour le surplus, dans une ordonnance, la composition de l'Observatoire, ses activités, son fonctionnement et son financement, ainsi que la coordination avec le Département en charge de la statistique cantonale.

Cette modification répond partiellement aux recommandations de la FHF relatives au statut de l'Observatoire valaisan de la santé et à son positionnement par rapport à l'HVS. La FHF estimait que l'OVS devait avoir une personnalité juridique propre par rapport à l'HVS, ceci afin de remplir sa mission de surveillance en toute indépendance. Il est néanmoins rattaché pour l'heure au SSP.

L'Ordonnance du Conseil d'Etat du 1^{er} octobre 2014 sur l'OVS définit notamment le statut et la mission de cet établissement, son organisation, ses activités, son financement, le statut de son personnel, sa surveillance et la coordination avec le Département en charge de la statistique cantonale. Il précise également les aspects liés à la protection et à la communication des données qui sont traitées à l'OVS.

Les missions de l'OVS peuvent être résumées comme suit :

- développement et gestion du système d'information sanitaire cantonal via l'informatisation du système sanitaire ;
- gestion des relevés statistiques destinés à l'Office fédéral de la statistique et au canton, selon les dispositions légales en vigueur (LAMal, LSF, LEIS) ;
- surveillance (« monitoring ») du système de santé (notamment par la réalisation et la publication d'indicateurs sanitaires) ;
- réalisation d'études sur l'état de santé de la population et d'autres études épidémiologiques spécifiques notamment grâce au Registre des tumeurs ;
- évaluation des besoins de la population en soins hospitaliers et extra-hospitaliers ;
- évaluation de la qualité des prestations de soins.

7.2.1 Dysfonctionnements identifiés

- A. Au travers de la LEIS, le Parlement s'est exprimé en faveur d'une plus grande indépendance de l'OVS, en le détachant du SSP et de l'HVS. L'audit de la FHF avait également recommandé de reconnaître l'OVS comme un établissement de droit public autonome avec une personnalité juridique propre. Or, selon l'ordonnance sur l'OVS entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015, la composition du Conseil d'administration de l'OVS ne va pas dans ce sens puisque le chef du SSP en est le président et le médecin cantonal en est membre.
- B. Aujourd'hui, on ne peut plus avoir une surveillance passive de la qualité des soins car les attentes des patients et du monde politique sont importantes.
- C. Les outils de l'OVS n'ont manifestement pas permis d'identifier les chiffres en lien avec la surmortalité en MHScv. Pour arriver à ses conclusions, le prof. Houben a dû aller au-delà des données statistiques brutes existantes.

Il sied de préciser que les valeurs de référence font défaut au niveau fédéral.

- D. Dans les faits, la procédure de récolte d'informations et le retour des données de l'OVS auprès des acteurs du terrain ne donnent pas encore pleine satisfaction.

7.2.2 Recommandations

- A. La composition du Conseil d'administration de l'OVS devrait être revue pour lui garantir une réelle indépendance vis-à-vis du SSP et de l'HVS.
- B. En plus de son indépendance, l'OVS doit disposer de compétences pour intervenir auprès du DSSC lors de constats de chiffres alarmants. Un mécanisme d'alerte (en direction du Département de la santé) doit permettre d'aviser en cas de fluctuations des statistiques ou d'indices significatifs.
- C. L'OVS doit développer des indicateurs permettant davantage d'efficacité à la surveillance.
- D. L'OVS doit formaliser et améliorer la récolte des données et leur retour auprès des acteurs du terrain.

7.3 Alertes données par des tiers (lanceurs d'alerte)

Lors des différentes affaires qui ont touché le RSV, de nombreuses voix se sont élevées, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'HVS. Des clans se sont constitués, fédérant des communautés de personnes désireuses de dénoncer, soutenir ou d'informer.

Au cours de ses travaux, la CEP-RSV a veillé à entendre différents points de vue afin de disposer d'un maximum d'informations, dans un souci d'objectivité. La CEP-RSV a également veillé à auditionner des personnes occupant des fonctions à différents échelons de l'HVS. La levée générale du secret de fonction du personnel a été assortie d'une garantie de confidentialité de la part de la CEP-RSV. Toute personne désireuse de communiquer des informations a ainsi eu l'occasion de la faire dans un cadre optimal. Les multiples informations récoltées nous ont ainsi permis de disposer d'éléments précis et utiles à nos travaux.

La CEP-RSV a également veillé à entendre différentes personnes extérieures à l'HVS à l'origine d'actions citoyennes depuis le début des affaires en 2010.

A ce titre, elle a notamment reçu MM. Jean-Claude Pont et Michel Ducrot.

Actions de MM. Jean-Claude Pont, Serge Sierro et Michel Clavien

L'action de M. Pont a débuté en mars 2010, en parallèle au développement de « l'affaire Savioz ». Associé au sein d'un collectif à l'ancien conseiller d'Etat Serge Sierro et à M. Michel Clavien, ancien responsable de l'information à l'Etat du Valais, ils publient en 2010 quatre *Bulletins d'informations*, dans lesquels ils présentent différents dysfonctionnements constatés au sein de l'Hôpital transmis par des patients ou des membres du personnel soignant.

Leurs actions se poursuivent via plusieurs conférences de presse, différents courriers aux instances dirigeantes de la santé valaisanne ainsi que la récolte de témoignages. Jean-Claude Pont est également auditionné par la FHF et déposera auprès de la COGEST.

En 2010, une action civile pour diffamation est lancée à l'encontre de MM. Pont et Sierro par le président du Conseil d'administration Raymond Pernet ainsi que le directeur Dietmar Michlig. Cette dernière sera abandonnée par le Conseil d'administration le 15 mars 2012.

En 2011, M. Jean-Claude Pont va notamment publier un ouvrage intitulé « Le Réseau santé dans la tourmente ».

En 2012, M. Jean-Claude Pont transmet un rapport de 12 pages à l'attention du nouveau président du Conseil d'administration Charles Kleiber. Il a également effectué une déposition devant le Conseil d'administration.

Dans Le Temps du 24 janvier 2012, M. Charles Kleiber déclarait :

– Marie Parvex : *Vous avez rencontré Jean-Claude Pont et Serge Sierro, les personnalités les plus critiques à l'égard de l'institution. Que pensez-vous de leur point de vue?*

– Charles Kleiber : *Je crois à la sincérité de leur combat. Je suis convaincu qu'ils n'ont pas d'intérêt personnel dans cette histoire et qu'ils sont devenus les relais de plaintes et d'insatisfactions qui constituent une partie du tableau sur lequel nous devons travailler maintenant. (...) On ne peut qu'être reconnaissants à Serge Sierro et à Jean-Claude Pont d'avoir tiré la sonnette d'alarme).*

En 2013, suite à la nouvelle affaire Bettschart, plusieurs rencontres vont être organisées avec la cheffe du Département et M. Michel Ducrot.

Après la publication du rapport Houben, M. Jean-Claude Pont va également en rédiger un résumé.

Actions de Michel Ducrot

L'avocat Michel Ducrot préside depuis 2010 l'ADPVAL (Association pour la défense des patients hospitalisés en Valais). Cette association poursuit les objectifs suivants :

- défendre les intérêts des patients hospitalisés en Valais qu'ils soient membres ou non-membres;
- favoriser l'accès à des soins de qualité dans les établissements hospitaliers et les cliniques en Valais;
- favoriser la transparence des établissements hospitaliers et des cliniques en Valais, en particulier, l'accès du public aux informations relatives à la qualité des soins dans le respect du droit de la personnalité des patients, du secret professionnel ou d'autres devoirs de confidentialité garantis par la loi;
- permettre l'accès à une médecine de qualité hors du canton.

Cette association soutient et conseille des patients au niveau juridique et médical. Elle compte plus d'une centaine de membres. Son comité est constitué de plusieurs personnalités valaisannes dont notamment les anciens présidents de Martigny et Sierre, MM. Olivier Dumas et Manfred Stucky ainsi que le président de Champéry, M. Luc Fellay, et le député M. Michael Graber.

7.3.1 Responsabilités

La CEP-RSV estime que ces différentes actions, dont la liste est non exhaustive ont permis de mettre en lumière de nombreux dysfonctionnements, jusque-là trop souvent éludés.

Les documents et informations compilés de même que les actions menées par ces collectifs ou associations se sont avérés bénéfiques et ont contribué à permettre l'amélioration des structures hospitalières valaisannes.

7.3.2 Recommandations

L'Hôpital du Valais doit maintenir un dialogue et des canaux d'échanges avec les différents collectifs ou associations actifs dans la défense des patients valaisans. Ces liens doivent permettre que les dysfonctionnements éventuels soient traités au plus vite, selon des procédures saines, et ainsi éviter que les situations initiales s'aggravent et se terminent en crise majeure.

8. Communication

8.1 Communication institutionnelle

Dès la création de l'HVS, les problèmes de communication ont été identifiés. Ils ont été traités dans un premier temps par la nomination en 2005 d'une responsable de communication et par l'adoption d'un concept de communication début 2006.

Dans le rapport FHF, la qualité de l'information fournie par la Direction générale de l'HVS à la population du Valais est jugée très largement insatisfaisante : elle est jugée plutôt insatisfaisante à 38% et très insatisfaisante à 37%, soit par les trois quarts des répondants. Une nouvelle chargée de communication a été engagée en 2012 pour y remédier.

Les trois aspects de la communication institutionnelle - interne, externe et de crise - sont complémentaires et doivent être mis en place dans le cadre d'une démarche organisée et pilotée par la Direction générale.

L'HVS, confronté à des changements d'ampleur, percuté par des situations ou problématiques de crises internes plus ou moins graves, n'avait pas toujours su répondre par une communication adaptée aux exigences du moment. Ainsi, du fait de son fonctionnement actuel, voire d'une forme d'attentisme par rapport au pouvoir gouvernemental à laquelle rien ne l'oblige sur ces points, l'HVS s'est exposé à devoir gérer une communication mal préparée, tardive, inadaptée tant dans son contenu, dans ses cibles que dans sa forme.

Après l'arrivée de la chargée de communication en 2012, la politique de communication a été établie dans les plans de communications validés par le Conseil d'administration de l'HVS. La cellule de communication fait partie de l'Etat-major de direction et la cheffe de la communication (poste non repourvu depuis le départ de Mme Renggli en été 2014) est rattachée directement au directeur général, comme l'indique clairement son cahier des charges. Un recentrage avait été signifié à Mme Renggli avant la fin de ses rapports de services ; cela avait été nécessaire pour faire respecter cette ligne hiérarchique qui avait été biaisée par l'ancien président du Conseil d'administration.

Ces réformes sont étroitement liées au « Programme de gestion des crises institutionnelles » mis en œuvre également selon le Plan d'action 2014 de la Direction générale.

Les missions et responsabilités en matière de communication sont clairement exprimées dans la politique de communication de l'HVS et dans les cahiers des charges des collaborateurs du Service de communication.

Un Service de communication professionnel a donc été mis sur pied à l'HVS. Des ressources humaines et budgétaires lui ont été confiées.

La communication d'une entreprise comptant près de 5'000 collaborateurs est une fonction stratégique car dans toute décision il y a un besoin de communication.

8.1.1 Dysfonctionnements identifiés

- A. Lors de l'arrivée de la chargée de communication (Mme Renggli) en 2012, il lui a été demandé de soutenir la communication du Conseil d'administration. En mars 2013, la situation a changé et on lui a demandé d'apporter un soutien au président du Conseil d'administration et au directeur général. Son cahier des charges n'a par contre jamais été modifié dans ce sens alors que cela avait été expressément demandé par le Conseil d'administration dans un PV du mois de mars 2013. L'instauration de cette double hiérarchie n'a pas toujours été une chose facile.

Avec l'arrivée du nouveau président du Conseil d'administration, M. Kleiber, puis l'entrée en fonction du directeur général, M. Bonvin, la situation s'est compliquée du fait qu'ils avaient des difficultés majeures à communiquer entre eux.

- B. La communication n'a pas été optimale dans le contexte des licenciements des anesthésistes, ce que M. Charles Kleiber a admis.
- C. En termes de stratégie de communication, il faut différencier la pratique au sein d'une institution sanitaire autonome de droit public, de celle d'une entreprise à caractère commercial. La perception par le public des informations divulguées par une institution sanitaire dans laquelle des patients décèdent peut conduire à une mauvaise compréhension, différente de celle escomptée. De plus, les rapports de confiance s'en trouvent gravement altérés.

Durant la période de gestion de crise, la communication externe ne tenait pas compte de ces effets néfastes sur l'opinion publique.

Il faut relever ici que ces manquements avaient déjà été identifiés par les rapports de la COGEST et de la FHF.

8.1.2 Recommandations

- A. Le Service de communication doit fonctionner et être rattaché en conformité avec le cahier des charges. Un règlement interne doit préciser la manière de communiquer dans des cas particuliers, tant à l'interne qu'à l'externe.
- B. Le plan de communication validé par le Conseil d'administration doit être connu, hiérarchisé et respecté. La transmission verticale de l'information doit être facilitée. Le contenu de l'information revêt la plus grande importance et mérite une attention soutenue.
- C. Le plan de communication doit éviter que des initiatives internes utilisent l'Intranet lors de litiges entre collègues ou pour manifester des tensions internes. En aucun cas, la communication ne doit être un outil de division ou de manipulation comme cela a été constaté dans les situations de crises traversées par l'HVS. La transmission verticale de l'information doit être facilitée..

8.2 Communication avec le patient

Avec le support du Service de communication, les Services d'admissions et les Unités de soins proposent au patient des brochures d'information.

En outre, le patient reçoit à son admission une « carte référent » qui devrait lui permettre, entre autres, de demander simplement et directement à une personne de référence toute information ou explication qu'il souhaiterait.

Plusieurs plateformes ont également été mises sur pied, pour permettre l'échange entre les professionnels, le patient et son entourage : p.ex. le forum échange patient, l'espace d'écoute...

8.2.1 Dysfonctionnements identifiés

- A. Pour une institution sanitaire dont les sites se situent dans deux régions linguistiques, il est primordial que les patients de l'une ou l'autre région linguistique puissent

comprendre le soin prodigué et puissent être compris dans leur ressenti. Il existe, au niveau institutionnel (HVS), une réelle volonté de développer le bilinguisme de manière concrète, au quotidien, par l'engagement prioritaire de personnel bilingue ou maîtrisant l'autre langue cantonale, à tous les niveaux : soins, gestion d'équipes, management. Pourtant la CEP-RSV constate une faible participation du personnel du CHVR et elle déplore que les stages en immersion aient été abandonnés.

- B. La CIMHS demande que chaque cas de cancer soit présenté à un « tumor board » pluridisciplinaire (composé de spécialistes en gastroentérologie/hépatologie, d'opérateurs, de spécialistes en radiothérapie, oncologie, anatomie pathologique et radiologie) et fasse l'objet d'un compte rendu.

Le rapport Houben illustre bien que cette exigence n'était pas satisfaite dans les années 2011-2012 en Valais. A posteriori, il apparaît raisonnable que, vu la situation du moment, le Parlement ait demandé en 2011 l'assurance d'un deuxième avis systématique dans le domaine des interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale hautement spécialisée. Ce deuxième avis systématique ne doit pas être confondu avec le droit du patient d'obtenir un deuxième avis médical.

8.2.2 Recommandations

- A. Pour une institution sanitaire dont les sites se situent dans deux régions linguistiques, il semblerait pourtant que les stages en immersion soient un atout non négligeable qui devrait être vivement encouragé et recommandé par la Direction des ressources humaines. Aux extrêmes, un employé de la santé travaillant dans une discipline centralisée à l'Hôpital de Sion ne possédant pas un niveau de base en langue allemande devrait se voir imposer un stage en immersion, ou l'obligation de suivre un cours proposé par l'HVS. Les compétences de bilinguisme attestées pourraient être valorisées par une compensation financière.
- B. La CEP-RSV insiste pour que le patient valaisan soit informé systématiquement de la possibilité et de son droit de disposer d'un double avis universitaire ainsi que de l'existence pour chaque cas de cancer d'un « tumor board ».

9. Investissements pour l'infrastructure de l'HVS

9.1 Base légale cantonale actuelle

L'infrastructure de l'HVS est définie dans la LEIS du 13 mars 2014, chapitre 2, section 4, et dans l'Ordonnance sur l'HVS du 1^{er} octobre 2014.

Il en ressort que les infrastructures immobilières actuelles ou futures, soit les terrains et les constructions nécessaires à l'exercice des activités relevant de la planification sanitaire, sont propriété du canton qui les met à disposition de l'HVS. Les nouveaux investissements ainsi que les frais d'entretien et de rénovation relatifs aux infrastructures immobilières sont financés par l'HVS et mis à la charge des tarifs hospitaliers. Seul l'achat de nouveaux terrains peut être financé par le canton dans la mesure où les coûts ne peuvent pas être inclus dans les tarifs.

9.2. Historique

La FHF demande en 2011 de prendre en compte l'évolution des modalités de financement des investissements. Cette demande résulte du constat que l'HVS dispose de scénarii respectueux des investissements déjà effectués. Ils anticipent également ceux qui restent à venir (Riviera-Chablais, modernisation du site de Sion, rationalisation des répartitions d'activité dans le Haut Valais,...). Ils prennent enfin en compte l'évolution des modalités de financement des investissements.

Le nouveau financement des hôpitaux (SwissDRG) est entré en vigueur à l'échelle nationale durant l'année 2012. L'une des principales modifications de cette nouvelle forme de financement concerne le domaine des investissements. Tandis que les investissements se finançaient auparavant grâce aux subventions publiques, la nouvelle forme de financement en vigueur depuis 2012 prévoit qu'ils soient également couverts au moyen de recettes générées par les tarifs.

L'HVS a préparé ce changement en collaboration avec l'Etat du Valais. Afin d'affecter également une utilité appropriée aux montants d'investissement prévus dans le tarif, les recettes et dépenses liées aux investissements ont été strictement séparées des autres frais d'exploitation sur le plan comptable dès l'année 2012. Cette mesure vise à garantir que les recettes liées aux investissements ne soient pas utilisées afin de couvrir des frais d'exploitation (hormis les dépenses liées aux investissements). Étant donné que les recettes liées aux investissements sont nettement plus importantes que les dépenses liées aux investissements durant les premières années (activation des investissements dans le bilan uniquement à partir du 1^{er} janvier 2012, ce qui induit des amortissements plus faibles au cours des premières années), l'excédent des recettes lié aux investissements est comptabilisé dans un fonds pour investissement. Ce fonds sert ensuite à combler d'éventuels excédents de dépenses liés aux investissements par rapport aux recettes liées aux investissements.

En lien avec l'introduction de SwissDRG 2012, le nouveau mode de financement des hôpitaux a engendré un important changement et induit une comparaison accrue entre les différents prestataires. Les premières négociations tarifaires avec SwissDRG ont rapidement mis en exergue une tendance décroissante, du moins pour ce qui est de la phase d'introduction. Pour les hôpitaux, cela signifie moins de ressources mais des exigences croissantes. L'HVS n'échappe pas à cette tendance. Durant les années à venir, il sera important que l'HVS s'adapte aussi rapidement que possible à ces nouvelles conditions. Outre la concentration des prestations sur quelques sites qui sera nécessaire à court terme, des mesures radicales seront indispensables à brève échéance.

Des simulations de la solidité financière de l'HVS en termes d'investissement ont été élaborées durant les années 2012/2013. Différents paramètres ont d'abord été définis puis plusieurs variantes possibles furent calculées sur la base des informations connues.

Les incertitudes évoquées au sujet de l'évolution tarifaire (cf. les décisions que le Tribunal fédéral a déjà prises et doit encore prendre quant aux tarifs fixés à l'échelle nationale) compliquent en particulier ces simulations. Les calculs internes tablaient sur une capacité financière pour les « investissements stratégiques » de l'HVS d'un ordre de grandeur d'environ 300 à 350 millions.

9.3 L'examen des structures hospitalières

Demandé par le Parlement au travers d'un postulat urgent P2.0004 en mai 2013, l'examen des structures hospitalières a été réalisé par M. Willy Oggier pour le Haut-Valais et le Valais central en automne 2013. Se basant sur cette étude, le Conseil d'Etat a décidé le 22 janvier 2014 le développement et la modernisation des structures hospitalières de l'HVS, soit notamment :

« ...de fixer l'enveloppe financière globale pour les trois projets prévus aux points 4, 5 et 6 de la présente décision à 400 millions de francs au maximum, dont 100 millions pour le SZO et 300 millions pour le CHVR, y compris les adaptations relatives aux suites de traitement, à la réadaptation et à la psychiatrie des deux centres hospitaliers (SZO et CHVR) ; ces montants seront financés entièrement par les tarifs hospitaliers ; les investissements liés à l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV), y compris la stérilisation centrale (retraitement des dispositifs médicaux et instruments chirurgicaux), sont compris dans l'enveloppe attribuée au CHVR ».

Afin que les 400 millions de francs exigés pour les investissements stratégiques soient disponibles, il a fallu réduire les « investissements ordinaires » initialement prévus de 18 millions de francs à 15 millions de francs.

Les investissements stratégiques prévus à concurrence de 400 millions de francs ainsi que les investissements annuels ordinaires pour un total d'environ 15 millions de francs par an (y compris les projets informatiques) doivent être intégralement financés par l'HVS. Afin d'être en mesure de supporter ces investissements, les recettes annuelles liées aux investissements doivent s'élever à moyen terme au minimum à 40 millions de francs par an.

Le tableau ci-après présente les recettes liées aux investissements (effectives et prévues) entre 2012 et 2016 (en millions de CHF) :

Année	2012	2013	budget 2014	budget 2015	budget 2016
Hospitalisations avec soins intensifs	28.2	28.3	28.2	28.4	28.5
Hospitalisations sans soins intensifs	4.3	4.5	4.4	4.5	4.5
Ambulatoire	0.5	2.1	3.5	3.9	6.2
Autres domaines / AA	0	0.4	0.5	1.0	1.5
Montant	33.0	35.3	36.6	37.4	40.7

Source : Réponse 98 donnée par l'HVS au catalogue de questions de la CEP-RSV sur le suivi du rapport FHF

Les recettes liées aux investissements et issues du secteur des hospitalisations demeurent à un niveau constant. Le tableau ci-devant illustre que des parties appropriées des recettes issues du secteur ambulatoire ainsi que des activités annexes doivent également être utilisées à compter de l'année 2013 afin d'être en mesure d'atteindre la valeur cible de 40 millions de francs. Même si une partie des recettes issues du secteur ambulatoire doit être prise en compte pour les investissements, la valeur du point de taxation demeure inchangée aux yeux des garants (assureurs) car cette partie était déjà contenue antérieurement selon eux. L'HVS ne partage pas cet avis.

Compte tenu de l'évolution tarifaire décroissante, voire actuellement stagnante, cette augmentation de l'affectation des recettes pour les investissements de 33 millions de francs en 2012 à plus de 40 millions de francs en 2016 (soit une augmentation de plus de 20%) ne peut être atteinte qu'en procédant à un transfert des recettes d'exploitation vers les recettes liées aux investissements. Afin d'atteindre cette valeur cible, il s'agit donc d'effectuer des diminutions de coûts appropriées dans le budget d'exploitation au fil des années à venir. L'évolution tarifaire à compter de l'année 2016 sera également déterminante. Si la tendance décroissante des tarifs se poursuit également en 2016, seuls des efforts très importants permettront d'atteindre les valeurs cibles susmentionnées.

9.4 Développement des infrastructures de l'HVS

Au regard des coûts d'exploitation de l'HVS en sa forme actuelle, il est impératif de revoir la destination d'une partie du patrimoine au travers d'un plan d'évolution à mener sur une période pouvant s'étendre de 2012 à 2020. Réaliste, ce calendrier doit combiner la nécessaire évolution de l'offre de soins de l'HVS pour maintenir à la fois la qualité et les coûts de production, et ainsi conserver son attractivité sur le canton. En outre, les infrastructures de l'HVS doivent être modernisées afin de répondre de manière optimale aux défis qui attendent le secteur hospitalier. La difficulté à recruter des médecins spécialistes et du personnel spécialisé ne permet plus de disposer de tous les spécialistes dans chaque hôpital. Afin de continuer à garantir la sécurité des patients et la qualité des prestations, un regroupement des soins s'avère nécessaire.

Dans ce sens, le Conseil d'Etat a arrêté le 10 décembre 2014 les axes de développement de l'HVS comme suit :

« ...pour le Centre hospitalier du Valais romand (CHVR), le Gouvernement approuve le regroupement de toute l'activité opératoire à l'Hôpital de Sion. Celui-ci assurera également la médecine de base, ainsi que la médecine spécialisée et hautement spécialisée. Les sites de Sierre et Martigny conserveront la médecine de base de proximité et la gériatrie. Le Conseil d'Etat autorise le lancement du concours d'architecture pour l'agrandissement du site de Sion. Cette réorganisation permettra notamment de limiter le nombre de transferts entre sites. Dans le Haut-Valais, le Gouvernement se prononce en faveur d'un regroupement de toute l'activité hospitalière sur le site de Brigue. L'Hôpital du Valais dispose d'une capacité d'investissement estimée à 400 millions de francs pour mener à bien les travaux qui découlent de ces décisions ...»

Par ailleurs, par souci d'équilibre socio-économique, 50 à 60 postes (EPT) administratifs seront transférés du site de Sion à Sierre et 10 à 15 postes (EPT) administratifs seront également transférés de Sion à Brigue en maintenant tous les postes de travail du SZO.

9.5 Partenariat public/privé

Des partenariats publics/privés sont une réalité dans le domaine sanitaire suisse. Par exemple, au début de l'année 2014, la Clinique de Valère et Genolier Swiss Medical Network (GSMN) ont proposé l'ouverture d'une réflexion sur la création d'un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais, dans le cadre d'un partenariat public/privé (centre du cœur). Comme force du projet, il était mis en avant :

- la réduction des coûts grâce aux économies d'échelle et autres synergies avec l'HVS et le réseau GSMN,
- le signal d'union, de cohérence et de qualité à la population valaisanne mais également à la communauté médicale,
- la situation géographique du canton: maintien de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque à long terme en Valais,
- l'attrait et la conservation des meilleurs cardiologues et chirurgiens en Valais,
- l'offre d'une infrastructure et d'un plateau technique de dernière génération,
- le bénéfice des compétences et complémentarités publiques/privées.

Les investissements immobiliers de ce centre (estimés à 51 millions de francs) seraient assumés par le secteur privé. Le financement initial d'exploitation sera fait pour moitié par des fonds propres (dont la moitié par l'HVS) et du financement bancaire. Les prestations annuelles de ce centre seraient estimées à 68 millions de francs.

Le Conseil d'administration de l'HVS a décidé le 14 mai 2014 de ne pas entrer en réflexion sur la création d'un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque pour les raisons suivantes :

- les considérations financières: En résumé, par rapport à l'année 2013, le résultat du CHVR se verrait diminué de 7.4 millions de francs et en parallèle, le potentiel d'investissements se verrait diminué de 1.3 million de francs (en chiffres ronds), soit 12% du montant total d'investissement attribué au CHVR.
- le fait que le Conseil d'administration soutient et favorise le projet médico-soignant qui est élaboré par ses employés dans une démarche participative.

Par contre, le Conseil d'administration de l'HVS était prêt à entrer en matière sur des coopérations dans des domaines de complémentarité ou des projets communs portés et préparés par les médecins et soignants impliqués, des collaborations qui correspondent aux exigences de l'intérêt public, à la mission et à la vision de l' HVS.

9.6 Analyse

La CEP-RSV relève une grande compréhension du système sanitaire de la part de la conseillère d'Etat en charge de la santé depuis mai 2013. Mme Esther Waeber-Kalbermatten a fait réaliser très rapidement après la demande parlementaire un examen approfondi des structures hospitalières en Valais. Avec sa décision du 10 décembre 2014, le Conseil d'Etat a donné une vision claire du développement des infrastructures de l'HVS.

Par le transfert des postes administratifs de Sion, le Conseil d'Etat prend en considération le désir d'équilibre socio-économique exprimé par le Parlement lors de l'élaboration de la LEIS.

Les projets d'infrastructures sont menés en étroite coordination avec les concepts médico-soignants établis par les Centres. Le concept médico-soignant du CHVR n'était pas formalisé jusqu'à la fin d'été 2014. Cette réalité contredit le reproche que formulait la direction de l'HVS, à savoir que le monde politique empêche les investissements urgents à l'Hôpital de Sion.

L'HVS a mandaté trois entreprises spécialisées, indépendantes et neutres, pour réaliser les études nécessaires en vue du choix du futur site hospitalier unique du Haut-Valais. Les résultats de cette expertise démontrent que l'Hôpital de Brigue offre les meilleures possibilités en termes d'espace disponible, de disposition des activités hospitalières, de faisabilité, de desserte, d'accessibilité et de coûts. Le choix du site hospitalier de Brigue permet notamment de construire un nouveau plateau médico-technique sans perturber le fonctionnement de l'hôpital.

Le résultat de l'examen par M. Willy Oggier sur les structures hospitalières a été contesté, notamment par le fait de la faible participation aux investissements de l'ambulatoire. Les charges d'investissement sont financées par les tarifs facturés par l'hôpital. Un supplément normatif de 10% sur les forfaits SwissDRG (soins aigus) a été fixé en 2012 par le Conseil fédéral au niveau suisse pour couvrir les charges d'investissement (amortissements et intérêts). Par contre, il n'a pas été fixé de montant spécifique pour les autres domaines de prise en charge.

Comme il est prescrit dans notre base légale que la part de la rémunération des prestations liée aux investissements est comptabilisée distinctement, le canton a validé une part du tarif liée aux investissements des autres prises en charge (réadaptation, psychiatrie, etc.). Le tableau ci-après illustre cette part pour l'année 2012 :

	Recettes (mios)	Part des recettes pour le financement des investissements (mios)	Part des recettes pour le financement des investissements (%)
Activité stationnaire aigue	319	28.2	8.8%
Activité stationnaire chronique ^{c)}	107	4.3	4%
Activité ambulatoire	139	0.5	0.4%
Autres activité (prestations à des tiers)	57	0	0%
Total	622	33	5.3%

^{c)} Activité stationnaire, gériatrie, psychiatrie et réadaptation

Source : Rencontre commission SAI avec l'HVS du 18 novembre 2013 et rapport de gestions 2012 de l'HVS

Pour le domaine ambulatoire, il a été retenu par exemple 3 centimes sur la valeur de point TARMED en 2014. Pour les cabinets privés à l'hôpital, une part des loyers sert également à couvrir les charges d'investissements. Pour ces derniers, il y a toujours eu une participation aux coûts des infrastructures par le biais des locations mais il n'y avait jusqu'à présent pas de séparation de la recette à affecter pour les charges d'investissements. Cette distinction se fera dès 2015 selon l'HVS.

Pour que les 400 millions de francs exigés (ou lieu de 350 millions) pour les investissements stratégiques soient disponibles, l'HVS a dû réduire les « investissements ordinaires » initialement prévus (qui atteignent à présent 15 millions de francs au lieu de 18 millions de francs par année).

Par rapport aux investissements privés de 51 millions de francs qui seraient nécessaires pour le centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais, l'HVS indique que son propre potentiel d'investissement se verrait diminué de 1.3 million de francs (en chiffres ronds). Le Conseil d'administration de l'HVS met également en avant que le résultat annuel du CHVR se verrait diminué de 7.4 millions de francs. Les prestations annuelles de ce centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais étaient estimées à 68 millions de francs ; une réduction des coûts grâce aux économies d'échelle et autres synergies avec l'HVS et le réseau GSMN était mise en avant. Il reste donc à déterminer le résultat effectif de HVS avec ce centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque.

Le concept médico-soignant du CHVR a été finalisé à la fin de l'été 2014. Le Conseil d'administration de l'HVS a confirmé lors de sa réunion avec la commission thématique SAI du 19 mai 2014 que le Collège des médecins n'avait pas été consulté au sujet du Centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque.

9.7 Recommandations

Le Conseil d'administration et la Direction générale de l'HVS doivent garantir le respect des lois fédérales et cantonales ainsi que des recommandations professionnelles fédérales pour que tous les coûts et investissements au sein de l'HVS soient enregistrés selon le principe de la causalité et de façon transparente par leurs émetteurs (i.e. la direction générale y compris les Services transversaux, les Centres hospitaliers et l'ICHV), comme déjà mentionné aux chapitres 5.5.1.4 et 5.5.2.4 du présent rapport.

L'ensemble des grands projets d'infrastructures qui sont planifiés à moyen terme ne doivent pas occulter les projets tout aussi importants qui sont en cours de réalisation, qui concernent de nombreux sites et qui sont indispensables au maintien et à l'utilisation des équipements et infrastructures, comme par exemple :

- le rapport du jury pour la stérilisation centrale de Martigny,
- le développement du futur Hôpital intercantonal Riviera-Chablais,
- les investissements, structures et infrastructures, en lien notamment avec le Pôle Santé.

Une centralisation des services administratifs doit sans exception apporter une valeur ajoutée (finances, effectivité, efficacité, etc.) à l'HVS. Sans cela, cet exercice est inutile, voire dommageable. Pour la CEP-RSV, la Direction générale doit vérifier la valeur ajoutée effective des centralisations réalisées ces deux dernières années et redistribuer au besoin des tâches administratives et de soutien dans les deux centres. Dans ce sens, un transfert des postes administratifs de Sion devrait être possible.

Une partie des tarifs facturés pour toutes les prestations (ambulatoires, prestations à des tiers etc.) doit être retenue pour les investissements des structures hospitalières. La CEP-RSV s'interroge sur la sous-participation constatée jusqu'à ce jour de l'ambulatoire aux investissements au détriment de la capacité financière de l'HVS. Cette sous-participation a notamment pour conséquence l'existence d'une forme de subvention déloyale des prestations hospitalières ambulatoires au détriment des médecins installés en cabinet privé fournissant les mêmes prestations. Cette situation est en train d'être corrigée comme l'illustre l'analyse du chapitre 9.6 ci-devant.

Plusieurs prestations peuvent être considérées comme étant d'intérêt général au sens du maintien des capacités hospitalières pour des raisons de région ou de géographie du canton. Il est précisé en effet que le Conseil d'Etat peut reconnaître certaines prestations relevant de la planification sanitaire et hospitalière dont le financement ne peut être assuré malgré une gestion rationnelle et efficace. Cette possibilité de financement devrait être intégrée dans les planifications sanitaires.

Des partenariats publics/privés sont une réalité dans le domaine sanitaire suisse. La CEP-RSV s'interroge quant à la décision du Conseil d'administration de l'HVS de mai 2014 de ne pas entrer en réflexion sur la création d'un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque. La CEP-RSV est d'autant plus perplexe que l'un des arguments du Conseil d'administration retient de favoriser les projets médico-soignants élaborés par ses employés ; or, le Collège des médecins n'a pas été consulté sur la proposition de partenariat public/privé pour le centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais et le concept médico-soignant du CHVR n'était pas formalisé à la fin de l'été 2014. Les arguments financiers ne semblent pas très clairs et devraient être vérifiés. Le domaine de la santé en Valais a besoin d'un projet global intégrant ses diverses composantes publiques et privées. Cette opportunité d'un partenariat au bénéfice de la population valaisanne mérite d'être analysée. La CEP-RSV propose au Conseil d'Etat de mandater une expertise neutre et indépendante afin d'analyser les aspects financiers de cette proposition d'un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque. Les conventions existantes avec le CHUV pour la cardiologie et la chirurgie cardiaque ne justifient pas l'économie de cette réflexion.

10. Conclusions

Au terme de son mandat, la CEP-RSV peut répondre comme suit aux questions de son cahier des charges :

- a) Quels ont été les faits et les processus attestant d'un éventuel dysfonctionnement au sein de l'HVS?
Les dysfonctionnements au sein de l'Hôpital du Valais (ex RSV) sont multiples et divers. La CEP-RSV le démontre à plusieurs reprises dans le présent rapport, par exemple :
- *absence ou déficience d'une procédure incitant et protégeant les « donneurs d'alerte »,*
 - *insuffisance de décisions rapides et de mise en place immédiate et uniforme des mesures correctives lors de prise de connaissance des recommandations d'audits,*
 - *inexistence jusqu'en automne 2014 de la Commission pour la sécurité des patients et la qualité des soins,*
 - *implication de l'ancien président du Conseil d'administration de l'HVS dans l'opérationnel,*
 - *court-circuitage de la Direction générale et du Collège des médecins-cadres lors du licenciement des anesthésistes,*
 - *déficiences répétées de la Direction de centre du CHVR,*
 - *absence d'un responsable d'unité de chirurgie viscérale hautement spécialisée ayant à la fois des capacités d'opérateur et des compétences managériales,*
 - *non-respect des procédures de communication définie.*
- b) La mise en œuvre des recommandations de la FHF (y compris celles découlant du rapport complémentaire) et de la COGEST a-t-elle été appliquée?
Nombre de recommandations de la FHF et de la COGEST ont été mises en œuvre, mais pas intégralement. Par ailleurs, toutes n'ont pas été suivies d'effets. On peut admettre que plus de la moitié des recommandations de la FHF et de la COGEST ont été réalisées et introduites dans le projet d'établissement de l'HVS, et que ces recommandations s'avéraient particulièrement utiles dans le domaine des ressources humaines et du processus qualité. L'aspect qualitatif est aussi important que l'aspect quantitatif de cette mise en œuvre. La CEP-RSV déplore toutefois qu'il a fallu trop souvent un temps d'intervention inutilement long pour mettre en œuvre les procédures correctives attendues.
- c) Les différents niveaux de compétences dans les prises de décision sont-ils clairement définis?
L'HVS a défini une matrice de compétences avec le but de déterminer précisément les champs et niveaux de compétences des intervenants. Toutefois, celle-ci ne tient pas suffisamment compte des dispositions légales en matière de consultation du Collège des médecins-cadres, ce qui a conduit notamment à des dysfonctionnements lors du licenciement des anesthésistes.
Par ailleurs, durant la période de forts remous, l'ancien président du Conseil d'administration, M. Charles Kleiber, a institué une cellule de crise ; cette cellule s'est appropriée une ligne de pouvoir allant au-delà de la période critique et des compétences stratégiques, s'impliquant de manière intrusive dans l'opérationnel au détriment de la Direction générale. De fait, cette structure managériale ne respecte pas les compétences attribuées aux différents acteurs.
- d) En cas de dysfonctionnement, quelles instances portent quelles responsabilités?
Des dysfonctionnements se retrouvent à tous les niveaux. Chacun assume donc une part de responsabilité :
- *Le Conseil d'Etat n'a pas assuré que les organes institutionnels (commissions de surveillance) prévus dans la loi soient constitués et fonctionnels.*
 - *Le Conseil d'Etat et le Département de la santé s'abritent derrière leur mission de surveillance et la nécessité de ne pas s'immiscer dans l'opérationnel. En situation de crise, cette posture légale est néanmoins difficilement compréhensible. Une attitude davantage proactive et concertée avec le Conseil d'administration de l'HVS est indispensable.*

- *Lors de l'affaire Savioz, le Département a mandaté une analyse sommaire de la capacité opératoire de Vincent Bettschart plutôt que de lancer une expertise scientifique sur la chirurgie viscérale hautement spécialisée, respectivement sur les dossiers dénoncés. Il s'est basé par la suite sur le résultat de cette appréciation sommaire pour défendre la qualité des soins à l'HVS alors que les mandataires ne s'étaient sciemment pas prononcés sur cet aspect.*
- *Le SSP doit faire preuve d'une plus grande réactivité et mettre en place un concept de surveillance efficace. Il doit s'appuyer sur les indications statistiques de l'Observatoire valaisan de la santé dont il doit assurer l'indépendance voulue par le législateur.*
- *Sous la présidence de M. Charles Kleiber, le Conseil d'administration s'est transformé en simple « chambre d'enregistrement » des décisions, par une trop grande passivité de ses membres. Le Conseil d'administration doit à tout prix renforcer son rôle stratégique. Lors du prochain renouvellement du Conseil d'administration, il s'agira d'être attentif aux compétences ou aux expériences en matière de gouvernance d'une institution sanitaire. Il s'agira également d'éviter les conflits d'intérêts potentiels.*
- *Sous la présidence de M. Kleiber, le directeur général a fait preuve d'effacement, voire de manque de réactivité. Cette situation s'explique en grande partie par l'omniprésence de M. Charles Kleiber et son implication dans l'opérationnel, au côté de la Direction du CHVR. Le directeur général doit avoir un comportement clair et ferme vis-à-vis de sa hiérarchie et de ses subordonnés.*
- *La Direction du CHVR a fait preuve :*
 - o *d'une inertie délétère dans la gestion des situations à risque,*
 - o *d'une gestion inadéquate des procédures d'application de sanctions à l'encontre de collaborateurs (négligence du droit d'être entendu, motifs mal documentés, constitution après-coup du dossier RH des collaborateurs),*
 - o *d'un manque regrettable de sensibilité sur la portée des décisions prises et leur impact sur le climat interne comme sur l'image de l'institution,*
 - o *d'une négligence inappropriée des recommandations spécialisées formulées préalablement par le Service des affaires juridiques et éthiques, la Direction des ressources humaines et la Direction générale,*
 - o *d'une exploitation inefficace des ressources et compétences transversales spécialisées mises à disposition du CHVR et cela plus particulièrement dans les domaines des ressources humaines, des affaires juridiques et de la communication,*
 - o *d'un manque de sensibilité pour la dynamique participative qui est perçu par les partenaires sociaux ou le Collège des médecins-cadres,*
 - o *d'un manque de culture de la gestion des alertes et des situations à risque au sein du Centre.*

Plutôt que de faire son autocritique par rapport aux problèmes soulevés à l'HVS, principalement sur le site de Sion, la Direction du CHVR a fait preuve d'un déni de la réalité.

- e) *Qui assure la mise en œuvre et le suivi des décisions et mesures prises et de quelle manière?*
Jusqu'en 2013, le Conseil d'administration ne disposait pas d'un contrôle interne adapté pour s'assurer de la mise en application de ses décisions par les organes concernés.
- f) *Quelles procédures ont été mises en place pour garantir qu'un deuxième avis soit donné aux patients concernés?*
Par un vote de défiance, le monde politique a demandé en 2011 le double avis systématique pour le domaine des interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale (MHScv). Le rapport Houben illustre bien que cette exigence n'était pas satisfaite dans les années 2011-2012 en Valais. Ainsi, il apparaît comme raisonnable que le Parlement ait demandé en 2011 l'assurance d'un deuxième avis systématique dans le domaine des interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale.

- g) La demande systématique d'un deuxième avis correspond-elle à une exigence de la commission intercantonale de contrôle?

La CIMHS demande que chaque cas de cancer soit présenté à un « tumor board » pluridisciplinaire (composé de spécialistes en gastroentérologie/hépatologie, d'opérateurs, de spécialistes en radiothérapie, oncologie, anatomie pathologique et radiologie) et fasse l'objet d'un compte rendu.

Les mandats MHS sont attribués pour 2 ou 4 ans. Ils sont donc revus périodiquement par l'organe scientifique MHS afin de vérifier si les conditions d'attribution sont toujours remplies. Une surveillance par le canton siège de l'hôpital n'est pas prévue par la convention intercantonale. Elle s'avérerait difficilement réalisable, les conditions spécifiques et la récolte des données y relatives étant du ressort de l'organe scientifique MHS. Il n'existe donc pas un vrai organe de contrôle intercantonal ou cantonal mais plutôt un contrôle périodique indirect par l'organe scientifique MHS en vérifiant si les conditions d'attribution sont toujours remplies.

- h) Cette demande systématique se pratique-t-elle dans les établissements hospitaliers hors canton au bénéfice d'un mandat de la MHS?

A notre connaissance, le Valais est le seul canton qui demande ce double avis systématique. Ce double avis systématique correspond à une surveillance permanente par un centre universitaire et ne doit pas être confondu avec le droit du patient d'obtenir un deuxième avis médical.

Considérant ces éléments et compte tenu du départ du chirurgien qui a provoqué la demande d'introduire le deuxième avis systématique, la CEP-RSV estime qu'il est temps de restaurer la confiance politique envers la chirurgie viscérale à l'HVS et propose d'abandonner le double avis systématique. Par contre, elle insiste pour que le patient valaisan soit informé systématiquement de la possibilité et de son droit de disposer d'un double avis universitaire ainsi que de l'existence pour chaque cas de cancer d'un « tumor board ». En outre, la CEP-RSV demande que la Commission thématique formule un nouvel indicateur de contrôle pour le budget 2015 concernant le suivi des cas de cancer qui auraient été présentés à un « tumor board ».

- i) Est-ce que d'autres mesures découlant de la mise en place d'une vraie assurance qualité ont été mises en place pour garantir une meilleure sécurité du patient? Si oui, lesquelles? Si non, pourquoi?

Pour améliorer la qualité globale de la prise en charge des patients dans le sens des recommandations de la FHF, l'HVS a mis en place les éléments décrits au chapitre 7 du présent rapport, soit notamment :

- *la mise en œuvre du Programme de développement des pratiques médico-soignantes et du Modèle de pratique professionnelle ;*
- *la constitution d'un comité qualité opérationnel ;*
- *les approches visant à créer une culture qualité à l'HVS en suscitant l'engagement des collaborateurs (Plan des mesures des indicateurs ANQ, Mesure Temps Zéro, projet performance des unités de soins, commission de transfusion, uniformisation du dispositif de recensement des événements indésirables, certifications diverses, etc.) ;*
- *la redéfinition des responsabilités des Coordinateurs qualité ;*
- *la mise en place de plateformes de rencontres communes (Assises valaisannes de la santé, Collège des médecins, forum échange patients, service médical de formation et de recherche, plateforme patients).*

Par contre, différents éléments faisaient encore défaut lors des investigations de la CEP-RSV, soit notamment :

- *l'évaluation de la pertinence des prescriptions médicamenteuses ou de laboratoire*
- *la révision avec les directeurs des soins des hôpitaux des responsabilités concernant la gestion et le circuit du médicament afin d'en renforcer la sécurité (projet pilote en discussion)*
- *l'évaluation des infections dans les blocs opératoires prévue après le lancement du programme Swisnoso en 2015*
- *des contacts ont été pris avec l'OVS mais la collaboration n'a pas encore été formalisée pour déterminer les indicateurs à mettre en place pour piloter efficacement la démarche qualité.*

- j) Les processus qualité sont-ils toujours suivis avant chaque intervention dans le domaine de la MHS?
L'expertise du Dr. Houben démontre que ce n'est pas le cas, notamment par l'absence de systématique au recours à un « tumor board ».
- k) Quels sont les contrôles réalisés par la Direction de l'HVS pour assurer le respect des procédures?
Il est clairement apparu à la CEP-RSV que le Conseil d'administration de l'HVS et sa Direction générale voire de centres n'étaient pas pourvus d'un système de contrôle permettant d'assurer la mise en œuvre et le suivi des décisions prises. Cet aspect a été en grande partie corrigé par la mise en place en 2014 d'un service d'audit interne rattaché à la Direction générale de l'HVS.
- l) Existe-t-il des liens d'intérêts entre des membres du Conseil d'administration de l'HVS, des cadres dirigeants et des experts des différents audits?
Une situation d'interférence entre une mission de service public et l'intérêt privé d'une personne qui concourt à l'exercice de cette mission n'a pas pu être démontrée entre les acteurs précités. La CEP-RSV recommande toutefois qu'une déclaration publique des liens d'intérêts soit établie et tenue à jour par les personnes exerçant une fonction dirigeante. Lors du choix d'experts, la même prudence s'impose. Tous les conflits d'intérêts sont à l'évidence à éviter.

La crise vécue est davantage imputable aux personnes qu'aux systèmes et aux structures. La CEP-RSV a constaté dans plusieurs domaines (gouvernance, communication) que les outils en place, bien que perfectibles, sont judicieux et pertinents. Hélas, des problèmes de personnes en péjorent souvent le bon fonctionnement.

La crise « morale » ne doit pas être éludée. Un débriefing de cette crise devra être fait à chaque niveau institutionnel pour que la page puisse être tournée. Le moment de ce débriefing est délicat et il ne devra pas être fait trop précocement. Le moment le plus judicieux serait de le faire une fois que toutes les décisions seront prises quant à l'avenir de l'HVS.

Les deux objectifs sont d'une part de retrouver une gouvernance normale et d'autre part de trouver des remplaçants pour faire face aux départs ayant eu lieu. Les points les plus délicats concernent les difficultés de recrutement de spécialistes.

Dans le cadre de ses travaux, la CEP-RSV a émis les recommandations suivantes :

À l'adresse du Parlement

1. Par un vote de défiance et par voie de motion acceptée par le Conseil d'Etat, le Grand Conseil a exigé en 2011 le double avis systématique pour le domaine des interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale.

La CIMHS demande que chaque cas de cancer soit présenté à un « tumor board » pluridisciplinaire (composé de spécialistes en gastroentérologie/hépatologie, d'opérateurs, de spécialistes en radiothérapie, oncologie, anatomie pathologique et radiologie) et fasse l'objet d'un compte rendu. Le rapport Houben illustre bien que cette exigence n'était pas satisfaite dans les années 2011-2012 en Valais. A posteriori, il apparaît raisonnable que, vu la situation du moment, le Parlement ait demandé en 2011 l'assurance d'un deuxième avis systématique dans le domaine des interventions lourdes et rares de chirurgie viscérale.

Il sied de préciser que le double avis systématique correspond à une surveillance permanente par un centre compétent et ne doit pas être confondu avec le droit du patient d'obtenir un deuxième avis médical.

Considérant que le Valais est le seul canton qui demande ce double avis systématique, étant donné que la CIMHS demande que chaque cas de cancer soit présenté à un « tumor board » pluridisciplinaire et compte tenu du départ du chirurgien qui a provoqué la demande d'introduire le deuxième avis systématique, la CEP-RSV estime qu'il est temps de restaurer la confiance envers la chirurgie viscérale à l'HVS et propose d'abandonner le double avis systématique. Par contre, elle insiste pour que le patient valaisan soit informé systématiquement de la possibilité et de son droit de disposer d'un double avis universitaire ainsi que de l'existence pour chaque cas de cancer d'un « tumor board ». En outre, la CEP-RSV demande que la Commission thématique formule un nouvel indicateur de contrôle pour le budget 2016 concernant le suivi des cas de cancer qui auraient été présentés à un « tumor board » (cf. chapitre 4.2.2 du rapport de la CEP-RSV).

À l'adresse du Conseil d'Etat

1. Le Conseil d'Etat doit assurer que les organes institutionnels (notamment les commissions de surveillance) prévus dans la loi soient constitués et fonctionnels (cf. chapitre 3.2.3 du rapport de la CEP-RSV).
2. Par voie d'ordonnance, le Conseil d'Etat doit clarifier les rôles, fonctions et moyens définissant la surveillance et la haute surveillance de l'HVS (cf. chapitre 5.2.2 du rapport de la CEP-RSV).
3. Bien que la nouvelle LEIS vienne d'entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2015, la CEP-RSV invite le Conseil d'Etat à apprécier dans quelle mesure elle devrait être adaptée pour permettre des rapports simplifiés entre le Conseil d'Etat et le Conseil d'administration de l'HVS, respectivement en instaurant une surveillance davantage proactive de la part de l'Etat. Le Département de la santé et/ou le Conseil d'Etat devrait pouvoir intervenir directement lors de situation de crise ou d'inquiétude pour la sécurité des patients (cf. chapitre 5.2.2 du rapport de la CEP-RSV).
4. Une communication régulière et transparente est indispensable aux rapports de confiance à instaurer entre les citoyens et les autorités responsables. Les indicateurs-qualité doivent être utilisés dans ce sens (cf. chapitre 5.2.2 du rapport de la CEP-RSV).
5. La composition du Conseil d'administration de l'OVS doit être revue pour lui garantir une réelle indépendance vis-à-vis du SSP et de l'HVS (cf. chapitres 5.2.2 et 7.2.2 du rapport de la CEP-RSV).
6. En plus de son indépendance, l'OVS doit disposer de compétences pour intervenir auprès du DSSC lors de constats de chiffres alarmants. Un mécanisme d'alerte (en direction du Département de la santé) doit permettre d'aviser en cas de fluctuations des statistiques ou d'indices significatifs (cf. chapitre 7.2.2 du rapport de la CEP-RSV).
7. L'OVS doit développer des indicateurs permettant davantage d'efficacité à la surveillance (cf. chapitre 7.2.2 du rapport de la CEP-RSV).
8. L'OVS doit formaliser et améliorer la récolte des données et leur retour auprès des acteurs du terrain (cf. chapitre 7.2.2 du rapport de la CEP-RSV).
9. Plusieurs prestations peuvent être considérées comme étant d'intérêt général au sens du maintien des capacités hospitalières pour des raisons de région ou de géographie du canton. Il est précisé en effet que le Conseil d'Etat peut reconnaître certaines prestations relevant de la planification sanitaire et hospitalière dont le financement ne peut être assuré malgré une gestion rationnelle et efficace. Cette possibilité de financement devrait être intégrée dans les planifications sanitaires (cf. chapitre 9.7 du rapport de la CEP-RSV).
10. Le Conseil d'Etat doit mandater une expertise neutre et indépendante afin d'analyser les aspects financiers de la proposition de partenariat public/privé pour réaliser un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais (cf. chapitre 9.7 du rapport de la CEP-RSV).

À l'adresse du Département en charge de la santé

1. L'Autorité cantonale doit identifier les situations de crises et apprécier les mesures à prendre pour y remédier. En de telles situations, il convient de faire appel à des experts externes, indépendants et reconnus pour établir des faits permettant d'exercer avec efficacité la mission de surveillance. Ces expertises doivent reposer sur une méthodologie scientifique et ne pas se limiter à des auditions subjectives. Le rapport d'expertise doit être rendu public pour en assurer la transparence et la qualité. Cela n'a été fait qu'avec le rapport Houben (cf. chapitre 5.2.2 du rapport de la CEP-RSV).
2. La convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée ne prévoit pas explicitement la surveillance de la MHS. Pour cette raison, la CEP-RSV partage l'avis de la CDS que le canton d'implantation est responsable de la surveillance et du contrôle de l'exécution des attributions des prestations et des conditions liées à la fourniture de celles-ci. Il n'est pas suffisant qu'une surveillance se fasse ponctuellement dans un intervalle de 4 ans pour un mandat de MHS permanent en chirurgie viscérale. Le Département de la santé doit assumer la surveillance sur la MHS en chirurgie viscérale en Valais (cf. chapitre 4.2.2 du rapport de la CEP-RSV).

À l'adresse du Service de la santé publique

1. Dans le cadre de la mise en vigueur de l'ordonnance sur la surveillance que le Conseil d'Etat doit élaborer, il doit être exigé que le SSP et le Conseil d'administration de l'HVS entretiennent un dialogue permettant de définir les outils identifiant les éventuelles problématiques de gouvernance et précisant les objectifs communs (cf. chapitre 5.3.2 du rapport de la CEP-RSV).
2. Le SSP doit avoir un accès plus rapide aux données statistiques lui servant d'indicateurs de qualité et de sécurité (contrôle externe). Il doit s'assurer qu'un contrôle interne adéquat existe à l'HVS en matière de qualité et de sécurité des soins (contrôle interne). La CEP-RSV relève la création d'une commission de sécurité des patients au sein de l'HVS. Celle-ci doit pouvoir fonctionner, remplir ses missions et surtout éviter les dérives observées par le passé (mobbing, plaintes pénales, licenciements, pressions).

Si la CEP-RSV relève la priorisation de la sécurité et de la surveillance de la santé par la mise sur pied d'un groupe de travail en 2014, elle suggère une plus grande réactivité du SSP et la mise en place d'un concept de surveillance efficace (cf. chapitre 5.3.2 du rapport de la CEP-RSV).

3. La CSPQS doit fonctionner. Sa nouvelle composition doit lui permettre une indépendance de fonctionnement totale (cf. chapitre 5.3.2 du rapport de la CEP-RSV).

À l'adresse du Conseil d'administration de l'HVS

1. Le Conseil d'administration doit impérativement renforcer son rôle stratégique. Pour ce faire, la CEP-RSV recommande de se référer aux lignes directrices concernant la stratégie contenues dans le rapport FHF, à savoir :
 - un concept médical et des soins
 - les indicateurs financiers et économiques pour chaque service et département
 - une communication interne et externe optimale, définie par un concept de communication.

En été 2014, la CEP-RSV relève que ces 3 points n'existaient que pour le Centre hospitalier du Haut-Valais (SZO). Le concept médical et soignant a été établi depuis au CHVR.

Il est nécessaire de mettre en place un référentiel de crise permettant le cas échéant d'assurer un comportement adéquat de chaque instance. Les compétences décisionnelles de chacun doivent être respectées par le Conseil d'administration et sa présidence (cf. chapitre 5.4.2 du rapport de la CEP-RSV).

2. Lors du prochain renouvellement du Conseil d'administration, il s'agira d'être attentif aux compétences ou aux expériences en matière de gouvernance d'une institution sanitaire de la part de plusieurs membres. Il s'agira également d'éviter les conflits d'intérêts potentiels et les incompatibilités signifiées dans la loi éponyme (cf. chapitre 5.4.2 du rapport de la CEP-RSV).
3. Le Conseil d'administration peut s'accompagner ponctuellement de consultants ou d'experts mais ceux-ci ne peuvent être des membres permanents « hors conseil ». En outre, pour des raisons stratégiques, il n'est pas concevable que des représentants d'hôpitaux concurrents participent à toutes les séances du Conseil d'administration. Par contre, compte tenu de la participation du Valais à hauteur de 25% à l'Hôpital de Rennaz, le Conseil d'Etat doit apprécier dans quelle mesure il serait opportun qu'un membre du Conseil d'administration de l'HVS soit également membre du Conseil d'administration de cet hôpital inter-cantonal dans l'optique d'une saine et constructive collaboration entre ces deux institutions (cf. chapitre 5.4.2 du rapport de la CEP-RSV).
4. Le Conseil d'administration doit s'assurer de la mise en application de ses décisions (cf. chapitre 5.4.2 du rapport de la CEP-RSV).
5. La CEP-RSV a pris connaissance de la volonté du président a.i. du Conseil d'administration de l'HVS de resserrer les contacts avec les représentants du monde politique et ne peut qu'encourager une bonne coordination et collaboration entre l'Etat et l'HVS. Avec la nouvelle cheffe du département et le nouveau chef du SSP, il y a eu davantage d'ouverture, d'échange et de partage, notamment avec la Cothém, ce qui est un gage réjouissant de la possibilité de concrétiser cette volonté de resserrer les contacts (cf. chapitre 5.4.2 du rapport de la CEP-RSV).
6. L'HVS doit déterminer une procédure qui protège les « donneurs d'alerte », qui garantisse une analyse sérieuse des faits dénoncés et qui évite une concentration excessive des pouvoirs décisionnels (cf. chapitre 3.2.3 du rapport de la CEP-RSV).
7. L'HVS doit maintenir un dialogue et des canaux d'échanges avec les différents collectifs ou associations actifs dans la défense des patients valaisans. Ces liens doivent permettre que les dysfonctionnements éventuels soient traités au plus vite, selon des procédures saines et ainsi éviter que les situations initiales s'aggravent et se terminent en crise majeure (cf. chapitre 7.3.2 du rapport de la CEP-RSV).
8. Les résultats de l'analyse des faits dénoncés et les recommandations des audits doivent entraîner des décisions rapides et la mise en place immédiate et uniforme des mesures correctives, dans le but prioritaire d'assurer des soins de qualité (cf. chapitre 3.2.3 du rapport de la CEP-RSV).
9. Les démarches « sécurité et qualité » doivent être conduites jusqu'au bout, notamment en ce qui concerne la pertinence des prescriptions médicamenteuses ou de laboratoire, la gestion et le circuit du médicament, l'évaluation des infections dans les blocs opératoires, les indicateurs à mettre en place pour piloter efficacement la démarche qualité (cf. chapitre 7.1.2 du rapport de la CEP-RSV).
10. Les supports informatiques doivent permettre un accès aux informations nécessaires à la prévention et la surveillance des infections nosocomiales (cf. chapitre 7.1.2 du rapport de la CEP-RSV).
11. Le suivi des recommandations de la FHF en matière d'amélioration de la qualité des soins ne doit souffrir d'aucun délai (cf. chapitre 7.1.2 du rapport de la CEP-RSV).
12. D'un point de vue stratégique, il est important que des collaborations universitaires soient établies aussi vite que possible pour instaurer les itinéraires cliniques en Valais. Les Centres universitaires sont motivés pour acquérir les gestes chirurgicaux de la MHS. À l'avenir les exigences de la CIMHS vont être plus sévères et nous risquons de perdre toutes les interventions vers les Centres universitaires. Etablir ces collaborations universitaires pendant que nous avons encore le mandat provisoire permet à l'HVS de négocier dans une position forte. Il faut effectuer rapidement des demandes d'offres auprès de tous les Hôpitaux universitaires (cf. chapitre 4.2.2 du rapport de la CEP-RSV).

13. Il ressort des investigations de la CEP-RSV, notamment des entretiens avec des membres de l'organe scientifique MHS ainsi que de l'expertise Houben, que le bassin de recrutement et les besoins en santé nécessitent un Centre hospitalier de MHScv à Sion pour la chirurgie colorectale et hépatobiliaire, malgré le fait que le nombre minimal proposé par l'organe scientifique MHS n'a pas été atteint dans les années 2011-2013. Les patients, atteints de pathologies rectales, recrutés à l'HVS doivent impérativement être pris en charge au CHVR. En effet, l'épidémiologie du Valais 2009 révèle que plus de 120 cancers colorectaux doivent être opérés annuellement dans le canton. Il est impensable de ne pas fournir à la population un Centre MHScv de pathologie rectale. 10% des patients présenteront une métastase hépatique opérable. L'HVS doit y faire face.

Ce centre pourrait également intégrer la chirurgie bariatrique MHScv (obésité) si on centralise cette spécialité en Valais. Sans collaboration entre les Centres ou sans centralisation de l'activité, la chirurgie bariatrique MHScv devra être abandonnée à l'HVS (l'HVS n'a pas le mandat pour la chirurgie bariatrique MHScv par le CIMHS).

En ce qui concerne la chirurgie œsophagienne et pancréatique, l'activité en Valais n'est pas suffisante. Désormais il est important que la chaîne de traitement - diagnostic pour les maladies de ces organes - se retrouve en Valais. Le patient ne sortira du canton que pour l'opération. Par exemple, le traitement des cancers œsophagiens pourrait être maintenu, mais en confiant l'œsophagectomie aux opérateurs d'un centre spécialisé. Cette stratégie assurera que la qualité médicale sera préservée dans l'HVS pour ces maladies (cf. chapitre 4.2.2 du rapport de la CEP-RSV).

14. L'HVS craint que la perte de la MHScv entraîne également des pertes financières. La CEP-RSV ne partage pas cet avis. Elle pense que cette perte peut être compensée par l'évolution des autres activités. Aux yeux de la CEP-RSV, la qualité des soins et la sécurité des patients doivent primer les contingences financières (cf. chapitre 4.2.2 du rapport de la CEP-RSV).
15. L'actuel Conseil d'administration de l'HVS est favorable au maintien de la MHScv, pour autant que les exigences de sécurité pour les patients soient remplies. Cela l'a conduit à suspendre provisoirement certaines interventions suite aux problèmes sécuritaires relevés par le Prof. Houben. Cette philosophie de sécurité des patients doit être prise en compte dans le choix des opérateurs et intervenants qui permettront de proposer la MHScv, notamment dans les domaines où l'activité est suffisante voire complémentaire à la MHS du domaine de la traumatologie, véritable centre de compétences en Valais. Cette philosophie de sécurité impose naturellement aux intervenants de travailler en équipe, dans le respect des compétences et prérogatives de chacun (cf. chapitre 4.2.2 du rapport de la CEP-RSV).
16. Pour une question de masse critique, le maintien de la MHScv pour la chirurgie colorectale et hépatobiliaire passe par la nécessité d'une vision cantonale, partagée par le Haut et le Bas. Le CHVR doit pouvoir traiter les patients germanophones de manière adéquate. Ceci implique de développer davantage le bilinguisme et que les itinéraires cliniques ne soient pas exclusivement dirigés vers un Centre universitaire romand. Il faut aujourd'hui discuter avec les Universités de Lausanne, Genève et Berne, pour ce qui concerne la stratégie future. Il est nécessaire d'intégrer en tant que partenaire d'autres établissements hospitaliers germanophones. Par ailleurs, les conventions de collaboration ne doivent pas constituer un frein à l'embauche d'opérateurs compétents venant de Centres universitaires autres que ceux signataires des conventions, ni se limiter à permettre aux centres universitaires de venir faire leur « marché » en Valais (cf. chapitre 4.2.2, 6.2.3 et 8.1.2 du rapport de la CEP-RSV).
17. Pour une institution sanitaire dont les sites se situent dans deux régions linguistiques, il est primordial que les patients de l'une ou l'autre région linguistique puissent comprendre le soin prodigué et puissent être compris dans leur ressenti. Il existe, au niveau institutionnel (HVS), une réelle volonté de développer le bilinguisme de manière concrète, au quotidien, par l'engagement prioritaire de personnel bilingue ou maîtrisant l'autre langue cantonale, à tous les niveaux : soins, gestion d'équipes, management. Pourtant la CEP-RSV constate une faible participation du personnel du CHVR aux programmes linguistiques et elle déplore que les stages en immersion aient été abandonnés. Ceux-ci sont pourtant un atout non négligeable qui devrait être vivement encouragé et recommandé par la Direction des ressources humaines. Aux extrêmes, un employé de la santé travaillant dans une discipline centralisée à l'Hôpital de Sion ne

possédant pas un niveau de base en langue allemande devrait se voir imposer un stage en immersion, ou l'obligation de suivre un cours proposé par l'HVS. Les compétences de bilinguisme attestées pourraient être valorisées par une compensation financière. Le niveau de connaissance de la deuxième langue par le personnel médico-soignant doit permettre de tenir une conversation avec le patient. Cet aspect devrait être considéré dès l'engagement du personnel (cf. chapitres 6.2.3, 8.2.1 et 8.1.2 du rapport de la CEP-RSV).

18. Le projet lié au bilinguisme est financé jusqu'à la fin de l'année 2015. Durant cette dernière année, les formations en allemand vont se poursuivre de même que l'emploi des assistantes linguistiques. Ces mesures montrent une plus-value dans la prise en charge des patients hauts valaisans. Comme le projet touche à sa fin, il est maintenant nécessaire de définir comment ces mesures pourront être financées après 2015. Vu l'intérêt financier du CHVR de garder les disciplines centralisées à Sion (voir la position de l'HVS du chapitre 4.1.3), le financement de ces mesures devrait être assumé par le CHVR (cf. chapitres 6.2.3 et 8.2.2 du rapport de la CEP-RSV).
19. Les investissements stratégiques prévus à concurrence de 400 millions de francs ainsi que les investissements annuels ordinaires pour un total d'environ 15 millions de francs (y compris les projets informatiques) doivent être intégralement financés par l'HVS. Afin d'être en mesure de supporter ces investissements, les recettes annuelles liées aux investissements doivent s'élever à moyen terme au minimum à 40 millions de francs. Cet objectif ne peut être atteint qu'en procédant à un transfert des recettes d'exploitation vers les recettes liées aux investissements. Afin d'atteindre cette valeur cible, il s'agit donc d'effectuer des diminutions de coûts appropriées dans le budget d'exploitation au fil des années à venir. Une partie des tarifs facturés pour toutes les prestations (ambulatoires, prestations à des tiers etc.) doit être retenue pour les investissements des structures hospitalières.

La CEP-RSV s'interroge sur la sous-participation constatée jusqu'à ce jour de l'ambulatoire aux investissements au détriment de la capacité financière de l'HVS. Cette sous-participation a notamment pour conséquence l'existence d'une forme de subvention déloyale des prestations hospitalières ambulatoires au détriment des médecins installés en cabinet privé fournissant les mêmes prestations. Cette situation est en train d'être corrigée (cf. chapitre 9.7 du rapport de la CEP-RSV).

20. Parallèlement et consécutivement à l'expertise indépendante qui sera mandatée par le Conseil d'Etat en la matière, le Conseil d'administration de l'HVS doit réapprécier sa participation à la réflexion de créer un Centre de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais sous la forme d'un partenariat public/privé en la soumettant aux Collèges de médecins des centres concernés et en vérifiant les composantes financières (cf. chapitre 9.7 du rapport de la CEP-RSV).

À l'adresse de la Direction générale de l'HVS

1. La structure de la Direction générale devra être à l'avenir réduite en s'appuyant sur l'organisation matricielle existante. Les prestations transversales ne devront être offertes de façon centrale que lorsqu'il pourra en résulter la création d'une valeur ajoutée tangible pour les patients et les collaborateurs dans les centres hospitaliers. La Direction générale doit mettre à disposition des Centres hospitaliers un cadre adéquat afin que, bien ancrés sur le plan régional, ils puissent apporter une prestation compétitive.

La CEP-RSV s'interroge également sur l'utilité et l'accroissement de certains postes de la Direction générale. La Direction générale de l'HVS doit gérer ses structures avec efficience, dans un objectif de maîtrise des coûts, compte tenu des conditions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie relatives au caractère économique (art. 32 al. 2, LaMal).

Dans une gestion financière logique et intelligente, les efforts financiers doivent être prioritairement dirigés vers les soins et non vers des structures administratives lourdes et dispendieuses (cf. chapitre 5.5.2 du rapport de la CEP-RSV).

2. De par l'option de gouvernance choisie (système matriciel) par l'HVS, il n'est pas concevable qu'un étage hiérarchique se fasse court-circuiter. En pareille situation, le directeur général doit avoir un comportement clair et ferme vis-à-vis de sa hiérarchie et de ses subordonnés (cf. chapitre 5.5.2 du rapport de la CEP-RSV).
3. Il s'agit de renforcer une culture et une identité de l'HVS tout en valorisant les spécificités des sites et des centres. Dans le même temps, les concentrations et les regroupements décidés doivent être réalisés le plus rapidement possible tout en respectant les rythmes d'adaptation nécessaires (cf. chapitre 6.5.2 du rapport de la CEP-RSV).
4. Une centralisation des services administratifs doit sans exception apporter une valeur ajoutée (finances, effectivité, efficacité, etc.) à l'HVS. Sans cela, cet exercice est inutile voire dommageable. D'après la CEP-RSV, la Direction générale doit vérifier la valeur ajoutée effective des centralisations réalisées ces deux dernières années et redistribuer au besoin des tâches administratives et de soutien dans les deux Centres.

La répartition des compétences entre la Direction générale et les Services transversaux doit être clarifiée. À cette fin, la responsabilité de la gestion avec toutes les décisions opérationnelles induites doit être attribuée aux Directions de centres et la responsabilité professionnelle des Services transversaux doit être confiée à la Direction générale.

Communication

Le Service de communication doit fonctionner et être rattaché en conformité avec le cahier des charges. Un règlement interne doit préciser la manière de communiquer dans des cas particuliers, tant à l'interne qu'à l'externe. Ce plan de communication validé par le Conseil d'administration doit être connu, hiérarchisé et respecté. Il doit par exemple éviter que des initiatives internes utilisent l'Intranet lors de litiges entre collègues ou pour manifester des tensions internes. En aucun cas, la communication doit être un outil de division ou de manipulation comme cela a été constaté dans les situations de crises traversées par l'HVS. La transmission verticale de l'information doit être facilitée. Le contenu de l'information revêt la plus grande importance et mérite une attention soutenue.

Au vu de la souffrance ressentie par des employés de l'HVS, la communication peut être un moyen de réinsuffler de la confiance et de la motivation, là où les acteurs ont eu l'impression de ne pas avoir droit à la parole.

Ressources humaines

La CEP-RSV s'interroge sur le lien entre les RH de la Direction générale et les RH des centres. Il est difficilement compréhensible que la Direction centrale des RH ait des prérogatives se limitant à du coaching des RH de Centres en situation de crise. L'organisation multi-sites complexe nécessite pour les RH un schéma de fonctionnement simple, lisible, responsable, cohérent et efficace.

La CEP-RSV s'interroge également sur le rôle voire l'utilité des RH au niveau de la Direction générale. L'essentiel du travail RH doit se faire dans chaque Centre. Les instruments communs entre les différents Centres (SZO, CHVR et ICHV) doivent être harmonisés par les responsables des Centres et être accordés par la Direction générale consécutivement (cf. chapitres 5.5.2, 8.1.2 et 9.7 du rapport de la CEP-RSV).

5. La fin des rapports de services avec des collaborateurs de l'HVS, qui plus est de ceux occupant des fonctions clés, doit suivre strictement les procédures et tenir compte des enjeux y relatifs pour que ni les patients ni les contribuables valaisans n'aient à en subir les conséquences (cf. chapitre 3.2.3 du rapport de la CEP-RSV).
6. La présence de médecins de garde en cardiologie invasive résidant dans un périmètre restreint est une nécessité. Par une prise en charge plus rapide du patient, elle doit permettre une diminution de la mortalité et l'amélioration de la reprise de la fonction cardiaque.

La récente décision de l'HVS (dès janvier 2015) concernant la garde en cardiologie qui doit désormais se trouver à 30 minutes de l'hôpital conforte la CEP-RSV dans ses recommandations (cf. chapitre 6.4.2 du rapport de la CEP-RSV).

7. Le Conseil d'administration et la Direction générale de l'HVS doivent garantir le respect des lois fédérales et cantonales ainsi que des recommandations professionnelles fédérales pour que tous les coûts et investissements au sein de l'HVS soient enregistrés selon le principe de la causalité et de façon transparente par leurs émetteurs (i.e. la Direction générale y compris les Services transversaux, les Centres hospitaliers et l'ICHV) (cf. chapitres 5.5.2 et 9.7 du rapport de la CEP-RSV).

À l'adresse des Directions de centres de l'HVS

1. La Direction du CHVR doit se plier sans délai aux exigences de la direction générale (cf. chapitre 5.6.2 du rapport de la CEP-RSV).
2. La direction du CHVR doit instaurer un réel management participatif et prendre en considération les suggestions du Collège des médecins. Il est indispensable de reconstruire la confiance en interne. Toutefois, le Collège des médecins doit aussi admettre que toutes ses propositions ne soient pas acceptées par les Directions de Centres (cf. chapitre 5.6.2 du rapport de la CEP-RSV).
3. La mise en place du Collège des médecins, décidée par la LEIS (art. 32), doit contribuer à la gouvernance participative des professionnels de la santé. Un représentant du personnel technico-soignant pourrait y être associé (cf. chapitre 5.6.2 du rapport de la CEP-RSV).
4. Suite aux récentes décisions du Conseil d'administration, les postes de la direction du CHVR devront être repourvus le plus rapidement possible et ne pas se limiter à des mesures transitoires. Les dysfonctionnements identifiés préalablement par la CEP-RSV, incombant davantage aux personnes qu'au système, ne devront pas se reproduire. Le Conseil d'administration respectivement les autres instances dirigeantes doivent y veiller (cf. chapitre 5.6.2 du rapport de la CEP-RSV).
5. Un directeur médical de centre doit s'engager pleinement (100%) pour son établissement (cf. chapitre 5.6.2 du rapport de la CEP-RSV).
6. Le Service RH du CHVR doit être réorganisé et suivre strictement les procédures réglementaires (cf. chapitre 5.6.2 du rapport de la CEP-RSV).
7. Une information plus transparente concernant les décisions budgétaires doit être assurée auprès des responsables de départements et de services. Cela facilitera le management participatif, une meilleure coordination et davantage d'adhésion (cf. chapitre 5.6.2 du rapport de la CEP-RSV).

La CEP-RSV termine son mandat avec la reddition du présent rapport.

Elle demande que l'Inspection cantonale des finances soit chargée du suivi des recommandations émises sur la gestion financière et sur la structure de gouvernance. La Direction générale de l'HVS et le Service de la santé publique lui remettront un rapport dans ce sens pour la fin juin 2016.

Elle invite la Commission thématique à assurer le suivi politique de la mise en œuvre des recommandations rappelées ci-devant. Elle demande au Conseil d'Etat et au Conseil d'administration de l'HVS de remettre chacun au Parlement, une première fois pour la fin décembre 2015 et une deuxième fois pour la fin de la présente législature, un rapport circonstancié sur les démarches entreprises dans ce sens.

La CEP-RSV remercie toutes les personnes qui ont œuvré au déroulement de son enquête et à la réalisation de son rapport.

Lors du vote final, ce rapport a été accepté à l'unanimité des 13 membres de la CEP-RSV.

Sion, le 25 mars 2015

Le président :

Xavier Moret

Le vice-président :

Patrick Hildbrand

**Le rapporteur
de langue française :**

Eric Baldini

**Le rapporteur
de langue allemande :**

Urs Kuonen

11. Documents joints

1. Communiqué de presse du 15 avril 2014 de la CEP-RSV : La Commission d'enquête parlementaire fait le point
2. Communiqué de presse du 10 février 2015 de la CEP-RSV : La Commission d'enquête parlementaire réagit aux décisions de l'HVS



Grand Conseil
CEP-RSV

Grosser Rat
PUK-GNW

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

COMMUNIQUE DE PRESSE

La Commission d'enquête parlementaire fait le point

Réunie en séance du 10 avril 2014, la Commission d'enquête parlementaire (CEP-RSV) a décidé d'informer la presse sur son organisation et sur son intervention urgente auprès de la Cheffe du département en charge de la santé, Mme la Conseillère d'Etat Esther Waeber-Kalbermatten concernant le licenciement de deux anesthésistes.

En mars dernier, le Parlement valaisan a désigné une Commission d'enquête parlementaire chargée d'investiguer sur le Réseau Santé Valais (CEP-RSV). Par rapport au cahier des charges qui lui a été confié, la CEP-RSV a retenu deux axes principaux d'interventions :

- le suivi politique des rapports de la FHF et de la COGEST ainsi que des débats parlementaires de 2011 ;
- le suivi politique du rapport Houben et de la nouvelle gouvernance.

La CEP-RSV a désigné en son sein deux sous-commissions mandatées respectivement pour œuvrer dans chacun de ces deux axes. Elles sont présidées respectivement par M. Jean-Henri Dumont et Stéphane Ganzer. Un bureau interne à la CEP-RSV coordonne les activités des sous-commissions.

En un mois, deux séances plénières et plusieurs séances du bureau et des sous-commissions ont déjà été conduites, dont des auditions préalables de Mme Esther Waeber-Kalbermatten, du directeur général du RSV, le Dr. Eric Bonvin, et de l'expert indépendant, le Professeur Jean-Jacques Houben. D'autres auditions de personnes occupant des fonctions à différents niveaux hiérarchiques sont d'ores et déjà prévues et fixées.

Les événements récents à l'Hôpital du Valais, soit le licenciement de deux médecins-anesthésistes, ont en effet suscité une nouvelle priorisation des investigations par la CEP-RSV.

Cette dernière estime que ces deux licenciements créent une nouvelle situation de crise qui nuit de toute évidence à l'ambiance de travail au sein de l'hôpital de Sion et pèse de manière significative le travail de la commission. D'autant plus que, selon les informations obtenues pour l'heure, ces licenciements ne reposent ni sur des justificatifs avérés ni sur le respect des procédures.

Dans ce sens, la CEP-RSV a adressé un courrier à Mme la Conseillère d'Etat Esther Waeber-Kalbermatten pour qu'elle exige avec effet immédiat :

- la suspension du renvoi des personnes concernées
- l'application stricte de la loi et des procédures, sans procédures d'exception.

Compte tenu de l'urgence de la situation, la CEP-RSV attend une réaction. Ce courrier a surtout pour but de ramener une certaine sérénité au sein de l'Hôpital du Valais et, par là même, la poursuite « normale » de notre travail.

Sion, le 15 avril 2014

Contacts :

Pour les médias francophones :

M. Xavier Moret, président de la CEP-RSV : 079 220 73 55

Pour les médias germanophones :

M. Patrick Hildbrand, vice-président de la CEP-RSV : 079 829 35 67



Grand Conseil
CEP-RSV

Grosser Rat
PUK-GNW

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

COMMUNIQUE DE PRESSE

La Commission d'enquête parlementaire réagit aux décisions de l'HVS

Par son président et son vice-président, la Commission d'enquête parlementaire (CEP-RSV) réagit aux décisions du Conseil d'administration de l'Hôpital du Valais (HVS).

En mars dernier, le Parlement valaisan a désigné une Commission d'enquête parlementaire chargée d'investiguer sur l'Hôpital du Valais, anciennement Réseau Santé Valais (CEP-RSV).

Durant la phase d'investigation, suite aux nombreuses auditions, la CEP-RSV a constaté un nombre élevé de dysfonctionnements au sein de l'Hôpital du Valais (HVS). Ces dysfonctionnements concernent pour l'essentiel la Direction du Centre Hospitalier du Valais romand (CHVR).

Début décembre 2014, la CEP-RSV a sollicité une rencontre réunissant la Conseillère d'Etat en charge du département de la santé, Mme Esther Waeber-Kalbermatten, le Président ad intérim du Conseil d'administration de l'HVS, M. Hildebrand de Riedmatten, et le Directeur général de l'HVS, M. Eric Bonvin. Lors de cette séance, la CEP-RSV a notamment souligné les dysfonctionnements au CHVR.

La CEP-RSV constate aujourd'hui avec soulagement que des mesures ont été prises par le Conseil d'Administration de l'HVS.

La CEP-RSV poursuit ses travaux de rédaction du rapport qui sera remis à la présidence du Grand-Conseil au plus tôt à la fin mars 2015

Sion, le 10 février 2015

Contacts :

Pour les médias francophones :

M. Xavier Moret, président de la CEP-RSV : 079 220 73 55

Pour les médias germanophones :

M. Patrick Hildbrand, vice-président de la CEP-RSV : 079 829 35 67