

Mission d'audit du Réseau Santé Valais, de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans et de l'Observatoire Valaisan de Santé

Rapport de fin de mission

Mars 2011



Sommaire

Sommaire	2
1	Introduction 5
1.1	Contexte du mandat 5
1.2	Contexte général 5
1.2.1	Situation géographique 5
1.2.2	Indicateurs socio-démographiques, économiques et sanitaires 7
1.2.3	Offre de soins 10
1.2.4	Evolution de la médecine 11
1.2.5	Evolution du contexte hospitalier 12
1.2.6	Coût et financement de la santé 12
1.3	Historique 13
1.3.1	Débuts d’une politique sanitaire – Origines de la mise en réseau des hôpitaux 13
1.4	Présentation et caractéristiques clés du RSV 14
1.4.1	Réseau Santé Valais – présentation 14
1.4.2	Objectifs de l’organisation en réseau 18
1.4.3	Bilan et évolutions 19
2	Présentation de l’équipe 22
3	Analyse de la qualité des soins et méthodologie de suivi des infections nosocomiales 24
3.1	Introduction 24
3.2	Méthode de l’audit 25
3.2.1	Les champs d’investigation de l’audit 25
3.2.2	Périmètre et champ de l’audit 25
3.2.3	Organisation de l’audit 26
3.3	Présentation de l’audit 27
3.3.1	Les conditions de déroulement de l’audit 27
3.3.2	Les dynamiques d’amélioration de la qualité au sein du RSV 27
3.3.3	Les moyens et les structures 28
3.3.4	L’organisation des processus de soins 30
3.3.5	La prévention et la surveillance des infections nosocomiales et des infections du site opératoire 32
3.3.6	L’évaluation 36
3.3.7	Les résultats de l’activité du RSV 36
3.3.8	La surveillance des interventions chirurgicales et des infections du site opératoire 38
3.4	Les points forts 42
3.5	Les points à améliorer 44
3.6	Les constats spécifiques par site 45

3.6.1	Direction générale du RSV	46
3.6.2	Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV)	47
3.6.3	Observatoire Valaisan de la Santé (OVS)	49
3.6.4	Centre Hospitalier du Centre Valais (CHCVs)	49
3.6.5	Centre Hospitalier du Haut Valais (SZO)	54
3.6.6	Centre Hospitalier du Chablais (CHC)	56
3.6.7	Hôpital du Chablais (HdC)	58
3.7	Conclusion	60
4	Les enquêtes d'image et de satisfaction.....	62
4.1	Enquête d'image et de satisfaction auprès des collaborateurs du RSV.....	62
4.1.1	Méthodologie	62
4.1.2	Composition du questionnaire	62
4.1.3	Statistiques de réponse	63
4.1.4	Description de l'échantillon	64
4.1.5	Résultats	64
4.2	Enquête d'image et de satisfaction auprès des professionnels de santé de pratique privée	69
4.2.1	Méthodologie	69
4.2.2	Composition du questionnaire	69
4.2.3	Statistiques de réponse	70
4.2.4	Description de l'échantillon	70
4.2.5	Résultats	70
4.3	Enquête d'image et de satisfaction auprès de la population valaisanne	77
4.3.1	Méthodologie	77
4.3.2	Composition du questionnaire	79
4.3.3	Statistiques de réponse	79
4.3.4	Description de l'échantillon	80
4.3.5	Résultats	80
5	Planification et offre de soins	84
5.1	Planification	84
5.1.1	Critères et analyse	84
5.1.2	Champs, leviers et processus de la planification valaisanne	97
5.1.3	Synthèse sur la planification	98
5.2	Organisation de l'offre de soins.....	99
5.2.1	Etat des lieux et analyse	99
5.2.2	Scénarii	103
5.2.3	En synthèse	109
6	Organisation administrative et médicale du RSV	111
6.1	Les critères d'évaluation d'une organisation.....	111

6.1.1	Critères relatifs à sa structure.....	111
6.2	Description et analyse de l'organisation administrative du Réseau Santé Valais	113
6.2.1	Les structures et l'organisation administrative	114
6.2.2	Analyse.....	120
6.2.3	La gouvernance stratégique	121
6.3	Description et analyse de l'organisation médicale et soignante du RSV	123
6.3.1	L'organisation des métiers du soin	123
6.3.2	L'organisation médicale.....	124
6.3.3	Scénarii d'évolution de l'organisation administrative et médicale	126
6.3.4	Positionnement de l'Observatoire Valaisan de la Santé.....	135
7	Conclusion générale du rapport d'audit sur le Réseau Santé Valais	141
8	Méthodologie des rencontres et des auditions.....	148
9	Liste des personnes auditionnées.....	150

1 Introduction

1.1 *Contexte du mandat*

Dans un contexte de questionnement sur l'évolution du Réseau Santé Valais (RSV) et suite au licenciement d'un médecin par la direction du RSV ayant fait polémique sur la qualité des prestations délivrées, une demande d'audit a été décidée. Ainsi, le Gouvernement valaisan a sollicité un organisme parfaitement indépendant, cette neutralité étant en particulier assurée par le fait qu'il devait s'agir d'un cabinet choisi hors des frontières suisses et comptant des consultants ayant une expérience dans le domaine des audits en santé sur un plan international.

Selon ces critères, la société « Service Public Hospitalier Conseil » (SPH Conseil), filiale de la Fédération Hospitalière de France (FHF), a été retenue afin qu'un audit du RSV, de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV) et de l'Observatoire Valaisan de la Santé (OVS) soit mené.

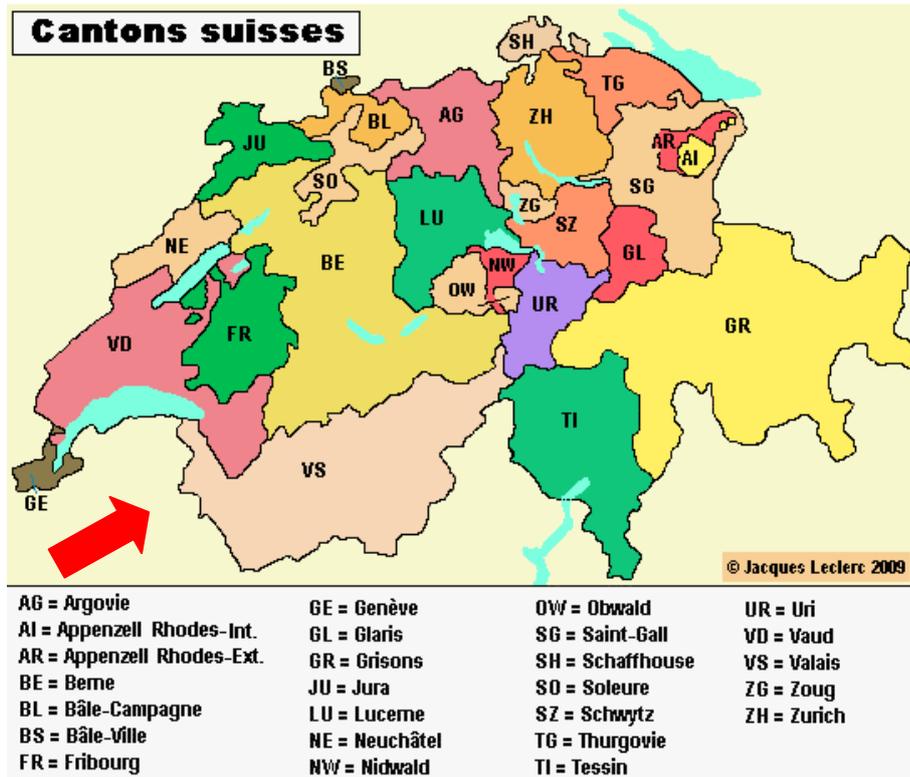
Le cahier des charges de cet audit comprend deux éléments :

- la réalisation d'un **bilan** de l'existant sur l'ensemble de ces institutions puis
- la fourniture de **recommandations** d'amélioration ou d'évolution sur différents axes de travail décrits ci-dessous :
 - **Axe planification et offre de soins** : il repose sur l'analyse de la pertinence de l'actuel modèle multi-sites et de la répartition des disciplines sur 6 sites de soins aigus dotés de plateaux techniques
 - **Axe analyse de la structure juridique** : il comprend l'analyse du RSV mais aussi de l'ICHV et de l'OVS. Cette question est centrée sur la réflexion de l'autonomie de gestion du RSV et du rôle de surveillance et de contrôle du Département cantonal en charge de la Santé Publique
 - **Axe organisation administrative et médicale du RSV** : il s'attache à étudier la pertinence et l'efficacité des différents niveaux organisationnels et de la gouvernance de l'institution
 - **Axe analyse de la qualité des soins** : un audit de la qualité des soins fournis dans les établissements du RSV et des méthodologies employées sur ce point font l'objet d'une étude particulière
 - **Axe méthodologie de suivi des infections nosocomiales** : il repose sur l'analyse du suivi des indicateurs développés pour la surveillance des infections nosocomiales et plus particulièrement en ce qui concerne les infections du site opératoire
 - **Axe enquête d'image et de satisfaction** : est demandée la conduite d'enquêtes d'image et de satisfaction des professionnels, qu'ils soient collaborateurs du RSV ou professionnels de pratique privée, et de la population valaisanne

1.2 *Contexte général*

1.2.1 Situation géographique

Le canton du Valais est l'un des cantons les plus étendus de Suisse avec 5.224 km². C'est aussi un canton-frontière dans la mesure où il est situé au sud-ouest de la Suisse. Il est limité au nord par le lac Léman, le canton de Vaud et le canton de Berne, à l'est par les cantons d'Uri et du Tessin, au sud par l'Italie, à l'ouest par la France.



Au sud des Alpes bernoises, le canton du Valais se présente comme un canton bilingue. Les francophones et germanophones sont répartis dans deux zones distinctes sur le territoire : le Bas-Valais à l'ouest (francophone) et le Haut-Valais à l'est (germanophone).

La capitale du canton du Valais, Sion, est une ville de 26.000 habitants environ. Le canton compte 13 districts : Monthey, Saint-Maurice, Martigny, Conthey, Entremont, Hérens, Siere, Leuk (Loèche), Visp (Viège), Westlich Raron (Rarogne occidentale), Oestlich Raron (Rarogne orientale), Brig (Brigue) et Goms (Conches). On dénombre également quelques 160 communes dont les principales sont Sion, Siere, Martigny et Monthey pour le Bas-Valais et le centre, Viège et Brigue pour le Haut-Valais.



Source : site officiel du canton du Valais

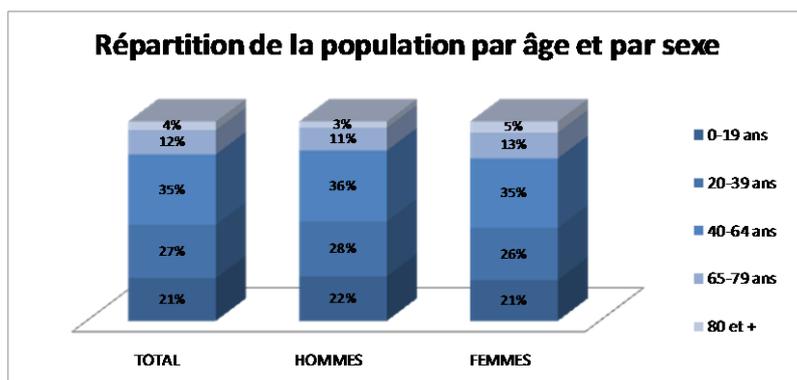
1.2.2

Indicateurs socio-démographiques, économiques et sanitaires

Au 31 décembre 2009, le canton du Valais compte **307.000 habitants** dont 49% d'hommes et 51% de femmes - source : *département des finances, des institutions et de la santé, 2009.*

62% de la population valaisanne est en âge de travailler (entre 20 et 64 ans). La répartition de cette population entre hommes et femmes est quasiment équivalente.

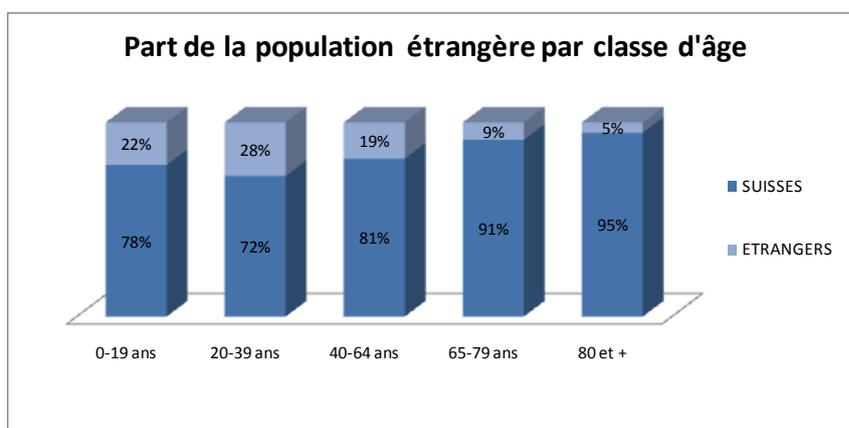
Graphique 1 : Répartition de la population par âge



Source : *Office de statistique – Département des finances, des institutions et de la santé- Administration des finances- données 2008*

20% de la population valaisanne est de nationalité étrangère. A noter que 28% des personnes âgées de 20 à 59 ans sont de nationalité étrangère. Ce phénomène tend à diminuer lorsque l'on s'approche de l'âge de la retraite (5%).

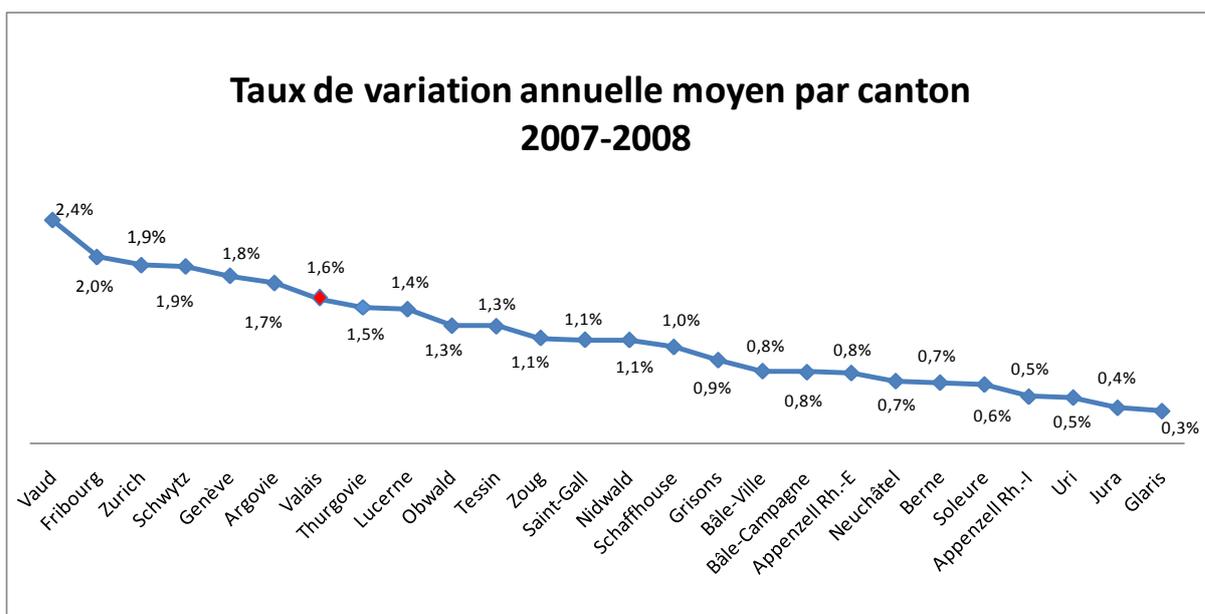
Graphique 2 : Part de la population étrangère par classe d'âge



Source : *Office de statistique – Département des finances, des institutions et de la santé - Administration des finances- données 2008*

Par ailleurs, le canton du Valais est démographiquement dynamique. Il détient un taux de variation annuelle moyen en 2008 de 1,6% ce qui le place au 7^{ème} rang des 26 cantons suisses. A l'intérieur du canton du Valais, la région la plus dynamique est le Bas Valais avec un taux de variation annuelle moyen de 2%. En revanche, c'est le Valais Central qui concentre la plus forte part de la population : 39% de celle-ci réside en effet en Valais Central contre 34% dans le Bas Valais et 26% dans le Haut Valais.

Graphique 3 : Taux de variation annuelle moyen par canton 2007-2008



Source : Comparatif des cantons et des villes de Suisse - BADAC- données 2008

Tableau 4 : Taux de variation annuelle moyen par zone géographique dans le canton du Valais

	Population 31/12/2008	%	Taux de variation annuel
Haut-Valais	79 453	26%	0,60%
Valais central	119 488	39%	1,80%
Bas Valais	104 300	34%	2,00%
VALAIS	303 241	100%	1,60%

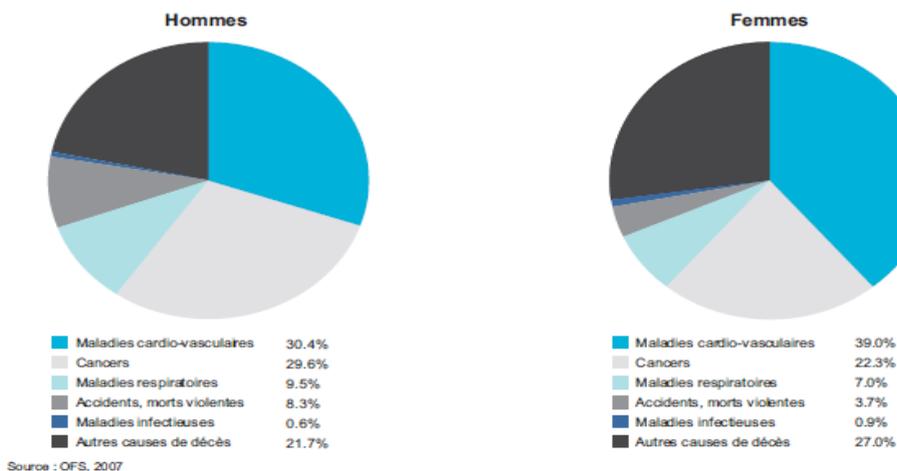
Source : Office de statistique – Département des finances, des institutions et de la santé -
Administration des finances- données 2008

Cependant, la population valaisanne vieillit. D'ici 2040, la population des personnes de 65 ans et plus va doubler, atteignant 102.000 personnes tandis que le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus va tripler, se rapprochant de 40.000 personnes. Le taux de natalité diminue alors que l'espérance de vie continue d'augmenter. En effet, en 2007, elle atteint 79,4 ans pour les hommes et 84,2 ans chez les femmes, soit une progression de 13 ans pour les hommes et de 13,3 ans pour les femmes depuis les années 1950. Liés à cette évolution,

l'augmentation du nombre de maladies chroniques oblige à repenser le système de santé. Les maladies cardio vasculaires et les cancers sont actuellement responsables des deux tiers des décès en Valais.

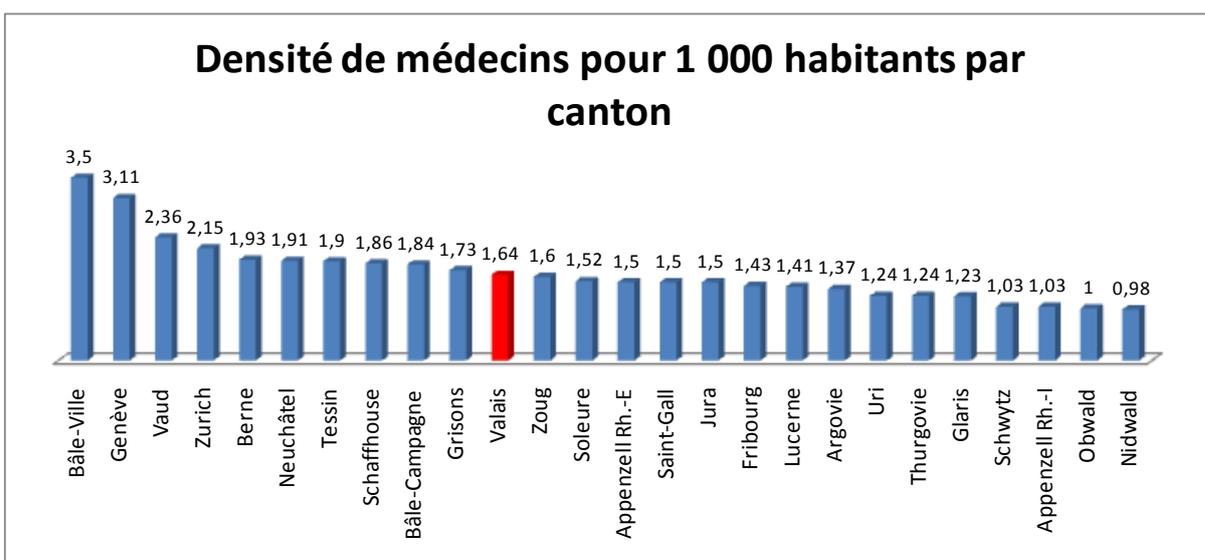
Ci-dessous, les premières causes de mortalité chez les hommes et les femmes en 2005. A noter que les cancers occupant le premier rang en termes de mortalité sont le cancer du poumon chez l'homme et celui du sein chez la femme. Les cancers bouche-pharynx, de l'estomac et du foie sont également plus fréquents dans le Valais qu'ailleurs. Ces cancers sont le plus souvent dus à des causes de mortalité évitables comme l'alcool, le tabac et l'alimentation.

Graphique 5 : Répartition de la mortalité par causes chez les hommes et chez les femmes



On assiste également à une pénurie grandissante de professionnels de santé. Ce phénomène n'appartient pas seulement au canton du Valais : il est national, voire international. En 2001, dernières données disponibles, le Valais comptait par exemple 1,64 médecin pour 1.000 habitants : il se situe à la 11^{ème} place dans le classement des cantons.

Graphique 6 : la démographie médicale par canton



Source : Comparatif des cantons et des villes de Suisse - BADAC- données 2008

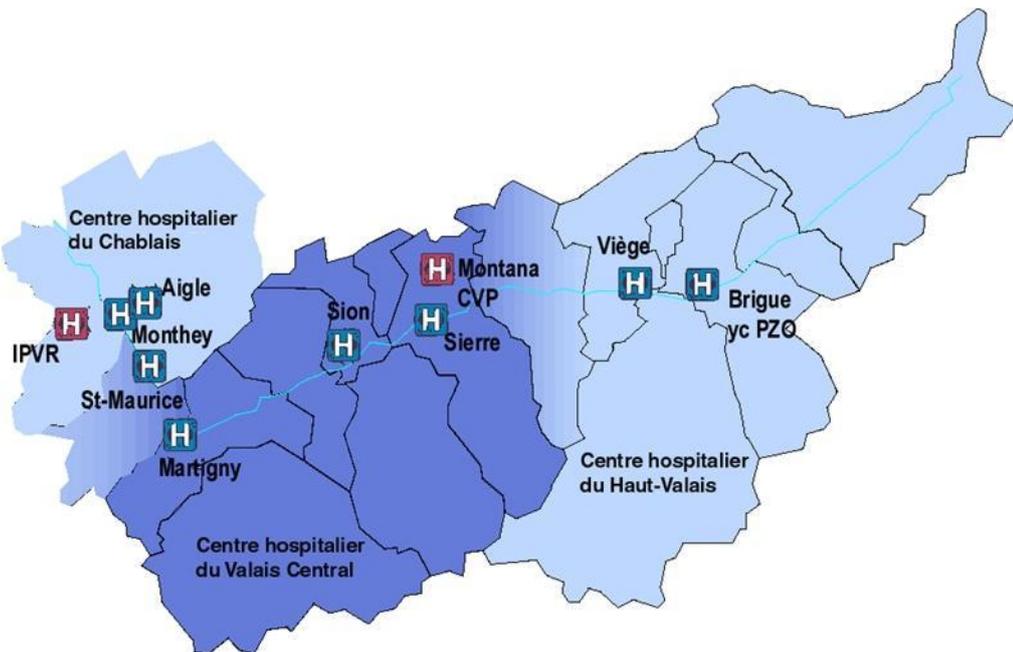
1.2.3 Offre de soins

1.2.3.1 Réseau Santé Valais (RSV)

L'offre de soins est détenue à 90% par le RSV, dont la création effective remonte à 2004. Il comprend 3 centres hospitaliers qui, eux-mêmes, se structurent en différents sites :

- Le Spitalzentrum Oberwallis, centre hospitalier du Haut Valais, dont le siège est à Viège (Visp)
- Le Centre Hospitalier du Centre Valais, dont la direction est à Sion
- Le Centre Hospitalier du Chablais, dont la direction est à Monthey.

La carte ci-dessous indique les situations géographiques de ces centres formant le RSV.



En détail, les trois centres hospitaliers qui forment le RSV ont été constitués comme suit en 2004.

Le Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO) composé de 2 sites :

- **Viège/Visp** : Urgences majeures et ambulatoires, Soins intensifs, Chirurgie complexe, Médecine complexe, Traumatologie, Obstétrique, Pédiatrie et Nouveau-nés.
- **Brigue/Brig** : Urgences ambulatoires, Soins intermédiaires, Médecine programmée, Orthopédie, Urologie, Ophtalmologie, Gériatrie (y compris Psychogériatrie), Soins palliatifs et Psychiatrie (PZO).

Le Centre Hospitalier du Valais Central (CHCVs) comprend 4 sites :

- Le site de **Martigny** offre les soins suivants : Urgences ambulatoires, Soins intermédiaires, Médecine programmée, Orthopédie, Ophtalmologie, ORL, Gynécologie, Gériatrie, Soins palliatifs.
- Le site de **Sion** dispense les soins suivants : Urgences majeures et ambulatoires, Soins intensifs et intermédiaires, Chirurgie complexe, Médecine complexe, Traumatologie, Obstétrique, Pédiatrie, Nouveau-nés, Chirurgie cardiaque, Neurochirurgie spécialisée, Chirurgie thoracique, Cardiologie invasive,

Radio-oncologie, Pneumologie, Néonatalogie. En Valais central, c'est le centre hospitalier de référence où s'effectuent les prises en charge thérapeutiques les plus techniques.

- Le site de **Sierre** propose : Urgences ambulatoires, Soins intermédiaires, Chirurgie programmée, Médecine programmée, Urologie, Chirurgie plastique, Gynécologie, Gériatrie (y compris Psychogériatrie), Pédopsychiatrie.
- Sur le site de **Montana**, le Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) permet, quant à lui, des prises en charge en : Pneumologie, Réadaptation cardiaque, Réadaptation pulmonaire, Réadaptation musculaire et du squelette.

Le Centre Hospitalier du Chablais (CHC) composé également de 4 sites :

- **Monthey, IPVR** : Psychiatrie et Psychogériatrie.
- **St-Maurice, St-Amé** : Gériatrie et Psychogériatrie.
- **Monthey, HDC** : Urgences majeures et ambulatoires, Soins intensifs et intermédiaires, Chirurgie complexe, Médecine, Traumatologie et Orthopédie, Urologie, Ophtalmologie et ORL.
- **Aigle, HDC** : Urgences mères-enfants, Chirurgie programmée, Gynécologie, Obstétrique, Pédiatrie et Nouveau-nés.

Source : Site officiel du Réseau Santé Valais

1.2.3.2 Clinique de Valère

Elle est le seul établissement hospitalier privé de soins aigus en Valais. Elle propose plusieurs types de soins en Médecine et Chirurgie : Cardiologie, Chirurgie de la main, Chirurgie générale, vasculaire et viscérale, Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, Endocrinologie, Gynécologie, Médecine du sport, Médecine interne, ORL, Orthopédie, Radiologie, Rhumatologie, Traitement de la douleur et Urologie.

1.2.4 Evolution de la médecine

Les **progrès médicaux et technologiques** sont rapides. Ils ont favorisé le développement des **traitements ambulatoires** et entraîné une réduction du nombre et de la durée des séjours hospitaliers. On assiste, en effet, à un changement dans les modes de prise en charge où les maladies d'aujourd'hui ne sont plus traitées de la même façon qu'il y a plusieurs années.

Les progrès de la médecine entraînent également **une spécialisation des soins de court séjour** (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie) qui nécessite davantage de concentration des équipements, des lits et des ressources humaines : aujourd'hui, la taille optimale pour un établissement est de 250 à 300 lits aigus pour un bassin de population de 150.000 habitants. En Valais, on dénombre actuellement 700 lits pour 307.000 habitants.

Avec la poursuite des progrès techniques, ces normes vont évoluer et rendre nécessaires de **nouvelles adaptations de la planification comme la prise en compte d'un éventuel élargissement de population desservie**. En effet, la possibilité législative laissée aux malades à partir du 1^{er} janvier 2012 de se faire soigner dans un autre canton que celui de leur résidence avec une moindre contrainte qu'actuellement peut avoir une incidence sur l'attractivité de tel ou tel hôpital.

Par ailleurs, les progrès observés ont étendu les possibilités diagnostiques et thérapeutiques offertes par la médecine. Les patients gagnent en qualité de la prévention et des soins, tandis que les attentes et le niveau d'exigence augmentent. Cela se traduit par **un besoin en matière d'indicateurs de qualité et de transparence**.

Enfin, le **vieillessement de la population** impose une réflexion de fond sur les modes de prises charge des personnes âgées. En effet, avec ce vieillissement, apparaissent de nouveaux problèmes de santé publique. Les

progrès médicaux permettent de soigner davantage de maladies chroniques et, donc, de prolonger la durée de vie. L'âge avançant, ces personnes vont être confrontées à d'autres problèmes de santé cumulant ainsi plusieurs maladies. Conséquence de cette évolution, les personnes âgées nécessitent **une prise en charge sociale et thérapeutique spécifique**.

Toute la difficulté de la planification sanitaire pour les personnes âgées réside dans l'estimation de la part et du degré de dépendance des générations futures. Il en va de même pour la **planification en soins aigus** où une révision est indispensable dans la mesure où, en Suisse et en Valais, elle ne comporte pas le champ ambulatoire, pourtant activité majeure et croissante aujourd'hui. Notons cependant que cette exception ne relève pas d'une spécificité de la législation valaisanne mais constitue bien l'application de la loi sur l'Assurance Maladie (LAMal), même si la loi valaisanne sur la santé (LEIS) propose une coordination entre les divers types de prise en charge, comme nous le verrons plus loin.

1.2.5 Evolution du contexte hospitalier

Le 21 décembre 2007, le Parlement fédéral a adopté une révision des dispositions de la LAMal relatives au financement hospitalier reposant sur deux modifications majeures :

- Le libre choix de l'hôpital par le malade (ou son médecin traitant),
- L'introduction d'un système de financement de l'exploitation aussi bien que de l'investissement lié aux prestations qui sera uniforme pour toute la Suisse.

Ces modifications entreront en vigueur en 2012 et visent, comme dans tous les pays occidentaux, au renforcement de la concurrence entre les structures de soins dans un but d'accroissement de la qualité, d'efficacité et d'adaptation à la démographie médicale. Ces éléments s'imposent donc à l'ensemble des offreurs de soins, publics comme privés et quelque soit leur catégorie (hôpitaux universitaires ou non).

Concernant le libre choix de l'hôpital, les patients chercheront à se rendre dans les établissements où pratiquent les spécialistes les plus renommés, à savoir principalement les grands centres universitaires et certaines cliniques privées. Les autres établissements risquent ainsi d'être confrontés à une baisse du nombre de cas qui pourrait conduire à la fermeture ou la reconversion de certains services. Ils rencontreront probablement aussi des difficultés à maintenir des prestations de qualité, si le personnel ne peut réaliser suffisamment de gestes techniques. Les établissements deviendraient aussi moins attractifs pour les spécialistes. Cette tendance touchera à priori davantage les cantons qui disposent d'hôpitaux universitaires et d'une offre privée importante que les cantons n'en disposant pas. En d'autres termes, le « marché » de la santé ne répond pas totalement aux lois économiques classiques dans la mesure où il n'est pas indéfiniment extensible ; par contre, c'est bien un « marché » où s'exercent pleinement les lois de la concurrence s'il n'existe pas un système de régulation/planification étatisé.

Par ailleurs, **l'introduction d'un système de financement lié aux prestations** uniforme pour toute la Suisse peut provoquer une diminution du nombre de lits, une concentration des prestations, des fusions d'établissements, voire l'exclusion de certains services qui ne disposeraient pas de masse critique garantissant la qualité des prises en charge. C'est ce qu'a connu par exemple l'Allemagne avec ce nouveau type de financement.

1.2.6 Coût et financement de la santé

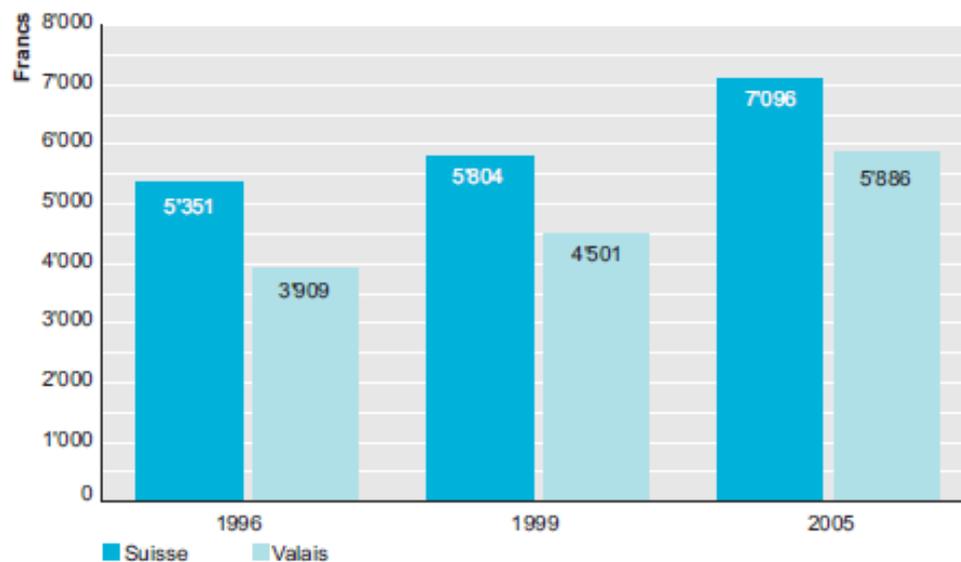
Une comparaison des coûts de la santé valaisans et suisses, basée sur la méthodologie de l'Office Fédéral de la Suisse, révélait que les dépenses de santé s'élevaient en 2005 à 5.886 CHF annuels par Valaisan, soit près de 1.200 CHF de moins que la moyenne suisse où la dépense par habitant se situait à 7.096 CHF.

Cet écart favorable au canton du Valais constitue, sans aucun doute, un atout dans la mesure où un moindre coût à la charge des assureurs du monde de la santé peut, dès l'année 2012, rendre attractive l'offre de soins valaisanne au-delà des limites cantonales. Il va cependant de soi que le paramètre de la qualité des soins demeure

un élément essentiel dans le choix des malades mais aussi des financeurs de leurs soins hospitaliers. Le challenge pour l'Hôpital du Valais sera bien de pérenniser ce rapport qualité/prix favorable, en intégrant dans sa stratégie et ses pratiques de gestion de la manière la plus performante possible la nouvelle donne que constitue le financement par les Swiss DRG.

Le tableau ci-dessous trace l'évolution des coûts de la santé en Valais par habitant en 1996, 1999 et 2005

Graphique 7 : Evolution des coûts (en CHF) de la santé par habitant en Suisse et en Valais



Source : SSP, OFS, 2007

Les coûts de la santé sont financés principalement par l'assurance maladie à hauteur de 35% en 2005, les contributions directes des ménages (32%) et le canton (26%, y compris la réduction des primes). Le canton du Valais engage des moyens financiers toujours plus importants dans le domaine de la santé pour libérer les communes de leur participation financière importante. En effet, des transferts de charges ont été effectués, notamment avec la reprise des subventions communales aux hôpitaux par le canton depuis 2004.

1.3 Historique

1.3.1 Débuts d'une politique sanitaire – Origines de la mise en réseau des hôpitaux

Les éléments fondateurs de la planification hospitalière reposent sur 3 dates fondamentales d'essence cantonale et fédérale.

Les deux premières lois cantonales datant **l'une de 1961, l'autre de 1988** ont introduit une base solide en matière de planification en renforçant la participation financière des collectivités publiques aux frais d'investissement et d'exploitation des établissements sanitaires publics.

En 1996, la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) est entrée en vigueur et la nouvelle loi cantonale sur la santé de 1996 est adoptée. Les enjeux sont multiples. Il en découle que seuls les établissements figurant sur la liste hospitalière du canton peuvent exercer des soins représentant une charge de l'assurance maladie.

La loi cantonale précise, quant à elle, que le Conseil d'Etat doit définir la politique cantonale en matière de santé. A noter également que le subventionnement reste conditionné au respect de la planification sanitaire et est réservé aux établissements reconnus d'utilité publique. Dans le même temps, en instaurant une norme maximale de 3,2 lits de soins aigus pour 1.000 habitants, le Conseil d'Etat supprime environ 400 lits entre 1992 et 2003.

Malgré ces mesures, des limites subsistent : la sur-dotation en capacité des établissements, les difficultés de financement qui sont croissantes dans les hôpitaux et l'absence de garantie de respect des normes de qualité et de sécurité des patients, les actes techniques n'étant pas suffisamment réalisés dans les sites.

Une nouvelle réforme est donc nécessaire. Elle passe par la mise en réseau des établissements. Cela débute par la création en 1997 de l'Hôpital du Chablais sur deux sites et du partage de l'activité. Aigle prend en charge la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique et la chirurgie programmée ; Monthey détient la médecine, la chirurgie et les soins intensifs.

Fort de cette expérience de mise en réseau de deux sites, le Conseil d'Etat décide en 2000 de créer un réseau hospitalier dans le Haut-Valais (site de Brigue/Brig et Viège/Visp) et le Valais Central (hôpitaux de Sierre, Saint Claire, CVP de Montana, Sion et Martigny). Le but en était la meilleure répartition des prises en charge entre établissements avec une offre de prestations différenciées et complémentaires et non plus concurrentes.

Sa mise en place fut concrétisée par deux décrets :

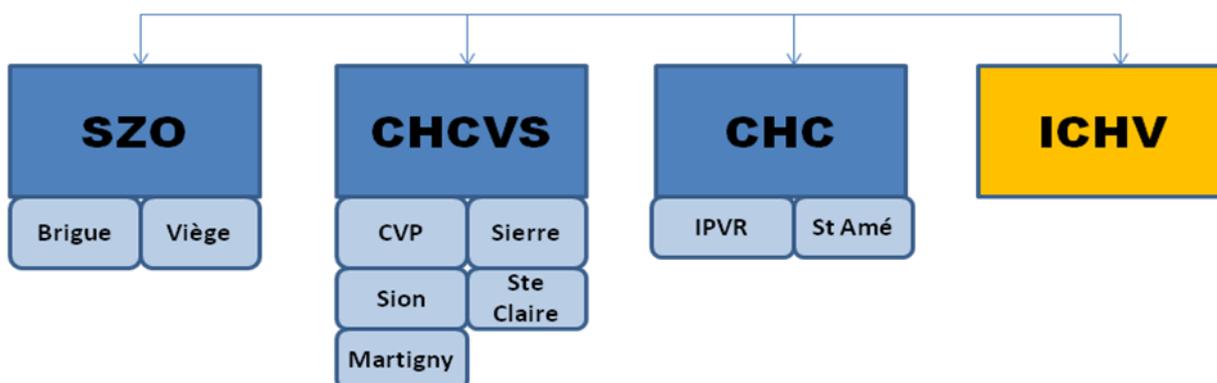
- **Le décret du 1er février 2002** crée le Réseau Santé Valais (RSV) avec pour mission de gérer le budget des hôpitaux publics et subventionnés, de négocier les tarifs et d'établir la planification sanitaire
- **Le décret du 4 septembre 2003, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2004**, où le Grand Conseil Valaisan confie au RSV la tâche de diriger et gérer les établissements hospitaliers et les instituts médico-techniques liés aux hôpitaux reconnus d'intérêt public et subventionnés. En contrepartie, la participation financière des communes aux dépenses d'exploitation des hôpitaux est supprimée ce qui représente plus de 30 millions CHF de participation annuelle.

1.4 *Présentation et caractéristiques clés du RSV*

1.4.1 Réseau Santé Valais – présentation

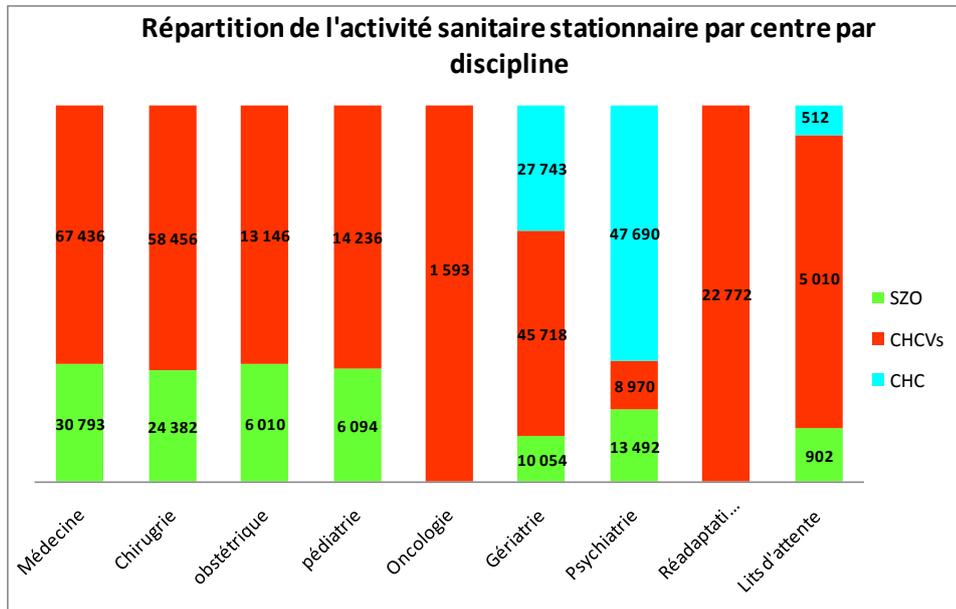
En 2004, on assiste alors à une **restructuration des 10 établissements hospitaliers en réseau** composé de 3 centres hospitaliers offrant chacun un éventail de prestations, à savoir :

- Centre Hospitalier du Haut Valais (SZO) composé des hôpitaux de Brigue/Brig et Viège/Visp
- Centre Hospitalier du Centre Valais (CHCVS) regroupant les hôpitaux de Sierre, Sion, Martigny et le centre de pneumologie de Montana
- Centre Hospitalier du Chablais (CHC) regroupant la partie valaisanne de l'hôpital du Chablais, les institutions psychiatriques du Valais Romand et la clinique St Amé
- Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV). A noter que l'ICHV est une fondation reconnue d'utilité publique intégrée dans le Réseau. Elle réunit une équipe pluridisciplinaire chargée d'assurer de nombreuses missions sur la base des synergies existantes entre divers domaines, notamment en médecine de laboratoire, en pharmacie, en consultations médicales, en épidémiologie clinique et en informatique. Il héberge, par ailleurs, l'Observatoire Valaisan de la Santé (OVS)

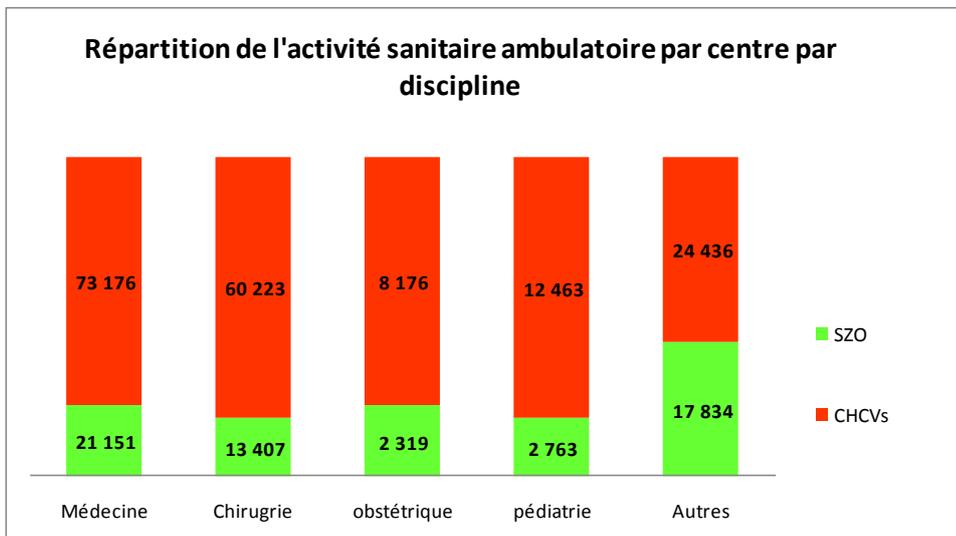


L'activité sanitaire du RSV se répartit de la manière suivante :

Graphique 8 : Répartition de l'activité sanitaire stationnaire par centre et par discipline (en journées)

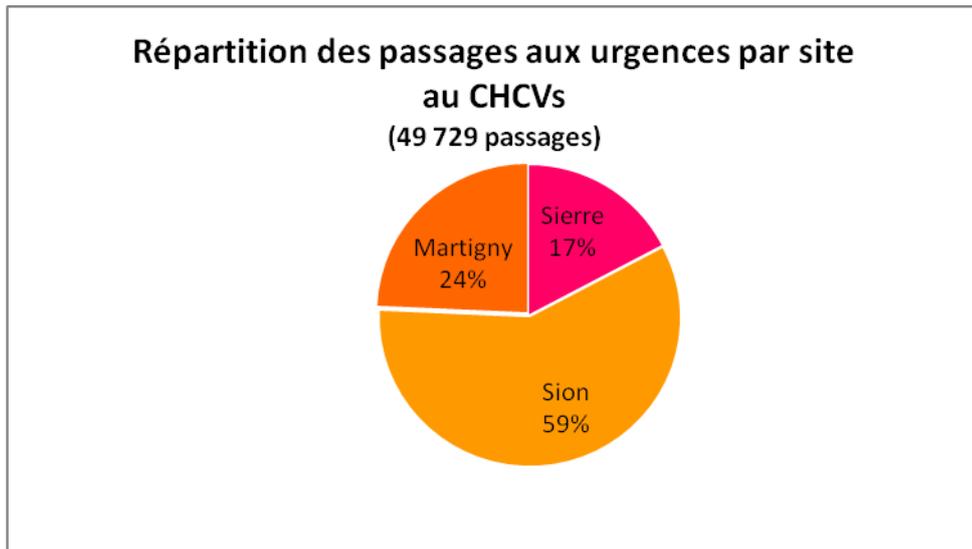


Graphique 9 : Répartition de l'activité ambulatoire par centre et par discipline (en journées)

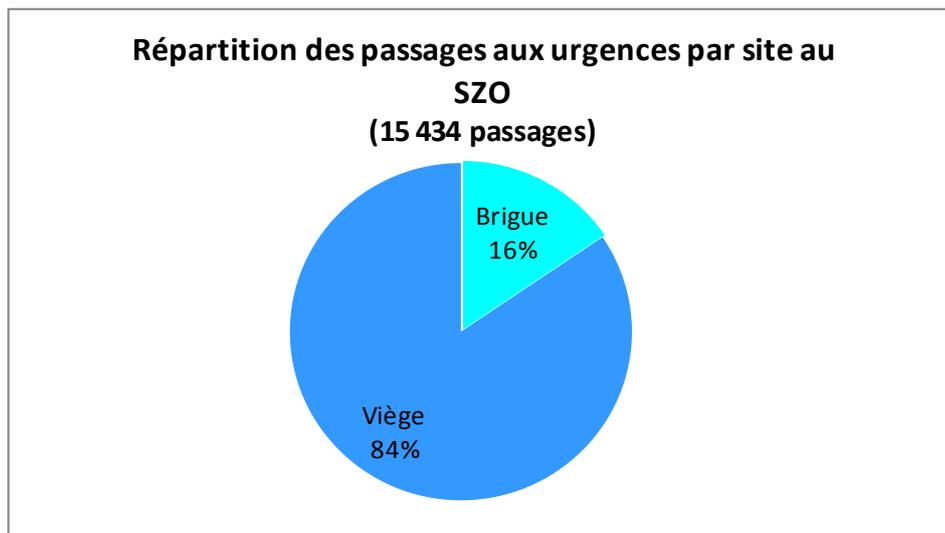


Au total, le RSV comptabilise plus de 400.000 journées pour plus de 700 lits. Le nombre de journées en ambulatoire s'élèvent à près de 169.000.

Graphique 10 : Répartition des passages aux urgences par site au CHCVs

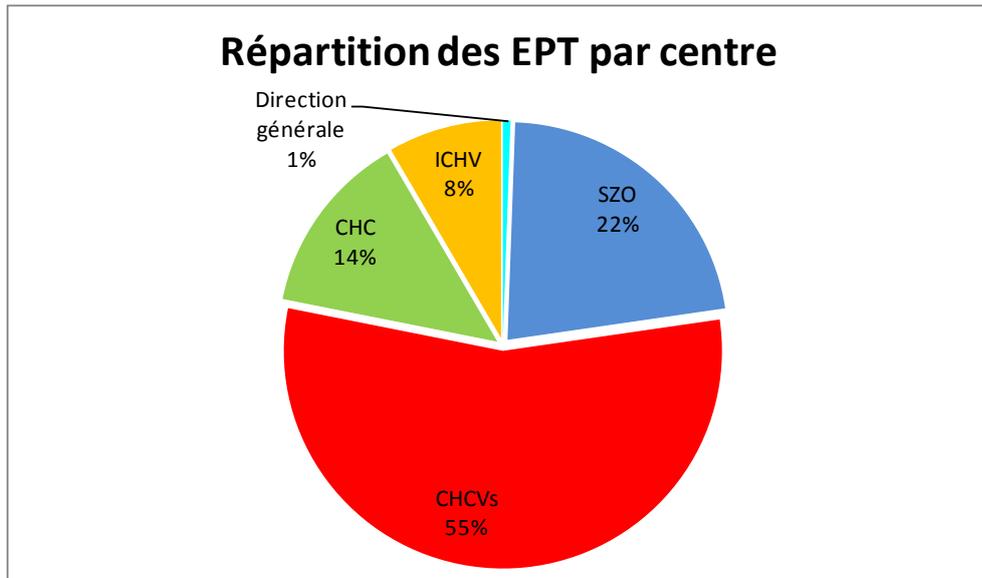


Graphique 11 : Répartition des passages aux urgences par site au SZO

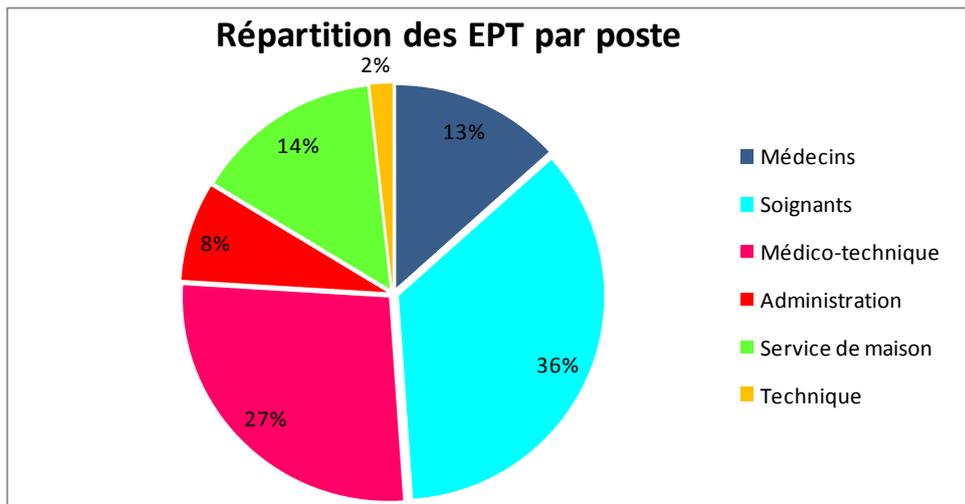


Seuls le CHCVs et le SZO offrent un accueil des malades en service d'urgences. On comptabilise 49.729 passages au CHCVs et 15.434 passages au SZO.

Graphique 12 : Répartition des EPT par centre



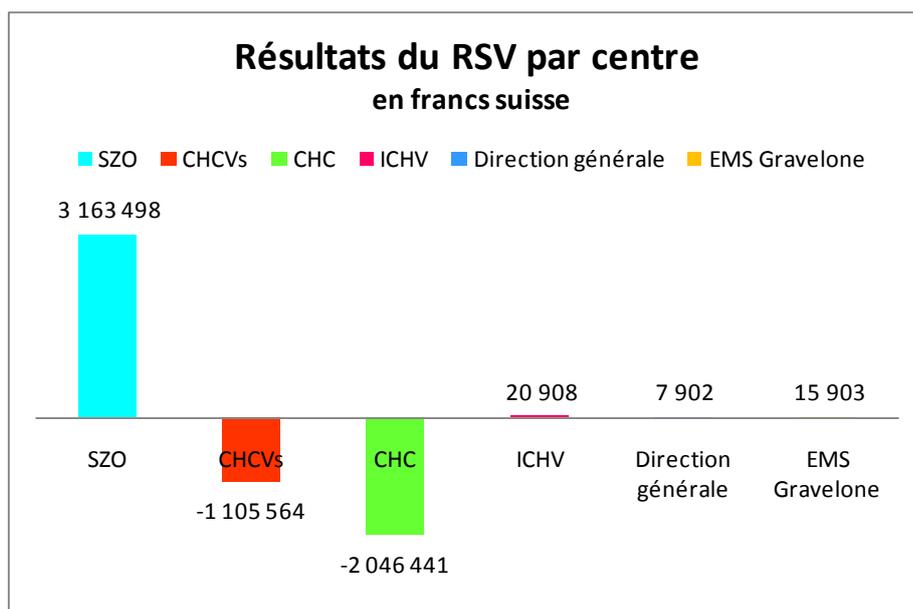
Graphique 13 : Répartition des EPT par poste



Le CHCVs est le premier employeur du RSV où plus d'une personne sur deux travaille sur l'un des sites de l'hôpital.

L'équipe médicale et soignante représente près de la moitié des effectifs.

Graphique 14 : Résultats du RSV par centre en CHF



Les comptes annuels 2009 sont équilibrés et se soldent par un bénéfice de **56'205 CHF**. Par rapport à l'année précédente, le total des produits a augmenté de 17 millions de CHF pour s'établir à **509 millions CHF**.

Cette croissance des produits qui provient du canton et des assurances résulte de différents facteurs comme le nombre des traitements ambulatoires qui a augmenté de 10% et le nombre de journées malades en psychiatrie et psychogériatrie. Les produits ont également été influencés par les adaptations partielles de tarif (baisse de la valeur du point TARMED pour les recettes ambulatoires et augmentation des tarifs stationnaires) et par la lourdeur des cas dans l'activité somatique aigue de certaines disciplines.

Les charges ont également augmenté de 3,9% par rapport à 2008. Elles proviennent de l'augmentation des charges du personnel (augmentation de l'effectif moyen du personnel : 94 postes supplémentaires), des autres charges d'exploitation (matériel médical, ménage/entretien, réparations frais d'admission,...), des coûts de transport et des coûts de prestations tierces (notamment de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans).

1.4.2 Objectifs de l'organisation en réseau

Avec une réelle attitude visionnaire et stratégique en réponse aux besoins de santé de la population valaisanne, l'organisation en réseau a eu pour principal objectif de répartir les disciplines médicales par site sur les bases suivantes :

- Répartition des disciplines par différenciation des cas complexes et/ou non programmés et des cas légers et/ou programmés
- Centralisation de certaines disciplines médicales sur un seul site pour l'ensemble du canton
- Maintien des blocs opératoires et d'un service d'urgences ambulatoires 24h/24 et 7j/7 dans les six établissements aigus, un seul établissement par centre hospitalier conservant des blocs opératoires ouverts la nuit et le week-end
- Maintien des soins intensifs sur un seul établissement par centre hospitalier

La mise en place de cette nouvelle organisation a plusieurs autres objectifs. Le premier est la **garantie de la qualité des soins et des prestations** : le regroupement des hôpitaux permet, en effet, une masse critique de

patients suffisante et une occupation optimale des collaborateurs, en particulier du personnel spécialisé, ainsi qu'une utilisation rationnelle des installations et des équipements biomédicaux.

L'amélioration de **l'attractivité pour les médecins et le personnel de soins et médico-technique** est également un objectif poursuivi par le RSV. La masse critique de patients permet d'envisager la création de centres de compétences et offre des possibilités de spécialisation pour le personnel.

La mise en réseau permet également une **meilleure gestion de la permanence des soins** dans la mesure où il est prévu un partage des gardes et du service de piquet et de nuit ainsi que des remplacements en cas de congés ou maladie.

Par ailleurs, d'un point de vue financier, la mise en réseau doit s'assurer de **l'équilibre des comptes** du RSV sur la période 2004-2007, de la stabilisation des primes d'assurance-maladie et de la mise en place d'une comptabilité analytique pour une meilleure transparence.

Enfin, un des objectifs centraux du réseau est **un objectif de gestion** avec l'unification et la centralisation du système d'information, de la comptabilité, du codage des informations médicales permettant de caractériser et valoriser au mieux les prises en charge thérapeutiques des hôpitaux du RSV et de leur facturation.

1.4.3 **Bilan et évolutions**

Toutefois, la mise en réseau ne représente pas que des avantages. Elle soulève aussi des difficultés de plusieurs ordres.

1.4.3.1 **Limites de la mise en réseau**

L'organisation médicale par des départements dont l'activité doit être répartie sur plusieurs sites constitue une difficulté, notamment en matière de communication et de suivi des patients. En effet, la pratique de certaines disciplines sur deux ou trois sites entraîne des transferts entre hôpitaux qui peuvent s'avérer inconfortables pour le patient. Ces transferts entre hôpitaux concernent aussi les médecins qui opèrent et traitent leurs patients parfois sur deux ou trois sites et, dans certains cas, le personnel des soins et médico-techniques. Ce constat entraîne une baisse de l'attractivité du réseau qui oblige les médecins à se déplacer entre les multiples sites ainsi qu'un accroissement des coûts (le coût d'un médecin étant supérieur à 2 francs suisse la minute).

Par ailleurs, la complexité de l'organisation administrative dont fait preuve le RSV entraîne un manque de transparence et de lisibilité dans la fonction occupée par chacun.

Comme nous l'avons vu précédemment, les progrès de la médecine entraînent également une spécialisation plus importante des soins qui nécessite davantage de concentration pour garantir un volume de patients suffisants afin d'assurer la qualité et l'efficacité des prestations. Il est donc nécessaire d'avoir une masse critique suffisante et des adaptations régulières des infrastructures hospitalières par des investissements financiers pour assurer la qualité des soins.

Or, bien que la densité en lits soit déjà une des plus faibles de Suisse, on assiste en Valais, malgré tout, à une surcapacité d'environ 100 lits planifiés. Ces normes devront évoluer et rendront indispensables de nouvelles adaptations de la planification.

1.4.3.2 **Enjeux de l'évolution du contexte hospitalier**

Les éléments intervenus dans le domaine de la santé depuis plusieurs années et principalement issus des orientations fédérales, impulsent une nouvelle donne pour l'ensemble des acteurs de santé.

Plus particulièrement pour l'hôpital, ces décisions touchent aussi bien la gestion économique et financière - les ressources générées par l'activité finançant tant l'exploitation que l'investissement - que leur positionnement

stratégique (quelle offre de soins pour quel marché actuel et à venir ? Dans quel environnement concurrentiel ?) ou leur politique qualité.

Le 21 décembre 2007, le Parlement Fédéral a adopté les révisions des dispositions de la loi LAMal qui ont, pour mémoire, trois effets principaux : le libre choix de l'hôpital par le patient, la participation des cantons au financement de tous les établissements figurant sur leur liste hospitalière et l'introduction d'un système de financement lié aux prestations uniforme pour toute la Suisse (Swiss-DRG). La mise en place de ces nouveaux tarifs est destinée à financer l'exploitation et l'investissement. Cette évolution oblige à procéder à des comparaisons sur les coûts et la qualité des prestations.

Dans ce contexte, le fonctionnement de l'Observatoire Valaisan de la Santé (OVS) créé en 2001 pour répondre aux besoins cantonaux en matière d'information sanitaire (par la collecte, la conservation, l'analyse et la diffusion des données) est un enjeu majeur.

Ces modifications qui s'appliquent en 2012 induisent une forte évolution du RSV. En effet, **il va devoir faire face à la concurrence** dans la mesure où les patients ou leurs médecins traitants peuvent chercher à se diriger dans les hôpitaux universitaires ou à se tourner vers des centres partenaires des hôpitaux universitaires. Les autres établissements risquent d'être confrontés à une baisse du nombre de cas, ce qui peut provoquer, à terme, une fermeture de certains services. Le RSV a donc tout intérêt à chercher à se profiler entre ces deux grandes catégories.

Dans le même temps, l'importance que revêt le RSV en tant qu'employeur pourrait s'affaiblir. Le RSV est confronté à la concurrence d'autres employeurs potentiellement plus attractifs (perspectives de carrière universitaires, gardes moins lourdes en clinique privée, niveau de salaires), sur un marché de l'emploi caractérisé par un manque de médecins hospitaliers et de personnel paramédical et médico-technique.

Par ailleurs, comme mentionné ci-dessus, on assistera à un **renforcement de la pression vers davantage de concentration des prestations** sur un nombre limité d'établissements afin d'atteindre la masse critique de patients permettant de garantir la qualité et l'économicité des prestations.

Le développement des collaborations inter-cantoniales deviendra également indispensable : les conventions avec les hôpitaux universitaires, actuellement en cours de révision, devront être développées afin de garantir la qualité des prestations et le maintien de disciplines de pointe en Valais. Cette coopération doit s'étendre significativement au-delà des deux principaux partenaires du RSV que sont les Hôpitaux Universitaires de Genève et le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois à Lausanne. Eux-mêmes seront d'ailleurs potentiellement touchés par l'évolution du libre du choix du malade et le fait d'assumer le renouvellement et l'acquisition de leur patrimoine par les recettes issues des Swiss DRG.

Par ailleurs, la construction, politiquement innovante, de l'hôpital Riviera – Chablais oblige à une intensification des relations entre le RSV et l'hôpital du Chablais pour éviter un développement non coordonné des prestations et même une concurrence interne.

En dehors de la LAMal, le RSV devra également **revoir ses modes de prises en charge et ses priorités** car le vieillissement de la population engendre une modification du système de prise en charge actuel. L'aide et les soins à domicile doivent être renforcés et le développement des structures intermédiaires doit être encouragé. Il convient également de penser à une formation adéquate du personnel soignant pour répondre aux besoins de ces personnes.

Enfin, élément fort du contexte du RSV, on constate la **difficulté des élus ou des personnalités ayant des responsabilités publiques passées ou présentes à s'unir** autour d'un projet tel que celui-ci. Pourtant, cette construction s'avère remarquable en termes de clairvoyance et d'organisation fonctionnelle de ce que doit être, de nos jours, une offre de soins répondant à des besoins de qualité, d'efficacité et de prise en compte optimale des besoins de santé de la population.

De fait, les difficultés objectives que traverse actuellement le RSV aussi bien que les modalités de leur gestion interne et externe génèrent souffrance - voire renoncement – de certains professionnels hospitaliers assurant les soins pour la population valaisanne.

Vu les enjeux majeurs en termes de santé publique, doit désormais se concrétiser la **remobilisation de forces positives** pour l'élaboration d'un projet consensuel permettant d'affermir les bases d'une structure de soins qui représente 90% de l'offre et qui aura à s'adapter aux évolutions médicales, économiques et législatives à venir.

Dans ce contexte, à la demande du Gouvernement valaisan, **notre objectif est d'apporter un éclairage indépendant et sans concession** sur les thématiques rappelées dès les premières lignes de ce texte. Au fur et à mesure de nos travaux et comme le lecteur pourra le constater, nous avons souhaité marquer notre engagement par les recommandations que nous proposons et ainsi apporter une contribution en vue de l'évolution – à la marge ou en profondeur - des structures que nous avons sondées pendant sept mois.

Présentation de l'équipe

Le chef de mission est **François MADELMONT**, directeur de SPH Conseil, consultant senior, directeur d'hôpital, fin connaisseur des problématiques de santé, notamment en termes d'analyse de positionnement stratégique dans un contexte concurrentiel. Son expertise porte également sur le domaine de la stratégie financière, du contrôle de gestion, de l'information médicale et du système d'information.

Le référent de la Fédération Hospitalière de France est **René CAILLET**, directeur du pôle « offre de soins et médico-sociale », directeur d'hôpital. Il est en charge des questions stratégiques relatives à l'aménagement du territoire et à la mise en œuvre d'une offre publique concurrentielle dans un contexte de tarification à l'activité des structures de soins publiques et privées.

Responsable d'un comité de pilotage composé comme suit, le chef de mission a coordonné l'action des experts en charge des thématiques indiquées par le Gouvernement valaisan.

Ce sont :

Axe analyse de la qualité des soins et méthodologie de suivi des infections nosocomiales :

- Docteur Martial FAVRE, ancien médecin de l'AP-HP (Assistance Publique Hôpitaux de Paris), expert pour la Haute Autorité de Santé, consultant senior
- Professeur Pascal ASTAGNEAU, professeur de Santé Publique, Président de la Coordination des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C-CLIN) Paris Nord
- Professeur Enrique CASALINO, chef de service des urgences, AP-HP
- Denise PELLASSY TARBOURIECH, cadre expert et adjointe du coordinateur général des soins, AP-HP
- Michèle AGGOUNE, cadre supérieur hygiéniste(C-CLIN) Paris Nord

Focus sur l'activité et les résultats du bloc opératoire de l'hôpital de Sion :

- Professeur Jean-Pierre FAVRE, professeur émérite des universités, chirurgien, ancien chef du service de chirurgie digestive, thoracique et cancérologique du C.H.U. de Dijon

Focus sur le service de radio-oncologie de Sion

- Professeur Philippe MAINGON, oncologue – radiothérapeute, responsable du département universitaire de radiothérapie du centre Georges-François Leclerc à Dijon
- Damien Brizzi, ingénieur biomédical, expert en imagerie

Axe enquête d'opinion et de satisfaction :

- Sphinx, société d'édition de logiciels et de prestations de services pour la réalisation d'enquêtes et d'études statistiques, leader sur son marché en France

Axe planification et offre de soins :

- Patrick LE JEUNE, consultant senior, directeur du Groupe Montaigne, directeur d'hôpital

Axe organisation administrative et médicale du RSV :

- Catherine MARTIN-LE RAY, directeur d'hôpital, consultante senior, cabinet Groupe Montaigne
- Professeur Philippe EVRARD, professeur émérite des universités, ancien chef du service de neurologie pédiatrique et des maladies métaboliques, expert pédiatrie/mère-enfant/handicap, AP-HP
- Professeur Jean-Pierre FAVRE, professeur émérite des universités, chirurgien, ancien chef du service de chirurgie digestive, thoracique et cancérologique du C.H.U. de Dijon

Problématique transversale sur l'analyse juridique de l'existant et des préconisations proposées :

- Maître Stéphanie HOUDART, avocate et associée du Cabinet HOUDART & ASSOCIES. Le Cabinet HOUDART & ASSOCIES est expert auprès du Réseau IDEAL (réseau comprenant plus de 4 500 collectivités utilisatrices, régions, départements, communes, etc.) en qualité d'expert dans le domaine de la santé, de la dépendance, de la prise en charge des personnes âgées et du handicap.

La coordination de l'équipe et la gestion transversale des différents axes de l'audit ont été réalisées par Lucie MACHURON, consultante en stratégie des structures de soins, et Magali LE GUENNEC, consultante marketing et communication et assistante du chef de mission.

Il a été fait appel pour la traduction des auditions à Monsieur Sulpice PILLER, interprète de conférence (Berne), et pour la traduction du rapport final, à la société C & N Traduction (Paris).

3 Analyse de la qualité des soins et méthodologie de suivi des infections nosocomiales

Le mandat d'audit :

« Analyse de la qualité des prestations médicales et des soins fournis dans les établissements du RSV, au travers d'un panel d'indicateurs de qualité et propositions d'amélioration ».

« Analyse et propositions d'amélioration de la méthodologie employée pour le suivi des infections nosocomiales en Valais, en particulier les infections du site opératoire ».

3.1 Introduction

Réaliser un audit sur la qualité des soins n'est pas aisé car il convient tout d'abord de définir de manière claire et mesurable ce qu'est la qualité.

La capacité à définir la qualité des soins s'est beaucoup améliorée ces dernières années grâce aux travaux internationaux. Il existe, en effet, de nombreuses définitions qui permettent de mesurer et de décrire la qualité de manière fructueuse en termes clairs.

Donabedian, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de qualité à propos de soins qui « *maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soin* »¹.

L'OMS² définit la qualité comme la capacité de « *garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques (...) lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains...* ».

Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) qui précise que la qualité est « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* »³.

Cette dernière définition est largement acceptée par la communauté internationale grâce à sa flexibilité et à son adaptabilité à des contextes différents.

Par ailleurs, la lutte contre les infections nosocomiales est l'un des axes majeurs de la qualité dans un hôpital. La maîtrise du risque infectieux passe à la fois par la surveillance des infections prioritaires et par une politique de prévention et d'évaluation des pratiques qui s'articule autour de référentiels aujourd'hui bien définis sur le plan international.

Enfin, la définition de la qualité des soins a évolué au cours des deux dernières décennies en intégrant les points de vue des différents acteurs, en particulier celui des patients.

¹ Donabedian A. (1966), « *Evaluating the quality of medical care* », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol.44, n°3, pp.166-203

² Roemer MI, Montoya-Aguilar C. (1988), *Quality assessment and assurance in primary health care*, Geneva, WHO Offset Publication No.105, 82 p.

³ Institute of Medicine (2001), *Crossing the quality chasm : a new health system for 21st century*, Washington DC, National Academy Press

3.2 Méthode de l'audit

3.2.1 Les champs d'investigation de l'audit

L'audit a pour objectif de produire une photographie à fin 2010 de la situation globale des structures du RSV au regard de la qualité des soins. Il n'a pas vocation à réaliser une enquête approfondie sur d'éventuels dysfonctionnements.

Afin d'apprécier les différentes dimensions de la qualité des soins, l'audit a classiquement distingué plusieurs champs d'investigation :

- les moyens et les structures de soins
- l'organisation des processus de soins
- la surveillance et la prévention des infections nosocomiales et des infections du site opératoire
- l'évaluation
- les résultats finaux

Par ailleurs, partant du principe que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne peut s'inscrire que dans le cadre d'une dynamique globale engagée au plus haut niveau des structures de soins, l'audit a donc pris en considération l'existence et l'organisation d'une telle démarche au sein de chaque structure.

Enfin, les référentiels utilisés ont été :

- Bonnes pratiques de pharmacie hospitalière (France - Ministère de l'emploi et de la solidarité – Ministère délégué à la santé – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, juin 2001)
- Référentiel V2010 - Haute Autorité de Santé (HAS), France

3.2.2 Périmètre et champ de l'audit

L'audit a concerné l'ensemble des sites et des spécialités des hôpitaux composant le Réseau Santé Valais, mais aussi les sites d'Aigle et de Monthey de l'Hôpital du Chablais dont le rattachement au Réseau Santé Valais est principalement administratif, ainsi que les structures transversales que sont l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV) et l'Observatoire valaisan de santé (OVS).

Champ de l'audit :

- SZO (centre hospitalier du Haut-Valais)
 - Brigue/Brig
 - Viège/Visp
- CHCVs (centre hospitalier du centre Valais)
 - Sierre
 - Clinique Sainte Claire
 - Sion
 - Martigny
 - Montana
- CHC (centre hospitalier du Chablais)
 - Monthey
 - Saint Maurice

- HDC (hôpital du Chablais)
 - o Aigle
 - o Monthey
- ICHV (Institut Central des Hôpitaux Valaisans)
- OVS (Observatoire Valaisan de la Santé)

3.2.3 Organisation de l'audit

L'audit s'est déroulé en 2 phases distinctes :

- Audit documentaire
- Audit de terrain sur la base du calendrier suivant :
 - o Lundi 15 novembre 2010 : RSV + ICHV + OVS
 - o Mardi 16 novembre 2010 : CHCVs (Sierre et Clinique Saint Claire)
 - o Mercredi 17 novembre 2010 : CHCVs (Martigny)
 - o Jeudi 18 novembre 2010 : CHCVs (Sion)
 - o Jeudi 6 janvier 2011 : CHCVs (Montana)
 - o Vendredi 7 janvier 2011 : CHC (IPVR et saint Amé)
 - o Lundi 10 janvier 2011 : SZO (Viège/Visp)
 - o Mardi 11 janvier 2011 : SZO (Brigue/Brig)
 - o Mercredi 12 janvier 2011 : HDC (Monthey)
 - o Jeudi 13 janvier 2011 : HDC (Aigle)

Pour chaque site, un programme d'audit a été établi en coordination avec la direction.

Les équipes d'auditeurs ont été adaptées au type d'établissement :

- Equipe plénière dans les établissements d'aigu (CHCVS hors Montana, SZO, HDC)
- Equipe réduite dans les établissements de psychiatrie, de gériatrie ou de rééducation (CHC, Montana)

Deux visites de nuit ont été effectuées sur les sites de Sion et de Viège/Visp.

3.3 *Présentation de l'audit*

Ce chapitre présente de façon globale les grandes lignes des conclusions de l'audit.

Le détail des constats en termes de points forts et de points à améliorer est présenté dans la suite du rapport.

3.3.1 Les conditions de déroulement de l'audit

L'audit s'est déroulé dans d'excellentes conditions dans l'ensemble des sites du RSV, tant sur le plan logistique que sur le plan relationnel. Il est à noter que la mise à disposition par la direction du SZO de personnels francophones a permis de réaliser l'audit sur les sites de Viège/Visp et Brigue/Brig dans des conditions optimales.

Les programmes d'audit ont ainsi pu être parfaitement respectés dans une atmosphère très professionnelle et de respect mutuel.

Les personnels rencontrés ont fait preuve de professionnalisme, de disponibilité et de transparence, tant dans le cadre des rencontres de groupes que lors des entretiens individuels.

Les auditeurs ont, par ailleurs, eu accès à l'ensemble des documents demandés et aux locaux lorsqu'ils en ont fait la demande.

Il est à noter un incident mineur au cours de la visite du bloc opératoire de Sion avec la prise à partie d'une auditrice par un groupe d'anesthésistes.

Enfin, le temps imparti à l'audit avec, en moyenne, une journée par site, a conduit l'équipe d'audit à compléter son approche et à travailler par sondage. Ceci n'a cependant en rien modifié ni les méthodologies employées habituellement par les auditeurs, ni les conclusions de leurs travaux.

3.3.2 Les dynamiques d'amélioration de la qualité au sein du RSV

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins constitue, de nos jours, un enjeu majeur pour les structures de soins. Elle doit s'inscrire dans une dynamique plus globale structurée et portée par les instances de gouvernance d'un hôpital à son plus haut niveau.

Il convient de distinguer la situation des différentes structures composant le Réseau Santé Valais et ayant un impact direct sur la qualité de la prise en charge des patients :

- L'Institut Central des Hôpitaux Valaisans a mis en œuvre et poursuit une démarche de certification ISO 9001 pour l'ensemble de la structure, ainsi qu'une démarche d'accréditation ISO 15189 pour les laboratoires depuis la fin des années 1990 ;
- La direction générale du RSV souhaite mettre en œuvre une démarche basée sur la norme ISO 9001, mais, à ce jour, n'a pas mis en place de structure, ni d'organisation adaptée pour y parvenir. Ainsi, le responsable qualité du RSV est positionné dans l'organigramme sous la direction des soins et il n'existe pas de véritable coordination des différents sites sur le plan de la qualité ;
- Plusieurs sites du RSV ont initié une démarche de certification ISO 9001 dans le courant des années 2000 et, dans un souci d'homogénéité, ont dû stopper cette démarche à la demande de la direction générale ;
- La direction des soins infirmiers du RSV a élaboré une politique des soins qui est connue et déclinée au sein des différents établissements ;
- Certains services ont initié courant 2010 des cercles de qualité sur la base des événements indésirables ;
- Enfin, l'hôpital du Chablais a mis en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité basée sur la norme ISO 9001 à laquelle les unités de soins seront progressivement associées dans le courant de l'année 2011.

De fait, cette situation aboutit à :

- une absence de politique qualité commune à tous les établissements et d'un pilotage global de cette démarche par la direction générale
- des initiatives et des démarches non coordonnées
- des niveaux disparates d'implication des personnels
- une démotivation des personnels ayant dû stopper leur démarche de certification ISO 9001
- l'absence d'évaluation systématique des processus de soins

Le signalement et le traitement des événements indésirables constituent cependant un axe fort et partagé par l'ensemble des sites du RSV.

Sur un autre plan, la satisfaction des usagers n'est pas mesurée régulièrement. Ainsi, la dernière mesure du niveau de satisfaction a été réalisée à l'échelle du RSV en 2006.

Il est, par ailleurs, à noter que la Commission valaisanne de la qualité des soins et de la sécurité des personnes prévue dans le cadre de la loi du 14 février 2008 et constituée le 14 janvier 2010 n'est plus active depuis avril 2010 et ne permet pas une coordination des actions à mener. Cet arrêt temporaire de la commission est expliqué par le demande d'audit par les Parlementaires. Ainsi, le signalement des événements indésirables réalisé de façon efficace par l'ensemble des sites n'est pas transmis à cette commission qui, *de facto*, ne joue pas son rôle.

Ces différents éléments aboutissent, hormis les initiatives lancées localement, à une absence de dynamique et de contrôle de la qualité des soins au niveau global du RSV. L'objectif de management par la qualité visé par la certification ISO 9001 ne peut donc, à ce jour, être atteint.

Ceci ne signifie en rien que la qualité des prestations en pâtit mais bien que le management par la qualité ne bénéficie pas d'un pilotage « par le haut » et uniformisé sur l'ensemble de la structure.

3.3.3 Les moyens et les structures

3.3.3.1 L'offre de soins

Les restructurations mises en œuvre ces dernières années (regroupement d'activités et de spécialités sur certains sites) a indéniablement abouti à créer des centres de références dont les moyens et les masses critiques permettent de maîtriser au mieux les processus de soins.

Cette réorganisation implique que les patients soient transférés d'un site à un autre en fonction des pathologies et des actes nécessités par leur prise en charge. Cette situation est, semble-t-il, mal vécue par les patients dont, par ailleurs, le niveau d'information pourrait être amélioré (cf les résultats des enquêtes d'image).

Il est à noter qu'aucune évaluation de la qualité de la prise en charge des patients ainsi transférés parfois à plusieurs reprises n'ait été réalisée par les professionnels du RSV. Il s'avère donc opportun de mener rapidement de telles études afin d'apporter la preuve objective que l'offre de soins ainsi organisée et les transferts qui en découlent n'ont pas d'impact négatif sur la qualité de la prise en charge.

D'un point de vue purement organisationnel et humain, il apparaît ainsi clairement qu'une poursuite des regroupements déjà engagés au travers de la constitution du RSV et l'organisation de filières de soins inter-sites doivent se concrétiser.

3.3.3.2 Les moyens humains (effectifs, qualifications, gestion des ressources humaines)

Les indicateurs statistiques « ressources humaines » sont calculés et publiés chaque année pour l'ensemble des ressources de l'Hôpital du Valais. Ils intègrent également la présentation de la pyramide des âges, des ratios par catégorie professionnelle, le nombre et motifs des départs, le nombre de recrutements.

Il apparaît que les effectifs en personnels répondent globalement aux besoins des services. On constate, par ailleurs, une augmentation régulière et importante des effectifs. Entre 2008 et 2009, le nombre équivalent plein temps (EPT) global s'est accru de 93,92.

Le nombre total de collaborateurs (employés) en 2010 est de 4.485, soit 3.264,25 EPT, dont :

- 73 % de femmes
- 27 % d'hommes

Il est composé notamment de :

- Médecins et autres professions universitaires médicales : 511 personnes représentant 425,10 EPT
- Médecins à l'acte : 28 personnes représentant 9,54 EPT
- Personnel soignant : 1.640 personnes représentant 1.161,62 EPT
- Personnel autres disciplines médicales : 1.266 personnes représentant 883,71 EPT
- Personnel administratif : 339 personnes représentant 252,81 EPT

Le taux de fidélité est de 80,1% à 12 mois et le taux d'absentéisme est de 4,58 % (3,80 % sans les congés maternité).

La direction des ressources humaines a initié un projet et développé une stratégie de gestion des absences et des retours au travail visant à encadrer les absences de courte durée puis celles de longue durée. L'ensemble des cadres a été formé aux outils nécessaires à une gestion optimale des absences.

La politique de formation continue permet, par ailleurs, aux personnels de se former sur les thèmes identifiés par la direction générale selon des modalités clairement établies (jours de formation par EPT, par catégorie professionnelle en cumul annuel : médecins 2,10 jours, personnel soignant 3,96 jours,...).

Concernant le personnel médical, de nombreux services sont agréés pour recevoir des médecins en formation. Ceci contribue à maintenir un niveau élevé de compétence au sein des services.

Concernant l'appréciation de la gestion des ressources humaines, un constat ressort d'une grande majorité des entretiens et auditions que nous avons menés : les personnels médecins ou non médecins du RSV sont parfois en grande souffrance du fait de modalités de gestion des personnes ressenties comme « trop brutales ». Bien évidemment, il n'est absolument pas question de parler ici de violence physique mais d'une pression importante mise sur les collaborateurs par les divers éléments d'une hiérarchie souvent décrite comme « complexe » et « pesante ».

A plusieurs reprises, le terme de « mobbing » a même été employé pour qualifier des attitudes managériales peu respectueuses des individus ou des décisions arbitraires prises sans concertation avec les personnes intéressées ou sans les avoir averties. Ces appréciations concernaient souvent un ressenti par rapport à l'attitude de décideurs administratifs (direction de centres, cadres de l'ICHV, par exemple) mais aussi de médecins ou de cadres intermédiaires (service de radio-oncologie, par exemple). Ces propos étaient d'ailleurs tenus aussi bien par des médecins que par d'autres catégories de collaborateurs.

Ce qui est rapporté par certains personnels prend des formes diverses : changement des plages de consultations sans discussion préalable avec découverte sur place de cette modification, rajout excessif de malades

à suivre par un médecin alors que d'autres médecins disposent de plannings allégés, changement de position dans l'organigramme avec rétrogradation constaté le matin d'une reprise après maladie,...

Sur un tel sujet, nous le savons bien, les appréciations s'avèrent éminemment liées à des perceptions personnelles. Cependant, la fréquence de l'évocation de tels ressentis et la diversité des personnes auditionnées laissent peu de place au doute quant à la véracité de ces pratiques dans certains secteurs d'activité.

Nous invitons donc sans ambiguïté à une évolution des modalités de gestion des ressources humaines en réalisant un bilan sans concession. De l'objectivation de ces pratiques et de la mesure de leur importance doivent émerger une ligne de conduite et une politique sociale décidées par le Conseil d'Administration dans le cadre du projet stratégique d'établissement. La direction générale doit avoir la responsabilité de la mise en œuvre de cette politique, notamment en mettant en place les outils et les indicateurs adaptés à mesurer l'évolution des choses sur ce plan.

3.3.3.3 Les locaux et les équipements

Concernant l'équipement technique, les services médico-techniques et les services d'imagerie sont équipés de matériels pour la plupart récents, en bon état et maintenus de façon adaptée et permettant d'assurer des prestations de haut niveau.

Par ailleurs, les établissements du RSV, à l'exception de l'HDC, disposent d'un dossier patient informatisé (PHOENIX) dont les fonctionnalités permettent d'assurer la continuité des soins, la coordination entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge, les prescriptions médicales et la visualisation des résultats d'examen biologiques et d'imagerie.

L'HDC, quant à lui, a opté pour un système différent en raison du lien fort avec le canton de Vaud et dans la perspective de la construction d'un hôpital intercantonal Riviera - Chablais à Rennaz. Le dossier de soins est informatisé (« DOPHIN » pour Dossier Patient Hospitalier INformatisé et INTégré). Ce dossier patient informatisé est implanté progressivement dans les unités depuis octobre 2010. Il est déployé notamment en chirurgie sur le site de Monthey.

Concernant les bâtiments, les locaux du RSV sont globalement adaptés à la prise en charge des patients dans des conditions correctes. Seuls les sites n'ayant pas bénéficié de rénovation ou de réhabilitation récente présentent des locaux dont le confort pourrait faire largement l'objet d'amélioration. Ainsi, plusieurs services possèdent des chambres à plus de 2 lits et sans sanitaires. 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 du RSV par rapport à la concurrence.

Cependant, certains offices de soins (service de soins palliatifs de Martigny) ne peuvent pas permettre au personnel soignant de travailler dans des conditions adaptées.

L'hygiène des locaux est parfaitement assurée dans tous les sites et services visités.

Enfin, il est à noter que les chariots d'urgence de certains sites ne sont pas sécurisés.

3.3.4 L'organisation des processus de soins

Les systèmes de soins pré-hospitaliers sont bien organisés et il existe un lien fort avec les services d'urgences.

La filière urgences est très bien organisée dans l'ensemble des sites. Elle permet une flexibilité et adaptabilité étonnantes aux demandes tout à fait différentes en nombre et en typologie. Ainsi, l'activité des sites peut être multipliée de 3 à 10 en fonction des périodes de l'année, alors que la typologie des patients peut varier de façon importante (traumatologie en période de vacances).

L'accueil des urgences vitales est assuré dans tous les sites d'urgences, avec des Salles d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) répondant en termes de surface, matériel disponible et encadrement aux normes les plus exigeantes.

Les services d'urgences offrent des conditions d'accueil optimales pour les patients et, dans tous les sites, des procédures sont disponibles pour assurer l'accueil de ces patients dans les meilleures conditions.

La prise en charge des urgences chirurgicales est bien organisée et les liens entre les services d'urgences et les services de spécialité chirurgicale sont très forts.

La filière des urgences pédiatriques est bien définie ; dans certains sites, l'accueil est commun puis l'orientation est spécifique, ce qui est en accord avec nos recommandations habituelles puisque l'existence de filières spécifiques est dépendante de l'importance du flux. Le site d'Aigle offre un accueil spécifique des urgences pédiatriques de très haut niveau, même si la séniorisation n'est pas assurée 24h/24.

Les filières d'urgences en gynécologie-obstétrique sont d'une grande qualité tant pour les conditions d'accueil que pour la définition précise de la filière. Les centres visités répondent aux normes généralement admises en accord avec l'activité aussi bien en termes de sécurité maternelle que de la sécurité de l'enfant.

Les filières de transfert des patients vers des centres de référence sont bien définies, en cas d'impossibilité locale d'assurer la prise en charge. Les transferts *in utero* sont bien définis également.

L'organisation des processus de soins répond à la mise en œuvre de la politique globale des soins infirmiers déclinée dans le projet de soins. Ils sont en adéquation avec les orientations médicales. Ils sont centrés sur l'amélioration et l'adaptabilité des soins aux personnes soignées. De nombreux outils ont été implantés dans différents sites hospitaliers et étendus progressivement à tout le RSV afin d'optimiser et d'harmoniser la prise en charge des patients.

Le système Skill – Grademix permet l'analyse des besoins, la détermination de la composition optimale de chaque équipe, l'intégration des nouvelles professions soignantes (formation tertiaire et secondaire).

La mise en place des soins intégraux avec l'identification d'une infirmière référente par patient émane du manuel de soins intégraux, intégrant les standards des soins intégraux ainsi que les projets pilotes.

Par ailleurs, les protocoles de soins sont harmonisés par le groupe d'unification des techniques de soin (ou GUTS) et disponibles sur l'intranet du RSV.

La coordination entre professionnels est facilitée par le dossier patient « PHOENIX » totalement informatisé pour l'ensemble des centres hospitaliers du RSV, à l'exception de l'Hôpital du Chablais.

Les outils concourant à la démarche de soins cliniques des infirmières sont les diagnostics infirmiers selon NANDA pour l'ensemble du RSV, à l'exception de l'Hôpital du Chablais qui utilise les transmissions ciblées.

Quels que soient les supports informatiques utilisés ou manuscrits pour un certain nombre d'unités du Chablais, la continuité des soins est assurée en raison de l'élaboration de supports de transmissions performants. Ils permettent d'optimiser la prise en charge du patient et facilitent le partage des informations avec l'ensemble des professionnels entourant le patient.

Les différents sites, dans le respect de l'application de la politique centrale des soins, développent de nouvelles compétences à l'aide de la formation des infirmières spécialistes cliniques et des infirmières cliniciennes.

3.3.5 La prévention et la surveillance des infections nosocomiales et des infections du site opératoire

Ce chapitre est volontairement descriptif car transversal sur l'ensemble des sites du RSV et constitue une étude spécifique de l'audit. Il ne fera pas l'objet de développement dans les parties du rapport relatives aux différents sites.

3.3.5.1 Organisation et moyens

Le centre des maladies infectieuses et d'épidémiologie (CMIE) est une structure en réseau coordonnée au niveau de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV). Il intervient pour l'ensemble des hôpitaux du Réseau Santé Valais (RSV) mais aussi à l'extérieur du canton dans les domaines de la prévention et de la surveillance des infections nosocomiales. Le CMIE est adossé à l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans dans sa composante épidémiologique. Ce concept d'organisation existe depuis près de quinze ans et concourt à la prise en charge des maladies infectieuses dans ses diverses composantes : hygiène hospitalière, clinique, microbiologie, épidémiologie et prévention.

La démarche en hygiène hospitalière s'appuie sur un réseau d'infirmiers en hygiène hospitalière (IHH) répartis dans chaque site au prorata du nombre de lits (en moyenne 1 IHH plein temps/200 lits, soit 7,3 EPT incluant 1,35 EPT de coordination et remplacement situé au niveau central) et coordonné à l'ICHV à Sion. Ce système coordonné avec le référent infirmier sur site permet :

- une activité au quotidien pour la collecte des données destinées à la surveillance (site opératoire),
- une très bonne réactivité face aux alertes (détection des porteurs de bactéries multi-résistantes, évaluation des actions mises en place),
- des actions ciblées de prévention des infections nosocomiales sur le long terme (par exemple, rôle des IHH dans la vaccination antigrippale, promotion des précautions standards auprès des équipes [hygiène des mains], etc.).

Les IHH sont également en charge des actions de formation auprès des équipes médicales et paramédicales, en particulier pour les nouveaux arrivants (environ 10 sessions par an). Il est à noter également l'organisation de formations pour l'hospitalisation à domicile et les soins à domicile, ainsi que le lien très étroit entretenu avec les équipes cliniques, en particulier paramédicales. Le responsable médical (Pr TROILLET) du CMIE et son adjoint (Dr BALLY) ont également une fonction d'infectiologue avec visites quotidiennes auprès des équipes cliniques, en particulier pour les conseils en antibiothérapie.

Au niveau central, un colloque hebdomadaire est organisé tous les mardis matin au CMIE à Sion associant l'équipe médicale et paramédicale afin de faire le bilan des activités en cours sur l'ensemble des hôpitaux du RSV. Une permanence téléphonique est organisée pour les sites hospitaliers par les IHH et les médecins (nuit et jours fériés). Par ailleurs, les infirmières coordinatrices et les médecins du CMIE central travaillent au quotidien en soutien avec les IHH des différents sites.

Il est cependant à noter qu'il n'existe pas au niveau central d'instance ou de commission formalisée associant les praticiens cliniciens et soignants de terrain pour discuter et orienter la politique de lutte contre les infections nosocomiales du RSV.

La communication des informations est facilitée par l'existence du réseau Intranet et du système d'information PHOENIX qui permet une transmission en temps réel des données. Un bulletin épidémiologique quotidien avec un relevé microbiologique est édité pour l'équipe du réseau dans chaque site et au niveau central.

Ce relevé permet la détection rapide des cas d'infections nosocomiales et la mise en œuvre des actions de prévention nécessaires (par exemple, mesures d'isolement des malades porteurs de Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline - SARM). La qualité du dispositif coordonné du CMIE/ICHV réunissant des structures

d'expertises cliniques, épidémiologiques et microbiologiques facilitant la fluidité des circuits d'information pour la surveillance et l'alerte entre les différentes sources de données est à souligner.

Il convient toutefois de noter que ce système d'information développé au CHCVs n'est pas compatible avec les autres hôpitaux du RSV, ce qui complique le recueil de données épidémiologiques sur les sites de Brigue/Brig, de Viège/Visp et de Hôpital du Chablais.

L'équipe d'épidémiologie de l'ICHV, en lien avec l'Observatoire Valaisan de la Santé, analyse les bases de données épidémiologiques et en fait des synthèses annuelles par des rapports de surveillance. La fréquence des infections nosocomiales, en particulier l'incidence des infections du site opératoire, est évaluée depuis mars 1998 dans les hôpitaux du RSV. Ce programme s'est maintenant étendu depuis juin 2009 à toute la Suisse sous l'égide de SWISSNOSO et de l'association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ).

3.3.5.2 Actions

Le programme de lutte contre les infections nosocomiales dans le RSV comporte différents types d'actions :

- gestion des alertes,
- surveillance,
- actions de prévention,
- documentation,
- enseignement et formation.

Le dispositif d'alerte concerne en premier lieu la détection des bactéries multirésistantes. L'action est ciblée sur un germe prioritaire, le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline. A partir des outils informatisés disponibles (SISYPH, PHOENIX), une détection quotidienne et une vérification de l'application des mesures d'isolement des nouveaux cas sont effectuées. Un suivi des décontaminations *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline est également effectué. Ce système est très performant associant réactivité et traçabilité des cas avec relevé de l'historique des portages de SARM et cartographie des malades porteurs au quotidien.

Le dispositif permet, par ailleurs, de gérer les phénomènes épidémiques, en particulier les épidémies saisonnières de gastro-entérites aiguës (par exemple, la prise en charge de l'épidémie de gastro-entérites aiguës à norovirus en gériatrie a conduit à développer des actions de formation aux précautions standards et d'isolement des personnels ainsi qu'une information des familles). D'autres alertes « cas groupés » sont également repérées par le dispositif et conduisent à des interventions de l'équipe d'hygiène hospitalière dans les services cliniques, en particulier pour conseil en antibiothérapie, enquête d'entourage en cas de personnels porteurs de certains pathogènes (bacille de Koch, rougeole, varicelle, ...).

Une surveillance des infections du site opératoire (ISO) est effectuée selon le protocole SWISSNOSO sur des interventions chirurgicales cibles :

- digestif (appendicectomie, cholecystectomie, colectomie, hernie - Sion, Viège/Visp, Monthey),
- orthopédie (prothèse de hanche, de genou - Martigny, Brigue/Brig).

Cette surveillance fait l'objet du rapport annuel édité par l'ICHV et l'OVS. Les autres chirurgies pratiquées dans différents sites du réseau ne font pas l'objet d'une surveillance formalisée, en particulier en urologie, gynécologie-obstétrique, cardiologie, neurochirurgie, chirurgie pédiatrique.

Le système d'information PHOENIX est, là encore, très utile pour l'inclusion des patients à surveiller (programme opératoire disponible au quotidien) puisqu'il permet une recherche active des patients avec un rôle

prépondérant de l'IHH pour le recueil des données (exception à Martigny où le planning est envoyé directement par l'équipe de chirurgie).

Les items nécessaires pour le calcul du score NNSS (en particulier la classe de contamination), ainsi que la notion d'urgence ou de vidéoscopie, sont récupérés dans le compte rendu opératoire.

Par contre, les données d'antibioprophylaxie ne sont pas disponibles dans le système informatique et doivent être récupérées de façon manuelle directement par l'IHH dans la feuille d'anesthésie du service.

Le diagnostic d'infection du site opératoire est récupéré au cours du suivi à partir des données de laboratoire informatisées et des déclarations des chirurgiens.

Le dossier patient informatisé permet aussi le suivi de la prise en charge de l'infection et des pansements.

La traçabilité des patients suivis est excellente avec plus de 95% de suivi à J30 (et à 3 et 12 mois pour l'orthopédie) grâce à cet outil combinant une information « en temps réel » et un rappel téléphonique systématique de l'IHH de tous les opérés inclus dans la surveillance.

Il est à noter que l'IHH n'intervient pas directement dans le suivi des pansements et des plaies opératoires au lit des malades pour repérer les suspicions d'infection du site opératoire, cette tâche étant laissée à l'équipe soignante. Une confrontation diagnostique des infections du site opératoire suspectées a lieu avec les chirurgiens une fois par semaine lors des visites sur site. Les diagnostics d'infection du site opératoire sont par ailleurs discutés lors des réunions hebdomadaires au CMIE/ICHV à Sion.

La rétro-information aux équipes chirurgicales apparaît cependant insuffisante malgré ces actions au quotidien. En effet, dans la plupart des sites audités, les taux d'incidence des infections du site opératoire et leur évolution ne sont restitués que sous forme d'un rapport une fois par an. On notera néanmoins que certaines équipes chirurgicales organisent des revues de morbi-mortalité sur des cas d'infections du site opératoire, en particulier en chirurgie viscérale (Sion).

En résumé, le système de surveillance des infections du site opératoire apparaît conforme aux standards internationaux et bien accepté en termes de coût/efficacité par les référents sur site. Il bénéficie d'un support logistique performant. Il souffre néanmoins d'un manque relatif de visibilité par les équipes médicales et de soins.

La surveillance des infections nosocomiales concerne également d'autres infections selon des modalités spécifiques :

- incidence des bactériémies nosocomiales à partir du laboratoire
- enquête de prévalence environ tous les 2 ans depuis 1999
- surveillance de l'environnement pour le risque de légionellose (contrôle régulier des points d'eau, mise en place des mesures préventives)

Ce dispositif de surveillance permet au total une bonne couverture des risques nosocomiaux dans la plupart des secteurs d'activité de soins sans engager de moyens excessifs. On notera cependant l'absence de surveillance en incidence des infections en médecine intensive avant 2010, en dehors des bactériémies surveillées par ailleurs par le laboratoire. Selon le cahier des charges de la Société Suisse de médecine intensive, le dossier informatisé indépendant de PHOENIX doit intégrer les pneumopathies chez les ventilés et les infections sur cathéters veineux centraux dans un proche avenir.

La mise en œuvre des actions de prévention des infections nosocomiales s'opère sous la responsabilité de l'IHH dans chaque site. Ces actions concernent des thèmes prioritaires tels que l'hygiène des mains ou la vaccination antigrippale et la prévention des accidents d'exposition au sang du personnel.

Ces actions comprennent :

- la diffusion et la mise à jour des recommandations de bonne pratique et des protocoles en hygiène qui sont facilitées par la mise à disposition dans PHOENIX et activées sous forme de rapports de consultation par problème pour l'ensemble des équipes du RSV ;
- des campagnes d'information avec supports affichés dans les services de soins, en particulier pour l'hygiène des mains, la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang et la vaccination contre la grippe du personnel ;
- des actions de formation, en particulier pour la prévention des accidents d'exposition au sang. On notera à ce propos, que bien qu'il n'existe pas de système de surveillance systématique des déclarations d'accidents d'exposition au sang, le matériel de sécurité usuel (collecteurs à aiguilles, par exemple) est mis à disposition dans les services audités ;
- la réalisation d'études d'observation des pratiques, essentiellement pour l'hygiène des mains (audit d'observance réalisé en 2010). Les distributeurs de solutions hydro-alcooliques sont présents dans tous les postes de soins visités, ainsi qu'au bloc opératoire et en stérilisation. Les soignants ont également dans leur poche des flacons de solution hydro-alcoolique. On constate cependant que le retour des résultats de cet audit aux équipes de soins est insuffisant, voire inexistant dans certains sites. Le chiffre d'observance n'a d'ailleurs pas pu être communiqué de façon précise lors de l'audit par les soignants interrogés. L'étude a néanmoins fait l'objet d'un rapport publié en 2010 par le CHCVs concernant les résultats globaux pour l'ensemble des sites ;
- une implication directe de l'IHH dans la vaccination des personnels (grippe, hépatite virale B, etc.) avec passages réguliers dans les services de soins ou consultation sur rendez-vous, relayée depuis 2010 dans certains sites par la médecine du travail. La couverture vaccinale reste malgré tout insuffisante pour la grippe saisonnière (environ un tiers des personnels vaccinés) ;
- dans le secteur d'hémodialyse chronique (Sion), on notera que des actions de prévention du risque viral avec recommandations en vigueur pour les accidents d'exposition au sang, protocoles de désinfection des machines conformes (Dialox) et contrôle régulier de la vaccination hépatite B du personnel et surveillance sérologique des patients pour hépatites virales B et C.

Au bloc opératoire, les malades porteurs de staphylococcus aureus résistant à la méthycilline sont signalés et mis en fin de programme opératoire. Les protocoles d'antibioprophylaxie et de préparation cutanée existent dans tous les blocs et sont mis à jour selon les recommandations en vigueur, bien que dans certaines spécialités, des protocoles n'aient pas (encore) été validés par l'ICHV.

Par contre, aucune évaluation de pratiques centrée sur ces deux mesures de prévention des infections du site opératoire n'a été effectuée. Il existe toutefois une « check list » au bloc dont la traçabilité n'est pas analysée, ni exploitée. De plus, aucun support formalisé d'information destiné aux patients concernant la préparation de la peau n'est disponible, bien qu'un consentement éclairé et signé soit demandé et qu'une évaluation de la qualité nutritionnelle soit faite avant l'intervention.

Les visites sur site ont montré que les blocs sont tous organisés selon le principe de la marche en avant. Les critères évalués sont présentés en détail sur le tableau produit en annexe.

En ce qui concerne les unités de stérilisation, chaque hôpital à activité chirurgicale du RSV (7 sites au total) comporte un secteur de stérilisation dont le fonctionnement est standardisé depuis 2008 par le groupe « stérilisation RSV » et le CMIE, selon les critères en vigueur. Aucun écart à ce protocole n'a été constaté lors des visites sur site.

3.3.6 L'évaluation

L'évaluation constitue un élément essentiel de toute démarche d'amélioration de la qualité des soins puisqu'elle permet aux professionnels de se situer par rapport à des recommandations de bonnes pratiques, mais aussi par rapport à d'autres établissements.

De nombreux services du RSV participent, par le biais de leur société savante, à un recueil de données qui leur permet de se situer. Par ailleurs, des audits sont réalisés dans tous les sites du RSV, mais ces audits ne concernent pas des processus de soins.

Le tableau de bord mis en place à travers le système Management Information System (MIS) permet d'engager une démarche de suivi des indicateurs. Malheureusement, à ce jour, les résultats ne sont transmis qu'aux membres de la direction générale, aux administrateurs et aux directeurs de centre. La diffusion et l'analyse des résultats par les professionnels est une condition *sine qua non* au bon fonctionnement du système.

Par ailleurs, hormis l'analyse des évènements indésirables, il n'existe pas de politique d'évaluation des pratiques au niveau du RSV, tant dans le domaine médical que dans le domaine soignant. Il est donc indispensable d'instaurer au sein des établissements une culture de l'évaluation. Ceci permettrait de définir et mettre en œuvre collectivement des projets d'évaluation :

- de la pertinence des prescriptions,
- des risques *a priori*,
- de la qualité des prestations fournies.

Concernant l'évaluation des soins infirmiers, il existe une volonté réelle et manifeste, quel que soit le site, d'aboutir à la mise en œuvre de l'évaluation des processus de soins. Des indicateurs de suivi dans le domaine des soins ont d'ores et déjà été déterminés. Ils concernent les :

- Qualité d'information du patient hospitalisé (repose sur la présence d'une infirmière référente) ;
- Degré de réalisation du standard « prévention des escarres » ;
- Qualité de saisie de la charge en soins infirmiers directement imputable au patient.

Enfin, concernant l'évaluation de la qualité, il est intéressant de constater que l'Observatoire Valaisan de la Santé a proposé en 2010 une gamme d'indicateurs qualité au RSV, alors que dans le même temps, des professionnels du RSV établissaient un manuel des indicateurs (version 4.2 du 9 août 2010).

Il apparaît indispensable de mettre en place une véritable coordination entre le RSV, l'OVS et la commission cantonale pour déterminer les indicateurs à mettre en place pour piloter efficacement la démarche qualité.

3.3.7 Les résultats de l'activité du RSV

Ces résultats sont basés sur les indicateurs mesurés dans le cadre de l'étude menée par l'IUMSP en 2004 – 2005 afin de voir l'évolution de ceux-ci.

3.3.7.1 Les séjours à l'hôpital

Comme le précisait le rapport de l'IUMSP, le nombre de séjours à l'hôpital n'est pas à proprement parler un indicateur de la qualité des soins, mais peut être le reflet, en cas de diminution importante, de problèmes perçus par les usagers.

De façon globale et en l'absence des données brutes recueillies dans le cadre de l'étude réalisée par l'IUMSP, le nombre global de séjours a augmenté de 2 % entre 2006 et 2009 pour le RSV (à l'exception de l'Hôpital du Chablais) :

- CHCVs : + 3 %
- CHC : 1 %
- SZO : -

Ces données montrent une relative stabilité du nombre de séjours au sein des établissements du RSV.

Concernant la durée moyenne de séjour, on observe là aussi une relative stabilité avec une durée moyenne de séjour en court séjour (hors gériatrie, psychiatrie et rééducation) de 7,56 jours sur l'ensemble des sites :

- CHCVs : 7,8 jours
- SZO : 7,05 jours

3.3.7.2 Le transport des personnes

La réorganisation mise en œuvre par le RSV en termes d'offres de soins implique de transférer les patients d'un site à un autre en fonction des actes à réaliser. De fait, le nombre de transferts augmente régulièrement depuis le milieu des années 2000 ; le rapport de l'IUMSP de septembre 2009 pointait une augmentation moyenne de 5 % chaque année.

Ainsi, le nombre de transferts est passé de 11.522 en 2005 à 16.966 en 2009 (données OVS), soit une augmentation de 47 %. Il est à noter que cette augmentation concerne de façon beaucoup plus importante les transports secondaires entre sites (+ 116 %) que les transports primaires du lieu de prise en charge par un véhicule d'urgence à l'hôpital (+ 62 %). Ces chiffres objectivent le sentiment des usagers qui estiment que ces transferts constituent un point négatif dans leur vision du système de santé cantonal.

3.3.7.3 Le taux d'occupation des lits et personnels soignants

Le taux d'occupation global des lits est stable depuis les années 2002 et se situait en 2009 entre 80 et 90 % :

- CHCVs : 87,1 %
- CHC : 90,4 %
- SZO : 78,8 %

Le taux d'occupation inférieur du SZO est dû au secteur de gériatrie où les 36 lits exploités ont été occupés en moyenne à hauteur de 65,6 % en 2009 alors que le taux d'occupation était de 119 % en 2008.

3.3.7.4 Les flux de patients

L'admission des patients au sein des établissements du RSV se fait de façon programmée ou en urgence.

Le regroupement des services a provoqué une redistribution de l'accueil des urgences depuis le milieu des années 2000. On constate une augmentation de 5,3 % du nombre d'admissions en urgence entre 2006 et 2009 dans les deux centres hospitaliers de court séjour accueillant des urgences :

- CHCVs : + 4,3 %
 - Martigny : + 10 %
 - Sierre : - 0,6 %

- Sion : + 3,2 %
- SZO : + 7,8 %
 - Brigue/Brig : - 33,5 %
 - Viège/Visp : + 21,4 %

Cette disparité des taux d'évolution est sans aucun doute liée à la redistribution parfaitement logique de l'offre de soins avec l'accueil des urgences lourdes en un seul point : Sion.

Concernant les réadmissions potentiellement évitables, indicateur reflétant la qualité des soins, le taux mesuré par l'Observatoire Valaisan de la Santé selon une méthodologie rigoureuse, a été inférieur (4,6 %) à celui attendu aussi bien pour le CHCVs que pour le SZO.

3.3.7.5 La mortalité

Le taux de mortalité globale sur le canton du Valais est, comme le souligne le rapport de l'IUMSP, un indicateur grossier de la qualité de l'organisation et des soins hospitaliers.

De façon générale, selon les données fournies par l'Office fédéral des statistiques, le taux brut de mortalité a baissé dans la majorité des cantons suisses entre 2000 et 2009, faisant passer le taux national de 8,7 à 8,1 décès pour 1.000 habitants.

Concernant le canton du Valais, le taux de mortalité est stable depuis le début des années 80 à 8 décès pour 1.000 habitants.

Pour la mortalité infantile (décès de l'enfant durant la première année de vie), là encore, il est difficile d'exploiter les données disponibles. En effet, en 2009, le taux du canton du Valais était supérieur à la moyenne suisse : 5,2 décès pour 1.000 naissances vivantes alors qu'il était de 3,6 décès pour 1.000 naissances vivantes en 2005 et 2006, ce qui était inférieur au taux fédéral. Pour affiner l'analyse, il serait intéressant de disposer des taux ajustés à l'âge, ce qui ne nous a pas été possible dans le délai imparti. En conséquence de ces constats, nous tenons à signaler que cet indicateur ne permet de tirer aucune conclusion quant à la qualité des soins prodigués au sein des établissements de l'Hôpital du Valais.

3.3.7.6 La période périnatale

L'analyse du nombre d'accouchements réalisés dans les hôpitaux du RSV situés dans le Valais (CHCVs et SZO) montre une diminution du nombre d'accouchements puisque l'étude de l'IUMSP rapporte 2.761 naissances en 2005 (représentant 98 % des naissances dans le canton) et que le nombre d'accouchements recueilli par l'Observatoire Valaisan de la Santé oscille entre 2.200 et 2.300 de 2006 à 2009. En fait, nous avons disposé du nombre des sorties recensées en obstétrique et en pédiatrie au sein de l'Hôpital du Valais. Entre les sorties de nurserie et celles de néonatalogie, on arrive à un nombre total de 2.304 naissances, ce qui est cohérent avec notre commentaire.

Il serait intéressant d'approfondir ces données pour voir si le nombre de naissances a diminué de façon significative dans le canton ou si un nombre plus important de femmes accouche en dehors des établissements du RSV (soit à domicile puisqu'il n'existe pas de structure de soins privée dans le canton), voire dans d'autres cantons.

La proportion de césariennes est restée quant à elle relativement stable.

3.3.8 La surveillance des interventions chirurgicales et des infections du site opératoire

Deux rapports de résultats nous ont été transmis concernant les enquêtes de prévalence et la surveillance en incidence des infections du site opératoire pour l'ensemble des hôpitaux du RSV depuis 1998.

Dans ces deux rapports, on constate une fluctuation des taux d'infections du site opératoire (en incidence pour 100 interventions ou en proportion de prévalence par rapport aux autres infections). Les informations fournies pendant l'audit ne permettent pas d'interpréter clairement les causes de ces variations.

3.3.8.1 Etude spécifique de l'activité et des résultats du bloc opératoire de l'hôpital de Sion

Tout d'abord, il est important de noter que, conformément à la méthodologie que nous avons adoptée pour l'ensemble de notre audit, nous avons voulu confronter les faits aux allégations portées par quelques professionnels de la santé collaborateurs du RSV ou hors du RSV, par quelques personnes et personnalités qui ont souhaité rencontrer les auditeurs ou que les auditeurs ont demandé à auditionner. Il va de soi que dans le panel d'environ 200 personnes rencontrées dans ces conditions, toutes les opinions, quelle qu'en soit la nature, ont pu s'exprimer librement.

Par ailleurs, conformément au mandat donné par le Gouvernement, notre méthodologie de travail s'est fondée sur une analyse de la totalité des actes opératoires consignés dans le cahier de bloc du bloc opératoire de Sion. En d'autres termes, il n'a pas été question pour nous d'isoler les seuls dossiers posant potentiellement problème ou de n'examiner que les seules réinterventions qui y sont consignées mais bien de prendre en compte dans notre analyse globale l'intégralité des interventions effectuées. En effet, dans le cas contraire, il se serait avéré méthodologiquement parfaitement incorrect de ne prendre en compte que les interventions ou réinterventions ayant posé problème pour en déduire l'absence de qualité des interventions de chirurgie courante ou de recours réalisées sur le site.

Ainsi, réalisée le 7 février 2011, notre étude sur l'activité du bloc opératoire de Sion s'est fondée sur l'analyse du cahier de bloc opératoire en couvrant une période d'un an, du 1^{er} juillet 2009 au 31 juin 2010. Afin de conserver le caractère objectif de cette analyse et de respecter les droits des malades, la liste de l'ensemble des interventions effectuées au bloc opératoire de Sion a été anonymisée ; seuls les paramètres techniques des interventions et les opérateurs figuraient donc sur les documents étudiés.

Les relevés de bloc ont porté sur l'ensemble des interventions pratiquées sur la période dans les spécialités de chirurgie générale et digestive, de chirurgie vasculaire et de chirurgie cardiaque. L'analyse effectuée est donc exhaustive, en comprenant tous les patients pris en charge au bloc opératoire, ce qui a permis de cibler les interventions et les ré-interventions – aussi appelées « reprises » - pour chaque patient sur une période d'une année.

Cette méthode permet de comptabiliser les ré-interventions non nécessitées par une prise en charge normale ; en effet, il peut exister des pathologies ou soins après traumatismes imposant plusieurs interventions (greffes, par exemple). Par cette approche, il s'est donc agi de repérer les complications post-opératoires, ce qui représente un indice pertinent de la qualité des gestes chirurgicaux.

Pour notre étude, nous avons disposé d'une information significative quant au volume (1.400 personnes opérées) et à la nature des interventions qui se synthétise comme suit :

- Chirurgie générale et digestive et vasculaire : 3.853 lignes d'interventions correspondant à 1.200 patients opérés,
- Chirurgie cardiaque : 500 lignes d'interventions correspondant à 200 patients opérés.

Les résultats sont les suivants :

- Chirurgie générale et digestive : le taux de ré-intervention dans une même période d'hospitalisation ne montre aucune anomalie, étant de moins de 5%. Le contexte de l'audit a fait porter une attention toute particulière sur les interventions majeures de chirurgie digestive majeure (œsophage, pancréas, foie, rectum sous péritonéal).

- Chirurgie vasculaire : malgré une proportion importante de chirurgie des gros vaisseaux (aorte abdominale, anévrismes de l'aorte), donc d'une chirurgie très technique nécessitant des compétences élevées, le taux de ré-intervention est très faible et se situe même en deçà des chiffres publiés par les services de référence.
- Chirurgie cardiaque : le taux de ré-intervention inférieur à 10% est conforme aux résultats des équipes référentes de chirurgie cardiaque.

Au terme de cette étude et en droite ligne avec les rapports déjà réalisés sur cette question, nous constatons que la qualité des interventions, y compris les plus lourdes, est très correcte au sein du bloc opératoire audité. Les taux de ré interventions après chirurgie générale, digestive, vasculaire et cardiaque ne montrent aucun dysfonctionnement dans la prise en charge des patients opérés au bloc opératoire de l'hôpital de Sion.

3.3.8.2 Focus

Deux focus réalisés en marge de l'audit qualité : urgences cardiologiques et service de radio-oncologie

3.3.8.2.1 *Focus sur le temps de prise en charge pour les urgences cardiologiques*

De nombreux entretiens menés auprès des collaborateurs du RSV mais également avec des professionnels de santé externes, notamment le partenaire du RSV pour ces prises en charge, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) de Lausanne, ont démontré que le RSV a les compétences de prise en charge nécessaires pour les urgences cardiologiques.

Notre audit sur ce point se synthétise de la manière suivante :

- Les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie (qui servent de référence à la Société Suisse de Cardiologie) préconisent que le temps de prise en charge d'un infarctus ne doit pas excéder 90 minutes, entre le moment du premier contact médical (SMUR, médecin de famille ...) et la dilatation de l'artère par le cardiologue. La rapidité d'exécution est déterminante de la qualité de l'intervention.
- L'organisation de la prise en charge des urgences cardiologiques actuelle au sein du RSV permet de respecter ces délais.
- La prise en charge d'un patient victime d'un infarctus est dans un premier temps réalisée par les ambulanciers et les médecins des urgences et des soins intensifs, qui avertissent le cardiologue et le technicien de radiologie de garde. Le transport du patient, l'administration des premiers médicaments et la préparation de la salle de cathétérisme cardiaque sont ensuite organisés, laissant le temps au cardiologue d'arriver à l'hôpital dans un délai raisonnable. Dans les faits, le cardiologue arrive le plus souvent avant le patient.
- Enfin, après enquête faite auprès des services de Lausanne, aucun accident de prise en charge n'a dû être compensé par les équipes du CHUV, aucune prise en charge au CHUV ne résultant d'une difficulté lors d'une admission au sein du RSV et ce, depuis de nombreuses années.

3.3.8.2.2 *Focus sur le service de radio-oncologie*

De l'initiative des auditeurs, le service de radio-oncologie du CHCVs a fait l'objet d'un audit spécifique le 18 février 2011 dans le cadre de la mission confiée à SPH Conseil. Le planning de la visite a été soumis aux médecins intéressés et validé préalablement.

Il a comporté une visite du service en suivant le circuit du malade, une audition de la chef de service qui a accompagné la visite, du responsable du département d'oncologie, du médecin adjoint, d'un radio-physicien médical et de la responsable des manipulateurs.

Le service traite environ 800 patients par an. Il réalise des traitements par radiothérapie externe et par curiethérapie. Il comporte trois médecins seniors spécialistes dont l'un d'entre eux exerce à 80% et le troisième à seulement 20%.

Les locaux sont neufs, bien distribués et fonctionnels. L'équipement fait appel à un PET-Scanner dont l'utilisation est partagée avec le service de médecine nucléaire à mi-temps, un accélérateur Saturne en fin de vie fonctionnant sur une demie journée, un Clinac 2100 C installé en 2000 et disposant d'un collimateur multi-lames, d'une Tomothérapie Hi-Art installée en 2009. La curiethérapie est pratiquée avec un projecteur de source à haut débit de type Gammamed installé en 1995. Un réseau technique autonome et un plateau de dosimétrie VARIAN assurent les étapes de traitement des images, de dosimétrie, de transmission des informations aux accélérateurs linéaires ainsi que les procédures de « record and verify » indispensables à la sécurité des traitements.

L'équipe paramédicale est constituée de trois radio-physiciens, trois dosimétristes, douze ETP manipulateurs, deux infirmières et quatre secrétaires. Elle s'avère donc largement dimensionnée pour la mission qui lui est confiée.

L'activité du service ne fait l'objet d'aucune programmation médicale particulière. La participation aux activités de réunions multidisciplinaires se fait en fonction d'une répartition des pathologies par localisation dont la réalité est bien difficile à appréhender étant donné l'effectif réduit du service et la complexité linguistique du Haut Valais. Seule la chef de service est germanophone.

Une désorganisation notoire du service est constatée par tous les corps de métiers. Elle est la conséquence d'un déficit managérial du responsable de service qui a fait l'objet de nombreuses évaluations d'audit (2002) et de médiations (2006 et 2010) qui n'ont pas modifié sa conduite, ni ses prestations. Les conclusions de ces missions n'ont pas été communiquées aux membres du personnel du service.

Elle est ainsi responsable de la situation déficitaire du nombre de médecins seniors. Pour une activité telle que celle annoncée, en respectant les normes européennes, au minimum quatre ETP seraient indispensables au bon fonctionnement du service. Les conflits personnels entre elle et ses collaborateurs sont largement responsables de leurs départs. Ils ont été exposés clairement dans les différents rapports disponibles depuis 2002, connus de la direction de l'hôpital, sans conséquence. Le départ potentiel d'un adjoint peut mettre en péril le fonctionnement du service au quotidien. Les tâches de la chaîne de prise en charge des malades ne pourront plus être assurées dans les conditions minimales exigibles de qualité, voire de sécurité.

La responsable du service n'exerce pas ces prérogatives afin de proposer et de discuter d'une stratégie de prise en charge cohérente des malades. L'organisation interne des procédures de traitement n'est pas formalisée. Le personnel du service, lassé des absences de directives pertinentes, des échecs de ses interventions auprès de la direction du centre hospitalier, de l'absence d'impact des missions d'audit effectuées par le passé, a organisé de lui-même son activité afin de proposer des réponses aux situations de gestion indispensables à la vie du service ou se rapportant à la gestion des événements indésirables. La responsable ne participe pas aux réunions du comité de gestion des événements indésirables mis en place par l'équipe des manipulateurs. Les dysfonctionnements constatés font désormais l'objet d'une formalisation portée à la connaissance de la direction qui ne s'est jamais exprimée en retour.

Il convient de souligner la qualité individuelle des soignants qui ont mis en place un ensemble qui permet de considérer que les traitements sont délivrés dans des conditions de sécurité respectées.

En conséquence, le fonctionnement du secrétariat est mutualisé entre l'oncologie médicale et la radiothérapie. Sa responsable dépend directement du service des ressources humaines du centre hospitalier pour éviter les conflits inter-services. La responsable des manipulateurs en réfère directement au directeur des soins. La radio-physique médicale est sans responsable et s'autonomise en électron libre au point de décider elle-même du choix du matériel lors de son renouvellement.

Les investissements semblent donc réalisés sans cohérence, sans discussion interne dans le service, sans pertinence scientifique. L'utilisation d'un TEP-Scanner dans les procédures d'acquisition des volumes n'est validée par aucune recommandation, ni évidence scientifique. Le choix d'une tomothérapie isolée dans un parc ne pratiquant pas la radiothérapie par modulation d'intensité n'est pas planifiée pour répondre à une nécessité médicale mais radio-physique. Il n'y a pas de plan d'investissement, ni de programmation du remplacement des accélérateurs, ni du projecteur de source de curiethérapie.

Cette situation pérenne et connue depuis la prise de fonction de la cheffe de service peut contribuer à fragiliser considérablement la position du RSV dans son offre de soins en cancérologie en Valais. L'attractivité du plateau médical ne concerne pas seulement l'oncologie médicale mais l'ensemble de la pratique de la cancérologie. L'activité du service va devoir faire reconsidérer ses investissements sachant que les accélérateurs modernes sont capables avec seulement 2 machines de répondre au flux actuel de patients. Or, le choix d'une tomothérapie et ses contraintes de fonctionnements rendent les options à envisager restreintes et coûteuses dans le futur.

3.3.8.3 L'opinion et la satisfaction des usagers

Cet aspect de la qualité n'a pas fait l'objet d'une analyse dans le cadre de l'audit réalisé sur le terrain. Par contre, les éléments d'appréciation se trouvent dans les enquêtes de satisfaction détaillées dans un chapitre dédié.

Il est cependant à noter que **le RSV ne mesure pas régulièrement le niveau de satisfaction des usagers, ce qui, si cela était le cas, marquerait une progression significative de l'impact des éléments qualitatifs dans le management global de l'Hôpital du Valais.**

3.3.8.4 L'opinion des professionnels de la santé

Cet aspect de la qualité n'a pas fait l'objet d'une analyse dans le cadre de l'audit réalisé sur le terrain. Par contre, les éléments d'appréciation se trouvent dans les enquêtes de satisfaction détaillées dans un chapitre dédié.

3.4 *Les points forts*

Ce chapitre liste les points identifiés comme particulièrement remarquables par les auditeurs.

- L'implication, la motivation et la disponibilité des personnels du RSV.
- Un haut niveau de réflexion stratégique en termes d'organisation de l'offre de soins.
- Une offre de soins alliant des structures de proximité et des pôles d'activités spécialisées de haut niveau (médecine, chirurgie, obstétrique) visant à assurer la qualité et la sécurité des soins.
- Une culture d'établissement développée davantage par centre hospitalier qu'au niveau du réseau, permettant de situer le patient au centre du projet de soins de chaque établissement mais ne permettant pas un pilotage global par la qualité.
- Une politique des soins infirmiers formalisée, déclinée et mise en œuvre dans tous les sites du RSV
 - Existence d'une charte de soins déclinant les projets.
 - Skill et Grademix : intégration de nouvelles professions (ASSC : assistante en soins et santé communautaire) et de nouvelles organisations des soins. Amélioration de la satisfaction du patient par la mise en place d'un suivi infirmier constant et l'identification d'une infirmière référente durant l'hospitalisation du patient. Des instruments de mesure pour le calcul des effectifs qualitatifs et quantitatifs du personnel.
 - Soins intégraux : introduction et mise en œuvre du processus en soins avec le diagnostic selon NANDA. LEP3 et LEP 2.2

- Groupe d'unification des techniques de soin : protocoles de soins harmonisés et disponibles sur l'intranet.
- Evaluations des pratiques professionnelles balbutiantes mais insuffisamment coordonnées avec l'ensemble des acteurs : escarres, douleur...
- Organisation d'une journée annuelle de réflexion et d'échanges réunissant les directeurs de soins et les personnels d'encadrement.
- Existence d'une politique de formation continue des professions de soins et médico-technique formalisée et actualisée dans le catalogue 2010.
- Une conception et une organisation des soins de haut niveau
 - Accès aux soins pour tous.
 - Des modalités de gestion des lits performantes permettant d'adapter au mieux l'offre de soins aux besoins (saisonnalité).
 - Des efforts d'humanisation.
 - Des liens privilégiés avec les médecins de ville visant à assurer la continuité des soins (identification de médecins sentinelles pour la dépression).
 - Des départements inter-hospitaliers pour assurer la continuité de la prise en charge dans certaines filières
 - Gériatrie (CHCVs – CHC)
 - Oncologie (CHCVs – SZO)
 - Psychiatrie (CHCVs – CHC)
 - Nombreuses conventions de collaboration avec les hôpitaux universitaires d'autres cantons (Genève, Lausanne, Berne/Bern)
- Le développement d'indicateurs de suivi de l'activité dans les départements, malgré l'absence de coordination.
- Nombreux services agréés pour la formation post-graduée.
- Un dispositif de formation médicale continue performant.
- Un dossier patient informatisé performant
 - opérationnel dans son intégralité sur les sites du CHCVs, du SZO et du CHC
 - permettant un dialogue entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge du patient
 - assurant une traçabilité performante des actes
 - en réseau entre les sites du RSV
 - permettant des prescriptions informatisées
 - en cours de mise en œuvre à l'HDC (dossier choisi au niveau du canton de Vaud et différent de celui utilisé par les sites du RSV)
- Des structures partenaires (ICHV et OVS) de haut niveau
- Un dispositif performant de prévention et de surveillance de certaines infections nosocomiales et des infections du site opératoire
 - coordonné par l'ICHV avec une équipe médicale et soignante dédiée mise à disposition des sites hospitaliers
 - reconnaissance de l'expertise et de l'efficacité de l'équipe d'hygiène par les équipes de terrain
 - système d'information réactif et communiquant
 - bonne couverture des risques nosocomiaux les plus importants sur l'ensemble des sites
 - détection et traçabilité efficaces des infections nosocomiales (infections du site opératoire, en particulier)
 - système de surveillance des infections du site opératoire, selon le protocole SWISSNOSO, conforme aux standards internationaux
 - normes de sécurité et de qualité respectées au bloc opératoire
- Des unités de stérilisation fonctionnant globalement de façon conforme aux procédures et protocoles définis par le service de stérilisation central (ICHV) en accord avec les standards internationaux
- Des blocs opératoires organisés conformément aux standards internationaux

- Des taux de reprises après intervention au bloc opératoire de Sion conformes, voire inférieurs, aux standards internationaux, y compris sur les interventions lourdes
- Un plateau technique de très haut niveau
 - laboratoires et pharmacie sous la responsabilité de l'ICHV
 - services d'imagerie informatisés permettant une transmission des images vers le dossier patient
- Les modalités de gestion des ressources humaines (infirmières, notamment) permettant une flexibilité et une adaptabilité aux besoins des services
- La démarche qualité mise en œuvre par l'ICHV permettant une maîtrise des processus internes
- Une intégration des services médico-techniques (pharmacie, laboratoires, physiothérapie) aux réunions des services du RSV
- De nombreux indicateurs disponibles sous l'égide de l'OVS, mais sous utilisés
- Un tableau de bord (Management Information System - MIS) en cours de mise en place
- Des modalités de gestion des événements indésirables clairement définies et mises en œuvre dans l'ensemble des sites
- La reconnaissance de l'engagement qualité de la direction de l'HDC par une Certification ISO 9001
- La poursuite d'une dynamique d'amélioration de la qualité dans la plupart des sites
- La participation à des études de benchmarking au niveau fédéral
- Un dispositif d'identito-vigilance performant
- Des prestations logistiques de grande qualité
 - Propreté des locaux
 - Restauration
- Nombreux labels « qualité »
 - Health promoting hospitals
 - Baby friendly hospitals
 - « Fourchette verte »
 - Hôpitaux sans tabac
- Labels pour certaines spécialités
 - Young Lions (orthopédie à Brigue/Brig)
 - Programme CIRNET (réanimations, anesthésie, soins intensifs)

3.5 *Les points à améliorer*

Ce chapitre liste les points identifiés par les auditeurs comme devant faire l'objet d'actions correctives pour améliorer la qualité globale de la prise en charge des patients.

- Absence de livrets d'accueil spécifiques des unités de soins dans les différents hôpitaux du RSV
- Le statut précaire (contrat à durée déterminée) du corps médical ne permettant pas une implication et une liberté de parole satisfaisante dans la vie des structures
- Une démarche qualité insuffisamment organisée et structurée
 - Absence de politique qualité formalisée au niveau du RSV
 - Absence de comité qualité opérationnel
 - Arrêt de la dynamique qualité dans plusieurs sites du RSV
 - Absence de définition claire des responsabilités entre le niveau central et les hôpitaux
 - Démarches dispersées et non coordonnées (groupe des managers qualité non fonctionnel)
 - Documentation qualité insuffisamment gérée
 - Absence de mesure régulière de la satisfaction des usagers
- Une politique médicale et soignante à consolider par le biais de la mise en œuvre d'une plateforme de rencontres communes
- Pas de lien entre la démarche qualité de l'ICHV et les sites hospitaliers
- Une maîtrise imparfaite de la sécurité médicamenteuse

- Circuit du médicament insuffisamment maîtrisé dans les unités de soins (à des degrés divers selon les établissements)
- Pas d'unité centralisée de reconstitution des cytostatiques (projet pour 2011)
- Modalités de vérification des pharmacies des unités de soins mal définies
- Lien fonctionnel insuffisant entre les unités de soins et l'ICHV (audit annuel réalisé par l'ICHV insuffisant)
- L'absence de projets d'évaluation des pratiques professionnelles ne permettant pas une mesure objective du niveau de qualité des soins, tant au niveau médical que pour les paramédicaux
 - Pas d'évaluation de la pertinence des prescriptions médicamenteuses ou de laboratoire
 - Pas d'évaluation du niveau de qualité des prestations fournies
 - Pas de tableau de bord qualité
- Absence d'évaluation de la tenue des dossiers patients
- Une filière « gériatrie » insuffisamment développée
 - Des effectifs médicaux insuffisants
 - Une insuffisance des capacités d'hospitalisation en gériatrie
 - Coexistence de départements au CHCVs et au CHC
- Un dispositif de prévention et de surveillances des infections nosocomiales et des infections du site opératoire à élargir à l'ensemble des infections nosocomiales
 - Absence de comité d'hygiène opérationnel depuis 2008 en dehors du SZO
 - Manque de rétro-information de façon systématique des résultats de la surveillance des infections aux équipes médicales et de soins
 - Absence de tableaux de bord destinés aux services
 - Pas de possibilité d'analyses statistiques disponibles sur les sites hospitaliers
 - Règles de communication non formalisées
 - Pas de commission de lutte contre les infections nosocomiales pour l'ensemble des sites du RSV
 - Etudes d'observation des pratiques trop rares
 - Certaines chirurgies importantes non surveillées
 - Surveillance clinique des infections en médecine intensive non encore opérationnelle (mais en projet)
 - Politique de communication au public et aux usagers non structurée
- Des disparités de prise en charge des patients de l'HDC en fonction de leur origine géographique, Valais ou Vaud, liées aux modalités de prise en charge financière
- Une communication interne et externe insuffisante
 - Des patients insuffisamment informés sur les orientations et les modalités de suivi
 - Pas ou peu de communication des résultats vis-à-vis de la population et des professionnels de pratique privée, pourtant prescripteurs des hospitalisations vers RSV ou d'autres structures
- Des conditions hôtelières insuffisantes (chambres à 3 ou 4 lits, absence de sanitaires dans certaines chambres...) dans certains sites
- Un positionnement peu clair de l'OVS par rapport au RSV

3.6 *Les constats spécifiques par site*

Cette partie détaille les points forts, les points à améliorer et les recommandations formulées par les auditeurs, centre hospitalier par centre hospitalier et site par site.

Afin de ne pas être redondants, les éléments identifiés pour la direction générale s'appliquent à l'ensemble des sites du RSV (à l'exception de l'HDC dont le fonctionnement est indéniablement tourné vers le canton de Vaud), les éléments identifiés pour le CHCVs s'appliquent à tous les sites du CHCVs. Au niveau des sites, les éléments listés sont spécifiques à ce site.

3.6.1 Direction générale du RSV

Points forts

- Stratégie ambitieuse de développement des activités médicales
- Réunions stratégiques régulières avec les directions des sites
- Politique et gestion des risques
- Existence d'un Comité qualité (présidé par M. le Pr TROILLET) mais inactif depuis octobre 2009
- Projet de standardisation de la documentation du RSV
- Projet de développer des tableaux de bord (cockpits) destinés aux médecins responsables de département au 1^{er} trimestre 2011
- Indicateurs MIS en cours de développement
- Auditeurs internes formés dans chaque centre hospitalier
- Existence d'une commission du médicament

Points à améliorer

- Pas de structuration de la démarche qualité au plus haut niveau
 - o Pas de direction qualité
 - o Rattachement du responsable qualité à la direction des soins et non au directeur général
 - o Absence d'engagement formalisé de la direction générale dans une démarche qualité
 - o Comité de pilotage non opérationnel
 - o Ambiguïté entre politique qualité et projet d'établissement
 - o Pas de documentation qualité homogène entre les établissements
 - o Mesure irrégulière de la satisfaction des usagers
- Absence de politique qualité formalisée et validée (existence d'un document « politique qualité » en date du 11 novembre 2010 présentant un projet d'organisation de la qualité au sein du RSV)
- Arrêt des démarches de Certification engagées dans certains sites (Sierre, Montana) depuis 2008
- Absence de véritable coordination qualité avec les responsables des centres hospitaliers du RSV
- Management et organisation du service de radio-oncologie à revoir
- Indicateurs accessibles uniquement aux membres du Conseil d'Administration, de la direction générale et aux directeurs des centres hospitaliers
- Absence de politique relative à la sécurité du médicament
- Sécurité du médicament insuffisamment maîtrisée
- Surcharge de travail des médecins responsables de département
- Pas d'analyse pluri-professionnelle des indicateurs
- Sous-utilisation des indicateurs fournis en particulier au niveau des hôpitaux
- Absence de politique d'évaluation des pratiques professionnelles
- Communication insuffisante à destination des usagers
- Absence d'instance de relations avec les usagers

Recommandations pour la direction générale du RSV

- Réactiver la Commission cantonale de la qualité des soins et de la sécurité des personnes
- Formaliser l'engagement dans une démarche qualité partagée et ambitieuse incluant la qualité des soins (type accréditation ou certification)
- Structurer, piloter et mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité

- Identifier un directeur qualité positionné auprès du directeur général
- Définir une politique qualité
- Définir et formaliser les responsabilités des professionnels
- Mettre en place un véritable réseau des managers qualité
- Mettre en place une gestion documentaire transversale à l'ensemble des sites du RSV (à l'exception de l'HDC dont le rattachement opérationnel naturel est situé vers le canton de Vaud)
- Définir les indicateurs et mettre en place un tableau de bord qualité
- Définir les modalités de gestion et de contrôle des pharmacies des unités de soins
- Suivre la mise en œuvre des actions correctives dans le domaine du médicament
- Définir et mettre en œuvre une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, en particulier pour les patients pris en charge sur plusieurs sites
- Mieux associer les usagers à la démarche qualité
- Réviser les modalités de management et d'organisation du service de radio-oncologie
- Renforcer la communication institutionnelle
- Consolider la place du SZO dans le RSV en développant des stratégies d'adaptation aux spécificités linguistiques (gestion documentaire, en particulier)

3.6.2 **Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV)**

Points forts

- Démarches qualité initiées depuis la fin des années 1990 et reconnues par une Certification ISO 9001
- Nombreuses interventions des professionnels de l'ICHV auprès des professionnels du RSV
- Haut niveau de prestation
- Participation de l'ICHV à la démarche qualité globale du RSV
- Satisfaction globale des professionnels du RSV quant à la qualité des prestations fournies par l'ICHV
- Centralisation des activités « à risque » (laboratoires, pharmacie, stérilisation...)
- Projet de création d'une unité de médecine transfusionnelle indépendante et gérée par l'ICHV (collaboration entre service d'hématologie de l'ICHV et le service de transfusion sanguine de la Croix-Rouge suisse)

Points à améliorer

- Absence de liens entre la responsable qualité de l'ICHV et les responsables qualité du RSV

Recommandations pour l'ICHV

- Renforcer le lien entre la démarche qualité de l'ICHV et celle des hôpitaux du RSV
- Mettre en place un Comité de bon usage afin d'évaluer la pertinence des prescriptions

3.6.2.1 La pharmacie

Points forts

- Inscription dans la démarche qualité de l'ICHV
- Existence d'une politique qualité globale
- Activités cliniques régulières des pharmaciens dans certains services
- Commandes informatisées de médicaments
- Optimisation des stocks de médicaments non administrés avec dispensation - après identification spécifique - dans d'autres unités de soins visant ainsi à réduire les coûts
- Existence d'un livret du médicament actualisé et discuté lors des commissions du médicament sur chaque site
- Modalités de fonctionnement du comité du médicament permettant un dialogue régulier entre les pharmaciens et les praticiens du RSV
- Audit annuel des pharmacies des unités de soins
- Diffusion de documents de l'ICHV aux professionnels du RSV par le biais de l'intranet
- Niveau de satisfaction élevé des professionnels du RSV

Points à améliorer

- Absence de tableau de bord qualité spécifique à la pharmacie
- Pas d'analyse des prescriptions par les pharmaciens (conforme à la réglementation suisse)
- Limitation du périmètre de la responsabilité de l'ICHV en amont des unités de soins ne permettant pas une maîtrise parfaite du circuit des médicaments
- Absence de contrôle de la reconstitution des cytostatiques
- Gestion imparfaite des médicaments périmés
- Absence de délivrance nominative
- Absence de mesure de la satisfaction des prescripteurs

Recommandations pour la pharmacie de l'ICHV

- Revoir avec les directeurs des soins des hôpitaux les responsabilités concernant la gestion et le circuit du médicament afin d'en renforcer la sécurité
- Développer avec les professionnels des hôpitaux les outils de contrôle des pharmacies des unités de soins
- Construire et communiquer les outils destinés à évaluer le circuit du médicament
- Suivre la mise en œuvre des actions correctives initiées suite aux audits des pharmacies des unités

3.6.2.2 Les laboratoires

Points forts

- Accréditation ISO 15189 depuis la fin des années 1990
- Système de prescription informatisé commun à tous les sites
- Laboratoire de référence pour tous les sites du RSV (dont l'HDC)

- Niveau de satisfaction élevé des professionnels du RSV

Points à améliorer

- Absence d'analyse de la pertinence des prescriptions (projet en cours de mise en œuvre)
- Absence de lien entre la démarche qualité des laboratoires et la gestion des évènements indésirables au sein des hôpitaux du RSV (modalités de clôture des incidents non clairement définies et ne permettant pas un suivi des actions correctives mises en œuvre dans les unités de soins)
- Absence de procédure de destruction des produits sanguins labiles

Recommandations pour les laboratoires

- Suivre la mise en œuvre des actions correctives initiées dans les unités de soins, suite aux incidents déclarés par les laboratoires
- Formaliser la procédure de destruction des produits sanguins labiles

3.6.3 Observatoire Valaisan de la Santé (OVS)

Points forts

- Participation à la démarche qualité de l'ICHV
- Participation à la mesure d'indicateurs qualité
- Proposition d'indicateurs qualité à la direction générale du RSV

Points à améliorer

- Absence d'interlocuteur clairement identifié sur la qualité au RSV
- Absence de démarche qualité en interne
- Confiance variable des acteurs concernant la fiabilité des données chiffrées

Recommandations pour l'OVS

- Préciser le positionnement de l'OVS au sein du RSV et du canton
- Communiquer sur les indicateurs en interne et en externe

3.6.4 Centre Hospitalier du Centre Valais (CHCVs)

Points forts

- Développement et hiérarchisation de l'ensemble des projets en fonction des orientations stratégiques définies, en référence à la politique générale définie par le RSV
- Définition et mise en œuvre orientations stratégiques dans le cadre de la poursuite du regroupement des hôpitaux du CHCVs

- Organisation, par le biais des orientations stratégiques, de la complémentarité avec les autres centres hospitaliers du canton et hors canton et de la participation aux réseaux de santé.
- Existence de projets médicaux ambitieux et fédérateurs
- Contribution et participation à la politique des soins définie par la direction des soins du RSV
- Existence d'un Conseil mensuel des chefs de département
- Organisation de réunions des médecins cadres
- Projet d'unité de gestion des flux de patients en cours de mise en œuvre
- Tenue de colloques inter-unités au sein des départements (visioconférence)
- Formalisation d'objectifs et de l'organisation mise en place dans le cadre de certains départements
- Initialisation de projets d'itinéraires cliniques
 - o Pneumopathies acquises en communauté
 - o Prise en charge de l'opéré thoracique
 - o Prise en charge du cancer du sein
- Réalisation de revues de morbi-mortalité dans certaines spécialités
- Existence d'indicateurs quantitatifs d'activité
- Participation des radiologues aux colloques des services
- Mobilité des personnels médicaux et d'encadrement des soins sur les différents sites
- Adaptabilité et mobilité des personnels infirmiers volontaires sur les différents sites et dans un département identique pour assurer la continuité des soins
- Gestion informatisée optimale des plannings des collaborateurs (des personnels) permettant une adaptabilité maximale à la charge en soins
- Gestion de la transfusion sanguine : les délais de délivrance des produits sanguins labiles par le service de transfusion sont jugés très satisfaisants par les infirmiers. Le contrôle du produit sanguin labile avant une transfusion (double contrôle simultané par des infirmiers ainsi que double contrôle informatique) est effectif
- Existence d'une permanence informatique 24h/24h basée à Sion et des procédures dégradées en cas de panne informatique.

Points à améliorer

- Information des patients et des visiteurs sur les disciplines et les soins effectués sur les différents sites afin de faciliter leur orientation
- Rattachement de la responsable qualité à la direction administrative et financière
- Absence de tableaux de bord qualité
- Absence de projets d'évaluation des pratiques professionnelles tant soignantes que médicales
- Communication insuffisante vers les professionnels des traitements des événements indésirables

Recommandations pour l'ensemble sites du CHCVs

- Revoir l'organisation qualité du CHCVs
- Diffuser les indicateurs MIS au responsable qualité et aux chefs de département
- Définir et mettre en œuvre des projets d'évaluation des pratiques professionnelles adaptés à l'activité des sites
- Retravailler a priori la répartition des urgences : très faible activité de nuit à Sierre, ce qui consomme des ressources humaines sur le CHCVs. Etudier la possibilité de ne laisser des urgences qu'en journée pour éviter des transferts et optimiser les organisations et les coûts.

Il est à noter que, du fait de la taille de l'établissement, tous les services n'ont pas été inclus dans l'audit.

Points forts

- Locaux adaptés
- Accueil aux urgences
 - Accueil séniorisé avec la présence d'un médecin titulaire 24h/24 encadrant les médecins assistants
 - Procédures pré établies de prise en charge des situations cliniques fréquentes et graves. Présence 24h/24 d'un infirmier(ère) de triage.
 - Salles d'accueil des familles pour optimiser les conditions d'accueil et d'information des patients et de leurs familles (urgences, pédiatrie, médecine interne)
 - Suivi des indicateurs d'activité et des indicateurs qualité (temps de prise en charge et temps total de passage) aux urgences.
- Informatisation du bloc opératoire
- Mesure d'indicateurs de gestion du bloc opératoire (taux réel d'occupation des salles, taux réel de dépassement...)
- Plateau technique performant
- Système RIS PACS opérationnel sur le CHCVs et le SZO (pas avec le CHC)
- Existence de programmes de formation à destination des parturientes : cours de préparation à la naissance, charte d'allaitement, cours de préparation à la parentalité... élaborés et formalisés par les équipes soignantes et médicales de la maternité du CHCVs. Ces documents à utilisation interne et externe ne sont pas intégrés à la gestion documentaire de la qualité du RSV.

Points à améliorer

- Absence de compatibilité du dossier de soins informatisé du département de soins intensifs et de la salle de surveillance post interventionnelle avec le dossier PHOENIX utilisé dans toutes les autres unités. Etude financière de l'achat d'un logiciel spécifique soins intensifs et compatible avec PHOENIX
- Difficultés à utiliser le LEP3 (diagnostics infirmiers) dans quelques unités en raison de la réticence de certaines équipes
- Absence de lien entre le service de physiothérapie du CHCVs et la SUVA ne permettant pas d'assurer l'homogénéité des pratiques
- Définition floue des indicateurs d'activité du bloc

Recommandations spécifiques à Sion

- Revoir et consolider les indicateurs d'activité du bloc opératoire
- Recenser et valider les documents d'information et les protocoles de soins spécifiques des unités par la direction des soins en collaboration avec la direction de la qualité
- Améliorer la préparation et l'administration des médicaments (identification du médicament jusqu'au lit du malade)

3.6.4.2 Site de Sierre

Points forts

- Locaux (configuration, propreté)
- Existence de cercles qualité pilotés par la responsable qualité du CHCVs et basés sur le traitement des évènements indésirables
 - o Médecine intensive
 - o Pédiatrie
- Service d'imagerie bien équipé
- Constitution de groupes d'intérêts communs en vue d'harmoniser les pratiques soignantes
- Formation d'infirmières cliniciennes et présence sur le site : conduire des évaluations de pratiques professionnelles (douleur et chutes)

Points à améliorer

- Absence de validation de l'administration des médicaments en temps réel (validation anticipée avec retour et correction informatique possibles)

Recommandations spécifiques à Sierre

- Sécuriser le circuit du médicament, plus particulièrement au niveau du rangement des médicaments dans la pharmacie, de la préparation pour la dispensation et de l'administration
- Travailler sur l'ouverture des urgences, un accueil en 24/24 n'étant pas indispensable

3.6.4.3 Site de Martigny

Points forts

- Existence d'un service et d'une équipe mobile intra et extra hospitalière de soins palliatifs (colloque multidisciplinaire hebdomadaire)
- Réalisation d'audits externes en soins palliatifs sous la coordination de l'Association Suisse de soins palliatifs

Points à améliorer

- Local inadapté pour la reconstitution des cytostatiques (pas de renouvellement d'air, pas d'isolement...)
- Poste de soins infirmiers inadapté dans le service de soins palliatifs
- Contrôle de la préparation des médicaments à partir du recopiage des prescriptions (petite fiche Bristol) dans certaines unités

Recommandations spécifiques à Martigny

- Mettre aux normes le local de reconstitution des cytostatiques (urgent)
- Mettre aux normes le poste de soins du service de soins palliatifs
- Améliorer la préparation et l'administration des médicaments (identification du médicament jusqu'au lit du malade)

3.6.4.4 Site de Sainte Claire – secteur gériatrie (CHCVs)

Points forts

- Disponibilité des procédures et protocoles de soins
- Unité de gestion des flux
- Groupe de travail « flux de patients en gériatrie » mis en œuvre suite à des difficultés persistantes
- Intervention d'une diététicienne pour l'élaboration des repas
- Dispensation et administration des médicaments adaptés à la problématique spécifique du patient âgé
- Complémentarité avec le site de Sierre pour la radiologie sur site programmée 2 fois/semaine ainsi que les sites de Sion et Martigny pour la physiothérapie et les examens de laboratoire.

Points à améliorer

- Arrêt de la démarche de certification en 2008
- Exiguïté des chambres de patients
- Absence de sanitaires dans certaines chambres
- Gestion imparfaite de médicaments : par exemple, bouteilles de sirop ouvertes sans indication de la date d'ouverture

Recommandations spécifiques à Sainte Claire

- Poursuivre, en cohérence avec la politique du RSV, la dynamique qualité initiée dans le cadre de la Certification ISO 9001
- Revoir les modalités de gestion des pharmacies
- Adapter la gestion des lits d'amont (problème de placements) aux besoins des patients. Politique managériale du RSV

3.6.4.5 Site de Montana

Points forts

- Existence de projets d'évaluation des pratiques professionnelles (« analyse de l'impact de la prise en charge en réseau des patients asthmatiques », par exemple)
- Nombreux travaux de recherche
- Existence d'objectifs qualité suivis par le comité d'encadrement
- Objectif de Certification « Hôpital sans douleur »
- Formation de deux infirmières à l'éducation thérapeutique
- Enquête un jour donné sur les escarres

- Laboratoire du sommeil performant

Points à améliorer

- Démarche qualité (certification ISO 9001) initiée en 1998 et stoppée en 2008
- Nombreux transferts des patients entre les différents sites du centre hospitalier
- Absence de retour des questionnaires de satisfaction
- Modalités de contrôle des pharmacies dans les unités de soins non formalisées
- Existence de médicaments périmés dans certaines pharmacies
- Existence de médicaments sortis de leur emballage et mal identifiés (pose d'un simple Post-It)
- Absence de protocoles de stérilisation des bronchoscopes (en cours de validation par l'ICHV)
- Modalités de contrôle des chariots d'urgence non formalisées
- Existence de stupéfiants dans le chariot d'urgence non sécurisé

Recommandations spécifiques au site de Montana

- Poursuivre, en cohérence avec la politique du RSV, la dynamique qualité initiée dans le cadre de la Certification ISO 9001
- Formaliser les modalités de contrôle des pharmacies des unités
- Formaliser les règles de contrôle des chariots d'urgence

3.6.5 Centre Hospitalier du Haut Valais (SZO)

Points forts

- Développement et hiérarchisation de l'ensemble des projets en fonction des orientations stratégiques définies, en référence à la politique générale définie par le RSV
- Orientations stratégiques opérationnelles, dynamiques et harmonieuses dans le cadre de la poursuite du regroupement des hôpitaux du SZO ; collaboration forte entre les deux sites
- Organisation, par le biais des orientations stratégiques, de la complémentarité avec les autres centres hospitaliers du canton et hors canton et de la participation aux réseaux de santé
- Existence d'un Collège des chefs de départements et d'un Collège médical permettant un dialogue au sein du corps médical
- Existence d'une conférence des complications dans chaque département afin d'analyser les modalités de survenue de toutes les complications inattendues
- Equipe de direction des soins dynamique avec la mise en œuvre du projet de soins du RSV et des projets spécifiques SZO
- Responsable qualité rattaché au directeur
- Poursuite d'une dynamique qualité malgré l'arrêt de la Certification ISO 9001 depuis 2009
- Suivi et discussion des indicateurs MIS avec les chefs de département
- Groupe de travail avec les médecins de ville deux à trois fois par an
- Intégration des médecins de ville aux urgences des hôpitaux
- Filière gériatrique intégralement incluse dans le département de médecine interne
- Projets d'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec les sociétés savantes
- Réalisation d'audits qualité internes

- Modalités de gestion des boîtes d'urgence (composition, contrôle...)
- Participation des équipes de physiothérapie aux visites des services de chirurgie, de médecine, de gériatrie et d'oncologie
- Pool de compétences de soins palliatifs (lits et équipe mobile)
- Mise à disposition d'une navette entre Sion et Brigue/Brig pour les actes de radiothérapie
- Restauration collective de très haut niveau
- Formalisation sous forme d'un tableau de bord avec calendrier de la conduite du projet de soins infirmiers dans certains départements (urgences, physiothérapie, soins intensifs...)
- Valises d'urgence scellées stockées dans un lieu identique dans chaque unité et contrôlées par les anesthésistes

Points à améliorer

- Pas d'évaluation de la satisfaction des usagers depuis 2008
- Installation de la pharmacie de Viège/Visp dans des locaux impropres à un travail de qualité
 - o Dégât des eaux, croisement du circuit de la pharmacie et du circuit du magasin central
 - o Modalités de nettoyage des locaux de la pharmacie (une fois par semaine)
 - o Absence de serviettes à usage unique au point d'eau de la pharmacie

Recommandations pour l'ensemble sites du SZO

- Réactiver l'évaluation de la satisfaction des usagers de façon régulière
- Rénover les locaux de la pharmacie de Viège/Visp et revoir les modalités d'entretien

3.6.5.1 Site de Brigue/Brig

Points forts

- Collaboration forte avec le site de Viège/Visp
- Existence d'une conférence des complications dans chaque département afin d'analyser les modalités de survenue de toutes les complications inattendues
- Groupe de travail avec les médecins de ville
- Projets d'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec les sociétés savantes
- Réalisation d'audits qualité internes
- Modalités de gestion des boîtes d'urgence
- Mise à disposition d'une navette entre Sion et Brigue/Brig pour les actes de radiothérapie

Points à améliorer

- Pas d'évaluation de la satisfaction des usagers depuis 2008

Recommandations spécifiques à Brigue/Brig

- Réactiver l'évaluation de la satisfaction des usagers de façon régulière

3.6.5.2 Site de Viège/Visp

Points forts

- Propreté et convivialité des bâtiments
- Collaboration forte avec le site de Brigue/Brig
- Existence d'une conférence des complications dans chaque département afin d'analyser les modalités des survenue de toutes les complications inattendues
- Groupe de travail avec les médecins de ville
- Projets d'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec les sociétés savantes
- Réalisation d'audits qualité internes
- Modalités de gestion des boîtes d'urgence

Points à améliorer

- Pas d'évaluation de la satisfaction des usagers depuis 2008
- Installation de la pharmacie dans des locaux impropres à un travail de qualité
 - o Dégât des eaux, croisement du circuit de la pharmacie et du circuit du magasin central
 - o Modalités de nettoyage des locaux de la pharmacie (une fois par semaine)
 - o Absence de serviettes à usage unique au point d'eau de la pharmacie

Recommandations spécifiques à Viège/Visp

- Réactiver l'évaluation de la satisfaction des usagers de façon régulière
- Rénover les locaux de la pharmacie et revoir les modalités d'entretien

3.6.6 Centre Hospitalier du Chablais (CHC)

Points forts

- Démarche qualité initiée en 2006 (Certification ISO 9001 stoppée conformément aux directives de la direction générale)
- Existence d'un cercle de qualité en psychiatrie basé sur le traitement des évènements indésirables depuis fin 2010
- Développement d'outils d'évaluation de la satisfaction
- Positionnement du responsable qualité auprès du directeur du centre hospitalier
- Participation des associations des usagers
- Développement de la psychiatrie de liaison
- Communication performante avec les médecins de ville
- Elaboration du concept « gériatrie »
- Double vérification lors de la distribution des médicaments
- Gestion des évènements indésirables

- Existence de nombreux documents destinés à informer et à orienter les usagers de l'hôpital : livrets d'accueil, fiche technique visant à renseigner le patient sur la répartition des activités médicales et les numéros de téléphone utiles en cas d'urgence ; fascicule sur les droits des patients ; bulletin mensuel d'information des amis de l'hôpital Riviera-Chablais à destination du public et/ou des professionnels...

Points à améliorer

- Prise en charge de patients d'origine géographique éloignée
- Dernière mesure de la satisfaction des patients en 2006

Recommandations pour l'ensemble des sites du CHC

- Réactiver l'évaluation de la satisfaction des usagers de façon régulière

3.6.6.1 Site de Monthey (IPVR)

Points forts

- Développement d'un dossier patient adapté à la prise en charge des patients hospitalisés en psychiatrie, introduction du « PsySuisse » et une sécurisation supplémentaire en matière de confidentialité
- Application de la politique centrale des soins infirmiers
- Existence de tapis d'alarme auprès des lits de patients à risque de chute

Points à améliorer

- Absence de sanitaires dans certaines chambres
- Traçabilité imparfaite des contrôles des pharmacies des unités de soins
- Modalités de contrôle des chariots d'urgence

Recommandations spécifiques à Monthey

- Mettre en œuvre les recommandations relatives au contrôle des pharmacies par les personnels soignants
- Revoir les modalités de contrôle des chariots d'urgence

3.6.6.2 Site de Saint Maurice

Points forts

- Développement d'un dossier patient adapté à la prise en charge des patients hospitalisés en psychiatrie, introduction du « PsySuisse » et une sécurisation supplémentaire en matière de confidentialité

- Application de la politique centrale des soins infirmiers

Points à améliorer

- Prise en charge de patients d'origine géographique éloignée
- Dernière mesure de la satisfaction des patients en 2006

Recommandations spécifiques à Saint Maurice

- Réactiver l'évaluation de la satisfaction des usagers de façon régulière

3.6.6.3 Site de Sainte Claire – secteur psycho-gériatrie CHC)

Points forts

- Existence d'indicateurs adaptés à la psycho-gériatrie (fugues, tentatives de suicide, suicides, chutes, agressions, incivilités)

Points à améliorer

- Absence de procédure de vérification des chariots d'urgence
- Chambres de patients exigües
- Absence de sanitaires dans certaines chambres

Recommandations spécifiques à Sainte-Claire

- Formaliser et mettre en œuvre une procédure de vérification des chariots d'urgence

3.6.7 Hôpital du Chablais (HdC)

Points forts

- Des axes stratégiques clairement définis
 - o Amélioration de la qualité
 - Certification ISO 9001 dans le secteur administratif en 2008 puis dans le secteur logistique en 2009 et en cours d'élargissement à deux services de soins en 2010
 - urgences de Monthey
 - pédiatrie à Aigle
 - o Renforcement de la sécurité des patients

- Comité « sécurité des patients »
- Plan d'action « sécurité des patients » (janvier 2011)
- Mise en place du bracelet d'identification pour tous les patients
 - Construction de l'hôpital Riviera-Chablais
- Structuration des démarches qualité et sécurité (comité de pilotage qualité, comité de pilotage sécurité, équipe opérationnelle, Journal interne, système documentaire informatisé, tableau de bord...), mais ne permettant pas une coordination opérationnelle des deux démarches
- Existence de nombreux documents destinés à informer et à orienter les usagers de l'hôpital : livrets d'accueil, fiche technique visant à renseigner le patient sur la répartition des activités médicales et les numéros de téléphone utiles en cas d'urgence ; fascicule relatif aux droits des patients ; bulletin mensuel d'information des amis de l'hôpital Riviera Chablais à destination du public et/ou des professionnels...
- Formalisation et gestion informatisée des protocoles de pédiatrie et de néonatalogie, mise en œuvre d'une démarche qualité
- Dossier patient en cours d'informatisation (pilotage par le canton de Vaud)

Points à améliorer

- Dernière enquête de satisfaction des usagers en 2006
- Absence de cohérence fonctionnelle entre les dossiers patients informatisés du RSV et ceux de l'HDC
- Module de prescription médicale uniquement en médecine (informatisation en chirurgie prévue fin 2012)
- Effectifs médicaux insuffisants en soins intensifs (1 seul médecin senior) ne permettant pas un suivi optimal des patients relevant de ce secteur (un cardiologue est en cours de recrutement)
- Absence de projets d'évaluation des pratiques professionnelles
- Pharmacies non sécurisées (étagères sans porte)

Recommandations spécifiques au HDC

- Revoir, en collaboration avec l'ICHV, les modalités de gestion des pharmacies des unités en les sécurisant

3.6.7.1 Site de Monthey

Points forts

- Structuration des démarches qualité et sécurité
- Existence de nombreux documents destinés à informer et à orienter les usagers Formalisation et gestion informatisée des protocoles, mise en œuvre d'une démarche qualité
- Dossier patient en cours d'informatisation

Points à améliorer

- Local de préparation des cytostatiques non sécurisé
- Dernière enquête de satisfaction des usagers en 2006
- Absence de projets d'évaluation des pratiques professionnelles

Recommandations spécifiques à Monthey (HDC)

- Fermer le local de préparation des cytostatiques

3.6.7.2 Site d'Aigle

Points forts

- Structuration des démarches qualité et sécurité
- Existence de nombreux documents destinés à informer et à orienter les usagers
- Formalisation et gestion informatisée des protocoles, mise en œuvre d'une démarche qualité
- Dossier patient en cours d'informatisation

Points à améliorer

- Local du laboratoire exigu
- Dernière enquête de satisfaction des usagers en 2006
- Absence de projets d'évaluation des pratiques professionnelles

Recommandations spécifiques à Aigle (HDC)

- Revoir l'implantation du laboratoire

3.7 Conclusion

Concernant la qualité des soins produits, l'audit a montré que les établissements du RSV réunissent globalement les conditions nécessaires, tant en termes de compétences, de locaux, d'équipement et d'organisation, à la délivrance de soins adaptés aux besoins des patients et conformes aux recommandations de bonnes pratiques internationales.

Afin de maîtriser au mieux la qualité des prestations, il apparaît indispensable qu'un travail soit réalisé, conjointement par la direction des soins et l'ICHV sur la sécurisation du circuit du médicament dans l'ensemble des sites audités.

Par ailleurs, afin de consolider la démarche, il revient à la direction générale du RSV de :

- structurer, piloter et mettre en œuvre une véritable démarche d'amélioration de la qualité incluant l'ensemble des sites hospitaliers (à l'exclusion de l'HDC tourné vers le canton de Vaud)
- définir une politique d'évaluation des pratiques professionnelles

Ces actions entreprises rapidement permettront de définir une démarche commune, de mesurer objectivement le niveau de qualité produit et de communiquer auprès des professionnels et des usagers du RSV.

Concernant la prévention et la surveillance des infections nosocomiales et des infections sur site opératoire, l'ensemble de ce dispositif à la fois réactif et proche du terrain créé un climat de confiance très favorable au développement du programme de lutte contre les infections nosocomiales dans les hôpitaux du RSV.

On constate cependant que, malgré ces moyens et la motivation de l'équipe d'hygiène, la communication des données produites tant vers le public que vers les professionnels de santé est insuffisante et devrait être améliorée.

Pour les infections du site opératoire, il convient de réfléchir à la mise en place d'un système de surveillance minimum basé sur des indicateurs simples (taux bruts) dans les secteurs chirurgicaux non couverts par SWISSNOSO, en particulier la chirurgie gynéco-obstétricale, l'urologie ou la chirurgie cardiaque.

Par contre, la très bonne qualité des gestes opératoires est à souligner d'après l'audit réalisé sur l'activité et la nature des interventions du bloc opératoire de Sion sur une période d'une année.

Enfin, une politique plus structurée d'évaluation des pratiques associée à une meilleure transparence des résultats communiqués sous forme de tableaux de bord réguliers devrait être mise en place.

Le mandat d'audit :

Enquêtes d'opinion et de satisfaction des patients du RSV et des professionnels du RSV, de l'ICHV et de l'OVS, ainsi que des médecins installés en cabinet qui envoient des patients au RSV.

Afin d'obtenir une image de l'existant la plus complète possible, ce ne sont pas moins de trois enquêtes d'image et de satisfaction qui ont été menées dans le cadre de l'audit, chacune ciblant un public spécifique.

Ainsi, la première enquête était destinée à l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs du RSV, la deuxième aux professionnels de santé de pratique privée (donc externes au RSV) et la troisième s'adressait à la population valaisanne.

4.1 *Enquête d'image et de satisfaction auprès des collaborateurs du RSV***4.1.1 Méthodologie**

L'enquête d'image et de satisfaction auprès des collaborateurs du RSV s'est déroulée entre le 9 décembre 2010 et le 17 janvier 2011.

La communication autour de l'enquête d'image et de satisfaction a été faite en amont de son lancement effectif. Ainsi, l'annonce du lancement de l'enquête a été effectuée le 26 novembre 2010 sur l'intranet du RSV, en français et en allemand, invitant l'ensemble du personnel à y participer. Afin de renforcer l'impact de cette annonce, le directeur du RSV a le même jour envoyé un mail à tous les directeurs de site leur demandant de relayer l'information au sein de leur structure.

L'inscription s'est déroulée en deux temps. Tout d'abord, les collaborateurs souhaitant répondre à l'enquête ont renseigné leur adresse mail. La société Sphinx, un des leaders des enquêtes en ligne français, spécialiste indépendant et reconnu, a pris en charge l'administration du questionnaire et l'analyse des résultats de cette enquête et a envoyé à chacun des répondants potentiels un courriel contenant le lien permettant d'accéder à l'enquête en ligne. L'ouverture de l'enquête en ligne a été faite à partir du 9 décembre. Cet envoi de courriel a été réalisé par vagues d'inscriptions et non au fil de l'eau afin de vérifier la qualité des e-mails et, éventuellement, assainir la base lorsque cela s'avérait nécessaire (adresses incomplètes ou erronées, même adresse enregistrée plusieurs fois, etc...). Des relances ont été organisées régulièrement auprès des non répondants.

Bien que les adresses e-mail aient été nécessaires à l'inscription, les réponses individuelles n'ont pas été restituées à SPH Conseil de façon à respecter l'anonymat de chacun des participants.

Les deux tiers des collaborateurs du RSV ayant déclaré ne disposant pas d'une adresse e-mail professionnelle, une version papier du questionnaire a été adressée à leur domicile, en français ou en allemand.

4.1.2 Composition du questionnaire

Le questionnaire comporte environ 100 questions et se décompose selon les séquences suivantes :

- Recours aux soins en Valais comme utilisateur (bénéficiaire de soins)
 - o La prise en charge en urgence dans un centre hospitalier du RSV
 - o L'hospitalisation programmée dans un centre hospitalier du RSV
 - o La consultation dans un centre hospitalier du RSV
- Environnement du RSV
- Structuration du RSV

- L'organisation interne du RSV
- Qualité de la prise en charge des malades
- La qualité des prestations offertes par l'ICHV
- La démarche qualité actuelle
- Qualité du management
- Qualité de l'information
- Gestion des ressources humaines
- Profil du répondant

4.1.3 **Statistiques de réponse**

Pour cette enquête, nous avons donc géré deux sources de réception des réponses : la saisie électronique effectuée directement sur le site internet et la version papier. Il apparaît intéressant de distinguer le nombre de réponses reçues pour chacune d'entre elles avant de procéder à l'analyse des résultats.

- Nombre de réponses reçues pour le questionnaire en ligne :
 - o Nombre de personnes ayant enregistré leur adresse email : 900
 - o Nombre de personnes ayant reçu l'e-mail permettant d'accéder au questionnaire : 736
 - o Nombre de personnes ayant commencé à répondre à l'enquête : 729
 - o Nombre de répondants ayant terminé l'enquête : 635

900 collaborateurs ont donc renseigné une adresse e-mail. Après vérification, seuls 736 se sont avérées valides, soit une qualité du fichier de 81,7%. En effet, 164 emails étaient erronés, incomplets ou enregistrés plusieurs fois.

Sur les 736 personnes ayant reçu le lien permettant d'accéder au questionnaire, 729 ont réellement participé et 635 ont été jusqu'au bout du questionnaire, soit un taux d'aboutissement de 87%, ce qui constitue un très bon résultat.

- Nombre de réponses reçues par courrier :
 - o Nombre de réponses reçues par courrier : 596
 - o Nombre de questionnaires vierges ou incomplets : 45
 - o Nombre de questionnaires reçus hors délai : 86
 - o Nombre de questionnaires valides : 465

596 collaborateurs ont renvoyé leur questionnaire par courrier, 503 en français, 93 en allemand. 45 questionnaires étaient incomplets ou totalement vierges, donc inexploitable.

Au vu du grand nombre de courriers reçus et afin de tenir compte des dates de congés, la date de réception des courriers initialement fixée au 27 décembre 2010 a été repoussée au 17 janvier 2011. Tous les questionnaires reçus jusqu'au 17 janvier ont été traités. 86 ont été envoyés hors délai (reçus entre le 18 janvier et le 10 mars). Au total, 465 questionnaires sous format papier se sont avérés exploitables, soit 78% des questionnaires reçus.

Les questionnaires valides en ligne et sur papier représentent donc un panel de 1.100 répondants.

La base de réponses a ensuite été assainie de manière à s'assurer qu'ils s'agissent uniquement de réponses de collaborateurs du RSV : 28 réponses ont été supprimées à cette occasion. Puis, la base de réponses a été étudiée pour vérifier qu'il n'y avait pas de questionnaires anormalement renseignés, de réponses trop systématiques ou incohérentes : une réponse a été supprimée.

Marquant tout l'intérêt porté à cette enquête, la base finale d'analyse est constituée de 1071 répondants, soit un taux de réponse tout-à-fait remarquable de 24% sur l'ensemble des collaborateurs du RSV.

4.1.4 Description de l'échantillon

Les répondants sont majoritairement féminins (70%) et âgés de 30 à 50 ans (64%).

Si l'on se réfère aux statistiques de l'année 2009 présentes dans le document « Indicateurs statistiques 2009 / Ressources humaines » du RSV, les femmes représentent 73,08% de l'ensemble des employés du RSV et les classes d'âges les plus représentées sont les tranches 25 à 29 ans et 40 à 49 ans.

Concernant leur catégorie professionnelle, les répondants sont soignants à 36%, taux qui correspond bien aux 36% de soignants que comptait le RSV en 2009 sur l'ensemble du RSV.

L'échantillon des répondants à cette enquête est donc tout à fait conforme et représentatif de la réalité.

Notons que les collaborateurs de tous les sites hospitaliers ont accepté de participer à l'enquête. Le CHCVs totalise 55% des réponses (dont 35% travaillent sur le site de Sion), le Centre Hospitalier du Chablais (CHC) 30% et le Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO) 16%.

En 2009, le CHCVs représentait 55% des effectifs du RSV, le CHC 13% et le SZO 22,5%. Le CHC s'est donc particulièrement mobilisé pour répondre à l'enquête.

Les répondants résident majoritairement dans le Valais Central (47%). Les résidents du Bas Valais représentent un quart des réponses et le Haut Valais 16%.

4.1.5 Résultats

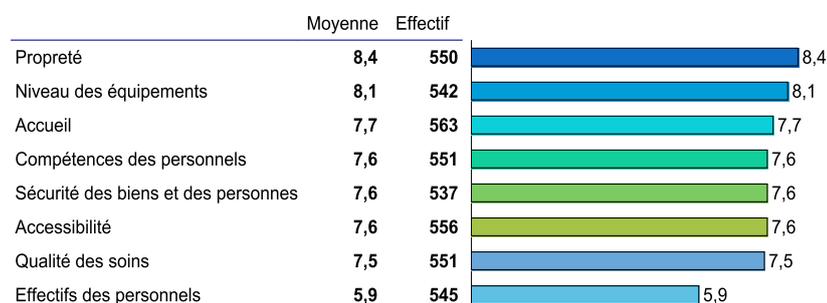
4.1.5.1 Recours aux soins en Valais

Les hôpitaux du RSV

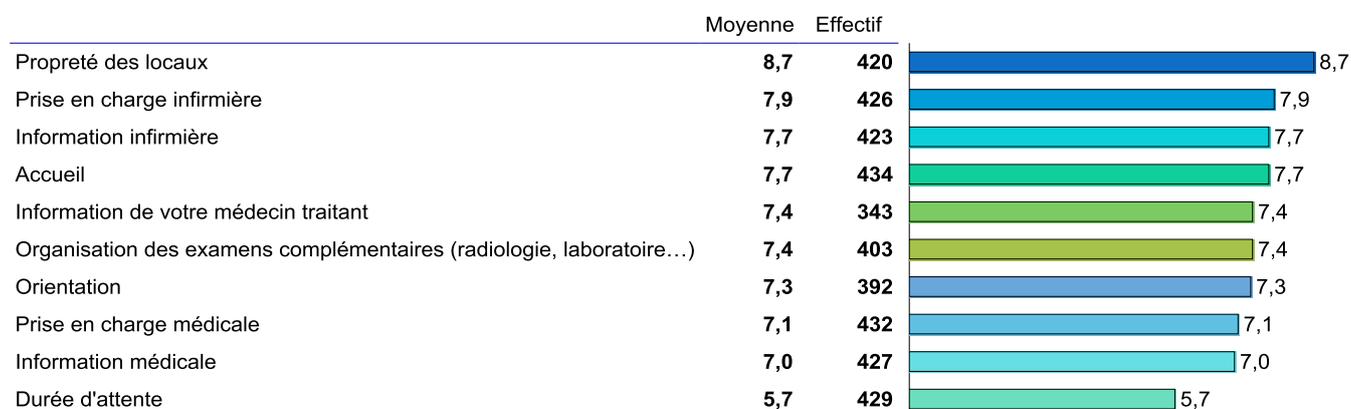
Les hôpitaux du RSV ont été fréquentés par 55% des répondants (eux ou une personne de leur foyer) en 2009-2010. Pour ceux les ayant fréquenté, il s'agissait principalement de venues en urgence (dans 74% des cas).

Globalement leur satisfaction à l'égard de la prise en charge administrative et thérapeutique est d'un bon niveau (respectivement 7,3/10 et 7,1/10) avec cependant des résultats assez hétérogènes. De manière détaillée, la propreté et le niveau des équipements sont très bien évalués. En revanche, les effectifs de personnel sont plus faiblement évalués : 5,9/10.

Globalement, concernant les hôpitaux du RSV dans lesquels vous ou un membre de votre foyer a été pris en charge, vous diriez que vous en êtes...



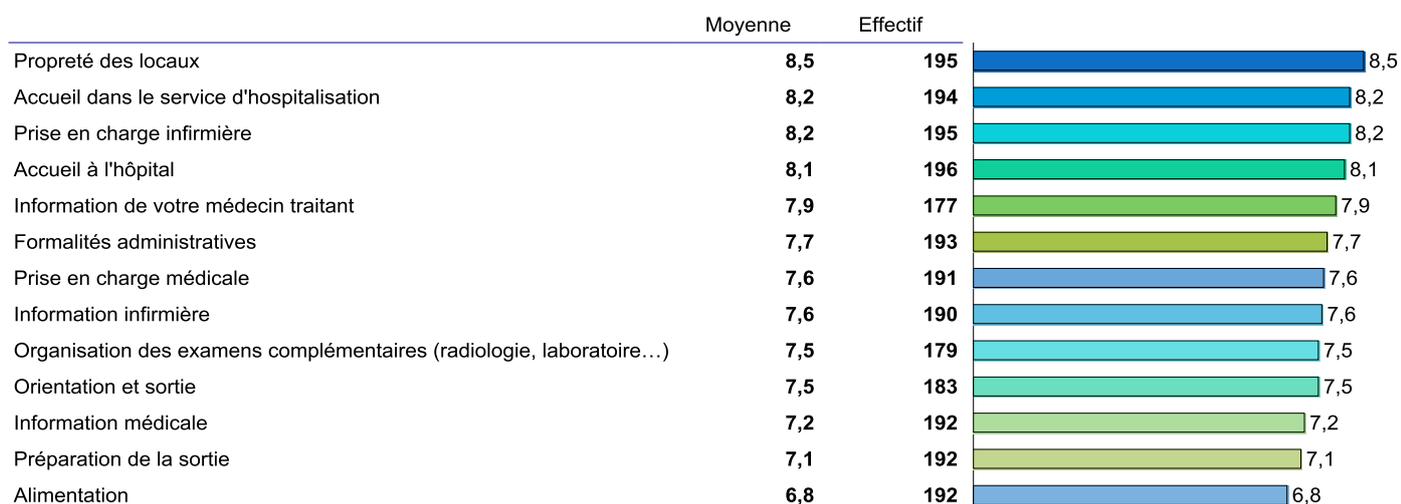
La prise en charge en urgence est majoritairement unique sur la période avec une seule venue pour 58% des répondants en 2009-2010. Globalement la prise en charge par les urgences est bien évaluée, notamment concernant la propreté des locaux, la prise en charge infirmière, l'information infirmière, l'accueil. La durée d'attente est plus faiblement notée (5,7/10).



Graphique 1 : La prise en charge en urgences dans un centre hospitalier du RSV

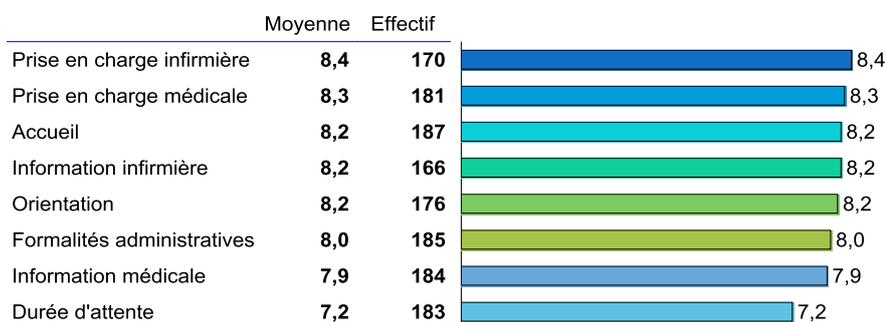
L'hospitalisation programmée, qui concernait 34% des répondants, a majoritairement été unique également sur la période. Cette prise en charge est globalement très bien évaluée, notamment concernant la propreté des locaux, l'accueil dans le service d'hospitalisation, la prise en charge infirmière, l'accueil à l'hôpital.

Graphique 2 : L'hospitalisation programmée dans un centre hospitalier du RSV



La consultation dans un centre hospitalier du RSV concerne 32% des répondants qui ont des consultations de manière assez régulière. Celles-ci sont très bien évaluées.

Graphique 3 : La consultation dans un centre hospitalier du RSV



La clinique de Valère

Seulement 7% des répondants (eux ou une personne de leur foyer) sont allés à la clinique de Valère en 2009-2010, assez logiquement pour une hospitalisation programmée (à 84%).

Lieux envisagés pour une prise en charge thérapeutique

58% des répondants iraient sans hésiter dans un hôpital du RSV le plus proche de chez eux et 7% dans un autre hôpital du RSV, soit un total de 65% de répondants qui font confiance au RSV.

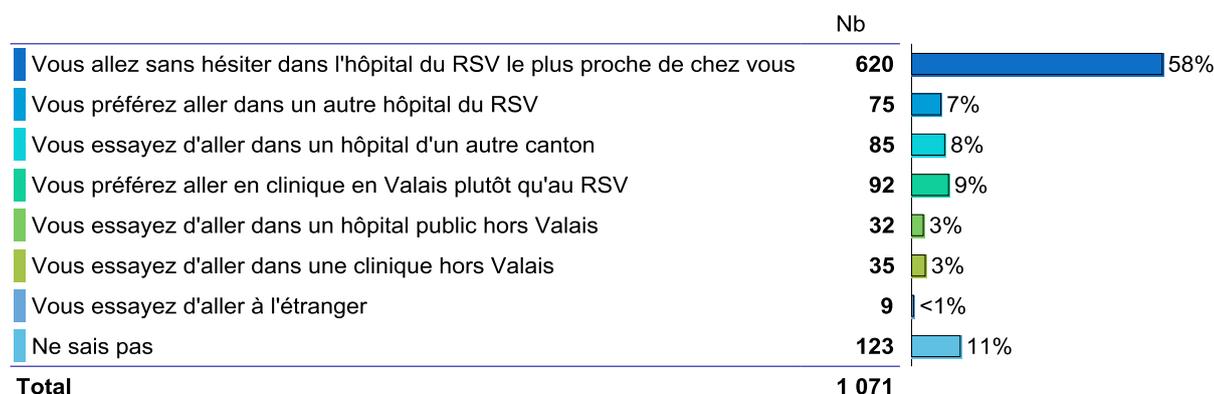
12% privilégieraient une clinique (9% dans une clinique du Valais, 3% dans un autre canton).

11% iraient dans l'hôpital d'un autre canton et 1% se rendrait à l'étranger afin de se faire soigner.

Dans cette enquête, le taux de fuite de Valaisans envisageant l'éventualité d'une hospitalisation dans un autre canton (15%) s'avère largement supérieur aux demandes enregistrées par le Service de Santé Publique ces dernières années (moins de 2%). Le RSV doit intégrer ce paramètre dans un projet stratégique dont un des objectifs est bien de maintenir son emprise sur la clientèle valaisanne.

Si votre prise en charge thérapeutique le permet et si vous deviez demain bénéficier de soins hospitaliers...

Taux de réponse : **100%**



47% des répondants supposent que leur médecin traitant les dirigerait, dans le cadre des prises en charge thérapeutiques, vers le CHCVs, 15% vers le SZO et 23% vers le CHC.

Le bilinguisme

43% des collaborateurs du RSV jugent que le bilinguisme est un réel problème pour les malades, 45% pensent que ce n'en n'est pas un et 12% n'ont pas d'opinion sur ce sujet. 58% des répondants seraient prêts à proposer une solution à cette difficulté si leur direction leur demandait.

La question du bilinguisme reste à traiter sur le fond par le RSV et doit, de notre point de vue, faire partie des points à aborder dans le cadre d'un projet stratégique. Ce point ne peut, en effet, être réglé localement par tel ou tel service sans qu'il n'y ait de vision globale du RSV.

4.1.5.2 Environnement du RSV

72% des répondants connaissent l'évolution législative fédérale suisse concernant le prochain libre choix du malade quant à son lieu d'hospitalisation.

Concernant la collaboration entre les différents acteurs du secteur hospitalier, il importe de souligner le grand nombre de personnes ayant répondu ne pas avoir d'opinion, ce qui accrédite la préconisation de mettre en place les instruments d'une meilleure communication du RSV.

Les répondants estiment à 42% qu'il y a une collaboration suffisante entre les hôpitaux du RSV et les autres centres hospitaliers, 33% n'ayant pas d'opinion. La collaboration apparaît suffisante entre le RSV et les sages-femmes de pratique privée pour seulement 18% d'entre eux (67% n'ont pas d'opinion).

Les répondants jugent les relations insuffisantes entre le RSV et la clinique de Valère à 28% (61% n'ont pas d'opinion), ainsi qu'entre le RSV et les médecins de pratique libérale à 34% (37% n'ont pas d'opinion).

L'avis est plus équilibré concernant les relations entre l'équipe du répondant et les médecins de pratique privée. En effet, les répondants sont autant à juger que la collaboration est suffisante qu'insuffisante mais 48% n'ont pas d'opinion.

Lorsqu'elles existent, les relations de travail entre l'équipe du répondant et les médecins de pratique privée sont perçues de manière satisfaisante pour 45% des collaborateurs, 38% n'ayant pas d'opinion.

4.1.5.3 Structuration et organisation interne du RSV

53% des répondants jugent avoir assez d'information sur l'organisation globale du RSV, ce que l'on peut exprimer à l'inverse par : environ une personne sur deux estime ne pas avoir d'information suffisamment claire sur l'organisation de son hôpital. Du fait de la complexité de la gouvernance de la structure que l'on évoque largement dans d'autres chapitres, des modalités d'information devraient probablement être mises en œuvre, sachant que, sur un sujet tel que celui-ci, le ressenti des personnes peut être en décalage avec les moyens d'information existants.

Pour près des 2/3 des répondants, il y a suffisamment de centres hospitaliers et de sites hospitaliers dans le RSV. 15% d'entre eux pensent qu'il y a trop de centres et 23% estiment qu'il y a trop de sites hospitaliers. Ce dernier élément est parfaitement corroboré par les propos tenus lors des entretiens et auditions, sachant que, dans ce cadre-là, la proportion était de plus des 2/3 des personnes pensant qu'une réduction du nombre de sites ferait gagner en efficacité. L'item suivant en atteste :

- 73% des répondants jugent que les transports sanitaires entre sites constituent une gêne pour les malades.
- Les relations fonctionnelles entre les centres hospitaliers et l'ICHV sont jugées satisfaisantes. Les relations entre les équipes du RSV et l'ICHV sont également jugées satisfaisantes.

4.1.5.4 Qualité de la prise en charge du malade

La qualité de la prise en charge du malade a été jugée en tant qu'hospitalisé mais aussi en tant que professionnel ; elle apparaît globalement satisfaisante.

En tant qu'hospitalisé, la prise en charge thérapeutique est jugée satisfaisante pour 52% des répondants et très satisfaisante pour 24% d'entre eux, soit plus des trois quarts des réponses.

En tant que professionnel, la prise en charge thérapeutique est jugée satisfaisante pour 56% des professionnels et très satisfaisante pour 19% d'entre eux, soit également les trois quarts des répondants.

En tant que professionnel, la prestation réalisée par l'ICHV est également jugée satisfaisante pour 57% et très satisfaisante pour 25%, soit 82% des réponses. Ceci confirme le bien fondé de l'image de qualité qui entoure l'ICHV.

4.1.5.5 Démarche qualité

47% des répondants jugent que la démarche qualité est suffisamment développée au sein de leur service. Notre analyse montre que les procédures qualité sont en effet remarquables au RSV mais qu'il manque un management par la qualité. Sans doute, est-ce ce qu'il faut retirer de la moitié des réponses estimant que cette démarche qualité est perfectible.

50% des répondants seraient favorables à ce qu'une démarche qualité soit accompagnée par un organisme spécialisé. Notre préconisation sur ce point découle de notre constat sur le terrain et de ce résultat : la démarche de l'assurance qualité doit être ancrée en continu dans les pratiques et une évaluation annuelle, tant sur les procédures que sur les pratiques professionnelles gagnerait, selon nous, à s'instaurer.

4.1.5.6 Qualité du management

La qualité du management de l'équipe de la direction générale du RSV est plus faiblement évaluée, que ce soit du point de vue administratif ou médical (5,6/10).

La qualité du management de l'équipe du centre hospitalier est moyennement évaluée, que ce soit du point de vue soignant, médical ou administratif (6,4 pour le premier, 6 pour les deux autres).

La qualité du management de l'équipe est, quant à elle, mieux évaluée (respectivement 7,3/10, 6,7/10 et 6,6/10).

On le sait : les choses vont globalement mieux chez soi qu'à l'extérieur. Ce constat bien connu est une nouvelle fois vérifié. Cependant, et en lien avec l'ensemble des commentaires que nous faisons sur ce sujet, le management du RSV doit évoluer. Son faible taux de satisfaction traduit bien la tonalité générale des entretiens et auditions menés auprès de toutes les catégories de collaborateurs.

4.1.5.7 Qualité de l'information

La qualité de l'information fournie par la direction générale du RSV à la population du Valais est plutôt jugée insuffisante.

La qualité de l'information échangée entre la direction générale du RSV et le centre hospitalier obtient juste la moyenne de 5/10, tout comme celle entre le centre hospitalier du répondant et les autres centres du RSV.

Là encore, on perçoit en filigrane de ce résultat la complexité de l'organisation actuelle du RSV, l'opacité de son processus de direction ainsi que son réel déficit de communication et sa difficulté à inverser le cours des choses.

4.1.5.8 Gestion des ressources humaines

Le management des ressources humaines est moyennement évalué que ce soit celui du RSV ou du centre hospitalier de rattachement du répondant. Celui de l'équipe du collaborateur enquêté est quant à lui tout juste correctement évalué.

Ainsi que nous l'écrivons, le RSV ne véhicule pas actuellement une image d'hôpital, ni une culture hospitalière. Le management des ressources humaines en est un indicateur-clé, aussi bien d'ailleurs que l'item précédant sur l'insuffisance de qualité des informations qu'il diffuse. Une gouvernance plus conforme aux valeurs qui motivent les soignants, les médecins et les administratifs à exercer leurs métiers au sein d'une structure publique doit absolument être mise sur pied.

66% des répondants ne connaissent pas les modalités de mise au concours pour les recrutements de médecins cadres du RSV. Concernant la mise au concours, 42% des répondants pensent qu'il s'agit d'un processus adapté, 47% sont « sans opinion ».

52% des répondants jugent que le bilinguisme est un problème au RSV pour le personnel. 62% des répondants seraient prêts à proposer une solution si la direction leur demande. Comme plus de la moitié du personnel du RSV, nous pensons que ce point constitue une des priorités affichées du RSV dans un avenir proche. Des solutions peuvent, sans doute, émerger sur la base d'une action organisée et participative entre la direction et les collaborateurs, les 2/3 des répondants acceptant d'entrer dans cette réflexion.

Pour 80% des répondants, les transports sanitaires entre sites ne constituent pas une gêne pour les malades. Cette appréciation est, dans une même proportion, totalement inverse à celle des professionnels de pratique privée qui, à 83%, estiment que les transports inter-sites dégradent la satisfaction des malades sur leur séjour au sein du RSV. Nos travaux montrent davantage de convergence avec l'opinion des professionnels privés qu'avec celle des collaborateurs de l'hôpital.

4.2 *Enquête d'image et de satisfaction auprès des professionnels de santé de pratique privée*

4.2.1 Méthodologie

L'enquête d'image et de satisfaction auprès des professionnels de santé de pratique privée s'est déroulée entre le 17 décembre 2010 et le 14 janvier 2011.

Une invitation à participer à l'enquête d'image et de satisfaction a été envoyée individuellement par courrier électronique aux professionnels de santé de pratique privée exerçant en Valais, le 17 décembre 2010.

Ont ainsi été contactés :

- les infirmières,
- les médecins,
- les sages-femmes,
- les responsables CMS (centres médico-sociaux),
- les directions EMS (établissements médico-sociaux).

Des relances ont été organisées régulièrement auprès des non répondants.

4.2.2 Composition du questionnaire

Le questionnaire comporte environ 100 questions et se décompose selon les séquences suivantes :

- Recours aux soins en Valais comme utilisateur (bénéficiaire de soins)
 - o La prise en charge en urgence dans un centre hospitalier du RSV
 - o L'hospitalisation programmée dans un centre hospitalier du RSV
 - o La consultation dans un centre hospitalier du RSV
- Environnement du RSV
- Structuration du RSV
- Offre de soins du RSV
- Qualité de la prise en charge des malades
- Qualité du management
- Qualité de l'information
- Gestion des ressources humaines
- Profil du répondant

4.2.3 Statistiques de réponse

Les statistiques de réponse sont les suivantes :

- o Nombre de personnes contactées : 607
- o Nombre de personnes ayant reçu l'e-mail : 572
- o Nombre de personnes ayant commencé à répondre à l'enquête : 261
- o Nombre de répondants ayant terminé l'enquête : 175
- o Soit un taux de réponse de 30%, taux qui, d'un point de vue statistique, est globalement satisfaisant au regard de la cible, même si l'on aurait pu espérer une meilleure mobilisation sur le sujet.

607 professionnels ont ainsi été contactés, 572 avaient une adresse e-mail valide et ont effectivement reçu le mail, soit une qualité du fichier de 94%. Sur les 261 personnes ayant accepté de participer au questionnaire, 175 l'ont terminé, soit un taux d'aboutissement de 67%.

La base de réponses a ensuite été étudiée pour vérifier qu'il n'y avait pas de questionnaires anormalement renseignés, de réponses trop systématiques ou incohérentes. Aucune réponse n'a nécessité de suppression.

4.2.4 Description de l'échantillon

Les répondants sont majoritairement masculins (66%) et âgés de 40 ans et plus (91%). Ils sont principalement de profession médicale (70% de médecins).

Si l'on se réfère au fichier qui a servi de base pour l'envoi du mailing invitant les professionnels de santé de pratique privée pour répondre à l'enquête, les médecins représentaient 77% des professionnels à contacter. Les médecins ayant répondu à l'enquête offrent donc un échantillon parfaitement représentatif.

Les infirmiers ont quant à eux contribué à 15% des réponses, les sages femmes pour 3%, les autres catégories (directions EMS, CMS) pour 12%. Les physiothérapeutes n'ont pas significativement fourni de réponses.

Les répondants résident majoritairement dans le Valais Central (68%), dans le district de Sion (34%). Le Bas Valais est représenté par 19% des répondants et le Haut Valais par 12%.

4.2.5 Résultats

4.2.5.1 Recours aux soins en Valais

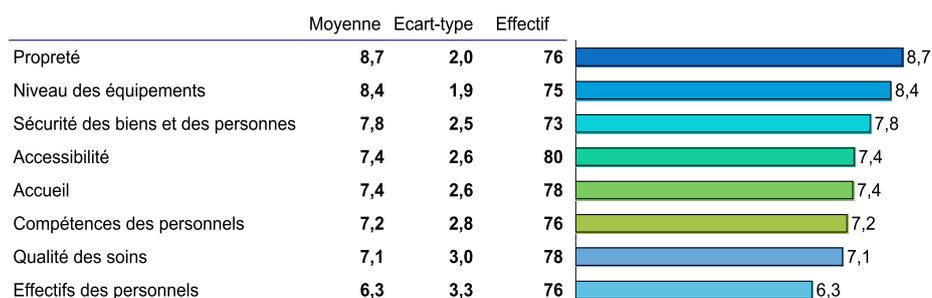
Les hôpitaux du RSV

Les hôpitaux du RSV ont été fréquentés par 47% des répondants (eux ou une personne de leur foyer) en 2009-2010. Pour ceux les ayant fréquenté, il s'agissait principalement de venues en urgence.

Globalement leur satisfaction à l'égard de la prise en charge administrative et thérapeutique est d'un niveau correct (respectivement 6,3/10 et 6,4/10) avec cependant des résultats assez hétérogènes.

De manière détaillée, la propreté, le niveau des équipements, la sécurité des biens et des personnes sont très bien évalués. En revanche, les effectifs de personnel sont évalués d'une manière juste satisfaisante : 6,1/10.

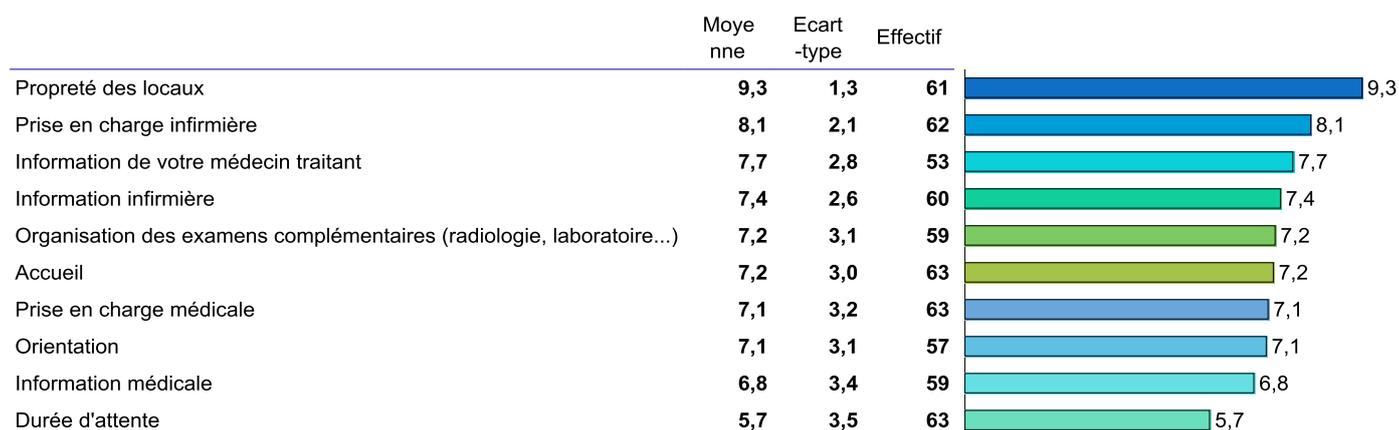
Globalement, concernant les hôpitaux du RSV dans lesquels vous ou un membre de votre foyer a été pris en charge, vous diriez que vous en êtes...



La prise en charge en urgence est occasionnelle (principalement 1 fois par répondant en 2009-2010). Globalement cette prise en charge est bien évaluée notamment concernant la propreté des locaux, la prise en charge infirmière et l'information du médecin traitant.

Comme dans les autres enquêtes, la durée d'attente est cependant plus faiblement notée avec 5,7/10, ce qui plaide pour un travail de fond à mener sur une meilleure adéquation entre les effectifs présents et les flux de malades.

Graphique 1 : La prise en charge en urgence dans un centre hospitalier du RSV



La clinique de Valère

Seulement 17% des répondants (eux ou une personne de leur foyer) sont allés à la clinique de Valère en 2009-2010, principalement pour une hospitalisation programmée (à 83%). Sans en être trop éloigné, ce constat n'est cependant pas totalement en phase avec la réponse fournie sur le libre choix du malade (cf ci-dessous) qui laisserait apparaître une intention d'hospitalisation dans le secteur privé en Valais de 24%.

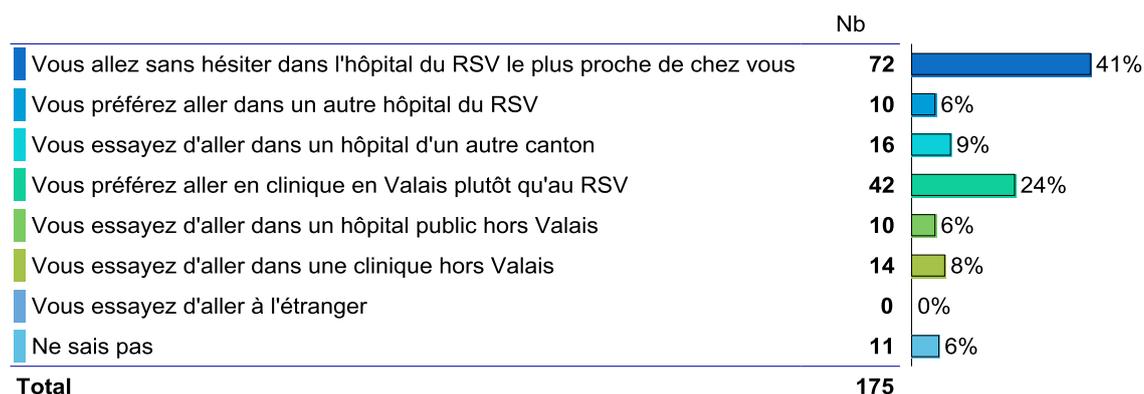
Lieux envisagés pour une prise en charge thérapeutique

41% des répondants iraient sans hésiter dans un hôpital du RSV le plus proche de chez eux et 6% dans un autre hôpital du RSV, soit à peine une personne sur deux.

32% privilégieraient la clinique (24% dans une clinique du Valais, 8% dans un autre canton) et 15% iraient dans l'hôpital d'un autre canton. Aucun ne se rendrait à l'étranger afin de se faire soigner.

Si votre prise en charge thérapeutique le permet et si vous deviez demain bénéficier de soins hospitaliers...

Taux de réponse : 100%



66% des répondants supposent que leur médecin traitant les dirigerait, dans le cadre des prises en charge thérapeutiques, vers le CHCVs, 10% vers le SZO et 8% vers le CHC.

Dans toutes les enquêtes, la confiance dans la prise en charge au sein du CHCVs est affirmée nettement.

4.2.5.2 Environnement du RSV

90% des répondants connaissent l'évolution législative fédérale suisse concernant le lieu d'hospitalisation, ce qui ne surprend pas.

En temps que professionnel de santé de pratique privée, 60% jugent qu'elle aura un impact sur l'activité des sites hospitaliers appartenant au RSV. Selon eux, tous les sites seraient touchés par une perte de patientèle, notamment Sierre (53%), Sion (50%) et Martigny (49%). Cela est cohérent avec le fait qu'un sur deux seulement se tournerait spontanément vers le RSV pour une hospitalisation.

Concernant la collaboration entre les différents acteurs du secteur hospitalier, comme pour l'enquête d'image et de satisfaction proposée aux collaborateurs du RSV, il apparaît important de souligner le grand nombre de personnes ayant répondu ne pas avoir d'opinion.

Les répondants estiment à 44% qu'il existe une collaboration suffisante entre les hôpitaux du RSV et les autres centres hospitaliers (un tiers n'a pas d'opinion).

La collaboration apparaît insuffisante entre le RSV et la clinique de Valère pour 46% (45% n'ont pas d'opinion, ce qui peut surprendre) ainsi qu'entre le RSV et les médecins de pratique libérale pour plus de la moitié des répondants. Ce dernier point doit interroger les gestionnaires et les médecins du RSV afin qu'une amélioration soit mise en chantier.

La collaboration entre le RSV et les sages-femmes de pratique privée et entre le RSV et les infirmiers de pratique privée sont également jugées insuffisantes, respectivement à 21% (71% n'ont pas d'opinion, surprenant également) et 30% des répondants (56% n'ont pas d'opinion : même commentaire).

Les relations de travail entre les répondants et les médecins chefs de département du RSV sont perçues d'une manière peu tranchée. En effet, les répondants sont autant à juger que la collaboration est suffisante qu'insuffisante (chacune des options récoltent un tiers des votes des répondants).

Les relations de travail entre les répondants et les médecins chefs de service du RSV sont perçues de manière satisfaisante par 43% des répondants.

Ces deux éléments confirment la meilleure proximité des chefs de service par rapport aux chefs de département, ce qui est logique. Cela peut également montrer la charge de travail des chefs de département qui ne peuvent pas maintenir une relation suivie avec leurs confrères. Remarquons enfin que la définition de la fonction de médecin chef de département ne nous est pas apparue clairement, notamment les proportions prises par le soin, d'une part, et par la gestion opérationnelle d'équipe ou stratégique, d'autre part. En fait, la communication médecin de pratique privée et chef de département devrait pouvoir s'exercer sur les deux aspects.

Les relations de travail entre les répondants et les directions médicales du RSV sont majoritairement insatisfaisantes, 45% n'ont pas du tout de relations avec les directions médicales du RSV, 26% qui en ont les jugent insatisfaisantes.

58% des répondants souhaitent être davantage consultés sur l'organisation des structures du RSV. Un tiers ne le souhaite pas ou considère que cela serait sans intérêt (respectivement 23% et 11%).

Près de la moitié des répondants demandent à être davantage impliqués dans le fonctionnement des structures du RSV, 34% sont contre, 11% trouvent cela sans intérêt pour leur travail.

4.2.5.3 Structuration du RSV

55% des répondants jugent ne pas avoir assez d'information sur l'organisation globale du RSV.

Les répondants jugent qu'il y a suffisamment d'hôpitaux et de sites hospitaliers (respectivement à 66% et 59%) dans le RSV. 23% d'entre eux pensent qu'il y a trop d'hôpitaux et 32% trop de sites hospitaliers, ce pourcentage étant à considérer de près, s'agissant de professionnels de santé et majoritairement de médecins traitants.

Au-delà de la pertinence des prises en charge médicales qui peuvent souffrir de cette dispersion, les transports sont perçus très négativement : 83% des répondants jugent que les transports sanitaires entre sites constituent une gêne pour les malades.

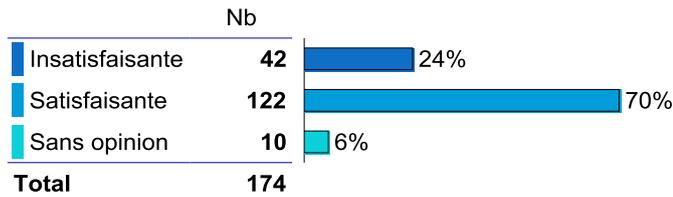
Autre élément qui relève de la perception de l'ensemble du dispositif mis en place en Valais : 60% des répondants jugent que la gestion du RSV est trop dépendante des acteurs politiques du Valais. Bien entendu, au travers d'une enquête d'image, les questions sont relativement globales afin de ne pas confectionner un questionnaire trop étoffé ; et il est vrai que, sur un thème comme celui-ci, d'autres questions plus fines devraient sans doute être insérées. Cependant, la perception des professionnels de pratique libérale reflète une appréciation largement partagée et que nous avons formulée dans les chapitres sur la planification et l'organisation administrative et médicale des structures auditées en apportant des recommandations pour qu'une indispensable clarification intervienne au plus tôt.

4.2.5.4 Offre de soins du RSV

70% des répondants considèrent que la qualité des soins délivrés est satisfaisante. Cette opinion des professionnels importe vraiment dans un contexte où la qualité des prestations et, en conséquence, la sécurité des malades sont largement controversées dans la presse destinée au grand public. Cette opinion largement favorable est corroborée par notre audit, comme le montre le chapitre consacré à l'audit réalisé sur la qualité.

Comment jugez-vous globalement l'offre de soin du RSV ?

Taux de réponse : 99%



47% jugent que l'offre de soin de proximité du RSV est à développer, principalement concernant la médecine adulte (74%), la pédiatrie (54%) et la chirurgie adulte (51%).

43% jugent que l'offre de soin de recours du RSV est également à développer, principalement la médecine adulte (80%) et la chirurgie adulte (60%).

Pour les répondants, les activités de pointe à développer, devraient l'être en relation étroite avec les hôpitaux universitaires, principalement de Lausanne (84%), de Genève (66%) et de Berne (50%).

Pour 41% des répondants, les relations entre l'offre de soin de proximité et l'offre de soin de recours ne sont pas suffisamment fluides.

Les éléments exprimés par les professionnels privés prescripteurs d'hospitalisation pour le RSV sont particulièrement riches d'enseignement et devraient servir de point de départ à la stratégie médicale que doit développer le RSV.

La cohérence avec nos recommandations est également certaine : nous conseillons vivement la constitution de structures prenant en charge le soin somatique de proximité dans chacune des régions (Haut Valais à Viège/Visp, Centre Valais à Sion pour le stationnaire et Sierre pour l'ambulatoire, puis Riviera-Chablais pour le Bas Valais) et les soins de recours à Sion, avec les variantes possibles autour de ce que nous considérons comme des points incontournables (cf le chapitre sur la planification). Des développements d'activité sont à étudier sur la médecine et la chirurgie de l'adulte et, s'il s'agit de disciplines de pointe, les coopérations sont bien entendu à mener avec les trois hôpitaux universitaires les plus proches.

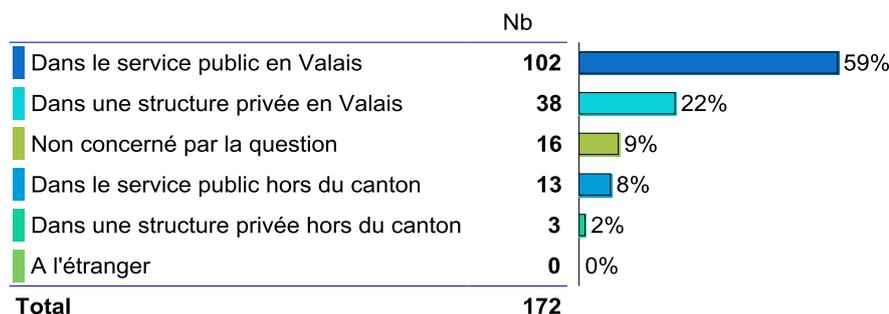
De ce point de vue, il est extrêmement intéressant d'observer les pourcentages de coopération avec ces trois structures : il nous semble à étudier finement la part obtenue par chacun d'eux, qui, à première vue, ne reflèterait pas la part prise par chacune de ces facultés dans la formation des médecins en Valais ; peut-être y a-t-il une légère sur-représentation de Berne/Bern dans ce résultat, sachant que les médecins, même installés en secteur privé, gardent des attaches fortes avec ceux qui les ont formés.

Le décalage supposé entre lieux de formation et nécessité de tisser des liens entre hôpitaux tendrait à appuyer notre argumentaire qui pousse à nouer davantage de relations avec d'autres établissements que Genève et Lausanne, notamment en favorisant une saine émulation entre eux et en y intégrant les équipes de l'Inselspital. La procédure « d'appels d'offres » que nous proposons peut sans doute s'avérer en phase avec les attentes des médecins de pratique privée sur ce point.

A possibilité de prise en charge thérapeutique identique, 59% des répondants adresseraient leurs malades au service public en Valais, 22% dans une structure privée du canton, 10% dans un établissement hors canton. La confiance globale dans la structure RSV est bien confirmée.

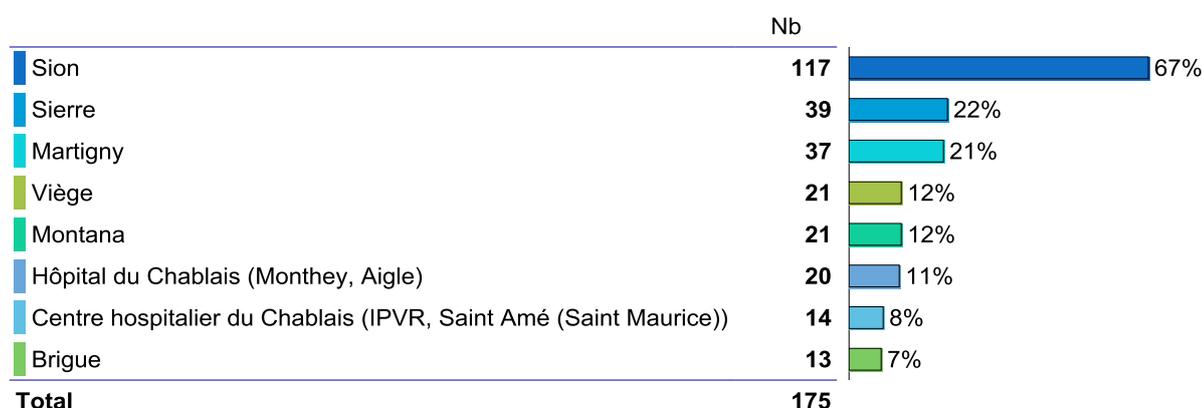
A possibilité de prise en charge thérapeutique identique, adresserez-vous vos malades plutôt :

Taux de réponse : 98%



Quand cela est le cas, vers quelles structures du RSV adressez-vous vos patients ?

Taux de réponse : 93%



Cette répartition des réponses (plusieurs réponses étaient possibles) s'avère très intéressante à étudier.

Le site de Sion, compte tenu de ses équipes, de ses équipements, de la diversité de ses activités et, également, du fait de sa proximité géographique avec les cabinets des médecins privés l'emporte très largement.

Sierre et Martigny font le même score, ce qui renforce nos propositions d'en faire des sièges de centres d'excellence ou de départements très transversaux comme, respectivement, l'ambulatoire et de la réadaptation fonctionnelle ou la filière gériatrique.

Du fait de sa spécialisation, le « petit score » du CHC le confirme comme le pilote des activités psychiatriques.

Enfin, l'écart entre Viège/Visp et Brigue/Brig tend à accréditer la concentration des activités somatiques que nous proposons pour le premier.

4.2.5.5 Qualité de la prise en charge du malade

La qualité des prestations concernant les laboratoires pour le diagnostic, la pédiatrie, les explorations fonctionnelles, la gynécologie, l'obstétrique et la radiologie-imagerie médicale est d'un niveau tout-à-fait remarquable (de 7 à 7,9/10).

La qualité de la médecine et de la chirurgie est cependant plus moyennement évaluée (respectivement 6,3 et 5,6/10). Efforts dans le domaine de la qualité des prestations en lien avec notre recommandation d'un pilotage par la qualité et définition et mise en œuvre d'une politique de communication pertinente doivent bien faire partie des objectifs du RSV.

En tant que prescripteur d'hospitalisation des malades vers les structures du RSV, les répondants émettent un avis également partagé quant à leurs relations avec les médecins du RSV : un tiers les jugent plutôt insatisfaisantes et un autre tiers plutôt satisfaisantes. 10% disent ne pas être concernés (directeurs EMS et CMS, notamment).

Pour 61% des répondants, le bilinguisme n'est pas un réel problème au RSV pour les malades. La question du bilinguisme s'affirme donc un facteur à étudier précisément, notamment en cas de regroupement d'activités qui ne seraient plus assurées en Haut Valais ou d'intervention d'équipes transversales entre les sites.

4.2.5.6 Qualité du management

La qualité du management de l'équipe de la direction générale du RSV est très faiblement évaluée que ce soit du point de vue administratif (3,7/10) ou médical (4,5/10). Notre audit ainsi que cette enquête d'image sont sans appel sur ce point qui doit faire l'objet d'une action forte et immédiate tant de la part du Conseil d'Administration que de la direction générale elle-même.

La qualité professionnelle des médecins du RSV est quant à elle très bien évaluée par 86% des répondants : 59% la juge plutôt satisfaisante et 27% très satisfaisante, soit plus des 3/4 des professionnels privés satisfaits des médecins hospitaliers. Un tel score et les conclusions de notre audit paraissent lever toute ambiguïté sur la question de la compétence globale des médecins de l'Hôpital du Valais.

4.2.5.7 Qualité de l'information

La qualité de l'information fournie par la direction générale du RSV à la population du Valais est majoritairement jugée bien insuffisante : près d'un tiers la considère très insatisfaisante et 45% plutôt insatisfaisante. Ce score sans nuance impose une action sans délai du Conseil d'Administration et de la direction générale.

L'information délivrée aux professionnels de santé de pratique libérale, quelle que soit l'origine est très faiblement notée, notamment lorsqu'elle vient de la direction du centre hospitalier le plus proche (3,8/10) et de la direction générale du RSV (3,4/10). Toutes proportions gardées, l'information délivrée par les équipes médicales apparaît plus correcte et atteint la note de 5/10. La simplification de la ligne hiérarchique du RSV que nous préconisons n'entachera donc pas cet aspect « communication de proximité » qu'auraient pu assurer les directions des centres hospitaliers.

Les rencontres avec la direction et les équipes médicales du centre hospitalier le plus proche sont jugées nettement insuffisantes, voire inexistantes.

76% des répondants ne rencontrent jamais la direction du centre hospitalier le plus proche, 16% estiment ne pas la rencontrer assez souvent, soit 92% des personnes interrogées. Ils rencontrent cependant un peu plus les équipes médicales du centre hospitalier, mais cela reste insuffisant : seuls 20% les rencontrent souvent ou très souvent.

Globalement, d'un point de vue médical ou institutionnel, l'aspect de la communication du RSV doit devenir un objectif pressant. Des enquêtes récurrentes sur cette question peuvent faire partie d'une évaluation annuelle que, plus globalement, nous préconisons sans réserve (cf chapitre sur l'audit de la qualité).

4.2.5.8 Gestion des ressources humaines

55% des répondants pensent que la mise au concours pour les médecins cadres recrutés par le RSV est un processus adapté à une médecine hospitalière de qualité. Ce score nous apparaît relativement faible et semble accréditer les recommandations que nous portons dans l'adaptation de la gestion administrative et médicale du RSV.

Enfin, 59% des répondants pensent que le bilinguisme n'est pas un problème pour le personnel du RSV. A l'inverse, cela signifie qu'environ 40% des opinions émises souhaiteraient que, pour ce point, les personnels soient davantage polyvalents dans le suivi des malades.

4.3 *Enquête d'image et de satisfaction auprès de la population valaisanne*

4.3.1 Méthodologie

L'enquête d'image et de satisfaction auprès de la population valaisanne s'est déroulée entre le 11 janvier au 28 février 2011.

Comme pour l'enquête d'image et de satisfaction qui avait été proposée aux collaborateurs du RSV, la participation s'est déroulée en deux temps pour la consultation de la population.

Un site internet (www.sphconseil.com) a été spécialement créé en décembre 2010 afin de permettre aux habitants d'y renseigner dans un premier temps leur adresse e-mail, puis de recevoir à partir de janvier un courriel contenant le lien leur permettant de répondre au questionnaire en ligne. L'envoi de ce courriel a été réalisé par vagues d'inscriptions afin de vérifier la qualité des e-mails et, éventuellement, assainir la base si cela s'avérait nécessaire (adresses incomplètes ou erronées, même adresse enregistrée plusieurs fois).

Des relances ont été organisées régulièrement auprès des non répondants.

Campagne de communication et d'information

Afin d'informer le plus grand nombre de Valaisans sur cette consultation, l'annonce de l'enquête a été faite dans les trois supports médiatiques (presse, radio et télévision) et sur trois périodes différentes, entre fin décembre 2010 et février 2011.

La population a été, d'abord, avertie par voie de presse, puis par la radio et, enfin, par la télévision.

Notons que pour chacun des médias ont été réalisés une version en français et une version en allemand, de manière à ce que chaque habitante et chaque habitant du Valais puisse bénéficier de la même information et aux mêmes dates.

Annonces dans la presse

La première annonce sur l'enquête d'image et de satisfaction à l'attention de la population est parue simultanément dans trois journaux le vendredi 24 décembre 2010 : le Walliser Bote, Le Nouvelliste et le Bulletin Officiel.

L'annonce a été éditée une seconde fois dans le Walliser Bote et Le Nouvelliste le mardi 4 janvier.

Annonces sur les radios

La diffusion des spots radio a été effectuée sur trois radios différentes : Radio Chablais, Radio Rottu et Rhône FM.

12 spots ont ainsi été diffusés sur chacune des radios pendant trois jours, du mardi 1^{er} au jeudi 3 février inclus, soit 36 diffusions au total. Les spots ont été diffusés à divers créneaux horaires afin de toucher le maximum d'auditeurs.

		Février 2011		
		Mardi 1	Mercredi 2	Jeudi 3
Radio Chablais		6H45	7H27	8H45
		11H57	10H38	11H57
		16H24	13H57	12H43
		19H27	17H38	18H14
Radio Rottu		6H45	7H27	8H45
		11H57	10H38	11H57
		16H24	13H57	12H43
		19H27	17H38	18H14
Rhône FM		6H27	7H57	8H57
		11H10	10H27	11H27
		16H57	13H27	12H40
		19H10	17H10	18H15

Annonces sur les chaînes de télévision

La diffusion de spots télévisés a été programmée en Haut-Valais, Valais romand et Chablais sur les chaînes Canal 9 et Swisscom TV. 6 diffusions par jour ont été réalisées pendant 3 jours, du lundi 7 au mercredi 9 février inclus, soit 36 diffusions au total.

		Février 2011		
		Lundi 7	Mardi 8	Mercredi 9
Canal 9		18h20	18h20	18h30
		19h20	19h20	19h30
		20h20	20h20	20h30
		21h20	21h20	21h30
		22h20	22h20	22h30
		23h20	23h20	23h30
Swisscom TV		18h20	18h20	18h30
		19h20	19h20	19h30
		20h20	20h20	20h30
		21h20	21h20	21h30
		22h20	22h20	22h30
		23h20	23h20	23h30

4.3.2 Composition du questionnaire

- Le questionnaire comporte environ 80 questions et se décompose selon les séquences suivantes :
 - o Recours aux soins en Valais comme utilisateur (bénéficiaire de soins)
 - o La prise en charge en urgence dans un centre hospitalier du RSV
 - o L'hospitalisation programmée dans un centre hospitalier du RSV
 - o La consultation dans un centre hospitalier du RSV
- Qualité de la prise en charge des malades
- Qualité de l'information et de la communication
- Profil du répondant

4.3.3 Statistiques de réponse

Les statistiques de réponse sont les suivantes :

- Nombre de personnes ayant saisi leur adresse e-mail : 367
- Nombre de personnes ayant reçu l'e-mail permettant de répondre au questionnaire : 353
- Nombre de personnes ayant commencé à répondre à l'enquête : 302
- Nombre de répondants ayant terminé l'enquête : 260

L'envoi du lien permettant de répondre au questionnaire a été réalisé par e-mail sur la base des 367 adresses collectées. 353 étaient valides, soit une qualité du fichier de 96%. Sur les 302 personnes ayant commencé à répondre à l'enquête, 260 l'ont complété, soit un taux d'aboutissement de 86%, ce qui est un très bon résultat.

La base de réponses a ensuite été étudiée pour vérifier qu'il n'y avait pas de questionnaires anormalement renseignés, de réponses trop systématiques ou incohérentes. Aucune réponse n'a nécessité de suppression.

La base finale d'analyse est constituée de 260 répondants, soit un taux très satisfaisant de réponse de 74%, si l'on considère le nombre de personnes ayant saisi leur adresse e-mail.

Par contre, si l'on rapporte ces 260 réponses à la population valaisanne (environ 307.000 habitants), le taux de réponse s'effondre à 0,9 pour 1.000 habitants.

Au vu de ces chiffres, des **hypothèses** peuvent s'envisager parmi lesquelles :

- soit le débat autour de la problématique de la santé ne rencontre pas d'écho auprès de la population, malgré une médiatisation que l'on peut qualifier de massive autour des deux affaires « Savioz » et « Bettschart » et celle-ci ne s'est pas mobilisée,
- soit le sujet de la consultation lui-même ne pousse pas la population à s'investir dans un débat dont elle pense qu'il dépasse la stricte gestion de son hôpital.

En retenant ces deux **hypothèses**, on pourrait penser que, dans le premier cas, le faible taux de réponse exprime que la médiatisation faite autour des difficultés de l'hôpital n'altère pas la perception de la population sur la qualité de des prestations du RSV, y compris sur le plan thérapeutique. Même si de réels progrès et une amélioration constante doivent être un souci permanent des médecins et gestionnaires du RSV, cette analyse peut être confirmée par les résultats globalement positifs de l'enquête, nous le verrons plus bas. En termes d'hypothèse d'explication de ce très faible taux de réponses, bien que le Gouvernement invite à proposer une expression des opinions dans un contexte et un climat relativement propices à cela, il se pourrait que la population estime que les difficultés du RSV largement médiatisées ne sont pas le reflet de la qualité du soin qu'elle perçoit, donc que la médiatisation qui en est faite s'avère en décalage important avec ses propres constats.

Dans le second cas, on pourrait supposer que la population appréhende avec circonspection les difficultés du RSV largement relatées dans la presse. Les scores de satisfaction globaux sur les prestations ne montrent pas une défiance particulière de la population par rapport à son hôpital. De plus, si l'on se réfère au taux de satisfaction des professionnels privés vis-à-vis du RSV (plus de 80%), il n'est pas improbable que, renseignements pris auprès de leur médecin traitant, les Valaisans s'interrogent sur la teneur réelle des articles de presse récurrents qui ne mobiliseraient leur attention que d'une manière infime. En somme, au vu d'un si faible intérêt porté à l'enquête, il

y aurait peut-être la perception que la médiatisation de difficultés existantes mais isolées seraient une des expressions de la compétition entre Sierre et Sion qui, bien qu'issue du passé, s'avère encore étonnamment palpable de nos jours. Ainsi, les Valaisans laisseraient-ils ce débat sur un terrain plus politique qu'ils ne souhaiteraient pas investir.

4.3.4 Description de l'échantillon

Contrairement aux enquêtes d'image et de satisfaction relatives aux professionnels, les répondants sont quasiment à part égale entre hommes (46%) et femmes (54%) et sont répartis d'une manière équilibrée entre les tranches d'âge.

80% des répondants résident dans le Valais Central, 13% dans le Bas Valais et 7% dans le Haut Valais.

40% des répondants sont cadres ou de professions intellectuelles supérieures.

4.3.5 Résultats

4.3.5.1 Recours aux soins en Valais

Les hôpitaux du RSV

Les hôpitaux du RSV ont été fréquentés par 81% des répondants (eux-mêmes ou une personne de leur foyer) en 2009-2010, principalement le CHCVs (87%), avec un mode d'entrée en urgence dans 65% des cas. Certains répondants ont fréquenté l'Hôpital du Valais à de multiples reprises mais avec des prises en charge différentes. Ainsi, 46% sont venus en hospitalisation programmée et 18% en consultation.

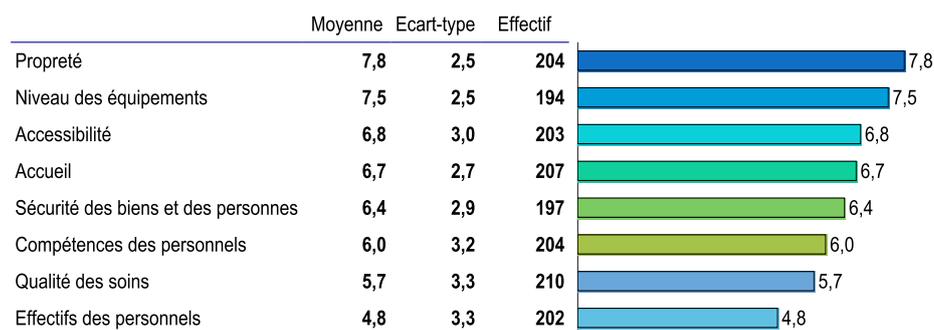
Globalement, leur satisfaction à l'égard de la prise en charge administrative est d'un niveau correct (6,2/10) avec cependant des résultats assez dispersés.

La prise en charge thérapeutique est d'un niveau juste moyen (5,1/10) et avec une dispersion également importante.

Sur ce point, il nous semble que le message est clair : il faut faire évoluer l'organisation des prises en charge, la répartition des activités entre les sites et faire en sorte que les médecins soient moins distants de leurs malades, comme cela a pu nous être rapporté à plusieurs reprises.

De manière détaillée, la propreté et le niveau des équipements sont très bien évalués (respectivement 7,8/10 et 7,5/10). En revanche, les effectifs de personnel sont jugés plus faiblement : 4,8/10. Une constante, donc sans surprise : dans le domaine hospitalier, les malades estiment très largement que les effectifs ne sont pas en nombre suffisant. Cependant, d'un point de vue objectif, avec un effectif de l'ordre 4.500 personnes (soit 3.250 EPT, ICHV compris), le RSV apparaît très correctement doté au regard des référentiels internationaux.

Globalement, concernant les hôpitaux du RSV dans lesquels vous ou un membre de votre foyer a été pris en charge, vous diriez que vous en êtes...

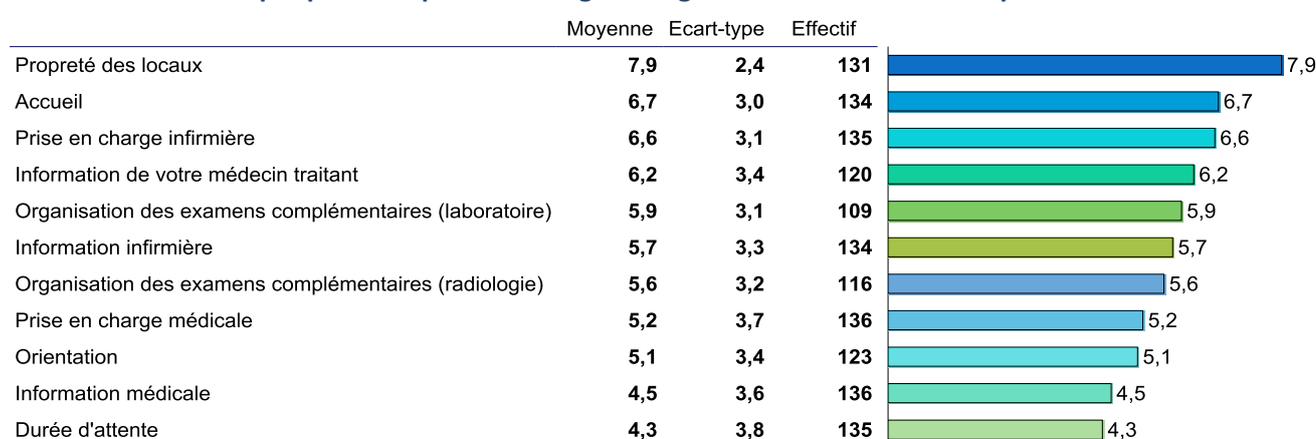


La prise en charge en urgence est occasionnelle (principalement une fois en 2009-2010). Globalement cette prise en charge est bien évaluée notamment concernant la propreté des locaux, l'accueil, la prise en charge infirmière. L'information médicale et la durée d'attente sont cependant faiblement évaluées (respectivement 4,5/10 et 4,3/10).

Un réel travail de fond doit être mené sur le secteur des urgences, nombre de remarques ayant été faites sur les délais d'attente et l'information donnée au malade. Il s'agit de deux griefs classiques qui, on le sait, découlent à la fois d'une réalité (difficulté à obtenir un service des urgences où la prise en charge du malade s'avère parfaitement fluide et immédiate) et d'un ressenti (le malade ne se sent jamais assez vite pris en charge). Sans doute une organisation différenciée et complémentaire entre Sierre (ambulatoire, ouverture 14h/24) et Sion (urgences renforcée et ouverture 24h/24) est-elle à étudier.

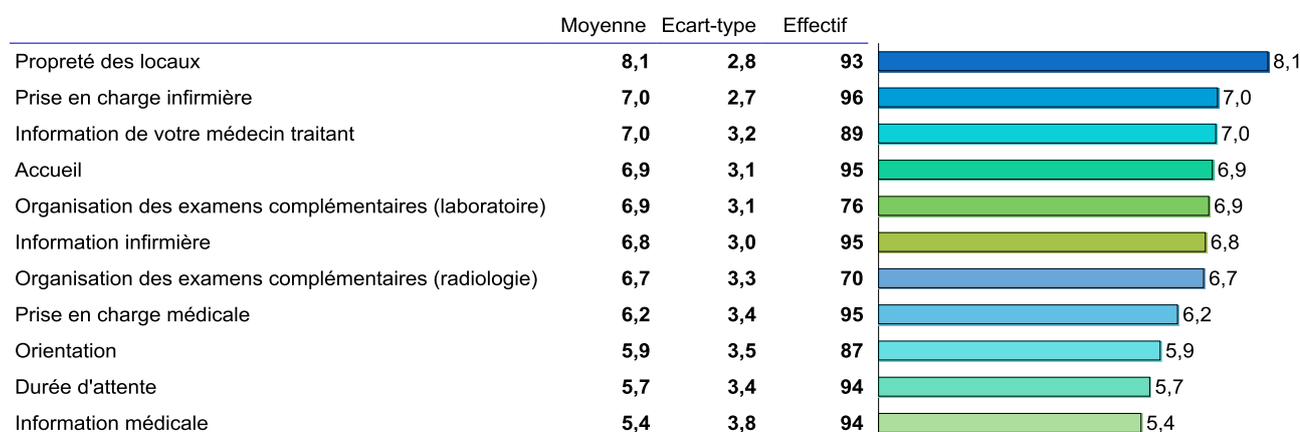
Par ailleurs, la prise en charge médicale est tout juste à la moyenne (5,2/10).

Graphique 1 : La prise en charge en urgences dans un centre hospitalier du RSV



L'hospitalisation programmée d'un répondant s'est majoritairement produite à une seule reprise dans la période 2009 - 2010. Cette prise en charge est globalement bien notée, notamment concernant la propreté des locaux (8,1/10) et la prise en charge infirmière (7/10). La prise en charge médicale est là encore moins bien évaluée (6,2/10).

Graphique 2 : L'hospitalisation programmée dans un centre hospitalier du RSV



La consultation programmée est également globalement bien notée, notamment les formalités administratives (7,5/10), la prise en charge infirmière (7,5/10), l'information infirmière (7,4/10) et l'accueil (7,1/10). L'appréciation sur la relation avec les médecins reste ici très moyenne (5,6/10)

La durée d'attente apparaît largement perfectible (5,4/10), traduisant un réel travail à mener sur les organisations, ce qu'ont également confirmé les personnes vues en entretien ou audition.

	Moyenne	Ecart-type	Effectif	
Formalités administratives	7,5	1,9	35	7,5
Prise en charge infirmière	7,5	2,6	33	7,5
Information infirmière	7,4	1,8	29	7,4
Accueil	7,1	2,2	37	7,1
Appréciation sur une éventuelle prestation de radiologie	6,5	2,8	23	6,5
Appréciation sur une éventuelle prestation de laboratoire	6,3	3,0	20	6,3
Orientation	6,3	3,0	29	6,3
Prise en charge médicale	5,6	3,4	36	5,6
Durée d'attente	5,4	3,4	37	5,4
Information médicale	5,4	3,5	36	5,4

La clinique de Valère

17% des répondants (eux ou une personne de leur foyer) sont allés à la clinique de Valère en 2009-2010, principalement pour une hospitalisation programmée (dans 93% des cas). Les consultations sont faiblement développées sur le site, celles-ci devant avoir lieu au cabinet des médecins y intervenant.

Lieux envisagés pour une prise en charge thérapeutique

37% des répondants iraient sans hésiter dans un hôpital du RSV le plus proche de chez eux, 34% iraient dans une clinique (pour 32% en Valais et 2% hors canton). 19% iraient dans l'hôpital d'un autre canton. Aucun ne se rendrait à l'étranger afin de se faire soigner.

Plus finement, près de 70% des Haut Valaisans se disent très fidèles à leur hôpital, contre seulement 34% et 38% respectivement dans le Centre et dans le Bas Valais. Par ailleurs, 37% des répondants du Valais central déclarent leur choix en faveur d'une hospitalisation en clinique contre 0% dans le Haut Valais et 14% en Bas Valais.

Au vu de ces résultats, le taux de fuite de malades valaisans « tentés » par une hospitalisation hors du canton peut s'évaluer à 21%. Comme le montrent l'enquête concernant les collaborateurs du RSV où ce taux était de 15% et celle adressée aux professionnels de santé de pratique libérale (23%), nous sommes largement au-delà du taux de demandes actuellement recensé par le Service de la Santé Publique (moins de 2%).

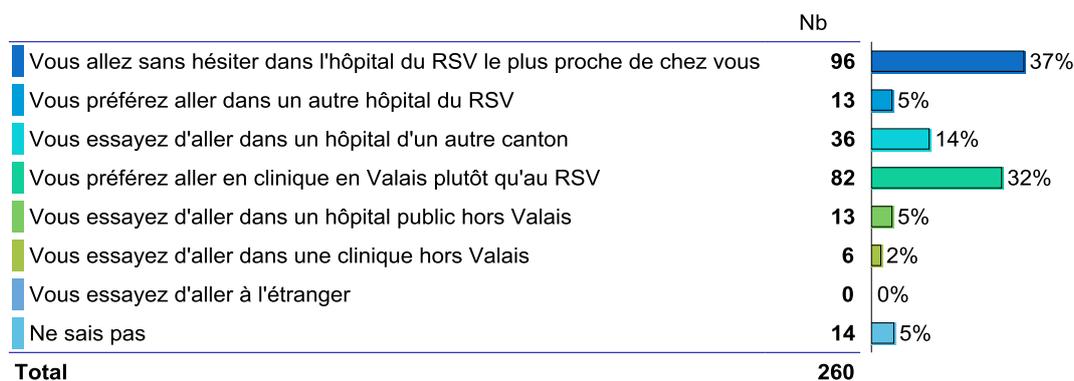
Soulignons-le à nouveau, l'ouverture des limites cantonales avec la mise en place du libre choix du patient de son lieu d'hospitalisation à partir de janvier 2012 pèsera beaucoup plus lourdement qu'actuellement dans le recrutement du RSV. Une concurrence accrue entre hôpitaux publics va s'opérer : l'Hôpital du Valais doit ardemment s'y préparer.

Sur cette question, nous avons donc affiné l'analyse pour savoir quelle région serait la plus « exportatrice » potentielle de malades hors du canton.

Conformément à la moyenne générale des trois enquêtes, 21% des Haut Valaisans et 19% des Valaisans du Centre indiquent une éventualité d'hospitalisation hors du canton, les Chablaisiens étant plus nombreux à l'envisager (plus de 28%). Ceci renforce notre conviction que le RSV doit s'armer contre une concurrence bien plus aigüe qu'actuellement.

Si votre prise en charge thérapeutique le permet et si vous deviez demain bénéficier de soins hospitaliers...

Taux de réponse : 100%



74% des répondants supposent que leur médecin traitant les dirigerait, dans le cadre des prises en charge thérapeutiques, vers le CHCVs.

4.3.5.2 Qualité de la prise en charge du malade

Que ce soit en tant que patient en consultation ou en tant qu'hospitalisé, la prise en charge thérapeutique est moyennement notée : respectivement 5,2/10 et 4,9/10, avec des résultats assez dispersés.

51% des répondants jugent que les transports, donc la distance, entre le domicile et le lieu de prise en charge thérapeutique ne constituent pas une gêne pour eux. Ceci porte du crédit à une recomposition de l'offre de soins qui tendrait à réduire la dispersion des sites de soins aigus.

D'un point de vue relationnel, la population estime à 55% que le bilinguisme ne pose pas problème lors de sa prise en charge dans un centre de l'Hôpital du Valais, soit à peine plus d'une personne sur deux. Il est vrai qu'il faut pondérer cette réponse en observant le lieu de résidence des personnes ayant répondu. Ainsi, les Haut Valaisiens estiment pour 63% d'entre eux que la différence linguistique peut occasionner une gêne alors que 30% seulement des habitants du Valais Central ne le pensent pas.

4.3.5.3 Qualité de l'information et de la communication

La qualité de l'information fournie par la direction générale du RSV 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.

Pendant les consultations, les relations avec le personnel administratif, les infirmiers et les autres personnels de soins sont jugées satisfaisantes (respectivement 6,9/10, 6,7/10 et 6,6/10). Celles avec les médecins sont jugées à peine au-dessus de la moyenne (5,6/10).

De même, lors d'une hospitalisation, les relations avec le personnel administratif, les infirmiers et les autres personnels de soins sont jugées satisfaisantes (respectivement 6,8/10 et 6,6/10). Celles avec le médecin sont jugées tout justes avec la moyenne (5,2/10).

La moitié des répondants ont pu exprimer une opinion sur la qualité de la communication des informations entre leur médecin traitant et le centre hospitalier. Ceci pourrait traduire le peu de cas qui est fait, à tort ou à raison, par les médecins de cette relation médecin traitant - médecin hospitalier pourtant importante dans le ressenti qu'a le malade de sa prise en charge globale. Parmi ceux qui se sont exprimés, les deux tiers en ont une opinion négative.

5 Planification et offre de soins

Le mandat d'audit :

« Analyse et propositions d'amélioration de l'aménagement du territoire en matière sanitaire en particulier la planification hospitalière de 2004 et ses évolutions, notamment pour ce qui relève de la pertinence du maillage cantonal par les six sites de soins aigus du Réseau Santé Valais (RSV) disposant de plateaux techniques ».

Préambule : les constats et résultats de nos travaux sont issus, à la fois, des 43 entretiens qui ont été réalisés par notre équipe sur cette problématique et des réflexions du groupe des consultants.

5.1 *Planification*

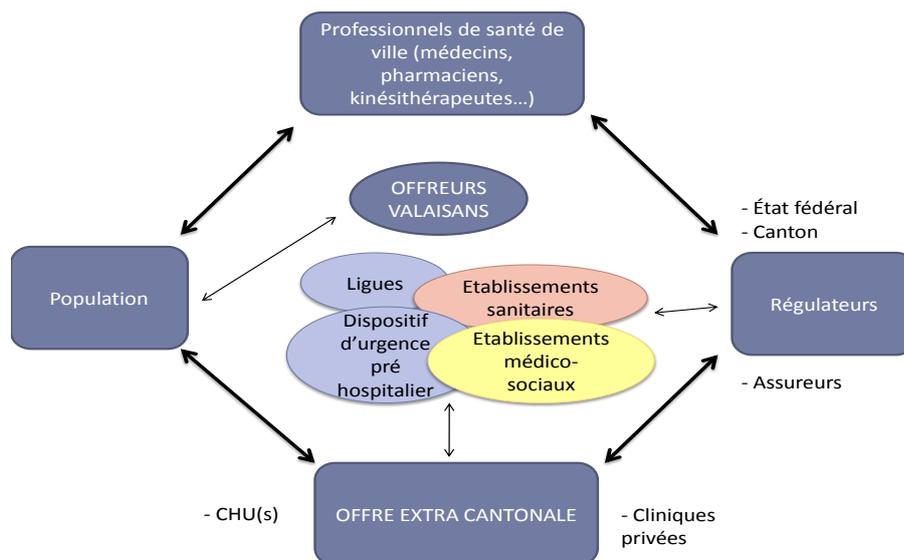
5.1.1 Critères et analyse

Un système de planification et d'organisation de l'offre de soins peut s'analyser selon dix critères principaux qui vont être décrits ci-dessous et permettre l'analyse : le champ de la planification, le degré d'ouverture, la graduation des soins, le degré de concurrence interne, l'adaptation des moyens aux besoins, le degré d'exigence en performance, les conditions de fonctionnement, l'accessibilité et l'aménagement du territoire, le caractère participatif de la planification, le degré de contractualisation.

5.1.1.1 Le champ de la planification

La planification valaisanne est une planification hospitalière partielle comme l'exige la législation fédérale. Elle ne peut intégrer les activités ambulatoires et les plateaux techniques d'imagerie. Pour le même motif, elle est également contrainte de ne pas prendre en compte toute la dimension gériatrique et de ne pas intégrer la santé de ville, même si la LEIS la plus récente s'ouvre à ces champs (cf article 5 « Planification sanitaire »⁴).

⁴ Si l'activité ambulatoire n'entre pas directement dans le champ de la planification au motif que la loi fédérale sur l'Assurance Maladie ne le permet pas, la LEIS valaisanne organise toutefois une « coordination » avec les activités développées selon ce mode au titre de la planification. On ne peut donc, stricto sensu, affirmer que l'activité ambulatoire est totalement exclue de la planification. « **Art. 5 :** Planification sanitaire. *La planification sanitaire est établie conformément à la législation fédérale en la matière. Elle porte notamment sur: (...)la coordination de l'action des différents partenaires de la santé dans le cadre d'une conception globale du système de santé intégrant les hôpitaux, les établissements médico-sociaux, les centres médico-sociaux, les autres établissements et institutions sanitaires, les urgences pré-hospitalières et les partenaires du secteur ambulatoire. »*



Dans le cadre d'une vision stratégique globale, il nous apparaît que l'évolution de la planification devrait se faire de plus en plus avec l'intégration dans son champ de compétences de la médecine de ville, de l'ensemble de la filière gériatrique et pas uniquement des établissements médico-sociaux.

Cette intégration de toutes les populations pourrait se réaliser, pour autant que la législation fédérale le permette, par la planification et la gestion de parcours de soins, en en assurant la traçabilité, l'optimisation et le suivi de la consommation de soins réelle par patient.

A cet égard, il convient de noter que nous avons clairement perçu les craintes des établissements et centres médico-sociaux d'être intégrés au RSV. Nous considérons que cette intégration n'a rien d'indispensable à partir du moment où, comme c'est d'ailleurs le cas, les relations entre les différentes structures sont organisées par le biais de conventions avec toute la fluidité voulue, c'est-à-dire avec le respect de la qualité des prestations que peuvent mesurer des enquêtes régulières de satisfaction des usagers ou de leurs familles et des professionnels.

Sur un autre plan, l'absence d'établissements hospitalo-universitaires en Valais oblige le RSV à des signatures de conventions. Ces conventions, d'environ une vingtaine, sont d'ores et déjà parfaitement établies dans le mode de gestion de l'hôpital valaisan.

Cependant, afin de renforcer les liens entre les structures, nous proposons l'étude de véritables contrats passés suite au lancement d'appels d'offres à l'intention de l'ensemble des hôpitaux universitaires suisses. Dans un tel cas de figure, le Valais s'affiche dans la transparence comme demandeur de prestations ou « donneur d'ordre », prestations dont un cahier des charges explicite est produit. Dans un contexte de concurrence accrue entre les structures de soin, y compris entre les plus gros hôpitaux, cette stratégie peut s'avérer gagnante sur le long terme pour le Valais.

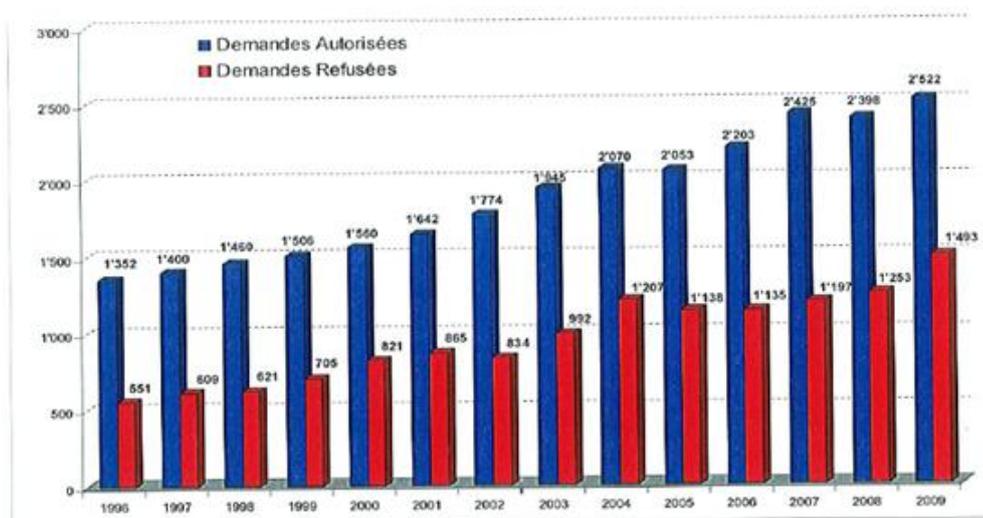
5.1.1.2 Degré d'ouverture

Le degré d'ouverture d'un système traduit la possibilité de prendre en charge les habitants d'un territoire pour des soins hospitaliers en différents points de ce territoire et facilement à l'extérieur du territoire. Le système de santé du Valais se caractérise par une grande liberté de choix du lieu d'hospitalisation à l'intérieur du canton. Cette liberté est bien sûr à pondérer compte tenu de la préférence donnée par les patients à la proximité, à qualité égale, et par le phénomène linguistique du Haut-Valais.

En revanche, la liberté d'une prise en charge dans un autre canton reste très limitée à ce jour en attendant la réforme cruciale du 1^{er} janvier 2012.

Un citoyen valaisan peut se faire prendre en charge hors canton pour des raisons médicales dans les cas d'urgence ou dans les cas où le traitement nécessaire ne peut être fourni, ni dans le canton où réside l'assuré, ni dans un hôpital hors canton figurant sur sa liste hospitalière. Trois médecins-conseils ont pour tâche d'examiner les demandes et de statuer sur des critères purement médicaux. Le tableau ci-dessous, extrait du rapport 2009, établi par le service de la santé publique, permet de mesurer l'évolution des demandes d'hospitalisations hors canton.

Figure 1 : Demande de garantie de paiement pour les hospitalisations hors cantons, Valais 1996 - 2009



De ce graphique, on peut tirer quelques observations importantes dans la perspective de l'ouverture inter-cantonale prévue au 1^{er} janvier 2012.

En 1996, la somme des demandes autorisées et refusées s'élève à 1.903 (1.352 + 551). Le taux de refus s'élève à 29 %. Entre 1996 et 2009, l'augmentation des demandes est continue et représente une croissance de 111 %, avec un total de demandes de 4.015 en 2009. Le taux de refus en 2009 s'élève à 37 %. Il a donc sensiblement augmenté mais une caractéristique explicative est à souligner : le fait que le canton du Valais ne compte pas d'hôpital universitaire, même s'il dispose d'activités « déléguées », implique qu'un flux de recours est inévitable.

Cette augmentation des demandes est largement supérieure à l'évolution du nombre de séjours. Ceci peut traduire le fait que les progrès technologiques des hôpitaux universitaires entraînent potentiellement une obsolescence relative de l'offre valaisanne. Compte-tenu du fait que l'investissement sera prochainement inclus dans les tarifs des Swiss DRG, cette question est stratégique pour le moyen et le long terme : elle suppose que le Valais soit particulièrement actif dans le renforcement des disciplines « cantonalisées », dans les activités déléguées, mais aussi dans la politique conventionnelle avec les hôpitaux universitaires.

Le rapport précité indique que « le Valais n'est cependant pas un gros exportateur de patients ». Il est en effet le canton romand non universitaire qui « exporte » le moins de patients, avec 9,5 demandes pour 1.000 habitants, soit 6,1 accords de prise en charge extérieure pour 1.000 habitants. Les autres cantons non universitaires ont le plus souvent des taux d'octrois situés entre 10 et 23 pour 1.000 habitants.

Ceci traduit le relatif « protectionnisme » de l'Etat du Valais vis-à-vis de l'offre de soins de sa compétence, mais aussi le fait qu'il propose un outil d'une qualité et d'une technicité qui évite des exportations de ses propres ressortissants. Cela traduit également sa volonté de garantir une répartition de l'offre de soins d'une manière suffisamment homogène sur le canton, du Haut Valais au Valais Chablaisien en passant par le Valais central, avec une répartition rationnelle – mais perfectible – des prises en charge thérapeutiques.

Les trois zones géographiques constitutives du Valais présentent un taux de demandes et une évolution de 1997 à 2009 très différente, comme le met en évidence le tableau ci-dessous.

Demandes pour 1.000 habitants	1997	2009	Variations
Haut-Valais	9,06	20,45	+ 126 %
Valais central	4,99	9,38	+ 88 %
Bas Valais	8,84	12,17	+ 38 %
TOTAL	7,41	13,24	+ 79 %

En 2009, le taux de demande d'hospitalisations hors canton du Haut-Valais est le plus élevé avec 20,45 demandes pour 1.000 habitants ; il connaît également le taux dont la croissance a été la plus importante entre 1997 et 2009, avec + 126 %. On peut à ce niveau observer des arbitrages en faveur de l'Inselspital de Berne/Bern.

Afin de maintenir une offre cohérente et probablement d'un moindre coût puisque, à qualité de prise en charge égale, « le soin est moins cher » en Valais que dans d'autres cantons, il conviendrait que le RSV approfondisse ce sujet, qui représente un véritable enjeu concurrentiel.

Pour les traitements hors canton autorisés, le canton du Valais garde à sa charge le solde correspondant aux différentiels tarifaires. Le montant de la participation financière cantonale est passé de 8,5 millions de CHF à 19 millions de CHF entre 1996 et 2009, soit + 124 %. Cette progression est nettement supérieure à la progression du nombre de demandes.

Les trois hôpitaux universitaires de Lausanne, Genève et Berne représentent 65 % des prises en charge hors canton en 2009, soit :

- Genève : 328
- Lausanne : 705
- Berne : 592

L'introduction du libre choix de l'hôpital à partir du 1^{er} janvier 2012 en conséquence de la révision de la LAMal implique que le canton de domicile devra contribuer au financement des hospitalisations hors canton également en l'absence de raison médicale.

Le service de la santé publique valaisan a estimé le nombre de demandes d'hospitalisation hors canton pour des raisons personnelles et sans raison médicale à environ 2.000 séjours en 2008. Compte-tenu du coût unitaire moyen par cas, d'un taux de couverture à 55 % et de la prise en charge des amortissements, ce chiffre conduit à des coûts supplémentaires à la charge du canton de plus 16 millions CHF. En conséquence, l'enjeu est significatif tant en termes d'aménagement du territoire dans le domaine de l'hospitalisation qu'en termes de structuration d'une offre toujours plus efficiente, dont le rapport qualité/prix est optimisé.

Ce constat est à mettre en relation avec la faible part d'offre de soins privée en Valais. En effet, divers investisseurs potentiels auraient renoncé à une installation en Valais car, à ce jour en tout cas, la faible rémunération des soins ne permettrait pas une rentabilité suffisante pour une structure privée.

Bien entendu, cette situation présente à la fois avantages et inconvénients : en positif, une bonne maîtrise des coûts de la santé qui profite aux contribuables valaisans mais, en contrepartie, une faible stimulation par la concurrence. Faute de concurrence, le RSV risquerait, si ses instances dirigeantes n'y prennent garde, de se reposer sur sa situation en termes d'avantages concurrentiels et ainsi de ne pas maintenir en permanence la performance de ses prestations.

Il est à noter que ce risque sera, à court terme, contrebalancé par le libre choix des malades de leur lieu d'hospitalisation. La réflexion stratégique - qui ne peut être qu'interne au RSV - en déclinaison de la planification sanitaire élaborée par le Gouvernement s'avère désormais fondamentale.

Au-delà de la projection à partir des volumes de 2008, apparaît le risque d'une amplification du taux de fuite et de recours en fonction de la perception par la population et les médecins traitants des performances réciproque des établissements valaisans et des autres établissements hors canton.

L'amélioration des voies de communication, en particulier entre Berne/Bern et le Haut-Valais, l'amélioration de l'information des patients et le développement général du consumérisme médical rendent tout à fait plausible le risque de fuite de patientèle, en hospitalisation comme en pratique privée de spécialité. On le voit actuellement, ceci est confirmé par la mobilisation des médecins pour conserver une offre de soins aigus censée contenir ce risque

De ce point de vue, il est important de d'ores et déjà intégrer pleinement dans les réflexions du planificateur et des instances du RSV l'évolution des flux que produira à coup sûr la liaison autoroutière entre le Haut Valais et le Valais central. Ce constat imposera le maintien d'une offre de qualité particulièrement au niveau du plateau technique du RSV (blocs opératoires, équipements de haute technologie, création de pôles d'excellence, attractivité des meilleures compétences médicales et des meilleurs professionnels non médicaux,...).

Quoi qu'il en soit et dans l'immédiat, une fois abordé l'aspect linguistique qui est pris en compte d'une manière inégale au sein des sites francophones, la question est de savoir quelles sont les soins devant être développés au sein de chacune des régions dans une approche graduée de la prise en charge du malade et ce, avec toute l'économicité voulue.

Pour être complet, il conviendrait d'analyser l'attractivité du Valais et sa capacité à attirer d'autres citoyens helvétiques, par la qualité de ses soins et le rapport qualité-prix de ses séjours.

A la lumière de ces enjeux et au vu de la communication délétère constatée depuis plusieurs mois, le débat actuel sur la future offre valaisanne de soins est crucial : si le Valais veut demeurer à ce niveau de qualité et de coût de production du soin, s'il veut devenir attractif dans la cadre de la libre circulation des malades, la mobilisation des acteurs impliqués dans les décisions à prendre doit survenir sans délai.

5.1.1.3 Graduation des soins

La graduation des soins correspond à l'organisation d'un système en niveaux de soins. Pour les soins hospitaliers, ces niveaux peuvent être définis à deux échelles : les soins de proximité et les soins de recours. Il existe la possibilité d'une troisième catégorie consistant à distinguer, dans les soins de recours, des soins de type hospitalo-universitaire. D'après les observations de l'activité hospitalière en général, on peut estimer que les soins de proximité couvrent environ 75 à 80 % des pathologies, les soins de recours 15 à 20 % et les soins type hospitalo-universitaire 5 %.

La graduation des soins renvoie également à leur organisation en filières. Une filière consiste à organiser le parcours de soins entre différents niveaux de prise en charge. Il y a à proprement parler « filière de soins », si quatre conditions sont remplies :

- la filière est décrite dans ses composantes (sites, équipes, capacités, ...) ;
- la filière est continue ;
- les prises en charge font l'objet de protocoles et sont connues ;
- la filière est évaluée régulièrement.

Les formes de planification évoluent de plus en plus dans l'exigence d'une structuration de filières pour les pathologies les plus sensibles.

En Valais, la plupart des activités sont organisées de facto et partiellement en filières peu formalisées. La planification distingue les activités « stationnaires » et les activités ambulatoires, ces dernières ne faisant pas l'objet d'une planification. L'ambulatoire se développant fortement au point de représenter près de 50% de l'activité globale dans les pays occidentaux, cette absence de planification en Suisse et en Valais représente, selon nous, une lacune importante du système mis en place au niveau fédéral. En effet, la loi fédérale (LAMal) empêche les cantons de planifier l'ambulatoire, refus à nouveau confirmé par le Parlement fédéral en 2010.

L'ordonnance du Conseil d'Etat en date du 19 décembre 2007 sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires définit, dans son article 4, cinq notions :

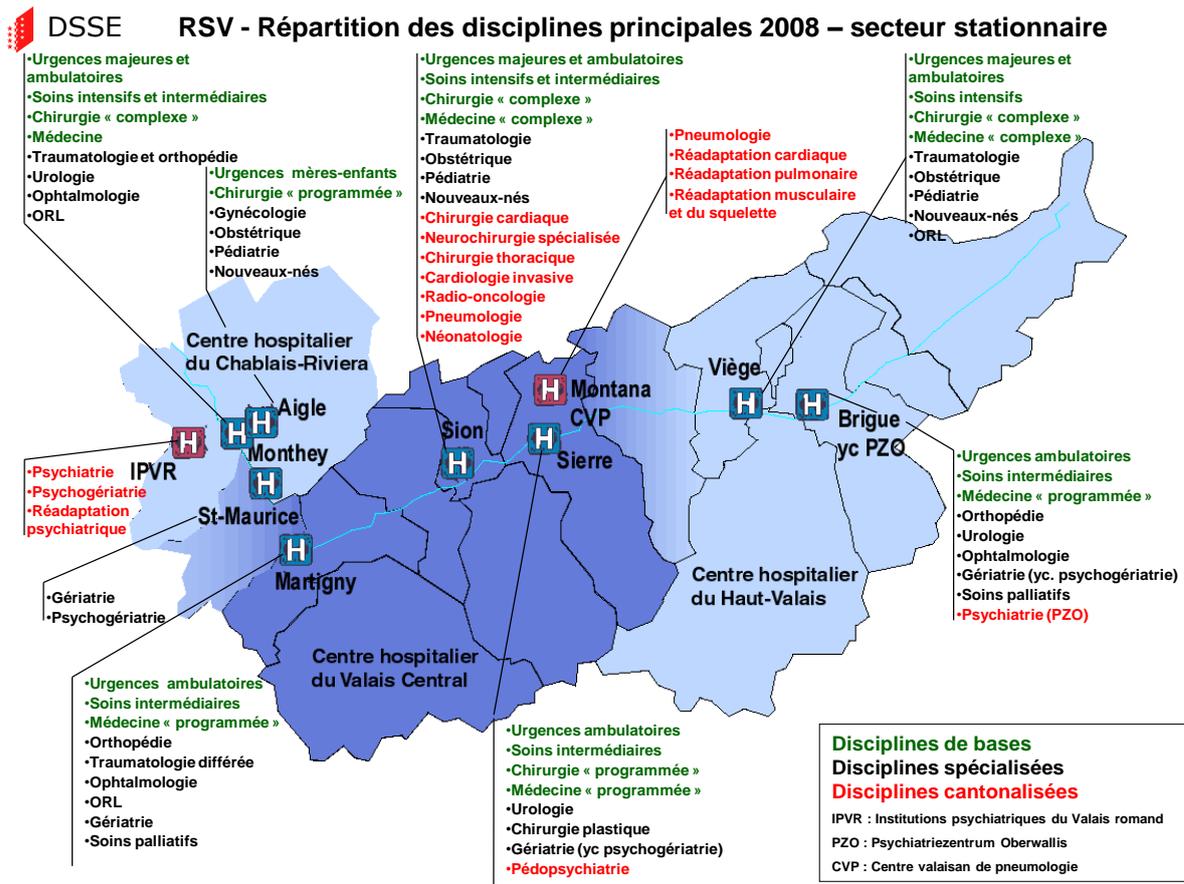
- les mandats de prestation
- les contrats de prestation
- les disciplines à caractère cantonal
- les activités déléguées
- les prestations d'utilité publique

Les disciplines à caractère cantonal sont des prestations localisées dans un nombre limité d'établissements ou d'institutions, pour des raisons de qualité, de sécurité, de pérennité et de maîtrise des coûts.

Les activités déléguées sont des activités de santé publique qui relèvent de la compétence exclusive du canton. L'Etat gère ses activités de santé publique sur le plan opérationnel.

Une graduation est introduite par la reconnaissance des disciplines à caractère cantonal.

Une carte des sites sanitaires du Valais intitulé « Répartition des disciplines principales » constitue un document de base du résultat de la planification mise en œuvre. Cette carte distingue les disciplines de base, les disciplines spécialisées et les disciplines cantonalisées.



Ces distinctions nous paraissent insuffisantes et source potentielle de compromis permanent.

A titre d'illustration, la graduation des soins peut transcender une spécialité et, par exemple, dans les disciplines spécialisées, en ORL, en urologie ou en obstétrique, il est possible de distinguer des activités de proximité ou de recours renvoyant à des tailles d'équipe, à des niveaux de plateau technique, voire à des seuils d'activité. La classification retenue nous paraît inadaptée pour bien distinguer une graduation des soins.

Par ailleurs, ces difficultés sont aggravées par la distinction dans les mandats de prestation entre les « prises en charge médicales de base avec lits » ou « sans lit ». Nous le soulignons à nouveau, l'absence de planification des activités ambulatoires imposée par le droit suisse ou, du moins, des supports à ces activités ambulatoires affaiblit considérablement, selon nous, les mandats de prestation.

5.1.1.4 Degré de concurrence interne

Le degré de concurrence interne qualifie la possibilité des offreurs de soins différents, notamment par leur statut, d'être actifs sur le territoire de la planification. L'Europe connaît une grande variété de systèmes plus ou moins concurrentiels dont il n'est pas le lieu ici de dresser le tableau. Une idée générale domine selon laquelle un certain degré de concurrence améliore la qualité du système par l'émulation qu'il génère.

Le canton du Valais se caractérise à cet égard par un niveau extrêmement faible de concurrence pour les soins aigus somatiques ainsi que pour la psychiatrie. Le « Réseau Santé Valais » concentre 97% de l'offre en soins somatiques aigus. Cette offre étant par ailleurs relativement abondante (cf. partie offre de soins), le système actuel dispose donc de peu de possibilités d'ouverture sauf à déséquilibrer le RSV. Pour l'activité stationnaire en 2009, le Réseau Santé Valais a représenté, 43.092 séjours sur les 47.328 séjours réalisés par des établissements hospitaliers

en Valais (source OFS), y compris la partie valaisanne de l'hôpital inter-cantonal du Chablais, soit 91 % de l'activité des séjours hospitaliers.

Dans un article intitulé « De combien de concurrence un système de santé a-t-il besoin ? » de la revue « CSS Magazine » (n°4 année 2010), la direction générale du groupe CSS Assurance plaide en faveur d'un système orienté vers la concurrence pour influencer la baisse des prix, diminuer les frais d'administration, développer l'innovation, permettre un libre choix aux assurés et améliorer la qualité.

Cependant, dans le cas où cette ouverture vers le secteur privé ne se fait pas compte tenu d'impératifs de rentabilité, il est a minima concevable et utile d'organiser une émulation interne au RSV. Elle peut se réaliser par le biais de la création de départements et de pôles d'excellence transversaux fondés sur les types de prise en charge thérapeutique : à titre d'illustration, on peut citer l'oncologie, la gériatrie, le développement de l'ambulatoire en chirurgie... Stimulus interne, leur constitution donne lieu à une contractualisation interne entre direction générale et médecins chefs de secteurs et à la définition d'un intéressement collectif des équipes aux résultats (cf chapitre sur « l'organisation administrative et médicale »).

5.1.1.5 Adaptation des moyens aux besoins

L'objectif d'un système de planification est d'adapter les moyens aux besoins pour éviter un excès d'offre synonyme de moindre productivité, donc de surcoût pour la collectivité.

Les comparaisons internationales dans ce domaine sont le plus souvent peu pertinentes car l'organisation des systèmes diffère. Une comparaison, entre cantons suisses, en nombre de lits par millier d'habitants ou en densité de médecins ou en densité d'équipements lourds est de ce point de vue plus adaptée.

En matière d'équipements lourds, il est possible de mentionner une offre d'imagerie par résonance magnétique largement dimensionnée: avec 8 machines pour 300.000 habitants, le canton du Valais détient l'un des records de densité en IRM. Ceci s'explique à la fois par une absence de planification des équipements lourds (refusée par le Parlement valaisan en 1998 et par le Parlement fédéral en 2000) et, semble-t-il, des dons et des legs en faveur de ce type d'équipements. La situation est la même en radiothérapie.

En matière de lits, les lits planifiés représentent 1.241 lits pour le RSV et 87 lits pour des établissements privés, soit 1.328 lits pour le canton. En terme de densité, cela permet d'établir un ratio de 4,38 lits planifiés pour 1.000 habitants selon le tableau ci-dessous en cumulant soins somatiques aigus, psychiatrie, réadaptation, gériatrie, soins palliatifs et lits d'attente.

Pour les lits aigus somatiques, le ratio s'établi à 2,44 lits pour 1.000 habitants.

Tableau 2 : Lits planifiés selon la liste hospitalière approuvée par le Conseil d'Etat le 09.07.2008

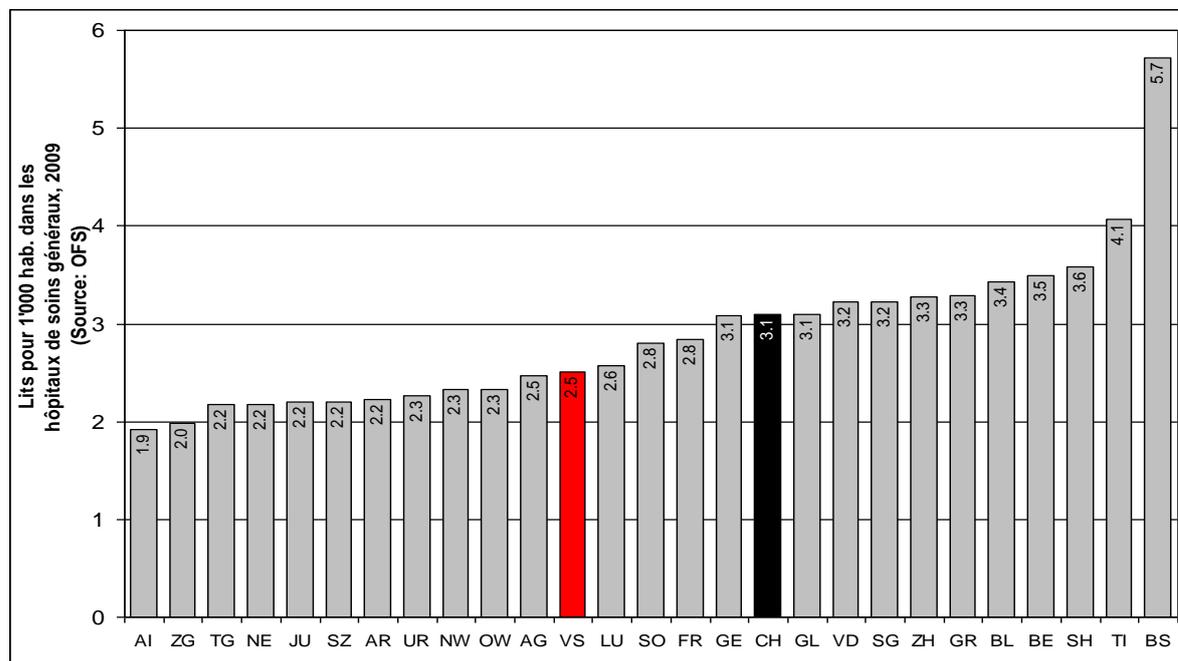
Hôpital	Lieu	Soins somatiques aigus	Psychiatrie	Pédo-psychiatrie	Réadaptation	Gériatrie	Psycho-gériatrie	Soins palliatifs	Lits d'attente
Brigue	Brigue	66	28			35	18	6	2
Viège	Viège	111							2
Sierre	Sierre	104		10		80	18		2
CVP	Montana	32			40				
Sion	Sion	208							
Martigny	Martigny	104				63		12	2
St-Amé	St-Maurice					83	18		2
IPVR	Monthey		100				20		
Chablais (HDC)	Monthey et Aigle	75							
Total RSV		700	128	10	40	261	74	18	10
Valère	Sion	40							
SuvaCare	Sion				15				
Clinique de réadaptation de Loèche les Bains					32				
Total		740	128	10	87	261	74	18	10

Source : SSP

Par comparaison avec les autres cantons suisses, dont la moyenne en 2009 est de 3,1 lits hospitaliers pour 1.000 habitants, le canton du Valais se situe à - 20 % par rapport à la moyenne, en rappelant que le ratio n'intègre pas de lits de type hospitalo-universitaires à la différence de cinq des autres cantons.

Le tableau ci-dessous permet d'établir les ratios de tous les cantons.

Graphique 3 : Lits hospitaliers pour 1.000 habitants dans les hôpitaux de soins généraux, 2009

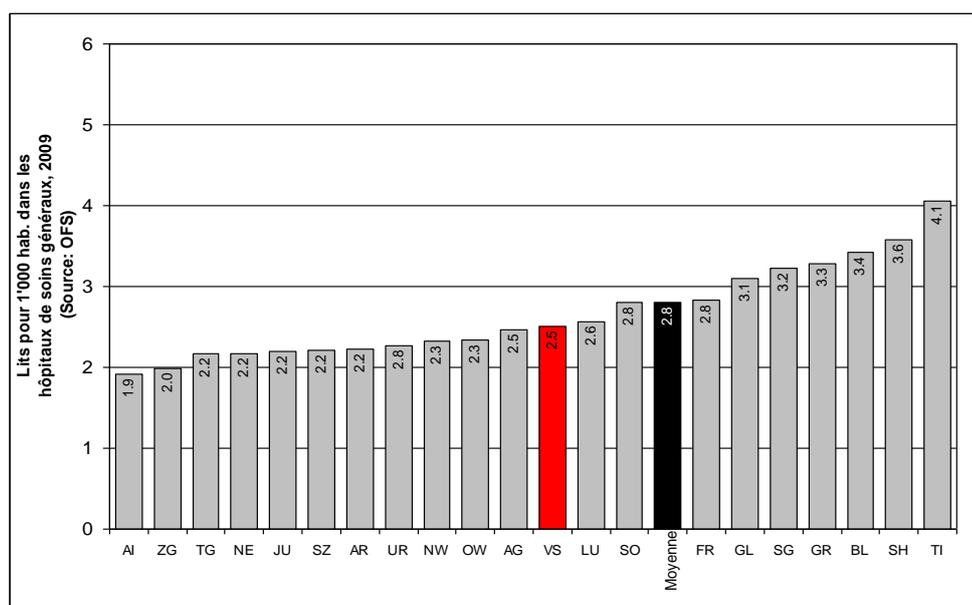


Source : OFS, Statistique des hôpitaux, tableaux standard provisoires 2009 (selon état des données au 29.11.2010)

Au vu de ces chiffres bruts, le Valais, avec 2,5 lits pour 1.000 habitants, se situe en dessous de la moyenne des cantons suisses, tous cantons confondus.

Une analyse plus fine s'impose afin de comparer le Valais avec les cantons ne disposant pas d'hôpital universitaire. Le retraitement des données de l'OFS donne le résultat suivant :

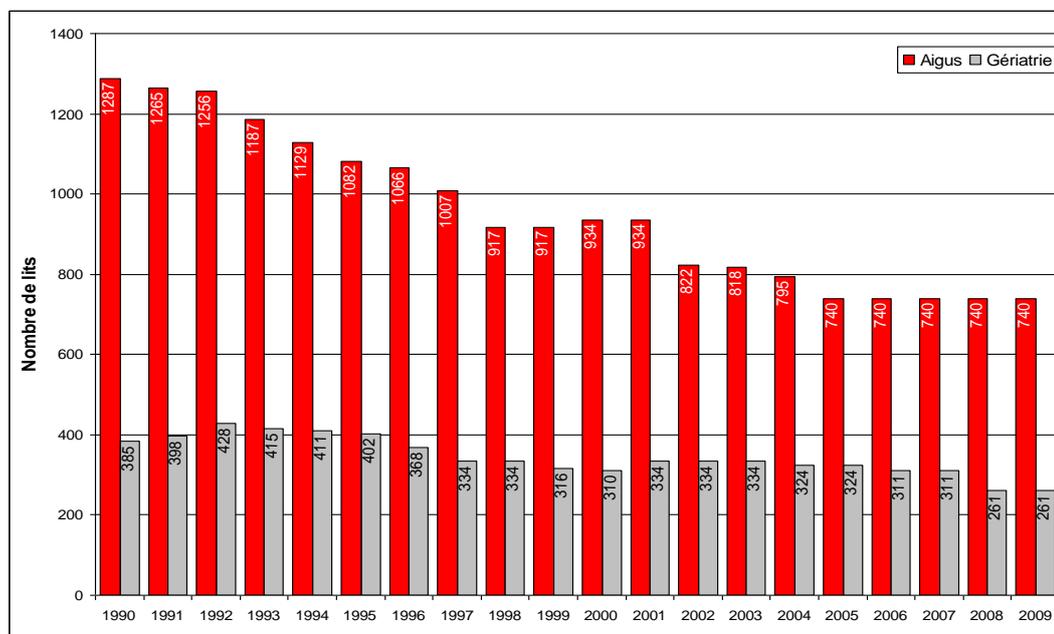
Graphique 4 : Lits hospitaliers pour 1000 habitants dans les hôpitaux de soins généraux des cantons sans hôpital universitaire, 2009



Source : OFS, Statistique des hôpitaux, tableaux standard provisoires 2009 (selon état des données au 29.11.2010)

Dans ce comparatif, avec 2,5 lits pour 1.000 habitants à mettre en rapport avec une moyenne de 2,8 lits pour 1.000 habitants, le Valais se situe en léger retrait. Ce résultat marque l'effort de rationalisation effectué lors de la constitution du Réseau Santé Valais il y a sept ans et souligne l'action de planification menée ces dernières années. Il s'agit, en effet, d'un effort très significatif de réduction du nombre de lits poursuivi de manière continue depuis 1990, comme le montre le graphique ci-après.

Graphique 5 : Nombre de lits de soins aigus (y compris lits planifiés de la Clinique de Valère) et de gériatrie selon la planification hospitalière, 1990-2009



Source : SSP 2010.

De 1990 à 1997, il s'agit de lits exploités (chiffres transmis par les hôpitaux). Dès 1997, l'introduction de la LAMal rend obligatoire la planification des lits.

L'équipement en lits aigus est passé de 1.287 lits en 1990 à 740 lits en 2009, soit une diminution de 42,5 % sur la période. Dans le même temps, le nombre de lits de gériatrie correspondant à un mix entre de la médecine gériatrique et des soins de suite d'hospitalisation en court séjour aigu gériatrique a évolué de 386 à 261 lits, soit une baisse de 32 %.

Au-delà de cette baisse, très forte sur une vingtaine d'années et qui résulte du volontarisme et de la persévérance dans l'effort de planification, la capacité en lits accompagne la diminution continue des durées moyennes de séjours à l'hôpital.

L'effort réalisé depuis 1990 devrait être poursuivi si l'on intègre comme une donnée le développement de l'ambulatoire et la poursuite de la baisse des durées de séjour qui sont constatés dans tous les systèmes de santé occidentaux.

Bien évidemment, cela s'entend pour une population donnée et compte tenu de taux de fuite et d'attractivité constants.

Une redéfinition du programme capacitaire hospitalier ne peut s'opérer qu'au regard d'une éventuelle évolution de la planification sanitaire du canton. Par ailleurs, ce programme capacitaire évoluera en fonction du scénario stratégique décidé par le RSV en déclinaison de la politique sanitaire du Valais (cf notion de projet stratégique d'établissement développé au chapitre « organisation administrative et médicale »)

La nécessité de maîtriser de mieux en mieux les dépenses de santé va constituer un objectif majeur des 20 ans à venir. Cet impératif va exiger d'innover dans les modes de prise en charge, de construire moins et d'améliorer l'utilisation des lits disponibles.

Ceci ne peut pas se concrétiser par la fermeture pure et simple des lits. Il faudra organiser une reconversion d'une partie des capacités existantes de façon à permettre une prise en charge rapide des malades dès la fin de leur séjour en soins aigus. L'ensemble doit être structuré en véritables filières de soins impliquant secteurs sanitaire et médico-social. Une telle démarche nécessite de traiter sur un même plan les soins hospitaliers « aigus » et les soins « de suite », donc de mener une réflexion intégrant les différents sites du RSV.

Dans la construction de ce maillage territorial, doit primer l'intérêt bien compris du malade qui ne peut plus trouver « tous les types de soins à côté de son domicile » (ce qui serait très onéreux, réducteur de la qualité des prestations et peu attractif pour des médecins dont, par ailleurs, le nombre diminue) mais la possibilité de disposer d'une offre de soin hospitalier graduée (donc adaptée à la lourdeur de sa prise en charge) et de qualité.

5.1.1.6 Degré d'exigence en performance

Ce critère très important renvoie à la nature même de la planification. La planification traditionnelle est quantitative (nombre de lits, nombre de séjours, ...). Dans une version plus récente, elle concerne également les seuils d'activité (accouchements, greffes,...). Plus récemment encore, elle fait référence à des normes de fonctionnement et d'organisation ou des performances évaluées.

L'enjeu d'introduire des critères de seuil d'activité ou des critères de performance est de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats et de bénéfice rendu à la population pour un coût donné.

A ce jour, il nous apparaît que les critères de la planification au regard des dispositions de la loi LEIS vont dans ce sens. En effet, aux termes de l'article 5 : « La planification sanitaire est établie conformément à la législation fédérale en la matière. Elle porte notamment sur :

- La promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents; (...)
- La coordination de l'action des différents partenaires de la santé dans le cadre d'une conception globale du système de santé intégrant les hôpitaux...
- L'évaluation de la qualité des soins, de la sécurité des patients et de l'efficacité des prestations fournies en fonction des besoins de santé de la population et des objectifs de la politique de santé.

Si les dispositions mériteraient d'être affinées (notamment au regard de ce qui existe au niveau des autres hôpitaux) sur ce critère qualitatif, on peut dire que ce dernier est de plus en plus pris en compte. A cet égard, l'article 39 2ter de la LAMAL indique « le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.⁸⁵ ».

Il s'agit, par ailleurs, d'une liste légale non limitative puisque l'adverbe « notamment » suggère que des critères qualitatifs additionnels peuvent librement être apportés.

Le Valais, par ses caractéristiques nous paraît particulièrement adapté à la prise en compte de critères qualitatifs, qui pourraient, par ailleurs, constituer un lien avec la contractualisation entre le canton et les structures de soin.

A titre d'exemple, pourraient être intégrés comme critères de planification et d'autorisation d'activité, pour le secteur privé comme pour le secteur public :

- ***Des indicateurs de qualité (par exemple : taux de réhospitalisation, temps d'attente aux urgences, part de la chirurgie ambulatoire dans les prises en charge de chirurgie, nombre de programmes d'éducation thérapeutiques....)***

- ***Des indicateurs de productivité (par exemple : nombre d'agents par lit, taux d'occupation des lits, des salles de bloc opératoire, nombre d'examen par appareil d'IRM...)***

5.1.1.7 Conditions de fonctionnement

La planification peut également faire référence à des normes et des référentiels d'exploitation. Par exemple, dans une optique de gestion des risques, il est possible d'exiger des normes d'environnement soumettant l'activité de cardiologie interventionnelle, quel que soit son mode de prise en charge (stationnaire ou semi-stationnaire), à une présence in situ d'une unité de soins intensifs cardiologiques.

L'ensemble de ces normes et référentiels exprimés régulièrement en effectifs de personnel pour les secteurs de soins critiques, ont pour but d'améliorer la sécurité. Ils peuvent néanmoins présenter l'inconvénient de créer des rigidités d'exploitation.

5.1.1.8 Accessibilité et aménagement du territoire

La planification a également pour fonction d'aménager le territoire pour garantir une accessibilité à l'ensemble des habitants. Le système de santé du Valais répond particulièrement bien à ce critère, compte tenu de la géographie du canton (distances à parcourir, temps d'accès aux vallées, importance des zones montagneuses).

L'indéniable succès du Valais réside particulièrement dans l'organisation des secours et de l'urgence et dans l'importance donnée aux transports hélicoptérés qui pourraient permettre encore une étape de concentration des lieux de prise en charge de l'urgence. Cela sera d'autant plus vrai avec l'achèvement de la portion autoroutière entre le haut valais et le Valais central.

5.1.1.9 Caractère participatif de la planification

Le caractère participatif de la planification dépend de ses modalités d'élaboration, du niveau de précision de ses exigences et du mode de mise en œuvre. Ainsi, le mode d'élaboration peut être plus ou moins ascendant ou descendant.

L'examen de la planification du Valais montre que nous avons affaire à un modèle mixte. Le canton a réussi à rendre légitime une planification d'ensemble au détriment d'une vision éclatée et communale de la détermination de l'offre de soins. Ce processus par étapes de la construction d'une vraie planification débutée en 1996 s'est accéléré après la diffusion au niveau de la Confédération Suisse de recommandations de plus en plus précises sur sa conduite. De fait, quelle que soit leur analyse du fonctionnement du RSV, les collaborateurs ou les personnes extérieures à l'hôpital que nous avons rencontrés et écoutés reconnaissent aujourd'hui unanimement l'absolue nécessité que représentait la constitution du Réseau Santé Valais.

Toutefois, le poids du RSV dans l'offre imprime à la planification valaisanne une forte particularité, puisque la négociation peut quasiment se réduire à un débat entre le canton et le RSV. Selon le degré d'autonomie dont dispose le RSV, ces discussions seront plus ou moins intenses. Et cela pose une réelle question de principe: un RSV doit-il être un service de l'Etat parmi d'autres ou bien le RSV doit-il être autonome et partenaire, parmi d'autres, de la mise en œuvre de la planification voulue par le Gouvernement ?

Le deuxième caractère à prendre en compte est le degré de précision de la planification. En l'occurrence, les mandats de prestation définissent les spécialités pouvant être exercées avec ou sans lits, site par site, au sein même des établissements composant le RSV. Cet état de fait doit pouvoir évoluer afin de donner toute la latitude nécessaire aux instances du RSV pour s'adapter aux nouveaux défis qu'induisent la LAMal et les directives fédérales.

5.1.1.10 Degré de contractualisation

Il nous semble très important que la planification du Valais évolue vers une contractualisation avec les structures de soins et médico-sociales sur la base d'un appel à performance de la part de l'Etat et d'une réponse des offreurs à cet « appel d'offres ». Cet appel à performance pourrait inclure des notions d'efficacité économique et de qualité du service rendu aux patients.

Il s'agit alors plus d'une planification de type pilotage stratégique adaptée à la taille du canton et à la réactivité nécessaire devant les réformes annoncées en 2012 et en 2014. Une approche de ce type pourrait permettre d'augmenter progressivement le degré de concurrence interne.

5.1.2 **Champs, leviers et processus de la planification valaisanne**

5.1.2.1 Champs et leviers

Les champs de la planification concernent son objet et son périmètre d'intervention. Les leviers désignent les moyens dont dispose l'Etat pour adapter l'offre de soins.

Les champs classiques de la planification sont au nombre de six :

- les sites
- les lits
- les activités
- les volumes d'activité (seuils)
- les équipements
- les professionnels

La planification valaisanne couvre les trois premiers champs puisqu'elle définit par les « mandats de gestion » les activités localisées par site et le nombre de lits par site. Le canton régule également le nombre de médecins à recruter en création de poste ou à remplacer. Cette planification, non pas par établissement au sens juridique mais site par site, limite considérablement la liberté des acteurs et peut s'avérer inopportune dans un avenir proche avec la mise en œuvre d'un système de financement et d'une liberté de choix des patients quant à leur lieu d'hospitalisation qui impose une adaptation fine et réactive de l'offre à la demande.

Les leviers de l'action publique au-delà des densités de moyens et des localisations peuvent également mettre en jeu :

- des seuils d'activité conditionnant l'exercice de celle-ci et
- des normes techniques d'exploitation.

Relevons à ce stade, aussi bien par rapport à l'offre publique que privée, que le système valaisan actuel fait très peu appel à des leviers de ce type.

5.1.2.2 Processus

En fait, la planification valaisanne est relativement récente (fin des années 90). Elle est née d'un compromis avec les communes, le canton planifiant davantage en contrepartie d'un allègement des charges financières communales.

Acteurs

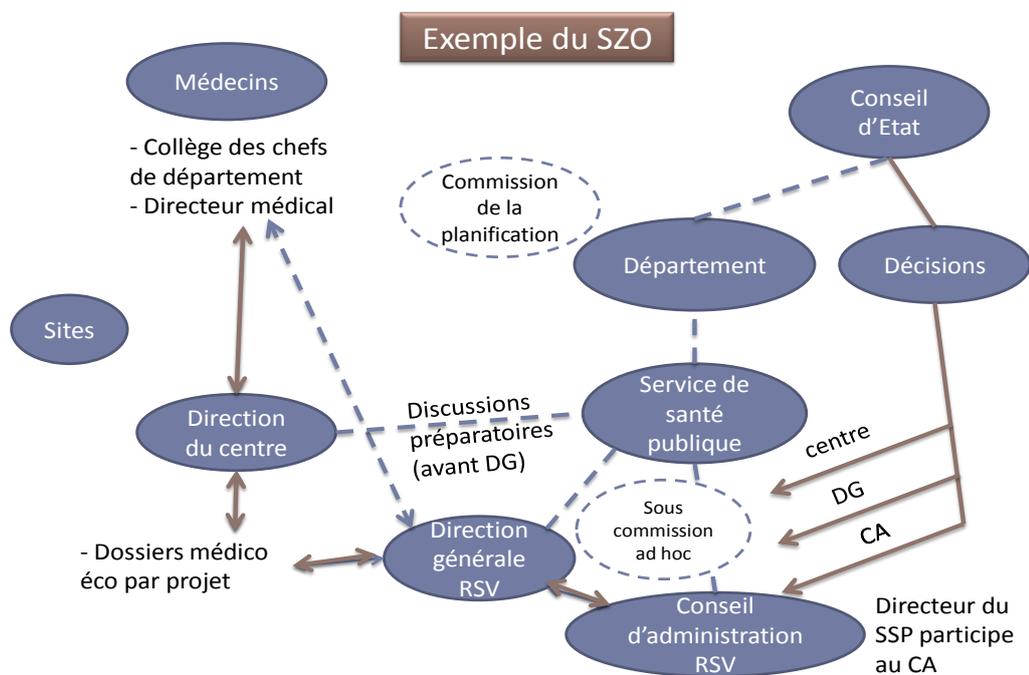
Sous la conduite de l'Etat, le service de la santé publique joue le rôle technique de planificateur. La commission de planification permet une représentation des établissements médico-sociaux, des assureurs, de représentants communaux ou de professionnels de santé es-qualité.

Le RSV y est fortement représenté (président du conseil d'administration, directeur général, directeur médical, directeur du CHC).

La commission de planification est consultative et animée par le chef du Service de la Santé Publique, le secrétariat étant assuré par le Service de la Santé Publique.

Procédures

La procédure consiste principalement en une série d'allers et retours entre les structures et le Service de la Santé Publique, comme l'illustre le schéma ci-dessus à partir de l'exemple du SZO



La taille du Valais, l'excellente connaissance réciproque des acteurs, le poids du RSV dans l'ensemble confère à ce dispositif de planification un caractère d'ajustement progressif et permanent.

L'affirmation progressive d'une planification cantonale a d'abord eu pour objectif de mettre fin à l'éclatement communal pour permettre l'apparition de centres dotés d'une taille critique. Si d'indéniables progrès ont été réalisés dans un contexte souvent passionnel, l'offre a été en partie rationalisée mais reste encore très dispersée, comme nous le verrons dans le paragraphe consacré au tissu hospitalier.

5.1.3 Synthèse sur la planification

Le processus de planification est indissociable des caractéristiques plus générales du système de santé valaisan. La proximité existant entre l'Etat cantonal, ses services, les communes et les offreurs de soins pousse à

une discipline particulière afin que s’opère véritablement la séparation entre la fonction de planification, la fonction de régulation et la fonction de réforme du système de santé. Associé à une planification quantitative du champ stationnaire, le poids du RSV est tel que la portée de la planification s’en trouve modifiée.

Le renforcement d’une graduation des soins et le développement d’une structuration de ceux-ci en filières ou de parcours de soins seraient facilités par une plus grande exigence en matière de normes d’exploitation technique pouvant s’appliquer également aux activités ambulatoires et aux équipements lourds, qu’il s’agisse du secteur public ou du secteur privé, dans la mesure où, à l’avenir, le droit fédéral le permettrait.

S’agissant de la planification sanitaire ou médico-sociale, il nous apparaît que la place des usagers, celle des élus et celle des médecins de ville pourraient être révisées afin d’induire une vision plus systémique de cette action de répartition et d’organisation des ressources de santé au service de toute la population, ceci dans les limites compatibles avec le droit fédéral.

5.2 Organisation de l'offre de soins

5.2.1 Etat des lieux et analyse

Nous examinerons successivement la capacité globale en lits planifiés du Valais, leur répartition par type de soins, la répartition entre public et privé et, enfin, l’organisation des sites du RSV.

Les lits planifiés sont au nombre de 1.328.

93 % sont des lits publics, gérés par le RSV et 7 % sont des lits privés.

L’offre publique est monopolistique en soins gériatriques, psychiatriques, psycho-gériatriques, pédopsychiatriques et en soins palliatifs. En lits aigus, l’offre publique représente 95 %, alors qu’elle n’est que de 46 % pour les soins de réadaptation.

Poids relatif du public et du privé par type de soins										
Existant	Soins somatiques aigus et soins intensifs ou intermédiaires	soins gériatriques	soins psychiatriques	soins psycho gériatriques	soins pédo psychiatriques	soins palliatifs	soins de réadaptation	Lits d'attente	Capacité lits totale	
Sous-Total Hôpitaux Publics	95%	100%	100%	100%	100%	100%	46%	100%	93%	1 241
Sous-Total Cliniques Privés	5%						54%		7%	87
TOTAL GENERAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1 328

La répartition de l’offre par type de soins montre que pour 1.328 lits entrant dans le champ de la planification, les soins somatiques aigus représentent 56 % de l’offre globale.

Répartition de l'offre existante publique et privée en % par type de soins										
Existant	Soins somatiques aigus et soins intensifs ou intermédiaires	soins gériatriques	soins psychiatriques	soins psycho gériatriques	soins pédo psychiatriques	soins palliatifs	soins de réadaptation	Lits d'attente	Capacité lits totale	
Sous-Total Hôpitaux Publics	56%	21%	10%	6%	1%	1%	3%	1%	100%	1 241
Sous-Total Cliniques Privés	46%						54%		100%	87
TOTAL GENERAL	56%	20%	10%	6%	1%	1%	7%	1%	100%	1 328

Le tableau suivant reprend les établissements (en termes de sites) et leurs capacités par type de soins.

Tableau de l'offre existante publique et privée									
Existant	Capacité lits totale	Soins somatiques aigus et soins intensifs ou intermédiaires	soins gériatriques	soins psychiatriques	soins psycho gériatriques	soins pédo psychiatriques	soins palliatifs	soins de réadaptation	Lits d'attente
HC (Aigle+Monthey)	75	75							
IPVR (Monthey)	120			100	20				
Clinique St-Amé (St-Maurice)	103		83		18				2
Martigny	181	104	63				12		2
Sion	208	208							
Sierre	214	104	80		18	10			2
Montana (CVP)	72	32						40	
Viège	113	111							2
Brigue	155	66	35	28	18		6		2
Sous-Total Hôpitaux Publics	1241	700	261	128	74	10	18	40	10
Clinique de Valère (Sion)	40	40							
Clin. Réadapt. (Loèche-Les-Bains)	32							32	
SUVA (Sion)	15							15	
Sous-Total Cliniques Privés	87	40						47	
TOTAL GENERAL	1328	740	261	128	74	10	18	87	10

Un premier constat s'impose : la dispersion générale de l'offre, particulièrement celle des soins somatiques aigus. Les 1.241 lits du RSV se répartissent sur 10 sites, soit une taille moyenne de 124 lits par site.

Les 700 lits de soins somatiques aigus se répartissent sur 8 sites, soit une moyenne de 87,5 lits par site.

Cette dispersion correspond à l'héritage du passé communal des établissements. Avant la création du RSV en 2004, l'offre s'organisait en neuf établissements autonomes.

Si le RSV introduit une politique générale, un management des sites et constitue à ce titre le vecteur de la rationalisation voulue par le canton depuis plus longtemps encore, il a hérité d'un ensemble de sites dont il a maintenu l'exploitation dans une première phase de sa structuration.

Cette dispersion pourrait se justifier si l'espace à couvrir était lui-même fragmenté. En réalité l'offre est concentrée dans la vallée, très près du Rhône ou du réseau autoroutier, où se concentre l'essentiel de la population. Les zones montagneuses très étendues du Valais sont peu peuplées et ne permettent pas l'existence fonctionnelle d'hôpitaux « de montagne ».

La répartition multi-sites des activités de gériatrie, complétant l'implantation des centres médico-sociaux et des maisons de retraite, se justifie par la fonction de proximité de ces prises en charge.

La répartition multi-sites des activités aiguës représente une véritable dispersion, pénalisante car elle parcellise les équipes, oblige à de nombreux transferts, aboutit à faire fonctionner de petits plateaux techniques et s'avère relativement consommatrice de moyens humains et financiers. Or, en matière de soins aigus, une des règles fondamentales de l'efficience réside dans la taille critique, permettant des effets de série et des mutualisations de ressources.

De fait, avec moins de 90 lits somatiques aigus par site en moyenne, l'offre valaisanne apparaît extrêmement morcelée et inadaptée aux exigences de la médecine moderne comme de la gestion d'un hôpital.

Bien sûr, ceci ne résulte pas d'un choix mais du poids de l'histoire. Un travail considérable a été entrepris depuis 20 ans pour réduire progressivement les capacités (- 42,5 %). Mais si les sites ont vu se réduire leur nombre de lits, ils demeurent en tant que structure patrimoniale.

Cette dispersion joue faussement en faveur de l'accessibilité et l'offre souvent partielle des sites en réduit la portée réelle de ce que l'on peut considérer à première vue comme un avantage. Tout le monde le constate ou le subit à des degrés divers : cela oblige à un morcellement des équipes et, au quotidien, à de nombreux transferts de patients d'un site à l'autre.

De plus, ce patrimoine, selon les sites plus ou moins adaptés à une médecine moderne, est une source importante de surcoûts :

Entretien et maintenance, éclairage et chauffage d'un immobilier excessif ;

Nombreux déplacements des professionnels (le prix de revient horaire d'un médecin hospitalier étant d'environ 150 CHF, il doit donc logiquement être concentré « au lit du malade ») ;

Transferts incessants de patients inter-sites. Pour le seul CHCVs, les transports inter-sites pendant l'année 2010 représentent près de 5.100 transferts que l'on peut chiffrer à un montant de 1,4 million de CHF, les transferts inter-centres hospitaliers étant de 727 pour près de 400.000 CHF.

En approfondissant la question de la superficie du patrimoine hospitalier, nous pouvons mener l'étude suivante. Le tableau ci-dessous reprend les capacités en lits et les surfaces par site. La moyenne générale s'établit à 146,16 m² par lit⁵, d'après des tableaux fournis par le RSV.

Tableau des surfaces par site			
Existant	Capacité lits	Surface	Surface/lits
HC (Aigle+Monthey)	-	-	-
IPVR (Monthey)	120	15073	125,61
Clinique St-Amé (St-Maurice)	103	8994	87,32
Martigny	181	28961	160,01
Sion + bât. Personnel	208	38109	183,22
ICHV	-	5730	-
Sierre	214	25553	119,41
Montana	72	8278	114,97
Viège	113	19600	173,45
Brigue	155	20125	129,84
TOTAL	1166	170423	146,16
<i>(1) urgences mère-enfant</i>			
<i>Pas de surface donnée pour HC (Aigle+Monthey)</i>			

Ce tableau ne comprend pas la clinique Sainte-Claire à Sierre (5000 m²), l'hôpital du Chablais, ni les surfaces actuelles ou futures de la direction générale du RSV, située prochainement au sein de l'ICHV.

N'ayant pas de décompte de « places ambulatoires » dédiées et également consommatrices de m², le ratio de surface au lit est sans doute légèrement inférieur. Un redressement est donc méthodologiquement nécessaire pour permettre de comparer très précisément ce patrimoine global à un patrimoine requis.

Ce redressement pourrait s'appuyer sur le volume des séjours ambulatoires, qui est de l'ordre de 10% ; à grands traits, ceci pourrait ramener la surface au lit dans une fourchette de 130 à 135 m².

Ce patrimoine est composé de différents types de soins qui n'exigent pas tous la même surface. A titre de comparaison, le tableau ci-dessous reprend en surface dans œuvre, des ratios de références utilisés en France et dans des pays comparables ayant restructuré récemment leur patrimoine hospitalier.

⁵ Dans ce calcul, sont incluses toutes les surfaces des sites (couloirs, salles de bloc, plateau d'imagerie, ...). La superficie ici calculée ne correspond donc pas à la surface d'une chambre mais bien à un « tout compris » fonctionnel.

Disciplines générales	Ratio m ² / lit place poste		Remarques
	Public	Privé	
Médecine - Chirurgie - Obstétrique	105 - 110 m ²	90 m ²	hors recherche et enseignement fonctions tertiaire médical, administratives, hôtelières avec cuisine en liaison froide
Psychiatrie	55 - 60 m ²	50 m ²	privé = pas de psychiatrie lourde en général fonctions administratives et hôtelières avec cuisine relais
Soins de suite et réadaptation	65 - 70 m ²	55 - 60 m ²	balnéo et plateaux kiné et ergo fonctions administratives et hôtelières avec cuisine relais
Gériatrie (USLD - EHPAD)	50 - 55 m ²	50 m ²	y compris activités et espaces restauration fonctions administratives et hôtelières avec cuisine relais

Le tableau suivant va projeter les surfaces requises en fonction des ratios référents utilisés ci-dessous, en ayant retenu systématiquement la fourchette haute du tableau de base.

Soins somatiques aigus (...)	110 m ²
Soins gériatriques	55 m ²
Soins psychiatriques	60 m ²
Soins psychogériatriques	60 m ²
Soins pédopsychiatriques	60 m ²
Soins palliatifs	110 m ²
Soins de réadaptation	70 m ²

Comparaison des surfaces théoriques et réelles*										
Existant	Capacité lits	Surface réelle	Surface théorique	Soins somatiques aigus et soins intensifs ou intermédiaires	soins gériatriques	soins psychiatriques	soins psycho gériatriques	soins pédo psychiatriques	soins palliatifs	soins de réadaptation
HC (Aigle+Monthey)	75									
IPVR (Monthey)	120	15 073	7 200			6 000	1 200			
Clinique St-Amé (St-Maurice)	101	8 994	5 645		4 565		1 080			
Martigny	179	28 961	16 225	11 440	3 465				1 320	
Sion	208	38 109	22 880	22 880						
Sierre	212	25 553	17 520	11 440	4 400		1 080	600		
Montana (CVP)	72	8 278	6 320	3 520						2 800
Viège	111	19 600	12 210	12 210						
Brigue	153	20 125	12 605	7 260	1 925	1 680	1 080		660	
Sous-Total Hôpitaux Publics	1 231	164 693	100 605	68 750	14 355	7 680	4 440	600	1 980	2 800
Clinique de Valère (Sion)	40	-	3 600	3 600						
Clin. Réadapt. (Loèche-Les-Bains)	32	-	1 760							1 760
SUVA (Sion)	15	-	825							825
Sous-Total Cliniques Privés	87	-	6 185	3 600						2 585
TOTAL GENERAL	1 318	-	106 790	72 350	14 355	7 680	4 440	600	1 980	5 385
*Sans les lits d'attente										
Pas de surface donnée pour HC (Aigle+Monthey)										

La surface théorique de 100.605 m² pour le sous-total des hôpitaux publics (RSV) doit être majorée pour tenir compte des capacités ambulatoires masquées dans les surfaces existantes, soit une surface total théorique de l'ordre de 120 000 m²

Sur ces bases les 164.693 m² de surface réelle actuelle du RSV peuvent se comparer aux 120 000 m² de la surface théorique de référence, soit un surplus de surface de l'ordre de 25 %.

Même avec un niveau d'approximation propre à cette rapide étude, une conclusion s'impose : à la dispersion des sites s'ajoutent des surfaces très largement dimensionnées. L'ensemble participe, on le voit, aux coûts de fonctionnement du RSV qui dispose ici d'une marge relativement importante de rationalisation de ses charges et, au-delà, de son patrimoine immobilier.

5.2.2 Scénarii

L'affirmation depuis 1996 du rôle de planificateur sanitaire du canton, le regroupement managérial des établissements dans le RSV depuis 2004, la réduction progressive des lits, la modernisation des plateaux techniques, représentent un remarquable travail de restructuration. Pour autant, cet outil reste encore dispersé, ce qui ne permet pas une réelle efficacité de l'exploitation et mobilise des surfaces pesant lourdement dans son coût global.

Avec un système de santé stable dans ses besoins et dans ses financements, il serait possible de s'accommoder de cette situation. Mais ce système est en pleine évolution :

- Réformes ;
- Concurrence accrue ;
- Vieillesse de la population ;
- Progrès technologique ;
- Besoin de soins et de performance ;
- Difficulté à attirer des médecins dont la rareté est partout subie ;
- Augmentation de la population.

Ces différentes tendances vont mobiliser encore plus de ressources et la question du niveau « supportable » de la dépense de santé dans le produit intérieur brut (PIB) se pose en Suisse comme dans les autres pays occidentaux.

Pour ces raisons fondamentales, il nous semble que le RSV et, au-delà de celui-ci, le canton du Valais doivent entreprendre une nouvelle étape de sa modernisation.

Trois scénarii sont ici proposés. **Nous soulignons le fait qu'il ne s'agit ici que de scénarii de planification qui doivent être compris comme « une matière à réflexion ». En les lisant, il faut garder conscience que de nombreuses autres possibilités existent. Nous tenons à souligner fortement qu'il ne s'agit ici que d'une illustration d'évolutions potentielles de l'actuel RSV.**

En effet, nous le mentionnons clairement, le mandat justifiant notre rapport est bien de relever ce qui fonctionne bien et de souligner ce qui doit être amélioré en proposant des pistes d'évolution. Les champs de la planification sanitaire - compétence de l'Etat - et de la stratégie de mise en œuvre de cette planification-compétence du RSV – ne peuvent être dissociés. Ainsi, l'exercice de simulation d'évolution de l'hôpital qui suit n'a de sens qu'en tant qu'**aiguillon à une réflexion globale** sur :

- Ce que souhaite le Gouvernement dans sa perspective d'aménagement du territoire d'ici cinq à dix ans ;

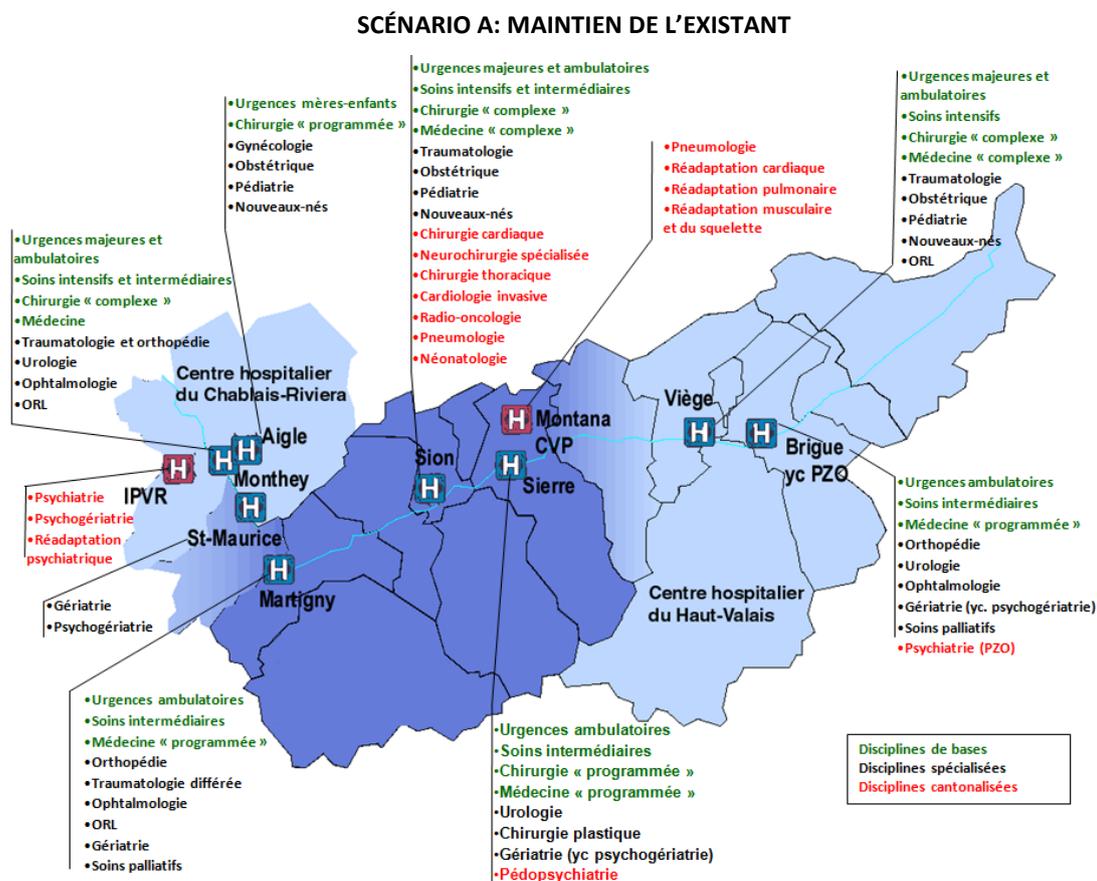
- Ce que le RSV pourrait mettre en chantier pour répondre aux attentes de l'Etat.

On le comprend aisément, ces paramètres, en dehors du fait que leur expression n'est pas à ce jour explicite, ne peuvent se traiter en profondeur et avec toute la pertinence voulue dans le cadre de cet audit. Cette réflexion stratégique ne peut donc s'envisager que dans le cadre d'une démarche planificatrice propre au Services de Santé Publique de l'Etat puis dans une déclinaison aussi bien stratégique qu'opérationnelle par les plus hautes instances de l'Hôpital du Valais.

Cependant, parmi les possibilités variées qui s'offrent aux acteurs valaisans, figurent bien les scénarii suivants qui ont été guidés par cinq principes essentiels :

- Tenir compte des distances et du temps nécessaires aux citoyens pour accéder facilement aux équipements hospitaliers ;
- Obtenir un effet de taille critique pour les activités aigües ;
- Conserver et même renforcer la médecine de proximité en faisant le lien entre médecine de ville et médecine hospitalière ;
- Intégrer la dimension linguistique ;
- Veiller à l'économicité des projets pour maintenir leur attractivité interne au Valais et parier sur leur attractivité externe

5.2.2.1 Le scénario A : un maintien de l'existant évoluant à la marge



NB : cette carte reprend précisément celle fournie par le Service de Santé Publique. S'agissant de la situation actuelle, nous y retrouvons donc signalées en particulier les activités dites cantonalisées, dont la notion a disparut dans la LEIS de mars 2011. Les cartes suivantes ne tiendront plus compte de ce distingo.

Ce scénario ne change en rien la donne actuelle. Situation existante à fin 2010, ce schéma organisationnel prend pour hypothèse que le schéma organisationnel actuel perdure, l'exploitation du nouvel hôpital Riviera – Chablais à l'horizon 2018 étant le seul élément - d'ores et déjà acquis - le faisant varier.

A l'heure actuelle, ce modèle fonctionne tant bien que mal et rend des services à la population qui, sans être enthousiaste, ne le critique pas fondamentalement (cf enquêtes de satisfaction de la population, des collaborateurs ou des professionnels de santé privés). Certes, de nombreuses optimisations sont possibles :

- Les transferts
- Les coûts
- Dispersion des équipements techniques
- Dispersion des équipes soignantes
- Administration complexe
- ...

En effet, les transferts sont nombreux (une personne enquêtée sur deux s'en plaint) et s'avèrent coûteux. Les collaborateurs du RSV, en particulier les médecins et les soignants, stigmatisent les déplacements, les pertes de temps et, surtout, la relative dispersion des équipements techniques et des moyens nécessaires à leur exploitation. Rappelons qu'en moyenne chaque site dispose d'une capacité de production et d'accueil de l'ordre de 90 lits.

En termes de coût, le modèle actuel est d'ores et déjà coûteux et le deviendra de plus en plus : en personnels, en maintenance et entretien du patrimoine, en investissements pour le faire évoluer, en matière de financement de ces investissements par les seules ressources du RSV,...

Il n'est pas le schéma le plus attractif pour les médecins cherchant à s'implanter dans un hôpital ; et certains l'ont déjà exprimé : ils peuvent y apprécier, à la fois, un outil de travail remarquable à Sion mais aussi regretter des conditions d'exercice moins favorables que d'autres hôpitaux en raison de la multiplicité et de la dispersion des sites.

A l'aune des critères de fonctionnement hospitalier actuels en Europe, le RSV peut apparaître, disons-le, comme un modèle déjà daté : on lit encore très bien le « regroupement d'hôpitaux communaux agrégés » mais sans que la constitution de ce réseau d'hôpitaux ne soit allée jusqu'au bout de la démarche de rationalisation des potentiels.

Du point de vue de la planification, l'aménagement du territoire en matière de répartition des activités qu'il propose - en nature et en volume par site - ne sera plus en phase avec les bassins de population qui se profilent d'ici une dizaine d'années.

D'un point de vue économique, pour un hôpital de cette catégorie, son exploitation deviendra trop coûteuse pour pouvoir maintenir le niveau d'investissement élevé qui le caractérise actuellement (équipements biomédicaux, en particulier). Or, ce facteur, entre autres, le rend attractif, tant pour les médecins qui y travaillent que pour les médecins privés qui en sont les prescripteurs.

Ainsi, si un axe stratégique du RSV est de rester attractif vis-à-vis des malades valaisans, voire des financeurs du système de santé (qualité de la prise en charge thérapeutique, proximité, coût acceptable et devant le rester, médecins compétents), nous pensons que ce modèle doit évoluer.

5.2.2.2 Le scénario B : l'optimisation des sites aigus

Ce scénario parachève le regroupement engagé depuis bientôt 10 ans. Dans une volonté d'optimisation de la qualité, des compétences et des coûts de production, il va dans le sens de la constitution d'un Hôpital du Valais intégré :

- un centre de recours cantonal et de proximité pour le Valais central à Sion
- deux centres de proximité de médecine de chirurgie et de prise en charge de la mère et de l'enfant, avec urgences 24h/ 24 à Viège/Visp et à Rennaz
- six centres de proximité de médecine et d'excellence sur des thématiques spécialisées de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie et de gériatrie à Brigue/Brig, Sierre (y compris Sainte Claire), Montana, Martigny, Monthey (IPVR) et Saint Maurice

Certains de ces sites peuvent disposer d'une structure d'urgence 14h/24 pour certaines périodes de l'année (en saison hivernale à Brigue/Brig par exemple).

Des centres d'excellence, peuvent apparaître sur les sites de Sierre (rééducation traumatologique), de Montana (référence cardio pulmonaire), de Martigny (réadaptation neurologique et filière gériatrique).

Bien entendu ce scénario confirme le projet en cours de création d'un hôpital Riviera – Chablais à Rennaz.

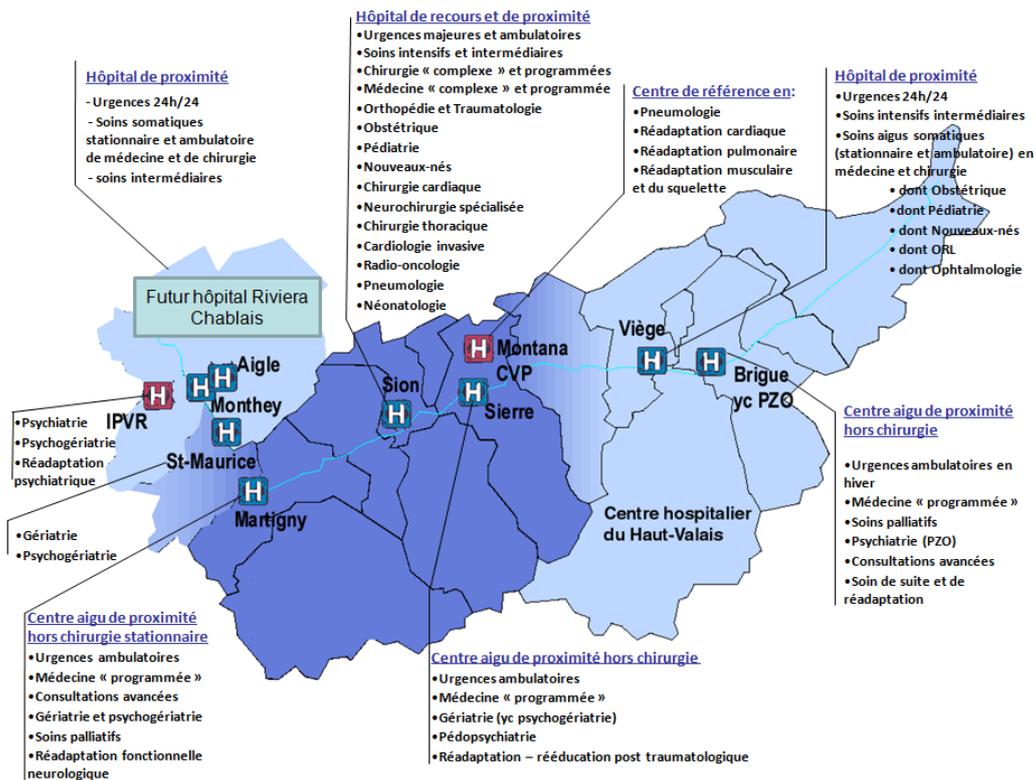
Ainsi, le site de Sion regroupe l'ensemble des prises en charge nécessitant des soins très intensifs et spécialisés.

Le site de Viège/Visp regroupe les activités aiguës du Haut-Valais et constitue le site de référence du Valais alémanique.

Les sites de Sion, Viège/Visp et Riviera-Chablais conservent un accueil en urgence 24/24. Les sites Sierre et de Brigue/Brig offrant une urgence de jour et de soirée mais pas en nuit profonde, Brigue/Brig ne l'offrant, de surcroît, que pendant la saison hivernale touristique.

Martigny, Sierre et Brigue/Brig, Saint Maurice permettent de développer une offre en soins de suite ou réadaptation s'insérant dans une offre globale de gériatrie et psycho-gériatrie et conservent une activité de médecine stationnaire programmée. Monthey (IPVR) et Brigue/Brig constituent les points clés de l'offre en psychiatrie.

SCÉNARIO B: REPARTITION OPTIMISEE DES ACTIVITES MEDICALES (2020)



Dans une optique de concentration des compétences humaines, des équipements les plus coûteux et d'économies, ce scénario optimise les ressources générées par le RSV. Il est géographiquement équilibré en termes de prise en charge des urgences lourdes ou ambulatoires. Les soins de suite ou de réadaptation sont répartis en trois points majeurs, ce qui facilite le travail en réseau et affirme les sites de Sierre, dont le patrimoine est relativement récent, comme le centre de prise en charge de l'ambulatoire en Valais et un pôle d'excellence sur la rééducation traumatologique.

Ce schéma d'aménagement recentre autour de centres d'excellence, parmi lesquels les soins aigus et les prises en charge complexes à Sion et la psychiatrie en Chablais. Dans ce schéma, le recentrage des prises en charge de soins aigus de proximité se fait à Viège/Visp, confortant la position d'un centre de soins somatiques performant dans le Haut Valais apte à soutenir la concurrence avec les hôpitaux du canton de Berne/Bern (concentration possible d'investissements de haut niveau). Enfin, l'équilibre est réalisé en termes de filières gériatrique et psychogériatrique avec Martigny et Brigue/Brig.

Une telle répartition affiche avec clarté une stratégie volontariste d'excellence qualitative pour la prise en charge thérapeutique et une optimisation quantitative en termes d'économies pour les Valaisans et les malades des autres cantons. Pour les professionnels enfin, ce scénario, en affirmant les rôles de chaque site, permet à la fois une mise en réseau des professionnels sur divers sites tout en affichant clairement les référents ou pilotes des diverses activités.

Enfin, il s'agit du scénario qui, avec le plus de chances de succès, permet à la nouvelle gouvernance de l'Hôpital du Valais de s'exprimer le mieux, conformément à nos recommandations sur ce point (cf chapitre « organisation administrative et médicale »). En effet, il favorise la responsabilisation des médecins et des soignants via une contractualisation interne et donne l'occasion au Conseil d'Administration recomposé de mettre en place une stratégie viable sur le long terme.

5.2.2.3 Le scénario C : intégration plus poussée de la relation « ville-hôpital »

Ce scénario reprend globalement le scénario B pour l'organisation des soins aigus. Il introduit la création de centres ambulatoires et de maisons de santé.

Les centres de médecine et chirurgie ambulatoire disposant également d'imagerie pourraient être co-exploités avec des spécialistes ou des cabinets de radiologie privés, afin de minimiser les coûts d'investissement et d'exploitation des deux parties.

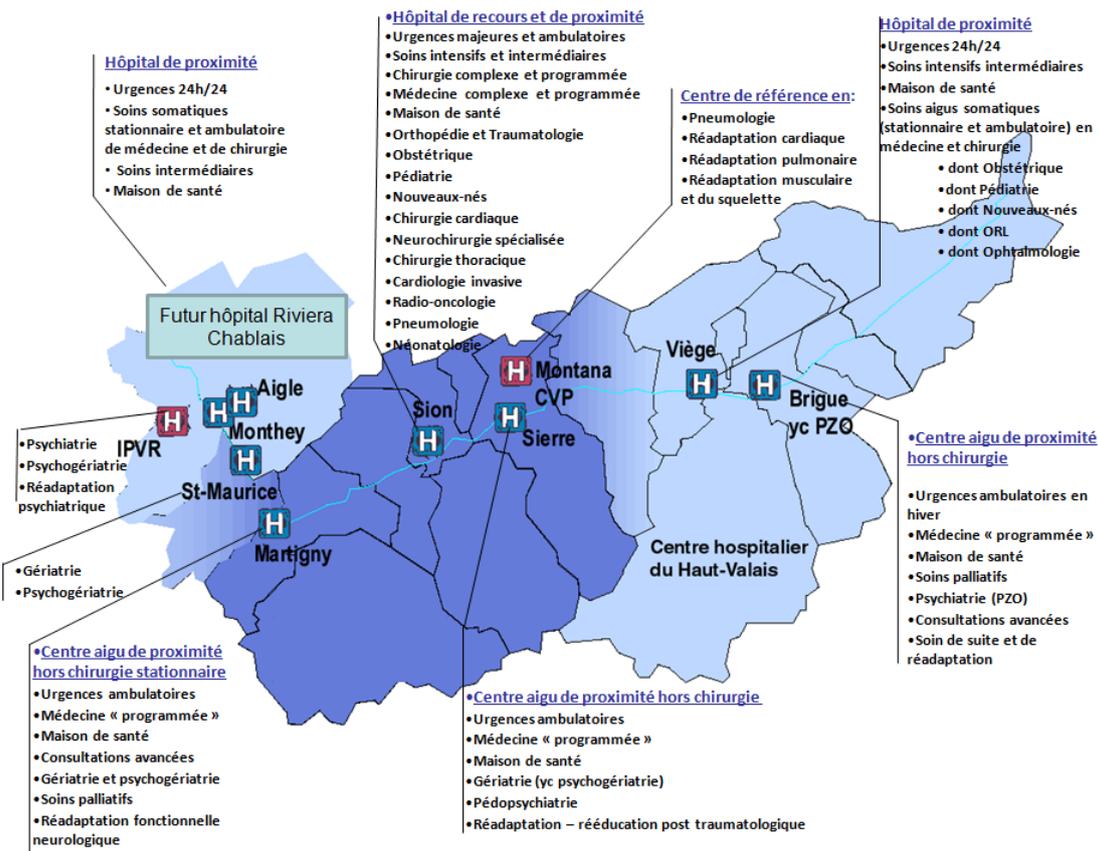
Sur un autre plan, afin de faciliter les liens entre les professionnels de pratique privée et l'hôpital, la création de maisons de santé au sein des locaux de l'hôpital améliorerait le suivi et la prise en charge globale du malade. A titre illustratif, nous pouvons imaginer l'implantation de maisons de santé sur le site du nouvel hôpital Riviera Chablais, sur les sites de Sion, de Martigny, de Sierre et de Brigue/Brig.

Sur les sites où ils seraient implantés, ces centres ou maisons de santé seraient de nature à repenser l'offre de médecine stationnaire. Ces implantations pourraient en effet aboutir à une réduction capacitaire en médecine stationnaire et à conforter le lien entre prise en charge par l'hôpital, l'hospitalisation à domicile et le secteur médico-social.

Ces maisons de santé sont des structures destinées aux soins de premiers recours. Elles assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ou des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent également associer des personnels médico-sociaux. Elles ont notamment pour finalité l'amélioration de la continuité du parcours de santé des personnes. Notons que plusieurs projets sont en cours de discussion et, pour certains, en cours de réalisation.

Les besoins en psychiatrie et en gériatrie donneraient lieu potentiellement à une extension capacitaire sur les sites de Sierre et de Brigue.

SCÉNARIO C: VARIANTE AU SCÉNARIO B AVEC MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES



Ce scénario apporte globalement les mêmes contributions en termes d'économicité par la réduction des sites de production de soins (concentration des compétences humaines et des équipements lourds). En revanche, l'éventualité d'intégrer des maisons de santé au sein des sites restants pour améliorer les relations ville-hôpital engendre des coûts d'investissements et de fonctionnement qui doivent être mesurés (location ou construction de locaux, recrutement ou mise à disposition de personnel dédié à la coordination, mise en place d'un système d'information et d'outils bureautiques, consommables,...)

Une aide de l'Etat pour l'incitation à ce type de projet répondant aux besoins de santé primaires est peut-être envisageable.

5.2.3 En synthèse

Illustratifs d'une réflexion où prime avant tout un objectif de performance qualitative associé à des solutions compatibles avec les enjeux économiques d'un système de santé moderne, les scénarii proposés ont pour point commun le regroupement impératif des équipements les plus sophistiqués en raison des compétences humaines nécessaires à leur mise en œuvre, de leur coût d'investissement, donc, au global, de leur efficacité. Il en est de même en termes de suppression de l'éparpillement des prises en charge en soins aigus, dispersion qui est source de surcoûts sans procurer un meilleur service rendu à la population, bien au contraire (qualité, transferts, etc...).

De plus, ces scénarii sont respectueux des investissements déjà effectués (sur l'immobilier, en particulier). Ils anticipent également ceux qui restent à venir (Riviera-Chablais, modernisation du site de Sion, rationalisation des répartitions d'activité en Haut Valais,...). Ils prennent enfin en compte l'évolution des modalités de financement des investissements : à la différence des règles actuelles de financement des investissements dont la charge incombe à l'Etat, le RSV devra les assumer en propre à partir du 1^{er} janvier 2012. De fait, une analyse financière approfondie et des simulations économiques doivent, de ce point de vue, sous tendre les choix stratégiques à réaliser dans un avenir extrêmement proche.

Par ailleurs, au regard des coûts d'exploitation du RSV 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 combine, à la fois, la nécessaire évolution de l'offre de soins du RSV qui doit maintenir qualité et coûts de production pour conserver son attractivité sur le canton (voire au-delà). En outre, ils prennent en compte l'évolution de l'infrastructure routière valaisanne, notamment en termes de facilitation en toute saison et de raccourcissement des temps de communication entre le Haut Valais et le reste du canton.

Hypothèses d'évolution proposées à titre d'illustration parmi bien d'autres modèles potentiels, les scénarii B et C optimisent les chances de succès du futur hôpital dans le contexte qu'il devra affronter à partir de 2012.

Nous tenons cependant à le rappeler : le schéma stratégique du RSV ne peut s'envisager qu'en tant que déclinaison d'une planification définie par l'Etat au vu des enjeux de santé publique à venir. Pour ce faire, il nous semble essentiel que, dans un futur proche, l'Hôpital du Valais dispose d'une gouvernance remaniée et participative dotée de véritables marges de manœuvre.

Le mandat d'audit :

« Analyse de la gouvernance du RSV et propositions d'amélioration par un audit portant notamment sur ses organisations administrative et médicale (direction générale, trois centres hospitaliers, onze sites). »

6.1 Les critères d'évaluation d'une organisation**6.1.1 Critères relatifs à sa structure**

La structure organisationnelle définit le mode d'organisation entre les différentes unités, la répartition des moyens humains et matériels, les responsabilités et la circulation des informations. Elle doit répondre à un certain nombre de critères qui vont conditionner son efficacité et la qualité des décisions des dirigeants :

- pertinence et adéquation par rapport aux orientations stratégiques arrêtées,
- efficacité de ses modalités de fonctionnement (répartition des responsabilités) et qualité des interfaces entre les différentes structures

Ceci suppose :

- Une définition explicite des objectifs,
- L'existence d'un organigramme qui précise les relations hiérarchiques et fonctionnelles,
- La définition des responsabilités et des postes (les principales missions et attributions de chaque structure de l'organigramme, la spécialisation des entités et leur coordination, l'affectation des effectifs, la formalisation des activités)
- Les systèmes d'organisation peuvent être plus ou moins complexes selon la taille de l'organisation, sa stratégie, ses missions, ses moyens et ressources ou son environnement.

Cette complexité ne constitue pas en soi un critère de pertinence, mais l'organisation choisie doit être adaptée :

- à son environnement,
- à ses missions et objectifs.

Elle doit être opérationnelle et bien dimensionnée afin d'éviter doublons ou lacunes, par exemple, et disposer d'un système de contrôle interne qui permette de s'assurer que les objectifs sont atteints efficacement et avec toute l'économicité voulue.

Les risques principaux d'une « logique structurelle » mal adaptée sont un découpage des attributions qui provoque un cloisonnement ou une parcellisation des tâches, une mauvaise communication entre les structures, la lenteur des circuits administratifs ou la défaillance des contrôles mais aussi une absence – avérée ou ressentie – de participation des acteurs majeurs au processus de décision.

6.1.1.1 Critères relatifs à ses processus

On distingue communément les processus de pilotage (processus de management ou décisionnels), les processus de support (gestion des ressources humaines, gestion financière, système d'information,...) et les processus opérationnels (l'activité « métier » de l'institution).

Des processus optimisés répondent à un certain nombre de critères, adaptés à la « cartographie des processus ». **Le mandat d'audit étant orienté sur la gouvernance, c'est sur les processus de management**, qui déterminent une politique et une stratégie pour l'organisation ainsi qu'un pilotage d'actions pour atteindre ces objectifs, que portera essentiellement notre analyse.

On reconnaît un certain nombre d'axes qui conditionnent une « bonne » gouvernance :

- une vision stratégique partagée,
- un système d'information fiable et rapide pour préparer les décisions et alimenter le contrôle,
- un mode de prise de décision clair, adapté à la structure et cohérent avec l'organisation de l'institution,
- des niveaux de formation, de compétences et d'implication permettant la mise en œuvre des décisions,
- un système de contrôle efficace,
- une capacité à prévenir et à surmonter les crises internes et externes. Selon l'approche bien connue, « une bonne gouvernance se mesure en période de crise ».

Le premier point est fondamental et assure la capacité d'anticipation de l'institution, avec le choix d'orientations à long terme, qui lui permettent de s'adapter à un environnement en mouvement et de diriger l'organisation que les femmes et les hommes qui la composent en conséquence.

Cinq questions clés permettent d'évaluer la gouvernance stratégique :

- L'institution a-t-elle une vision stratégique (choix sur des options structurantes à long terme, quant au public cible, couverture géographique, spécificité de l'organisation etc.)? Cette vision est-elle décidée par les acteurs internes à la structure ou leur est-elle imposée de l'extérieur ?
- Ces choix stratégiques sont-ils formalisés explicitement?
- Les choix sont-ils faits en cohérence avec le contexte de l'institution (concurrence, contexte économique, compétences etc.) ?
- Comment se traduisent ces choix dans les activités de l'institution ? Y a-t-il cohérence entre les différents objectifs et les moyens mis en œuvre ?
- Ces choix sont-ils connus et partagés par l'ensemble des acteurs impliqués dans l'institution ?

6.1.1.2 Critères spécifiques à une organisation hospitalière

Le modèle organisationnel le plus souvent utilisé pour décrire le fonctionnement de l'hôpital est celui de « configuration professionnelle » (Mintzberg).

Ce modèle permet de rappeler ce qui fait la spécificité de l'hôpital avec sa « base opérationnelle » composée de médecins, professionnels dotés d'un haut niveau de compétences, en tout cas sur le plan de l'exercice médical proprement dit.

Ces professionnels disposent d'une large autonomie dans la réalisation de leur travail, c'est-à-dire dans leur capacité à mener à bien une prise en charge thérapeutique. Cette autonomie dans l'organisation s'accompagne d'un système de pouvoir souvent décentralisé. Les médecins ont la possibilité de contrôler une partie des décisions qui les concernent en participant à des instances de décision et en y imposant leurs vues.

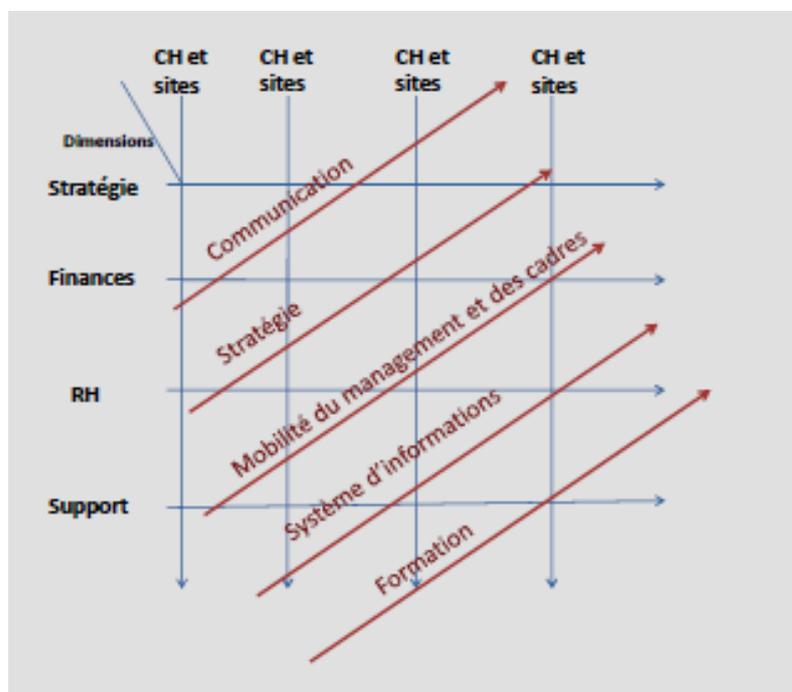
Leur encadrement est souvent peu développé et le sommet hiérarchique intervient principalement pour la gestion stratégique de l'institution, l'attribution des ressources et la coordination des unités autour d'objectifs communs.

Le management hospitalier a une double responsabilité : Concilier une vision médicale et professionnelle (au sens métier) de l'hôpital avec une vision économique et managériale. Ceci constitue, à la fois, un challenge réel et un critère d'évaluation d'une bonne organisation hospitalière.

6.1.1.3 Les forces de différenciation et d'intégration

Dans le fonctionnement d'un hôpital, l'idéal est de éviter deux écueils : l'éclatement auquel conduit un excès de dispersion des activités ou la multiplicité des lieux de décision, et l'excès de centralisation qui tend à paralyser le processus décisionnel.

Plusieurs domaines de la gestion hospitalière ont le mérite d'équilibrer ces forces, comme le montre le schéma ci-dessous.



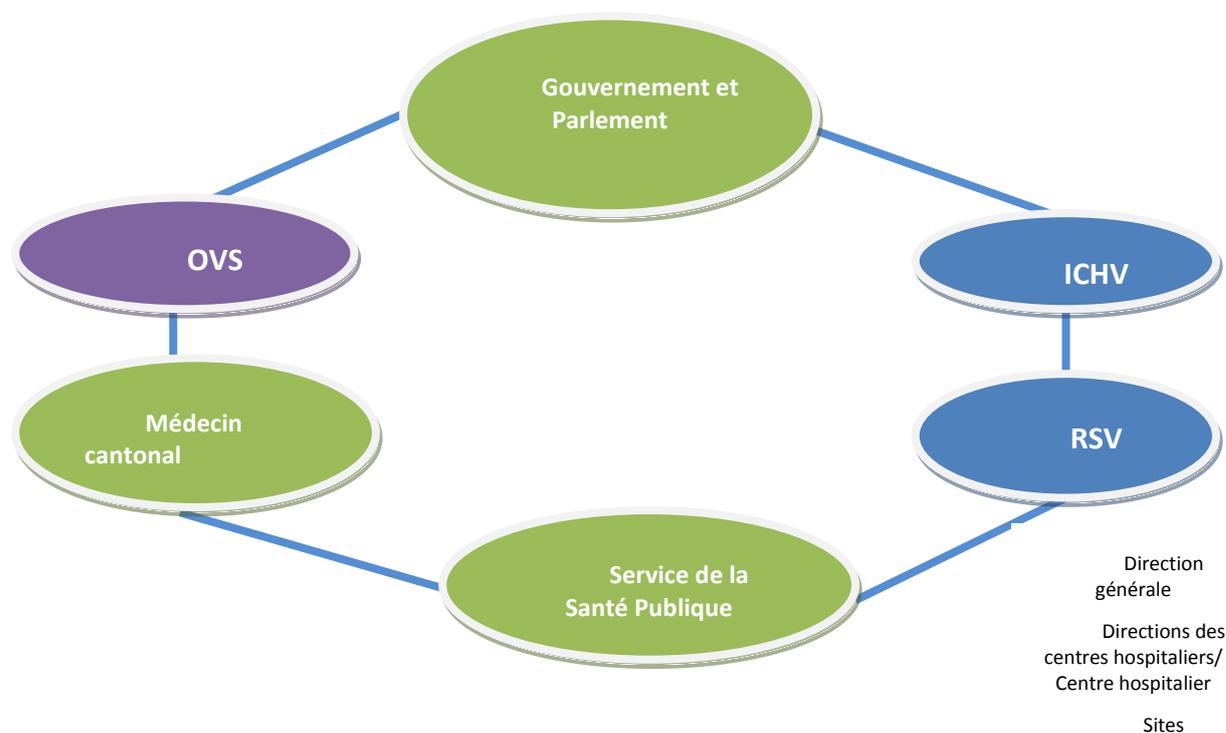
Par leur transversalité et leur pérennité dans la vie de la structure, la formation, le système qualité, le système d'information, la communication peuvent créer une synergie entre gestionnaires, médecins ou soignants à partir du moment où, bien entendu, les buts stratégiques à atteindre sont identifiés, connus et acceptés de tous et lorsque les voies pour y parvenir sont suffisamment balisées par les décisions prises par la direction générale et le conseil d'administration de l'hôpital.

6.2 **Description et analyse de l'organisation administrative du Réseau Santé Valais**

L'approche de l'organisation administrative et médicale repose sur la clarification des responsabilités de chacun des acteurs, sur la définition de leur participation à des processus structurants et à l'exigence de performance recherchée par le dispositif de management mis en place.

Afin d'identifier le périmètre pris en charge, le schéma ci-dessous rappelle les principaux acteurs du dispositif valaisan mis en place depuis plusieurs années.

Apparaissent en bleu les acteurs faisant l'objet d'une étude sur le thème « organisation administrative et médicale », les acteurs en vert étant plus particulièrement analysés dans le thème « planification et régulation de l'offre de soins ». L'Observatoire Valaisan de la Santé (OVS) constitue un cas particulier, étant à la fois outil au service des régulateurs (Etat) et des opérationnels (RSV), avec une distinction à faire entre l'aspect base de données sanitaires et l'aspect système d'information et statistiques de gestion interne.



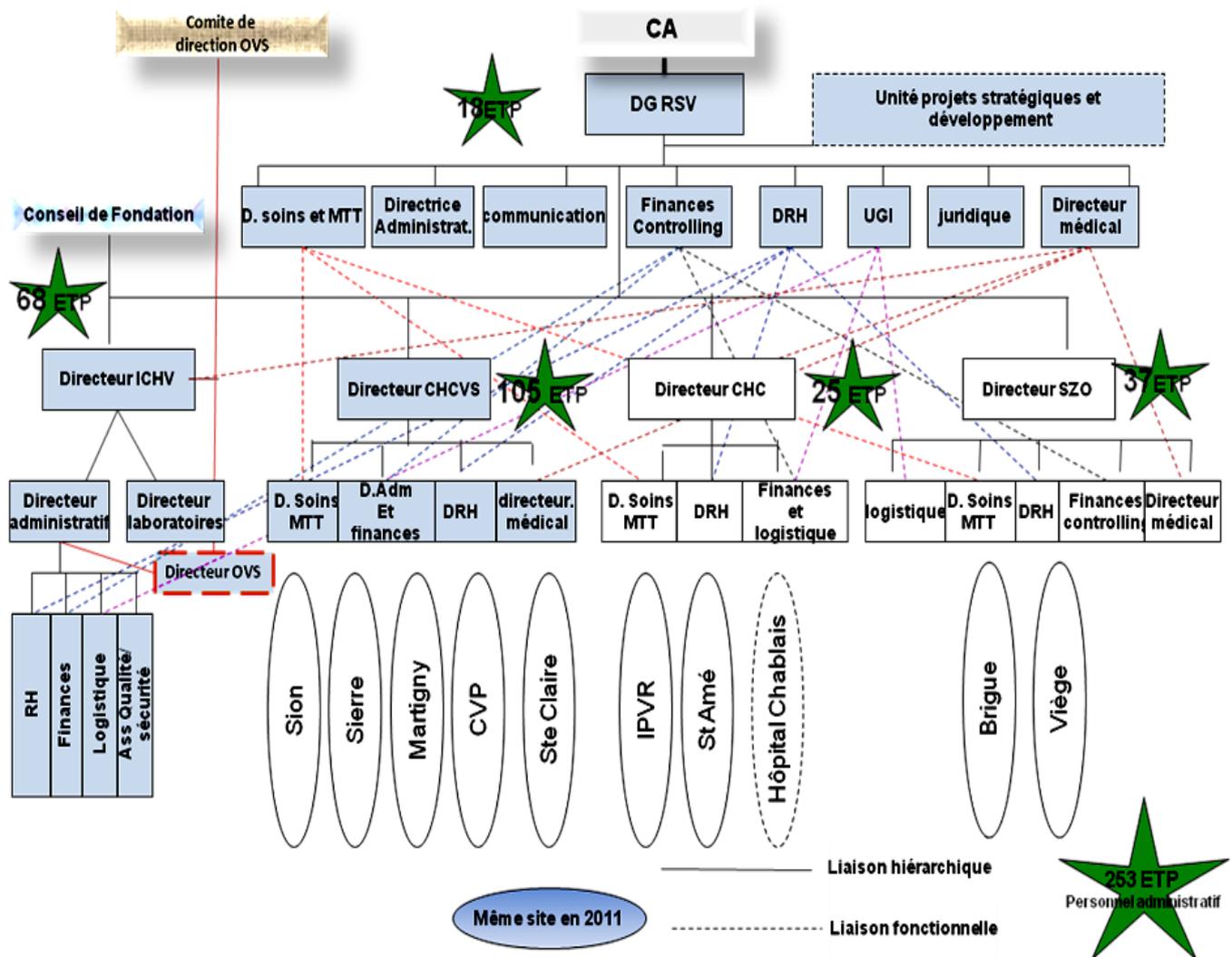
6.2.1 Les structures et l'organisation administrative

6.2.1.1 Description

Le Réseau Santé Valais (RSV) est organisé en trois centres hospitaliers multi sites et un institut central :

- le Centre Hospitalier du Chablais (CHC) comprend la Clinique Saint-Amé à Saint-Maurice, les Institutions Psychiatriques du Valais Romand à Monthey (IPVR) et l'Hôpital du Chablais à Monthey et Aigle (partie valaisanne),
- le Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs) regroupe les Hôpitaux de Martigny, Sion, Sierre, le Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) à Montana et la Clinique Sainte-Claire à Sierre,
- le Centre Hospitalier du Haut-Valais (Spitalzentrum Oberwallis ou SZO) regroupe les Hôpitaux de Brigue/Brig et de Viège/Visp,

L'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV), fondation reconnue d'utilité publique intégrée au RSV, constitue une plateforme multidisciplinaire de premier ordre, qui héberge également l'Observatoire Valaisan de la Santé (OVS). La mission de ce dernier est de collecter, d'analyser et de diffuser des données d'observation sanitaire pour le compte du Département de la Santé Publique (DSSP), service rattaché directement au Conseiller d'Etat en charge de la santé.



L'organigramme ci-dessus précise les relations hiérarchiques et fonctionnelles entre les différentes entités. Celles-ci sont explicites et parfaitement définies dans les cahiers des charges des postes qui composent l'organigramme, mais on en perçoit aussi toute la complexité. Le directeur général a une autorité hiérarchique sur les directeurs qui composent la direction générale ainsi que sur les directeurs des centres et de l'ICHV, eux-mêmes ayant autorité hiérarchique sur leurs adjoints.

Les liens entre les directions-supports du siège et des centres sont des liens fonctionnels. Il en est de même pour le directeur médical et le directeur des soins infirmiers et médico-techniques avec leurs homologues des centres. 253 collaborateurs administratifs (sans l'HDC) sont répartis entre la direction générale (18), les centres hospitaliers (167) et l'Institut Central (68). Le service d'information médicale et administrative de l'ICHV est comptabilisé dans le personnel administratif, qui ne comprend pas, cependant, les secrétaires médicales. Au total, le RSV compte environ 3.250 collaborateurs exprimés en EPT (source RSV – décembre 2010), ce qui correspond à un pourcentage de personnels administratifs de l'ordre de 15% nous paraissant relativement élevé.

La direction générale, simple secrétariat à la naissance du RSV, s'est étoffée progressivement. Après les directions fonctionnelles classiques (finances, ressources humaines, administration générale), de nouveaux services ont été créés en réponse à des sujets émergents considérés comme relevant d'un pilotage stratégique : les questions juridiques et, plus récemment, l'unité de gestion des infrastructures et des équipements techniques (3 personnes à terme) ou la communication (4 personnes à terme). Ces dernières extensions se sont faites par addition et non par substitution. Une nouvelle unité « projets stratégiques et développement » est souhaitée, pour

optimiser le déploiement du concept de « management intégré » (3 personnes en phase initiale, par redéploiement).

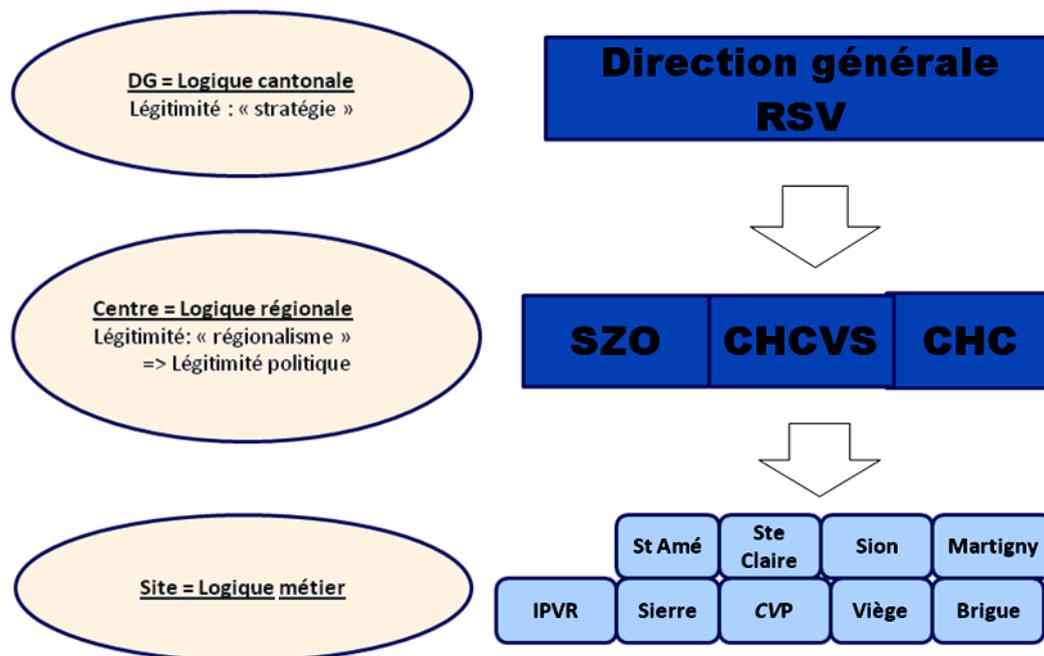
Chaque centre hospitalier dispose des directions fonctionnelles classiques, organisées selon un modèle qui lui est propre (dénomination, répartition des fonctions, divisions).

L'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV) se démarque de cette organisation à plusieurs titres. De création antérieure au RSV (1973), il n'est intégré dans l'organigramme, avec une comptabilité consolidée, que depuis 2008. Créé par les six hôpitaux, à l'initiative de l'Etat, avec pour objectif de mettre en commun des ressources sur des activités transversales, son noyau central d'activités homogènes s'est élargi à de nouvelles missions (information médicale et administrative, stérilisation centrale, centrale d'achats, médecine du travail). Il déploie ses activités pour le RSV mais aussi pour d'autres clients ainsi que pour l'Etat.

Erigé en Fondation en 1976, il compte 380 EPT en 2009, avec un budget de 85 millions de CHF et un résultat excédentaire de 3,5 millions de CHF. Il est administré par un conseil de fondation comprenant trois personnes désignées par le RSV et deux personnes par l'Etat. Il héberge, par ailleurs, l'Observatoire Valaisan de la Santé.

6.2.1.2 Analyse : trois niveaux et trois logiques difficiles à concilier

Les trois niveaux qui cohabitent obéissent à trois logiques différentes.



Les sites demeurent des lieux de production des soins. Issus d'une logique communale « historique », ils représentent la base, la légitimité « du terrain », avec une logique métier. Les sites demeurent des lieux de production des soins. Issus d'une logique communale « historique », ils représentent la base, la légitimité « du terrain », avec une logique métier. La différenciation est encore très présente (ex : Brigue [Brig] et Viège [Visp], Martigny et Sierre, Sion et Sierre, Sion et Martigny), avec un maintien sur la plupart des sites d'activités dont le regroupement est envisageable ou dont l'organisation au travers de filières de soins générerait une prise en charge optimisée du malade. Plusieurs exemples ont été cités, notamment un accueil de traumatologie à Martigny, avec un délai de prise en charge relativement long, aux urgences alors que le malade a dû être transféré à Sion.

Au sommet, la direction générale du RSV obéit davantage à une logique cantonale plus que d'une organisation et d'une gestion proche du terrain ; elle tire sa légitimité essentiellement de la planification.

Entre ces deux niveaux, le choix a été fait de créer les centres hospitaliers, qui obéissent à une logique « régionale », avec une position difficile dans cette organisation, puisque leur légitimité est essentiellement politique. Ces centres regroupent les « forces vives » de l'administration du RSV, ce montage pouvant générer une distance entre directions des centres et direction générale, avec, à l'extrême, des velléités d'autonomie qui peuvent perturber autant les acteurs internes au RSV que la tutelle gouvernementale.

Une illustration de ce phénomène se trouve dans l'actualité récente du RSV : le signalement des faits de juin dernier (streaming d'un match de football au bloc opératoire) aurait été fait très tardivement à la direction générale alors qu'il a été géré immédiatement par la direction du CHCVs. Or, tout-à-fait indépendamment de la gravité ou de l'absence de gravité de cet incident mais dans une optique de gestion avisée d'une telle situation, le risque d'une potentielle surexploitation médiatique aurait dû être mesuré et traité directement par la direction générale. Sa « distance » avec l'événement et l'absence de remontée d'information en temps réel l'en a empêchée ; toute action ou toute communication sur ces faits ne pouvait donc s'organiser qu'en réaction à une expression médiatique, excessive, par ailleurs.

La coexistence de ces trois niveaux rend donc l'organisation complexe et peu lisible. Même si les responsabilités sont définies, comme on l'a vu, dans des organigrammes précis et détaillés, le découpage des attributions, au niveau opérationnel, ne favorise pas le décloisonnement, ralentit les circuits administratifs et rend la communication ascendante et descendante plus difficile.

Au cours des entretiens que nous avons menés, cette lourdeur est le plus souvent évoquée à propos de la gestion financière :

« Lourdeur et lenteur décisionnelle », « On est loin de l'organisation simple et efficace », « Marge de progression dans l'efficacité », « Le transversal fonctionne pour les soins, pas pour la gestion financière », « On se facture les prestations d'un centre à l'autre » « On s'interroge sur l'appartenance à un même réseau, on négocie avec le CHCVs comme avec un hôpital extérieur » « Avoir des budgets par centre crée des tensions, chacun défendant ses crédits. Nombreuses discussions, nécessitant l'arbitrage de la direction générale et perte de temps s'il n'y a pas d'arbitrage. », « Les centres se facturent des prestations entre eux avec paiement, et non simple écriture comptable. »

L'organigramme des structures rappelle en outre celles qui seront prochainement regroupées sur un même site (fond bleu), chacune avec ses propres services-support : finances, ressources humaines etc., renforçant ainsi la perception des doublons en les regroupant.

Lorsqu'un nouveau sujet apparaît ou lorsqu'un pilotage au niveau de la direction générale est nécessaire, un niveau supplémentaire est ajouté au « millefeuille » administratif, par addition et non par substitution, le plus souvent. Lorsque la direction générale sort du rôle exclusif que lui assignent les centres hospitaliers, soit la stratégie et la coordination, le dispositif, jusque-là relativement consensuel, se grippe. En effet, les projets s'enlisent dès que se profile une centralisation des moyens, avec **une certaine frilosité face aux changements.** Deux exemples peuvent être cités :

⇒ ***L'organisation des finances et du controlling***

La direction est composée d'un directeur et de deux collaborateurs, ce qui ne permet qu'un travail de consolidation au niveau de la direction générale.

Une analyse des activités dans les services « finances et controlling » a été réalisée entre 2008 et 2010 par une société de conseil. La faiblesse de la fonction contrôle a été constatée et un renforcement proposé, avec, en outre, une centralisation de la gestion des contentieux.

La mise en place d'une nouvelle organisation (une unité « finances et controlling », une autre « comptabilité ») aurait pour objectif d'augmenter la standardisation, la professionnalisation et permettrait un gain de postes (358 personnes participent à la chaîne de facturation, y compris secrétariats médicaux, admissions et autres).

Il n'y a pas de consensus sur les propositions (en particulier sur le contentieux), ni sur la localisation des fonctions, en dehors du rattachement du controlling à la direction générale. Aucune décision n'a été prise jusqu'à présent sur les propositions qui ont été faites.

⇒ **L'unité de gestion des infrastructures et des équipements techniques (UGI)**

L'unité de gestion des infrastructures et des équipements techniques (UGI) est de création récente. Rattachée directement à la direction générale, elle a pour but, à la demande de l'Etat, propriétaire des locaux, de développer une gestion spécialisée et professionnalisée du patrimoine immobilier. Elle a en charge la gestion des infrastructures, bâtiments, équipements techniques et médicaux, travaux, maintenance, sécurité incendie.

Composée d'un responsable et d'un ingénieur biomédical, elle doit être renforcée par la création d'un poste d'ingénieur responsable des services techniques, avec autorité hiérarchique sur les services techniques des centres (actuellement, seul existe un lien fonctionnel). Ce projet, considéré comme une centralisation inutile et dangereuse, est largement controversé par les ingénieurs en place dans les établissements.

⇒ **L'ICHV**

Concernant l'ICHV enfin, le RSV doit faire un choix clair et en indiquer les raisons. Rien ne justifie plus aujourd'hui son statut spécifique, sinon le souci de préserver une certaine différenciation au détriment de l'intégration. C'est en ces termes que la question se pose.

L'Institut cultive sa différence. Le sentiment d'appartenance au RSV est faible. Là encore, les propos recueillis lors des auditions sont sans ambiguïté :

« Sentiment de travailler plutôt pour la santé publique en général que pour un hôpital en particulier » « Au service des hôpitaux, mais pas dans un hôpital, ce qui fait une différence pour les personnels » « on se bat pour aller chercher de la clientèle, du fait de la concurrence, l'état d'esprit est différent » « Il faut préserver une image différente du réseau auprès des autres clients ».

Fier, à juste titre, de sa réussite, son souhait serait de conserver une certaine spécificité au sein de l'organisation générale. Si son autonomie « opérationnelle » ne se manifeste plus qu'à travers le processus d'investissement (autofinancement sans subvention de l'Etat, passage devant le conseil de fondation uniquement et sans procédure d'autorisation de l'Etat pour l'adjudication), l'environnement concurrentiel dans lequel il opère, contrairement au RSV, sa clientèle multiple et son activité commerciale, même de statut public, constituent des arguments pour maintenir une certaine différenciation.

Selon le degré d'intégration souhaité pour l'Hôpital du Valais, deux options sont envisageables (cf. plus loin les scénarios proposés). Néanmoins, si la fondation ne peut être dissoute ou si sa dissolution n'est pas souhaitée, une même composition pour le conseil d'administration du réseau et le conseil de fondation, avec uniquement deux réunions par an du conseil d'administration en « conseil de fondation » pour approuver le budget et approuver les comptes, nous semble une harmonisation minimale indispensable.

6.2.1.3 La formalisation des processus et procédures

Le RSV se caractérise par un niveau remarquable de formalisation de l'ensemble de ses objectifs, de son organisation interne, de ses processus. Ces éléments sont disponibles, accessibles et rares sont les hôpitaux qui atteignent ce niveau de formalisation. Toutes les questions posées par les auditeurs sur ces thèmes ont trouvé des réponses rapides, claires et documentées. Un grand nombre de processus a fait l'objet d'audits externes ou d'interventions de sociétés de conseil extérieures à l'institution.

La formalisation de la gouvernance stratégique

Le document « Les bases de la stratégie d'entreprise du Réseau Santé Valais 2009-2012 » utilise l'analyse SWOT ainsi que la chaîne des valeurs pour définir la stratégie d'entreprise devant garantir le développement durable de l'institution. Les objectifs sont formalisés et explicites.

La formalisation de l'organisation administrative et médicale

L'organisation administrative et médicale fait l'objet d'une description et d'une formalisation poussées. Des organigrammes détaillés par structure précisent la nature de la ligne hiérarchique (lien hiérarchique ou fonctionnel). Des cahiers des charges par poste définissent les fonctions ainsi que le positionnement hiérarchique.

La formalisation des processus et procédures

Avec la carte des processus de l'Hôpital du Valais, les processus de management, de prestations et de supports sont formalisés avec un schéma de procédure, les outils ou documents s'y rapportant et les responsables. Les délégations de signature sont également précises.

Extraits de la carte des processus

Processus de management	Processus de support
Stratégie/planification	Administration financière
Processus/structures	Administration Humaines Ressources Humaines
Développement et gestion des connaissances et compétences	Gestion des infrastructures et des équipements médico-technique
Controlling stratégique	Médecine du personnel
Gestion des projets	Hôtellerie
Communication	Achats/approvisionnement
	Information médicale et administrative
	Administration des patients

Exemple du processus ressources humaines

- La stratégie RH	- Projets en cours ou à venir
- Les objectifs	
- La vision, la mission, la culture, les valeurs	- Les processus de base (recrutement, engagement et accueil des collaborateurs, politique salariale et sociale, management des compétences, développement professionnel et personnel, départ)
- Les processus centraux	
- L'analyse FFOR (forces et faiblesses, opportunités et menaces)	

Après deux ans de préparation, le RSV a été en mesure de retenir un Système d'Information des Ressources Humaines (Sté P&I), ce qui traduit le travail réalisé en termes de normalisation et de standardisation des processus.

6.2.2 Analyse

6.2.2.1 Une parfaite maîtrise des outils d'une entreprise

Toutes les directions n'ont pas atteint un même niveau d'intégration, mais on peut affirmer que les outils de la stratégie d'entreprise sont parfaitement maîtrisés par la direction générale. Par ailleurs, l'analyse des forces et faiblesses de chacun des processus est réalisée.

Les auditeurs ne peuvent que valider les analyses faites par fonction-support en mettant l'accent sur quelques points :

⇒ ***La forte contrainte du processus d'investissement actuel***

Le RSV est un établissement autonome de droit public doté de la personnalité morale mais sans fonds propres. La double soumission aux règles de marchés publics (législation fédérale et cantonale) et aux règles d'approbation, y compris pour l'autorisation d'adjudication, ainsi que les seuils fixés, créent un dispositif fortement contraignant et occasionnent des délais importants. L'établissement est, par ailleurs, peu préparé à la gestion économique des investissements (équilibre financier global, retour sur investissement, etc.) qui sera pourtant la règle à partir de 2012.

⇒ ***La gestion des plaintes des patients***

Cette question rencontre peu d'écho parmi les responsables auditionnés, considérée comme ne posant pas de problème particulier. Le traitement des plaintes est aujourd'hui inscrit dans le projet de dispositif global de déclaration des incidents qui doit se déployer dans les trois ans. Si le souci de ne pas multiplier les dispositifs est compréhensible, il nous semble que le RSV ne répond pas aux enjeux actuels en ne se saisissant pas dès maintenant de ce sujet, en le dissociant d'un projet beaucoup plus large et différent dans ses objectifs et modalités. Il pourrait s'inspirer des Commissions des Relations avec les Usagers et de la prise en charge de la Qualité (CRUQPC) mises en place dans les hôpitaux en France, hôpitaux qui ont l'obligation de présenter leurs statistiques annuelles, comprenant des indicateurs précis, à leurs instances et de les transmettre à l'autorité de tutelle régionale, qui en présente une synthèse en conférence régionale de santé.

⇒ ***La nécessité de structurer l'audit interne***

L'article 15 de l'ordonnance du 19 décembre 2007 prévoit « Le RSV met en place un organe d'audit interne chargé notamment d'évaluer, par une approche systématique et méthodique, ses processus de management des

risques, de contrôle et de gouvernement d'entreprise, ainsi que d'élaborer des propositions pour renforcer leur efficacité ». Comme dans toute structure de cette taille, cette nécessité semble s'imposer.

6.2.2.2 Des outils peu adaptés à une large communication interne

Dans les entretiens avec l'encadrement intermédiaire, nos interlocuteurs ont souligné que « *la vision de la stratégie n'est pas toujours claire* » et qu' « *il n'y a pas toujours de lien avec la base* », « *il faut mieux expliquer la démarche* ». « *Trop d'intellect, il manque peut-être du rêve* ».

Le RSV a souhaité changer sa dénomination de « réseau » en « hôpital », pour mieux traduire sa réalité hospitalière et « *lutter contre l'image de mégastructure froide et impersonnelle* ». Outre le renforcement de la culture hospitalière, qui sera évoquée ultérieurement, il nous semble que les messages gagneraient à être simplifiés. L'extrême formalisation de toute démarche interne, les outils utilisés s'adaptent assez mal à une large communication compréhensible dans l'établissement, propre à susciter l'adhésion de personnels qui travaillent dans le domaine du soin, de « l'humain ».

6.2.3 La gouvernance stratégique

Les organes qui concentrent la gouvernance stratégique sont le conseil d'administration et la direction générale, les directions des centres hospitaliers.

Le conseil d'administration est composé de 7 membres désignés par le Conseil d'Etat, avec des critères d'exclusion (administrateurs, directeurs, médecins et personnels des établissements et institutions sanitaires qui composent le RSV, les fonctionnaires d'Etat, les personnes se trouvant en situation de conflit d'intérêt ou ayant 70 ans et plus au moment de la nomination), mais sans critères de représentativité autres que régionale et sans contrainte précise : le Conseil d'Etat « *veille à une répartition équilibrée entre les régions* ».

La loi définit ses compétences inaliénables. Son organisation est définie dans un règlement intérieur.

Le Conseil d'Administration a par ailleurs récemment créé trois comités permanents :

- Stratégie et investissement (orientations, objectifs, investissements et controlling stratégiques)
- Organisation, nominations et révocations, rémunération (nomination et révocation de membres de la direction, organisation de la direction, délégations de compétences, politique salariale)
- Audits et risques (audits internes, gestion des risques, système de contrôle interne ; clôture des comptes)

Chaque comité permanent est composé de 2 à 3 membres avec pour mission d'analyser les dossiers transmis par le Conseil d'Administration ou la direction et de préparer des propositions à l'attention du Conseil d'Administration.

La direction générale du RSV « *assume la gestion opérationnelle de l'Hôpital du Valais conformément au cahier des charges établi par le conseil d'administration* »

Les directions des centres hospitaliers « *dépendent de la direction générale du RSV. Elles exécutent les tâches qui leur sont confiées par la direction générale du RSV.* »

6.2.3.1 Analyse de la gouvernance stratégique

Etroitement liée à la question du statut et de l'autonomie du RSV, celle des responsabilités respectives du Conseil d'Administration et de la direction générale constitue un enjeu transversal majeur.

Dans un dispositif « sous haute surveillance » disposant d'une autonomie très limitée, le RSV et son Conseil d'Administration en tout premier lieu, disposent d'un pouvoir « stratégique » très faible. La stratégie exige deux conditions : l'autonomie et la concurrence, qui, actuellement, n'existent pas.

S'il ne dispose pas de réel pouvoir de pilotage stratégique, les textes donnent en revanche au Conseil d'Administration des compétences qui empiètent largement sur ce qui devrait être de la responsabilité du directeur général.

Font partie des compétences du Conseil d'Administration, outre la nomination du directeur général - avec l'approbation préalable du Conseil d'Etat - dont il arrête le cahier des charges, la nomination des autres membres de la direction générale et des directions des centres hospitaliers dont il arrête le cahier des charges, mais aussi l'adoption des règlements internes nécessaires, la définition de la composition, de l'organisation et du mode de fonctionnement de la direction générale et des directions des centres hospitaliers ainsi que les délégations de compétence aux divers niveaux de la structure hiérarchique du RSV.

Ces dernières dispositions ressortissent clairement à la gestion et non au pilotage ou au contrôle. C'est au directeur général, responsable devant le conseil d'administration, de choisir ses collaborateurs et d'organiser les modes de fonctionnement qui régissent leurs relations.

Cette « déqualification » des compétences de la direction générale se répercute en cascade au sein de l'organisation et vient buter sur des centres hospitaliers bien structurés qui, situés sous l'autorité hiérarchique de la direction générale, la cantonnent strictement à des fonctions « stratégiques », alors que son seul champ d'action possible est conforme au texte initial : assumer « la gestion opérationnelle » dans un cadre très contraint, puisque sans pouvoir sur ses collaborateurs, ni sur son organisation.

Il se dégage trois axes principaux des réponses apportées par les cadres des centres hospitaliers à la question posée par les auditeurs : « *le réseau, c'est quoi ?* »

- L'instrument de la mise en œuvre de la planification cantonale,
- Une logique d'entreprise,
- Une superstructure qui « fait réseau » par l'apprentissage en commun de processus.

D'emblée, il convient de souligner que le Réseau n'est remis en question par aucun des interlocuteurs rencontrés. La plus-value apportée dans certains domaines est reconnue, aussi bien au sein du RSV qu'auprès de l'ensemble des personnes externes rencontrées. Pour mémoire, évoquons-le fait que plus de 210 personnes ont été auditionnées dans le cadre de l'audit et qu'il s'est agi aussi bien de personnes favorables au RSV que d'opposants. Ceci sera développé dans les annexes méthodologiques.

Les termes récurrents sont les suivants :

⇒ « *Vision stratégique commune* », « *Lignes directrices communes* », « *Plateforme commune administrative* », « *Economies d'échelle* », « *Négociation tarifaire* », « *Centrale d'achats* », « *Masse critique* », « *Gestion de trésorerie centralisée* », « *Plus-value sur le biomédical* » « *système d'information* ».

Ce point nous paraît fondamental pour comprendre ce qui fait consensus au sein du RSV. La direction générale, dans le cadre contraint décrit, a abordé la constitution de cette nouvelle entité sans chercher à centraliser d'emblée, mais en mettant en place un grand nombre de groupes de travail. C'est un aspect très apprécié de l'encadrement intermédiaire, en particulier :

⇒ « *Echange, partage d'expériences* », « *Transferts de savoir faire* », « *Travail en commun sur des projets concrets* », « *La réflexion sur la stratégie a permis de mieux se connaître, de travailler ensemble* »

Même si quelques critiques sont émises :

⇒ « *On veut entreprendre trop de choses en même temps* », « *On ne va pas jusqu'au bout* »

Un état des lieux des projets daté de juillet 2010 recense 32 projets d'importance variable, comportant chacun un ou des responsables et les membres du COPIL (Gouvernance, soins médicaux, soins infirmiers, Ressources Humaines, Finances, Assurance Qualité, Communication, Système d'information...) et dont une vingtaine est en cours.

On peut parler d'un management par les processus, avec ses points forts et ses points faibles. En effet, le danger d'un management par les processus qui ne se nourrit pas d'orientations réellement stratégiques est de se couper des enjeux réels, de s'auto-alimenter, trop centré sur lui-même, de mettre l'accent sur la qualité du processus qui conduit au résultat plutôt que sur le résultat lui-même.

On ne peut que recommander de redonner, sur l'ensemble des sujets, une primauté au fond sur la forme. Cette question renvoie à celle de la place des médecins au sein de l'institution. La stratégie d'un hôpital, son cœur de métier c'est d'abord le soin, ensuite le soin et encore le soin... Le reste ne constitue qu'un support au service de cet objectif.

6.3 Description et analyse de l'organisation médicale et soignante du RSV

6.3.1 L'organisation des métiers du soin

La direction des soins est organisée et comprend un directeur des soins et médico-techniques au niveau de la direction générale, en lien fonctionnel avec les directeurs des soins des centres, qui sont sous l'autorité hiérarchique de leur directeur de centre.

L'organisation des soins semble avoir bénéficié de la mise en réseau des établissements avec un grand nombre de projets transversaux et d'initiatives qui ont permis d'harmoniser certaines pratiques, de décloisonner les établissements et d'apporter des innovations intéressantes. Beaucoup reste à faire (en matière de gériatrie, en particulier), mais la voie est tracée et semble précéder le médical.

La communication entre directeurs des soins est opérationnelle : des journées de réflexion sont organisées, ainsi que des réunions bimensuelles, avec des relations qui apparaissent confiantes « *Même vision entre directeurs de soins, beaucoup de confiance et de respect entre nous* ». Les réunions de direction sont élargies régulièrement aux directeurs des soins et médico-techniques.

Les processus sont formalisés : charte des soins, objectifs annuels, organigrammes, cahier des charges des fonctions, y compris médico-techniques, relevé des prestations infirmières (passage en LEP 3 en 2011).

La fonction d'infirmière clinicienne est mise en place depuis deux ans dans les unités ainsi qu'un poste de responsable du développement des soins et de la formation, qui travaillent de manière transversale avec les infirmiers spécialistes cliniques des départements.

Des projets de soins sont développés, les centres appréciant que chacun avance à son rythme, selon ses priorités, mais aussi son histoire, sa taille et sa culture propres :

⇒ Le «skill and grademix», qui désigne l'équilibre souhaitable entre les compétences de métier (skill) et les niveaux de formation (grade) au sein des équipes de soins et qui vise également à intégrer les nouveaux métiers et à anticiper la pénurie d'infirmiers.

⇒ Le manuel des soins intégraux (un infirmier référent par patient) avec des unités pilotes (3 unités pilotes dans le Haut Valais, 2 au CHC et 4 au CHCVs).

⇒ Deux indicateurs, sur les escarres et les chutes, ont été mis en place. Le centre hospitalier du Haut Valais a développé un projet spécifique de traitement des plaies. Par ailleurs, un relevé (SOAS) qui permet de travailler sur les incivilités, l'agressivité et la violence, sera intégré dans les services de psychiatrie puis dans les services d'urgences somatiques.

Depuis la réforme du système de formation infirmière en Suisse, deux formations, secondaire et tertiaire, existent pour les infirmiers. La mise en place de l'intégration des nouvelles formations secondaires ASSC (assistantes en soins et santé communautaires) permet d'alléger les contraintes dues à la pénurie d'infirmières. Cette intégration semble se réaliser progressivement au RSV, qui a réussi également à gérer correctement la disparition du statut d'infirmière assistante.

6.3.2 L'organisation médicale

Le corps médical

Le RSV compte 435 EPT (équivalent plein temps) médicaux en 2009 (y compris HDC), soit un peu plus de 13 % de l'effectif global. Une distinction est opérée entre les médecins-cadres et les autres catégories de médecins (les médecins chefs de clinique et les médecins-assistants). Par médecin-cadre, on entend : les médecins-chefs et médecins-chefs adjoints, les médecins-adjoints, les médecins-agrégés et les médecins-consultants.

Les contrats, individuels, sont de droit privé. Des directives, signées en 2008, déterminent les rémunérations des médecins.

Concernant les médecins-cadres, une autorisation d'engagement du Service de Santé Publique sous l'angle de la planification (mandat) et sous l'angle financier (subventionnement) doit être sollicitée. La masse salariale dédiée aux médecins cadres ne doit pas dépasser 14% de l'enveloppe budgétaire globale. Cette procédure est souvent décrite comme contraignante et susceptible de laisser passer des opportunités de recrutement, faute de réactivité suffisante.

La mise en place progressive des entretiens de collaboration concerne également les médecins (appréciation de la qualité de travail, atteintes des objectifs, objectifs futurs).

Direction médicale et gouvernance médicale

Le directeur médical du RSV :

- Assume la direction médicale de l'Hôpital du Valais,
- Participe à l'élaboration et à la mise en œuvre, sur le plan médical, de la planification hospitalière cantonale décidée par le Conseil d'Etat,
- Conduit et concrétise, en collaboration avec les directeurs médicaux des centres hospitaliers, les stratégies définies par le Département de la Santé Publique, le Conseil d'Administration et les Universités,
- Participe, en collaboration avec différents partenaires, notamment les directions des centres hospitaliers, à la définition des stratégies médicales à moyen et long terme pour l'Hôpital du Valais.

Il n'existe pas d'organe constitué de consultation/concertation de la composante médicale au sein du RSV. Les réunions de direction élargie n'incluent que les médecins directeurs d'établissements (ICHV et CHC) et abordent peu les questions médicales, faute de temps en fin d'ordre du jour.

Ces collèges ont laissé le souvenir d'instances plus politiques ou syndicales que techniques et rendent difficiles les distinctions qui doivent être opérées entre la représentation « métiers » (syndicats de médecins) et la représentation/participation des médecins dans le fonctionnement et la gestion de l'institution.

⇒ Sur le premier versant, la CIH (Commission des intérêts des hospitaliers), organe de la SMV (Société Médicale du Valais) défend les intérêts des médecins hospitaliers. Dans le passé, cette CIH était formée des présidents de collèges des différents hôpitaux du Valais, collèges qui étaient regroupés en Groupements des Hospitaliers au sein de la Société Médicale du Valais.

⇒ Sur le second versant, l'organisation mise en place prévoit des instances représentatives des médecins : ce sont les conseils de départements, mais dans le cadre de chaque centre hospitalier et non au niveau de l'institution RSV. Des réunions direction/direction médicale/chefs de département sont donc organisées par centre.

La coordination médicale est traitée principalement au niveau bilatéral : directeur médical/chef de département et dépend de la taille du département.

Au niveau des directeurs médicaux, un consensus existe sur le constat d'un manque de communication entre eux, sur l'intérêt d'un travail formalisé et coordonné entre les centres via les directeurs médicaux, sans multiplier les instances.

En revanche, à la question « *Y a-t-il un enjeu à organiser une instance représentative des médecins pour le RSV ?* », la réponse des directeurs médicaux est négative.

Il nous semble néanmoins que la gouvernance médicale gagnerait à être plus démocratique et qu'il manque une instance de consultation/concertation de la composante médicale au niveau de la direction du RSV, en particulier sur les sujets de gestion prévisionnelle des ressources médicales et de régulation des relations médicales comme de projet médical. Les entretiens individuels avec les médecins hospitaliers nous confortent dans cette recommandation.

D'ailleurs, un extrait du verbatim synthétique des entretiens individuels⁶ que nous avons menés auprès d'une quarantaine de médecins en octobre 2010 le montre :

« Afin de devenir efficace, la gouvernance de l'Hôpital du Valais requiert une réglementation précise, qui lui manque actuellement⁷, notamment en ce qui concerne :

- **Les relations entre les départements et les directions**
- **les relations départements – services – unités – « task forces »**
- **la représentation du corps médical.**

Outre l'importance intrinsèque de ces questions pour le bon fonctionnement général et des soins et pour la programmation médicale, il faut souligner aussi l'importance d'approfondir l'étude de la gouvernance médicale afin de réduire et de prévenir les conflits. »

6.3.3 Scénarii d'évolution de l'organisation administrative et médicale

6.3.3.1 Un constat : le RSV ne véhicule pas une « culture hospitalière »

Comme on l'a vu, le RSV constitue essentiellement trois choses pour les interlocuteurs rencontrés, hors direction générale :

- L'instrument de la mise en œuvre de la planification cantonale,

⁶ L'intégralité de ce verbatim est consigné dans les archives de la FHF.

⁷ Les multiples confusions hiérarchiques, les triangulations des décisions et l'absence de consultation et concertation avec les acteurs de terrain et avec les décideurs intermédiaires (chefs de services par exemple) handicapent profondément le RSV et ses composantes.

- Une logique d'entreprise,
- Une superstructure qui « fait réseau » par l'apprentissage en commun de processus.

Il est difficile d'en faire une culture et le niveau d'identification de la part de médecins et de soignants reste faible. Changer de nom ne suffira pas : il est urgent d'insuffler une culture plus « hospitalière ».

Ce constat s'illustre dans quelques éléments ponctuels, mais importants dans la mesure où ils concernent la communication externe du RSV.

- Le rapport de gestion 2009 s'ouvre sur « le mot du président du Conseil d'Administration » puis « le mot du directeur général ». Rien de la part du directeur médical, ce qui nous apparaît inconcevable dans un hôpital de cette taille mais qui traduit bien la part laissée aux médecins dans cet « hôpital-entreprise ». Il faudra, cependant, vérifier dans un avenir très proche que, si une place réelle leur est proposée, ils veulent véritablement la prendre. De plus, toujours dans le rapport de gestion 2009, il faut attendre le chapitre 4 pour aborder les prestations médicales et de soins.

- Sur le site du RSV, en cliquant sur « l'Hôpital du Valais en chiffres », le lecteur s'attend à trouver des éléments d'activité ; en fait, il s'agit uniquement des effectifs, par catégorie, ce qui n'est pas d'un intérêt majeur pour le grand public.

Nous recommandons donc de renforcer largement et rapidement la place institutionnelle du médical et, en parallèle, d'alléger la ligne hiérarchique administrative avec deux scénarii possibles pour ce dernier point, selon le degré d'intégration/différenciation souhaité.

6.3.3.2 Renforcer la place institutionnelle des médecins et du médical

Dans les instances de l'hôpital

Une priorité apparaît désormais clairement : il faut ajuster les compétences du Conseil d'Administration au contexte actuel de la santé en Suisse et en Valais. En effet, la gestion des institutions de soins devient de plus en plus conforme aux règles de la gestion d'entreprise, intégrant dans la démarche stratégique les notions de parts de marché, d'économicité, de business plans, de contrôle interne ou d'efficacité des organisations, sans oublier la dimension « qualité des prestations », la première d'entre toutes, sans laquelle il n'existe pas de clientèle satisfaite... voire pas de clientèle, tout court, du moins pour ce qui concerne les admissions programmées.

Afin de mener une telle politique au niveau interne des établissements de soins dont l'actuel RSV, il convient de faire évoluer l'instance décisionnelle existante et, dans le même temps, d'instaurer une prise de décision et un mode de pilotage général davantage « connectés » avec les acteurs médicaux et soignants de l'hôpital. Ceci suppose donc à la fois l'évolution du Conseil d'Administration et la création d'une instance de consultation et d'expression des médecins et des soignants.

Une évolution du Conseil d'Administration :

Dans le contexte actuel des modalités de gestion dictées par le niveau fédéral, il convient de faire du Conseil d'Administration du RSV un organe réellement décisionnaire et indépendant qui se situe sans ambiguïté en tant qu'interface stratégique entre le niveau politique (Conseiller d'Etat, DSSP) et la direction générale (mise en œuvre de la stratégie interne définie par le Conseil d'Administration).

Dans le but d'accompagner efficacement cette évolution, les compétences du Conseil d'Administration doivent se concentrer sur : la stratégie de l'hôpital, la surveillance de sa gestion, de sa gouvernance et de son organisation internes, de son respect des grands équilibres financiers et l'affectation des résultats. Le Conseil d'Administration doit nommer également son directeur général, certes dans un esprit de concertation avec le

pouvoir tutélaire (avis) mais avec cependant une marge de manœuvre dont il dispose depuis peu avec la dernière version de la LEIS (mars 2011) qui marque sur ce point une évolution certaine.

Il appartiendra aux textes d'application de conforter le rôle de l'organe d'administration.

Sa composition doit être en phase avec les objectifs de ce Conseil d'Administration revisité. Sans parler de professionnalisation de ses membres, la composition du Conseil d'Administration ne peut plus reposer uniquement sur un équilibre essentiellement régionaliste ou politique qui, s'il était indispensable lors de la construction du RSV, n'est plus en lien avec les enjeux actuels du système de santé, ni avec ceux qui s'imposent au RSV.

Nous proposons donc une composition des membres délibérants qui compte les représentations suivantes : un représentant élu de chacune des trois régions, un usager (émanant d'associations constituées), un spécialiste reconnu en économie de la santé (extérieur au Valais), deux représentants élus du corps médical de l'Hôpital du Valais issus du Comité Médical Consultatif d'Etablissement (cf plus bas), un représentant élu parmi les collaborateurs paramédicaux, un représentant des professionnels de pratique privée. Il importe, indépendamment de la représentation régionale, d'assurer une représentation linguistique en lien avec les équilibres culturels du canton.

Comme on le voit, nous proposons une légère augmentation du nombre des membres du Conseil d'Administration avec un passage, à terme, de 7 à 9 administrateurs ayant voix délibérative. Son président, élu parmi les membres qui ne sont pas collaborateurs du RSV, est en poste pour 4 années.

Afin d'apporter un regard spécifique sur certaines questions qui trouvent un écho réel au sein de la stratégie du RSV, nous préconisons la présence de deux personnalités qualifiées, notamment dans les domaines de la recherche clinique et de la stratégie en santé. Ces personnalités participent avec voix consultative au Conseil d'Administration.

Bien entendu, le directeur général assiste aux réunions sans prendre part aux votes afin de préparer les séances, d'alimenter les débats en apportant tout élément technique nécessaire à leur tenue. Il peut, dans ce cadre, faire appel à tout membre de l'équipe de direction qu'il jugera utile à l'exposé des points débattus en réunion du Conseil d'Administration.

La création du Comité Médical Consultatif d'Etablissement :

La participation des acteurs médicaux et soignants au processus de décision apparaît difficilement contournable compte tenu des activités spécifiques de l'hôpital et de la nécessité d'obtenir une performance globale qui ne peut être atteinte que par la conjonction des approches médicales et gestionnaires.

Au niveau entité juridique et non centre par centre, nous préconisons la constitution d'un comité médical consultatif d'établissement. Lieu privilégié d'expression des médecins et des soignant en matière de stratégie et de qualité, ce comité comprend des membres élus parmi l'ensemble des médecins et pharmaciens de l'établissement avec une représentation des chefs de département, de service mais aussi de médecins non cadres. Du point de vue de la représentation soignante, le directeur des soins prend part aux débats de ce comité médical consultatif.

Les compétences de ce comité se synthétisent en :

- une participation à la définition stratégique et au suivi de la politique médicale (élaboration d'un projet médical),
- une participation à la définition et au suivi du management par la qualité (élaboration d'un projet qualité),
- une participation et un suivi de la gestion des ressources humaines médicales et soignantes (élaboration d'un projet de soins et d'un projet social) et
- Une participation et un suivi de l'investissement, en matière de restructurations ou d'investissements immobiliers nouveaux et d'acquisitions de matériel biomédical, en particulier.

Ce comité sera partie prenante du Conseil d'Administration par la participation de deux de ses membres (un chef de département, un non chef, par ex) qu'il aura choisis. Le président de ce comité médical est élu parmi ses membres pour une période de 4 ans.

Elaborer un projet médical

Le projet médical n'est pas la planification portée par l'Etat et la planification ne saurait constituer, à elle seule, le projet médical de l'Hôpital du Valais. Un véritable projet médical doit constituer le socle de la stratégie de l'hôpital, être replacé au premier plan, avant la technostructure et jouer pleinement son rôle en amont (initiatives, projets, anticipation) et en aval (mise en œuvre, évaluation, adaptation) de la planification cantonale, de même qu'à l'égard d'autres institutions hospitalières hors canton.

Contractualiser avec les départements

Le développement de structures transversales et l'organisation des soins autour du patient nécessitent une réflexion sur le mode de départementalisation que le RSV souhaite adopter. Cette organisation nécessite une coordination des différents départements par le développement de structures transversales, ainsi que la cohésion et la coopération des médecins concernés.

La direction générale doit favoriser le décroisement des départements qui ont actuellement tendance à poursuivre des buts spécifiques au détriment des buts organisationnels globaux. Elle doit veiller à préserver les projets transversaux, non « portés » par les départements.

Cette approche nécessite également une nouvelle conception de la hiérarchie dont la fonction est d'articuler davantage les différents niveaux par une négociation permanente et d'assurer la cohésion des équipes.

Les auditeurs de SPH Conseil estiment que :

- Le nombre de départements gagnerait à être réduit,
- La constitution de départements médicaux transversaux pour l'ensemble du canton doit constituer un objectif à terme, car représentant un enjeu et un intérêt importants pour concevoir un Hôpital du Valais unifié, même si cet objectif est considéré aujourd'hui comme non prioritaire et impossible à atteindre. Si cet objectif devenait prioritaire, des étapes préalables seraient donc indispensables.
- Les départements peuvent constituer des entités de pilotage médico-économique et donner lieu au développement d'une contractualisation interne au RSV sur la base d'objectifs relatifs à la qualité des prestations médicales, à des volumes d'activité quantifiés et évalués et à une délégation de moyens, l'ensemble pouvant s'accompagner de modalités d'intéressement.

Renforcer le lien avec les médecins installés en pratique privée

Ces relations ne constituent pas un axe stratégique du RSV, malgré un discours incantatoire sur le sujet. En Valais comme partout ailleurs, la première personne à convaincre pour un hôpital ou une clinique est bien le médecin traitant de pratique privée.

Des relations difficiles avec certains médecins spécialistes travaillant à l'acte à l'hôpital ont confirmé le RSV dans un positionnement « culturellement » réticent à ce rapprochement. Le rôle de prescripteur des médecins généralistes est et demeurera incontournable. Le RSV ne peut s'autoriser à retarder plus longtemps un réel investissement sur cette question. C'est pourquoi nous proposons une représentation des médecins de pratique privée au Conseil d'Administration du RSV.

Réorganisation des structures déontologiques et disciplinaires à l'égard des médecins et des personnels paramédicaux

Les débats entre médecins du RSV sur la problématique de la qualité qui ont été largement médiatisés ces derniers mois laissent à penser qu'une instance de régulation sur les questions de déontologie doit être identifiée.

Certes, plusieurs organismes existent bel et bien : la Société Médicale du Valais ou le Collège des médecins du RSV, pour ne citer qu'eux. Cependant, on observe que ce Collège des médecins propre à l'hôpital est en sommeil depuis plusieurs années (sauf au SZO et au CHC) et que, par ailleurs, sa vocation mi-syndicale, mi-métier ne lui permet pas d'aborder sans ambiguïté ce type de problématique.

En tout état de cause, force est de reconnaître qu'aucun organisme professionnel ne semble s'être mobilisé sur les points de déontologie dans ce qu'il est convenu d'appeler « l'affaire Savioz - Bettschart ».

Sur un autre plan, il semble important que les éventuels aspects disciplinaires sur les questions médicales puissent être traités par une commission disciplinaire *ad hoc*, composée principalement de pairs.

Notre conclusion semble valide également en ce qui concerne les professionnels paramédicaux, qu'ils soient salariés ou de pratique privée.

A partir de l'existant des sociétés, associations ou commissions, est donc proposée l'organisation du contrôle déontologique et disciplinaire des médecins et des paramédicaux sur la base des structures en place.

Notre recommandation pourrait se synthétiser comme suit :

- une structure déontologique et disciplinaire **médicale**, présidée par un magistrat ou un avocat, au sein de la direction générale de la santé, avec participation de représentants élus des médecins du canton (élus exclusivement pour exercer cette fonction par tous les médecins du Valais) et de « sages » extérieurs au Valais, voire étrangers.

- une structure déontologique et disciplinaire **paramédicale**, présidée par un magistrat ou un avocat, au sein de la direction générale de la santé, avec participation de représentants élus des infirmiers et infirmières du canton (élus exclusivement pour exercer cette fonction par tous les infirmières et infirmiers du Valais).

Ces structures ne font pas double-emploi avec les commissions disciplinaires internes aux hôpitaux et cliniques, ni avec les commissions fédérales. Elles doivent être distinctes des associations professionnelles afin d'éviter tout conflit d'intérêt.

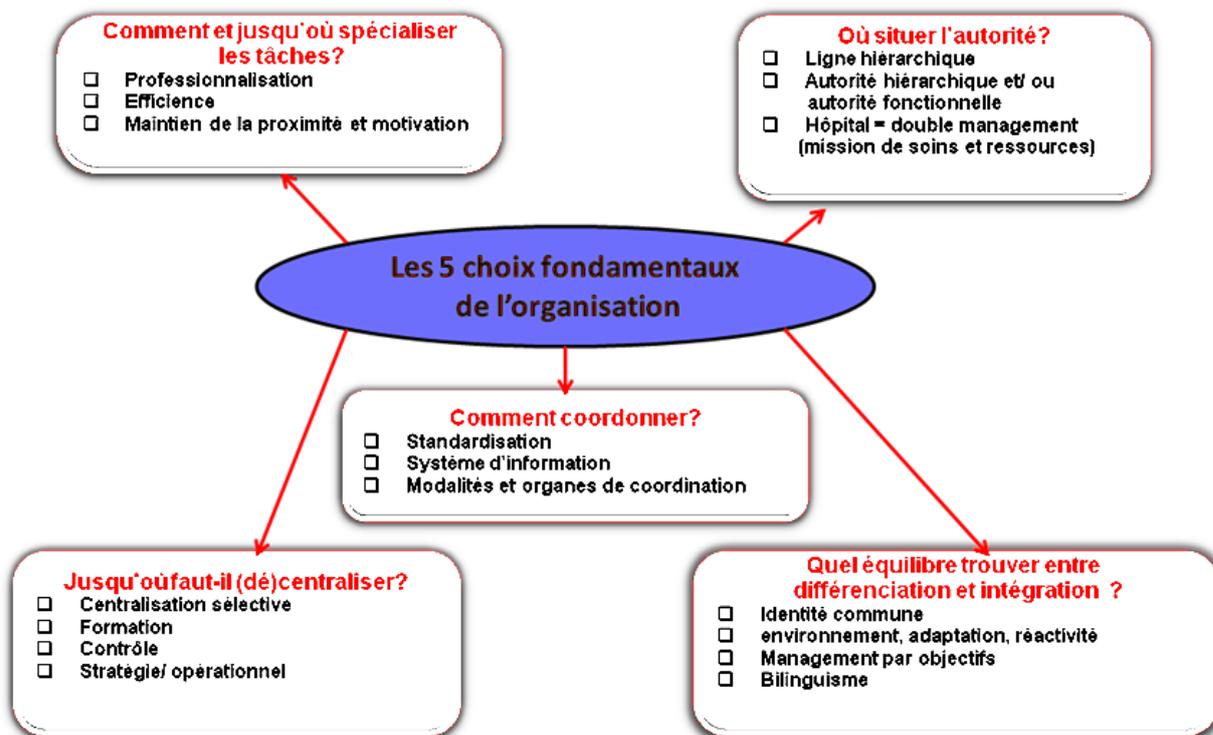
D'un point de vue fonctionnel, ces structures se réunissent en cas de difficultés avérées mais peuvent aussi être saisies par toute structure publique ou privée ou associative ayant une représentativité et se saisir elles-mêmes de problématiques liées à la prise en charge (respect des droits du malade) ou à la qualité, par exemple. Sur ces points, il nous apparaît que le cadre juridique doit être rendu plus efficient, ce qui passe par une réforme des articles 82 et 83 de la loi sur la santé du 14.02.2008 qui instaurent la « Commission de surveillance ».

Cette évolution devrait porter tout d'abord sur la dénomination de cette instance: ainsi, l'appellation de « Commission de surveillance » est trop restrictive en ce qu'elle n'a pas vocation seule à « surveiller les professionnels de santé », la fonction de sanction étant indissociable.

Par ailleurs, une distinction plus nette devrait exister entre les professionnels de santé : une distinction en les médecins et des paramédicaux sur la base des structures en place pourrait être mise en œuvre (ce qui suppose que soit repensée la composition de ces instances).

De plus, cette évolution doit comporter une redéfinition des pouvoirs accordés à cette instance.

Il est à cet effet nécessaire de faire la distinction nette entre la procédure de l'organe qui instruit et la procédure de l'organe qui sanctionne. Enfin, une ouverture des modes de saisine pourrait être introduite selon des modalités à différencier selon la qualité du demandeur. Ces modalités différenciées s'appliqueraient donc à la demande de saisine provenant soit d'une structure privée, soit d'un établissement public, soit encore d'une association ayant une représentativité reconnue.

Les cinq choix fondamentaux d'une organisation

Ce tableau reprend « les 5 choix fondamentaux » de toute organisation. Des réponses apportées à ces questions dépendent la structure organisationnelle et le mode de gouvernance de l'institution.

Comme on l'a vu précédemment, le RSV se trouve souvent en situation d'absence de choix explicite entre ces différentes options ou dans un système hybride, empruntant des caractéristiques difficilement conciliables, pénalisant son efficience.

Les auditeurs sont favorables à une centralisation plus poussée, notamment sur :

- La gestion financière, actuellement éclatée au niveau des centres,
- Le contrôle interne,
- Les salaires, dont la centralisation a un pouvoir symbolique fort en termes d'identité commune,
- Les recrutements,
- La formation,
- Et plus généralement toutes les fonctions « mécanisables » - à recenser précisément - et qui restent encore « historiquement » dans les centres.

Pour qualifier les différentes options possibles, l'une des dimensions importantes, qui peut se traduire par un critère d'évaluation, est de savoir si une option donnée est cohérente avec le modèle voulu. C'est donc selon ce prisme que peuvent s'apprécier les deux scénarii.

Comme il a été dit plus haut, l'idéal consiste à équilibrer les forces d'intégration et de différenciation pour se préserver des effets négatifs de l'une comme de l'autre et trouver une organisation adaptée :

- à son environnement,
- à ses missions et objectifs.

Effets positifs de la différenciation	Effets négatifs et risques de la différenciation	Effets positifs de l'intégration	Effets négatifs et risques de l'intégration
Adaptation à l'environnement	Balkanisation de l'entreprise	Identité commune	Manque de réactivité
Adaptation à la spécificité de l'activité et à la clientèle	Surcoût	Non duplication des fonctions	Centralisation excessive
Motivation	Conflits de personnes	Professionnalisation des fonctions	Démotivation
Réactivité	Cloisonnement	Normalisation, standardisation, contrôle	Rigidité

6.3.3.4 Un scénario qui privilégie l'intégration : du RSV à l'Hôpital du Valais (scénario 1)

Les centres hospitaliers actuels peuvent être considérés comme un niveau intermédiaire et transitoire d'une fusion inachevée pour des raisons plus politiques ou régionalistes que fonctionnelles ou économiques.

La logique des centres doit être abandonnée à terme au profit d'une logique de départements fédérés par une direction générale ou un directoire au niveau central. Une conférence ou collège des départements est alors instauré.

Le directoire comprend : le directeur général et deux directeurs adjoints (Valais central regroupant Bas Valais et Valais central actuels et Haut Valais), le directeur médical et le directeur des soins ainsi que les directeurs de la stratégie, des ressources humaines, des finances et le directeur de la qualité. Des « adjoints linguistiques » peuvent être nommés.

La composition du conseil d'administration est élargie (représentants des personnels médicaux et non médicaux, usagers, personnalités qualifiées).

La « disparition » des centres ne signifie pas disparition des missions de soins de proximité qui permettent une prise en charge thérapeutique courante, principalement d'ordre médical et non chirurgical, au plus près du lieu de résidence du malade. Il s'agit de supprimer la structure institutionnelle « centre hospitalier », afin qu'elle n'apparaisse plus dans la planification (la planification actuelle est pensée par centre), ni dans les missions du Conseil d'Administration (nomination, organisation), l'Hôpital du Valais constituant un seul et même établissement.

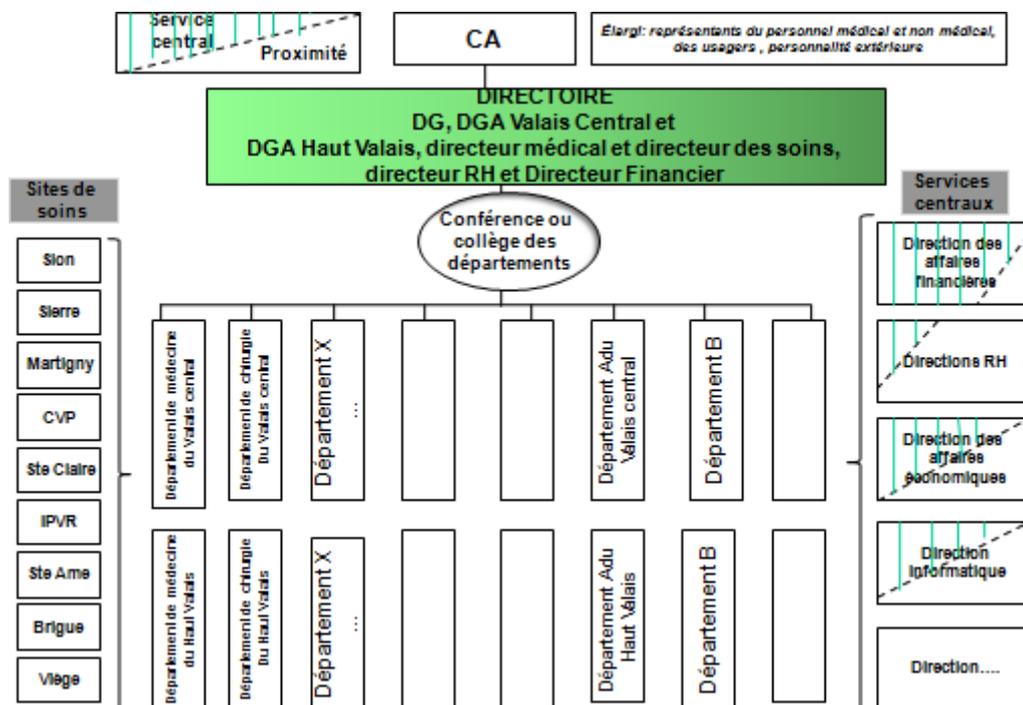
Il n'y a plus de directeur de centre dans cette hypothèse et il convient de raisonner par fonction-support (ressources humaines, finances, logistique, système d'information, etc.) à l'image de ce qui a été réalisé avec la création de l'ICHV - et qui est vécu comme un incontestable succès - avec un lien hiérarchique et non fonctionnel avec les fonctions déléguées au niveau local. Ces fonctions déléguées en proximité seraient à définir précisément, et peuvent être variables selon la localisation et le domaine (cf organigramme).

Le directeur de centre disparaît donc au profit de la fonction d'animateur de centre, en lien hiérarchique direct avec la direction générale et, en quelque sorte, à l'autonomie limitée et clairement réduite par rapport aux directions de centre actuelles.

Sans que ceci ne soit une priorité et selon des conditions de fonctionnement adaptées, l'ICHV pourrait être intégré dans l'Hôpital du Valais avec le même raisonnement par fonction : répartition de ses missions en

départements (biologie, pharmacie, radiologie...) et en services centraux (informatique, centrale d'achat,...) mais en lui assurant des marges de manœuvre au sein de l'hôpital afin de conserver sa compétitivité et sa rentabilité.

Une remarque cependant : une telle intégration ne peut être envisagée en l'état actuel du statut de la Fondation.⁸ Seule une mesure législative pourrait confier à l'Hôpital du Valais et ce, en régie directe, les missions qui reviennent à ce jour à la Fondation. Cependant une telle évolution mérite d'être parfaitement mûrie.



Les auditeurs préconisent ce premier scénario comme répondant aux critères définis précédemment, privilégiant une intégration plus poussée et correspondant à l'objectif d'aboutir à un « Hôpital du Valais » lisible et efficient, c'est-à-dire dont le rapport qualité/coût pour la collectivité est optimisé.

Dans les différents degrés de changement, on distingue :

- Le réglage,
- La réforme,
- La restructuration,
- La refondation.

Ce scénario se situe entre la restructuration et la refondation et suppose d'agir sur tous les leviers du changement, y compris la culture de l'institution. Son degré d'acceptabilité interne est néanmoins assez élevé car souvent évoqué comme scénario-cible par évolution de l'organisation actuelle dont la durabilité leur paraît douteuse (système dépensier en moyens humains ou financiers, éparpillement des personnels, donc risque de perte qualitative ou de sécurité pour le malade, problème d'organisation des séjours en stationnaire,...).

⁸ Remarque : Une étude réalisée par un Cabinet d'avocat a mis en évidence les difficultés liées à la dissolution de la Fondation au regard de la loi sur les fusions et les spécificités du statut de Fondation.

La dissolution volontaire ou judiciaire apparaît exclue.

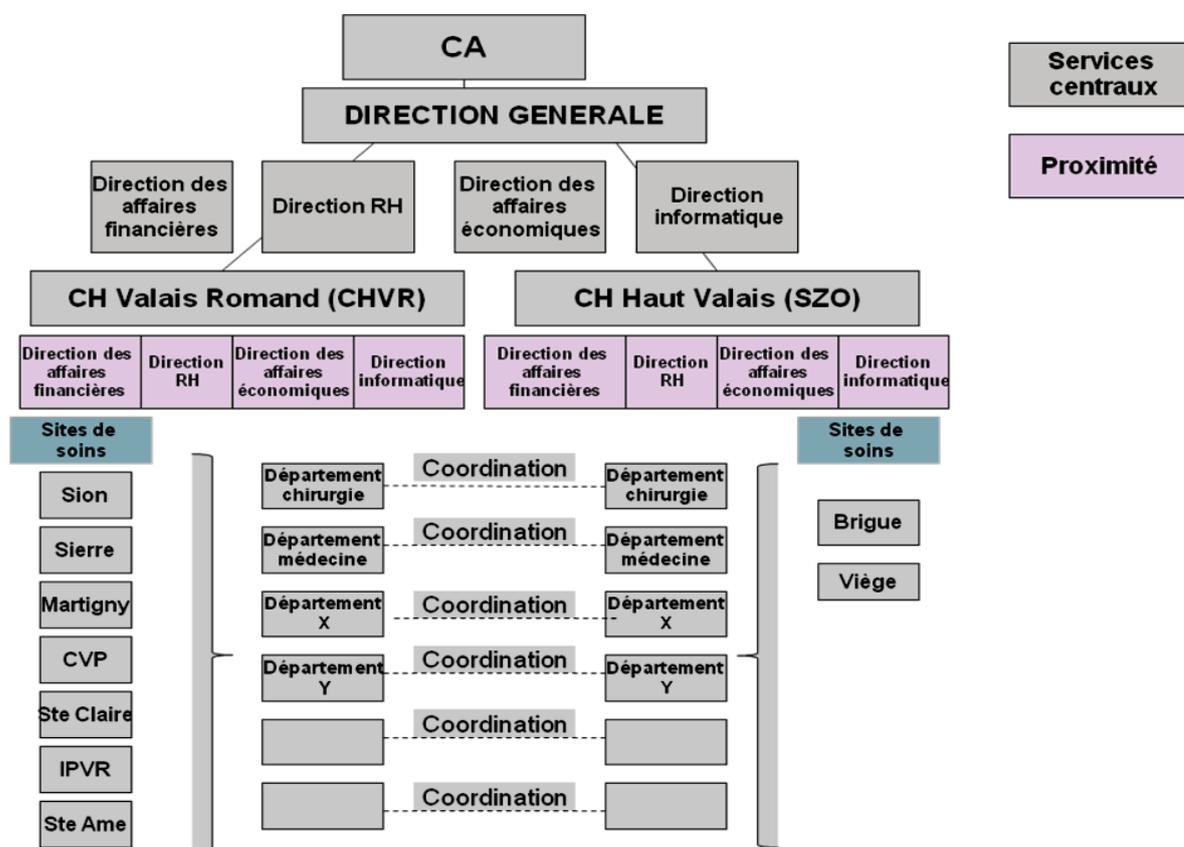
Le transfert du patrimoine à une autre entité, en l'occurrence l'hôpital du Valais, s'avère difficile à mettre en œuvre : avis du Conseil de Fondation, avis de l'autorité de surveillance, justification de l'opportunité de l'opération. Même dans l'hypothèse d'une cession partielle, la procédure reste assez lourde (protection des créanciers et des travailleurs).

Son degré d'acceptabilité externe est essentiellement lié à la disparition du niveau intermédiaire que constituent les centres qui, comme on l'a vu, ont surtout une légitimité politique (niveau régional) pour les élus. Pourtant, le montage très politique de l'actuel RSV ne semble pas satisfaire outre mesure la population (transferts nombreux entre sites, prise en charge en urgence perfectible, sentiment d'insécurité du fait de l'éloignement relatif de certains praticiens, économicité du fonctionnement discutable,...).

A l'évidence, ce schéma est, selon nous, celui qui apporte le plus de lisibilité de la ligne hiérarchique de la structure et d'optimisation dans le processus décisionnel. Les acteurs mobilisés autour du directeur général sont clairement identifiés et détenteurs d'un rôle de décideur reconnu, ce qui n'est pas le cas actuellement. Le regroupement des équipes de gestion administrative sous leur autorité garantit une uniformisation des procédures de travail et des règles applicables à l'ensemble de l'institution.

Un meilleur dialogue interne peut alors s'établir sans se perdre dans les méandres d'un nombre trop important de cadres intermédiaires dont la plus value dans la gestion des projets des départements de soin ou médico-techniques reste à démontrer. Pour autant, peut s'envisager un directeur responsable du portage de projets majeurs sous la responsabilité d'un directeur « stratégie et projets transversaux » rattaché au directeur général. Dans ce schéma, sa proximité avec le terrain devrait compenser la suppression des actuelles directions de centre.

6.3.3.5 Un scénario qui privilégie la différenciation : du RSV au Groupe Hospitalier Public du Valais (scénario 2)



Ce scénario privilégie une vision moins intégrée que le précédent, avec une organisation plutôt de type « groupe hospitalier public du Valais » et se situe au niveau de la « réforme » dans les différents degrés du

changement évoqués ci-dessus. Il permet néanmoins d'alléger la ligne hiérarchique administrative en réduisant à deux le nombre de centres hospitaliers.

Ce scénario prend acte de la situation actuelle, qui concentre au niveau des centres hospitaliers les « forces vives » de l'administration, toujours en veillant à mixer les cadres francophones et alémaniques. De plus, il ne se positionne pas en rupture par rapport à ce constat, mais l'entérine en le faisant évoluer.

Si les centres sont maintenus, il nous semble que le CHC devrait être intégré avec le CHCVs pour constituer le centre hospitalier du Valais Romand. La légitimité « régionale » du CHC nous semble assez faible dans la mesure où ses activités (gériatrie et psychiatrie) couvrent déjà tout le Valais Romand et sont très transversales. Sa proximité avec l'Hôpital du Chablais, presque homonyme mais distinct, même si l'Hôpital du Chablais fait également partie, pour sa partie valaisanne, du RSV, ne clarifie pas son positionnement, ni l'organisation du RSV...

La structuration en deux centres hospitaliers comporte le risque d'un clivage entre Haut Valais et Valais Romand. Quoi qu'il en soit, quel que soit le scénario retenu et toutes proportions gardées, hormis les cas d'urgence grave, il nous paraît essentiel que l'organisation future permette à chaque malade d'être hospitalisé « dans sa langue ». Pour mémoire, ceci est déjà le cas dans certains secteurs d'activité en zone francophone.

Par ailleurs, cette organisation reposant sur deux centres hospitaliers garde sa pertinence dans le cas des scénarii B ou C proposés dans le chapitre « planification ». Nous sommes bien dans une logique de mise en valeur d'un centre hospitalier de référence de proximité sur le Haut-Valais, le rendant ainsi attractif tant pour les professionnels que pour les malades et économiquement supportable pour l'ensemble du Groupe Hospitalier.

6.3.4 Positionnement de l'Observatoire Valaisan de la Santé

6.3.4.1 Statut

La création, en 2001, de l'Observatoire Valaisan de la Santé fait suite à une décision du Conseil d'Etat du canton du Valais du 12 avril 2000.

L'Observatoire Valaisan de la Santé est placé sous l'autorité et la responsabilité du chef du Service de la Santé Publique et, actuellement, Médecin Cantonal. Ce dernier est assisté d'un comité stratégique qu'il préside et qui regroupe trois personnes désignées par le Département de la Santé Publique, et trois personnes désignées par l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans. Le médecin-directeur ainsi que le directeur administratif de l'ICHV sont invités à participer aux séances du comité stratégique.

L'OVS, en tant qu'« unité de gestion autonome », est hébergé par l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans qui en assure la gestion opérationnelle, administrative et logistique. Il regroupe 25 EPT sous l'autorité d'un directeur.

6.3.4.2 Missions

Sur la base des préconisations d'un rapport de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, l'Observatoire a été créé pour rassembler, analyser et diffuser les données d'intérêt sanitaire, jusque là disparates et dispersées, et rendre disponibles ces informations auprès des décideurs, des professionnels et du grand public.

Dans ce cadre, et tout au long de ses dix ans d'existence, l'OVS a développé plusieurs axes de travail qui constituent aujourd'hui un panel d'activités qui s'adressent à des publics différents.

Activités déléguées par l'Etat

Sur mandat du Département de la santé, l'OVS est chargé du recueil annuel des statistiques cantonales et fédérales auprès des hôpitaux, établissements médico-sociaux et centres médico-sociaux du canton, pour répondre aux obligations légales (transmission à l'Office Fédéral de la Statistique des données administratives et médicales).

Plus largement, l'OVS constitue l'outil statistique sur lequel s'appuie le Département de la Santé Publique du canton du Valais pour assurer ses différentes missions : planification, financement, prévention, suivi de l'état de santé de la population, veille sanitaire, etc.

Un grand nombre d'indicateurs est accessible sur le site de l'OVS (démographie, coût du système de santé, assurance obligatoire, professionnels de la santé, secteur hospitalier et médico-social...) qui joue un rôle central en termes d'information de la population. Un rapport sur « La santé des Valaisans » a été publié récemment.

Au sein de l'Observatoire, le Registre valaisan des tumeurs est chargé de récolter les données relatives aux tumeurs cancéreuses dans la population valaisanne.

Activités pour le RSV

Le système d'information administratif et clinique du RSV est opérationnel depuis 2006. Il couvre l'ensemble du champ de la gestion (finances, salaires, stocks, gestion administrative des patients et facturation) avec une seule base de données ainsi que l'ensemble du domaine médical et soignant (dossier médical et dossier de soins, consultations, médicaments, laboratoires etc.).

L'OVS est en mesure de produire des tableaux de bord, des données actualisées aux directions du RSV. Les auditeurs ont pu vérifier que ces éléments étaient largement utilisés au sein du réseau, même si des adaptations sont apportées localement aux tableaux fournis.

L'Observatoire a également collaboré à la mise en place d'un nouvel outil de gestion stratégique (Management Information System) qui permet de suivre un certain nombre d'indicateurs (prise en charge des patients, ressources humaines et financières...) adaptés au niveau d'information nécessaire (conseil d'administration, direction générale, directions de centres, chefs de département).

Depuis 2003, l'OVS assure le codage des séjours hospitaliers du RSV (y compris l'Hôpital du Chablais). Les codeuses sont administrativement rattachées à l'OVS mais travaillent sur site.

Activités pour d'autres partenaires

Trois étapes sont prévues dans la mise en place du système d'information sanitaire cantonal : les hôpitaux publics, les centres et établissements médico-sociaux et la médecine ambulatoire. Après le RSV, l'extension au secteur médico-social s'est concrétisée par la mise en place d'un logiciel administratif commun à tous les centres médico-sociaux dès le 1^{er} janvier 2009. L'informatisation du dossier de soins est en cours, l'intégration de la médecine ambulatoire est entamée. Le poste de responsable du système d'information EMS/CMS a été rattaché à l'OVS, pour répondre à la crainte de ces établissements d'être « absorbés » par le RSV.

Le système d'information complet permettra donc l'accès à un dossier patient informatisé multidisciplinaire unique, pour tous les professionnels, tous les patients et tous les sites, avec une gestion des droits d'accès.

L'OVS assure également des missions « sur mesure » pour diverses institutions (ligues, promotion pour la santé et la prévention, notamment) avec la mise en place d'outils d'aide à la décision/gestion et l'élaboration de rapports sur des thèmes spécifiques.

Enfin, le secrétariat général de la Commission cantonale pour la qualité des soins et la sécurité des patients (CSPQS), commission créée par le Conseil d'Etat, a été intégré à l'Observatoire à l'automne 2009. Pour mémoire, cette commission n'a cependant pas été réunie en raison de la tempête médiatique autour du sujet de la qualité des prestations du RSV.

Le canton du Valais dispose donc d'un système d'information performant, dont la qualité a été reconnue par des audits externes et semble en avance sur ce point par rapport à d'autres cantons suisses.

Les données traitées ont des niveaux d'accès différents, garantissant ainsi leur protection aux différents « clients » de l'Observatoire qui dispose d'un juriste conseil spécialisé en droit de la santé.

Si une localisation dans les locaux de l'Institut n'est pas contestable en termes de synergie et d'efficience, elle ne dispense pas d'une clarification sur les missions et sur le statut de cet organisme, qui souffrent de quelques ambiguïtés.

En définitive, tous les partenaires s'accordent pour considérer que l'OVS est un outil performant qui gagnerait à être modernisé, tant dans son statut que dans son organisation.

Il s'agit de préserver l'efficacité de l'action de l'Observatoire non seulement comme « outil de gestion » mais également comme un « outil de planification » et ce au bénéfice des divers opérateurs.

6.3.4.3 Préconisations

Il nous semble que l'Observatoire gagnerait à acquérir un statut de structure autonome, indépendant du RSV, prestataire pour ce dernier, comme pour d'autres partenaires. A titre d'illustration, la Haute Autorité de Santé ou, mieux encore, les Observatoires Régionaux de la Santé (qui pour la plupart revêtent le statut d'associations à but non lucratif) mis en place en France pourraient constituer une source d'inspiration sur le statut à retenir sans que bien sûr il ne s'agisse de modèle de référence tant l'OVS présente un particularisme certain.

Il nous semble que l'évolution proposée va dans le sens d'une plus grande transparence de nature à conforter l'OVS dans son rôle. A ce titre, la place occupée par le chef du service de santé publique, aujourd'hui médecin cantonal, si elle a permis un développement idoine de cet organisme mérite, à son stade de croissance, d'être repensée.

En effet, d'aucuns peuvent être tentés (et certaine presse s'en ait fait l'écho) de mettre en cause la complète impartialité des données transmises en particulier lors de la publication de chiffres sur la santé des Valaisans ou d'informations relatives au RSV considérant la position de "juge et partie" du chef du service de santé publique.

Pour autant, s'il apparaît pertinent voire indispensable que le Médecin Cantonal participe sous un statut à définir à la gouvernance de l'OVS (voir infra), il nous apparaîtrait plus sage qu'il n'en soit plus le responsable afin que disparaisse toute possibilité d'évoquer "une forme de confusion des rôles".

Enfin et dans le même ordre d'idées, nous pensons important de donner à la CSPQS l'indépendance nécessaire pour le plein exercice de ses missions. L'intégration du secrétariat de la CSPQS au sein de l'OVS (fournisseur d'informations à la commission) alors que l'observatoire ne dispose pas à ce jour d'un statut garant de son autonomie et, au-delà, de son impartialité pose question. Cette "fusion" hypothèque la reconnaissance de la commission cantonale par la population et les professionnels.

Dès lors, deux évolutions opposées peuvent être envisagées :

- Placer l'OVS au sein du Département de la santé : Il devient un service de l'administration central ou au mieux un service déconcentré. Un tel positionnement parfaitement acceptable voire pertinent pour l'accomplissement de ses missions dites à ce jour "déléguées" apparaît définitivement incompatible avec la recherche d'une "neutralité", élément cardinal de sa légitimité auprès des autres opérateurs.

L'OVS qui serait alors perçu comme "au service de l'Etat" perdrait toute crédibilité pour intervenir auprès de l'HV ou d'autres institutions et établissements.

L'"étatisme" de l'OVS" serait in fine parfaitement contre-productive puisqu'elle conduirait à priver les offreurs de soins (les hôpitaux publics, les centres et établissements médico-sociaux et la médecine ambulatoire) d'un prestataire de qualité, indispensable en l'état pour conduire l'achèvement de la construction du système d'information.

- Intégrer l'OVS comme service de l'Hôpital du Valais : cette solution reviendrait purement et simplement à une captation de l'Observatoire et à l'appauvrissement de son statut. Comment le Département de la Santé Publique pourrait lui confier alors les missions liées au financement ou à la planification qui relèvent de la compétence de l'Etat ?

En fait, le choix intégrationniste pose plus de questions qu'il n'en résout sauf à opter pour une scission entre les actions menées par l'OVS (hypothèse qui ne sera pas développée ici tant elle conduirait à l'affaiblissement de l'OVS et nierait l'identité qu'il a su construire de par ses actions).

Dès lors, nous sommes amenés à préconiser une troisième voie : l'autonomisation de l'Observatoire.

Il est donc proposé d'ériger l'Observatoire Valaisan de la Santé en autorité indépendante, dotée de la personnalité morale (publique ou privée) et disposant de l'autonomie financière.

L'organe décisionnaire devrait présenter la meilleure représentation possible des différents partenaires publics et privés du domaine sanitaire et social. Une représentation par collègue (Service Santé Publique, institutions hospitalières, représentants de l'ambulatoire, institutions médico-sociales, ...) serait la solution idoine. La collégialité devenant une garantie d'équilibre, de contre-pouvoir et, partant, d'indépendance de la structure.

La "Présidence" de l'Autorité devra être assurée par une personnalité qualifiée reconnue comme un professionnel de premier plan dans ce domaine.

Afin de garantir l'objectivité et l'impartialité du traitement des données, un comité "éthique" composé de personnalités indépendantes (le recours à de hauts techniciens et à des universitaires s'impose) devra s'assurer de la bonne utilisation des informations, validera les clauses contractuelles (voir infra) et établira une charte de fonctionnement opposable à tout intervenant.

Des commissions spécialisées pourront être instituées de manière temporaire ou définitive afin de soutenir le travail et la réflexion portés par l'OVS et s'assurer de la qualité des prestations.

Il est en outre indispensable pour garantir une parfaite transparence de privilégier la "contractualisation" avec chacun des "partenaires de l'OVS":

- Avec l'Etat pour les missions déléguées, un contrat pluriannuel devra fixer les objectifs, les moyens à mettre en œuvre, le financement, l'évaluation des résultats...
- Avec les opérateurs, des contrats de prestations qui, pour certains, devront être soumis aux règles concurrentielles en vigueur.

Ainsi, cette autonomie permettrait un repositionnement plus neutre tant à l'égard de l'Etat qu'à l'égard de ses partenaires actuels et futurs. Sa mise en œuvre suppose que soient repensés non seulement son statut juridique mais également son mode de gouvernance.

L'intérêt premier est d'affirmer l'identité de l'observatoire en tant que structure de référence et d'appui pour les acteurs de la santé en Valais.

En effet, l'hébergement et la gestion opérationnelle, administrative et logistique par l'ICHV peuvent rendre l'édifice fragile puisque le statut de ce dernier oscille entre différenciation et intégration dans l'Hôpital du Valais.

Un statut autonome nous apparaît être la seule garantie pour permettre à une telle institution d'agir efficacement et libérée de tout procès d'intention sur son indépendance.

Une initiative innovante : la création de l'Académie de Médecine du Valais

Une Académie de Médecine du Valais pourrait être créée avec pour missions de :

☒ Diffuser et soutenir toutes les activités d'enseignement et de recherche dans le domaine de la santé (à l'exclusion des 1er et 2ème cycles des études de médecine).

☒ Constituer un comité permanent d'étude des aspects « enseignement et recherche » des conventions entre les structures valaisannes de santé et les hôpitaux universitaires suisses et étrangers.

☒ Participer avec voix consultative aux « search committees » et aux comités de sélection des médecins et pharmaciens.

☒ Concevoir et diffuser des programmes d'enseignement de haut niveau via une Université Médicale Virtuelle (e-learning).

☒ Promouvoir, concevoir puis animer un centre international de recherche sur la programmation des structures de santé pour des entités de l'ordre du demi million d'habitants. La programmation des entités autonomes de santé servant des populations inférieures ou égales au demi million d'habitants pose des problèmes spécifiques en constante évolution avec les progrès des techniques médicales et des outils de mise en réseau. Les objectifs de masse critique et de décentralisation pour les nécessités d'urgence et pour le maintien d'un niveau de compétence sont cruciaux et constamment en compétition. Les opérateurs spécialisés extérieurs sont souvent juges et parties dans les décisions à prendre. Pour ces motifs, la création en Valais d'un centre de recherche sur la programmation des structures de santé pour des entités de l'ordre du demi million serait un excellent investissement pour le Valais et pour d'autres cantons suisses. Des collaborations avec des entités étrangères (par exemple: Grand-Duché de Luxembourg, Monaco, certaines régions du Canada et des Etats-Unis et de nombreuses autres régions européennes) feront du Valais un centre d'excellence pour la recherche et l'application de cet aspect crucial de la programmation hospitalière et de santé publique.

Cette Académie Médicale du Valais⁹ pourrait exercer les fonctions suivantes :

1. Coordination et/ou promotion des aspects universitaires et scientifiques de la médecine du Valais, notamment en termes de formation des assistants et des chefs de clinique, d'enseignement médical continu et postuniversitaire, d'activités de pointe et novatrices, de centres d'excellence et assurer leur promotion extra-cantonale, fédérale et internationale.

2. Analyse des candidatures reçues pour la nomination des cadres médicaux, pharmaciens et autres titulaires de diplômes universitaires dans les domaines médicaux au sens large.

3. Analyse et participation à la négociation des conventions multilatérales (de préférence) et bilatérales avec les centres universitaires suisses et étrangers.

4. Création d'un comité permanent d'accompagnement des conventions universitaires multilatérales (de préférence) et bilatérales.

5. Etablissement d'un Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques faisant en permanence le relevé des publications professionnelles de tous les médecins qui pratiquent en Valais.

6. Publication d'un annuaire des médecins et pharmaciens porteurs d'un titre universitaire pratiquant en Valais.

7. Création d'un centre de recherche sur « La politique de santé du demi million » (avec création d'un réseau national et international)

8. Promotion de l'éducation à la santé et de la prévention.

9. Envisager de devenir centre d'enseignement médical par e-learning.

⁹ La plupart des académies de médecine des pays voisins regroupent des activités dans les domaines de la médecine humaine, de la pharmacie et la médecine vétérinaire. C'est un grand avantage : (i) cela accroît la sérénité sur les matières sensibles ; (ii) les aspects humains et vétérinaires de la pharmacie sont d'habitude exercés par les mêmes pharmaciens ; (iii) les progrès en médecine humaine sont souvent basés sur des modèles animaux. Pour ces motifs, il est suggéré que l'Académie de Médecine du Valais couvre la médecine humaine, la médecine vétérinaire et la pharmacie. Sur le modèle de nombreuses académies étrangères, l'Académie Médicale du Valais pourrait être créée comme « institut d'utilité publique ».

Conclusion générale du rapport d'audit sur le Réseau Santé Valais

Sur une durée de sept mois, de mi-septembre 2010 à mars 2011, les auditeurs de SPH Conseil, filiale de la Fédération Hospitalière de France, ont mené leurs investigations en Valais dans des domaines aussi variés que :

- la qualité globale des prestations de ces institutions,
 - la méthodologie de suivi des infections nosocomiales au bloc opératoire,
 - une enquête de satisfaction de la population valaisanne, enquête qui a été démultipliée auprès des collaborateurs du RSV et des professionnels de pratique privée
 - la planification sanitaire et, l'organisation de l'offre de soins hospitaliers,
 - l'organisation médicale et administrative du RSV, de l'ICHV et de l'OVS,
- et, d'un point de vue transversal, le commentaire juridique nécessité par certaines des recommandations d'évolution de ces institutions.

Cet audit, dont le mandat émane du Gouvernement valaisan, se situait dans un contexte de forte contestation de la qualité des prestations du RSV suite au licenciement d'un médecin en tout début d'année 2010 mais aussi d'une exploitation très médiatisée de ce licenciement. A noter qu'une action en justice est en cours sur cette affaire.

Dans le cadre de cette mission, seize consultants et experts de portée internationale ont été mobilisés. Ils ont conduit leur audit avec toute la latitude voulue et selon une méthodologie qui leur est propre, sans contrainte, ni orientation de leurs investigations, contrairement à ce qui a pu être écrit ou dit.

C'est donc en toute indépendance que cet audit et le présent rapport ont été conçus et réalisés.

Outre les enquêtes de satisfaction et d'opinion qui ont connu un taux de participation très important pour deux d'entre elles (au total, ce sont plus de 1.500 questionnaires qui ont été exploités), quelques 213 personnes et personnalités en Valais ou hors du Valais ont été rencontrées ou auditionnées à leur demande ou à l'initiative des auditeurs. Toutes ont pu s'exprimer librement, d'une manière transparente et nominative ou sous le sceau de l'anonymat, selon leur souhait.

Deux points connexes au mandat sont à souligner dans cette conclusion : la gestion des ressources humaines, la communication.

Gestion des ressources humaines :

En marge du mandat qui nous a été donné, ce qui montre bien la latitude dont les auditeurs ont bénéficié, nous avons noté qu'une partie des audités volontaires qui sont des collaborateurs du RSV ont souhaité conserver leur anonymat. Ceci traduit un malaise au sein des personnels de cet hôpital qui subissent ou ont la conviction de subir une pression très importante de leur encadrement, voire qui expriment une situation de harcèlement moral. Le fait qu'il s'agisse d'une réalité ou d'un ressenti aboutit, du point de vue du management des ressources humaines, au même résultat : une démotivation, voire un découragement, source potentielle d'échec pour l'institution.

De fait, le turn over (ou tournus) des collaborateurs est-il élevé dans certains secteurs d'activité où, par ailleurs, les compétences de management des cadres (médecins ou non médecins) a été décrite comme très insuffisante. Leur désarroi est d'autant plus fort que, comme cela l'a été exprimé à de nombreuses reprises, certains cadres jugés incompétents paraissent « intouchables » et « faire l'objet de protection » : bien que des faits soient signalés aux cadres de direction, ces personnes restent en poste. Pire, il arrive que ce soit les collaborateurs qui ont informé des errements de leur cadre qui en subissent des conséquences négatives.

Le phénomène de « burn out » ou de pressions morales touchant de surcroît toutes les catégories de personnels, non médecins comme médecins, et en ayant bien entendu à l'esprit que nous n'avons pas interrogé l'intégralité des collaborateurs, il nous apparaît cependant réellement urgent de mener des actions correctives de fond avant que ne progresse plus encore la part des collaborateurs souffrant de tels évènements, réels ou ressentis.

La communication :

Sur un tout autre plan mais toujours en marge du strict mandat qui nous a été donné, nous voulons soulever la question de la communication autour des questions de santé et, plus particulièrement, autour de ce qu'il a été convenu d'appeler « l'affaire Bettschart ». Sur ce point, diverses opinions ou jugements ont pu être émis qu'il ne nous appartient pas de commenter, ni sur le fond, ni sur la forme.

Par contre, le constat fait par les auditeurs en matière de communication est patent : le RSV doit faire sien des enjeux importants de communication, tant sur le plan interne qu'externe.

La communication interne est indispensable au bon fonctionnement de l'institution dans un contexte d'évolution rapide et de modifications structurelles. L'ensemble des personnels tant médicaux que non médicaux a besoin de connaître les changements de leur exercice professionnel et, au-delà, d'en percevoir le sens. Grâce à une communication adaptée, ils peuvent alors en mesurer la portée mais aussi, plus simplement, se situer pour mieux se projeter et participer à l'œuvre commune, car ils se sentent valorisés.

La communication externe s'impose tout autant pour expliquer à l'environnement du RSV, qu'il s'agisse de la population, de décideurs de tous types (par exemple, les entreprises, les administrations,...) et bien sûr d'élus, quels sont les enjeux actuels et pourquoi certains choix sont faits, dans l'intérêt bien compris de l'ensemble des parties prenantes.

Une mention particulière revient à la communication de crise, toujours nécessaire pour répondre au mieux et dans l'urgence aux situations qui engagent l'image et le crédit même de l'hôpital : des conflits, accidents, ou évènements indésirables graves ou intervenant dans un contexte particulièrement sensible nécessitent une explication ou, à tout le moins, une prise de position rapide de l'institution. Concrètement, il s'agit d'entendre la parole de la direction générale, afin de ne pas laisser libre cours à la rumeur, à l'inquiétude ou, pire, à la suspicion.

Ces 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.

Force est de le constater, le RSV, confronté à des changements d'ampleur, percuté par des situations ou problématiques de crise internes plus ou moins graves, n'a pas toujours su répondre par une communication adaptée aux exigences du moment. Récemment, c'est singulièrement dans la communication de crise que cette faiblesse est apparue. A titre d'exemple, on peut citer le traitement par l'institution de la crise du bloc opératoire lors de la coupe du monde de football en juin dernier.

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, le RSV s'est exposé à devoir gérer une communication mal préparée, tardive, inadaptée tant dans son contenu, dans ses cibles que dans sa forme. Ceci ne peut être accepté dans le contexte actuel.

Sur ce point dont nous assumons le fait qu'il se situe en marge du mandat donné mais dont il faut reconnaître l'importance, nous proposons donc les mesures suivantes :

- définition par la direction générale d'une politique de communication portée à la connaissance du Conseil d'Administration.
- Rattachement direct de la cellule communication au directeur général.
- Identification des missions et responsabilités à couvrir en matière de communication interne, externe et de crise ; chacun de ces axes est à décliner de façon spécifique et doit être assorti de plans d'action, de fiches de poste et de procédures.
- Mise à disposition des moyens humains et matériels correspondants, ce qui semble être en cours de réalisation.

Concernant les axes du mandat *stricto sensu*, voici en synthèse les principaux éléments que les auditeurs de SPH Conseil peuvent formuler.

Axe « Qualité des prestations du RSV / Méthodologie de suivi des infections nosocomiales en site opératoire »

La qualité des prestations réalisées par les divers secteurs d'activité du RSV s'avère globalement satisfaisante. Ce constat effectué par les auditeurs est corroboré par l'opinion exprimée par la population ou les professionnels de pratique libérale. Bien entendu, ceci ne peut signifier le relâchement des collaborateurs de l'Hôpital du Valais, le domaine de la qualité étant par essence en perpétuelle évolution afin d'améliorer sans cesse les performances de la prise en charge.

Le détail de notre analyse démontre que la Qualité des soins est très correctement prise en compte par les professionnels de terrain d'un point de vue technique : nombreuses procédures écrites, partage des éléments techniques et des orientations tactiques sur ce thème entre les directeurs des soins et les équipes spécialisées des trois centres hospitaliers, formation continue apportée aux personnels,...

Cependant, le pilotage par la qualité n'est pas actuellement mis en place. En d'autres termes, si procédures et indicateurs sont bien implantés dans la pratique des équipes prenant en charge les malades, la direction générale semble ne pas impulser de mouvement. Ceci ne signifie en rien qu'elle considère que cette problématique serait sans intérêt. Bien au contraire et ainsi que des tableaux de bord à destination même du Conseil d'Administration en attestent, la question de la qualité figure bien dans les préoccupations des gestionnaires de l'Hôpital du Valais. Nous exprimons seulement le fait que ce sujet ne bénéficie pas d'un « pilotage par le haut ». Par ailleurs, le circuit du médicament doit absolument faire l'objet d'une sécurisation dans l'ensemble des sites du RSV.

Les focus réalisés en complément des rencontres et des visites sur site permettent de :

- Rassurer sur la qualité des gestes chirurgicaux effectués au bloc opératoire. Les taux de ré-interventions sont faibles, conformes ou inférieurs aux standards internationaux. Ces conclusions confirment les constats du précédent rapport spécifiquement dédié à cette problématique.
- Objectiver la qualité des prestations effectuées dans le cadre de l'urgence cardiologique. Ces résultats sont à la fois constatés par les auditeurs au regard des standards internationaux et en phase avec les statistiques tenues par les partenaires du RSV (le CHUV, notamment). Des améliorations, toujours souhaitables pourraient cependant intervenir, notamment en ce qui concerne la distance qui sépare le domicile des médecins sollicités dans ce cadre.
- Repérer une faiblesse organisationnelle à prendre en compte dès que possible par la direction générale dans le secteur de la radio-oncologie. Si la qualité des prises en charge des malades ne semble pas souffrir des défauts majeurs d'organisation constatés, il apparaît cependant urgent de prendre les mesures qui s'imposent pour les corriger ; et ce, d'autant que la situation est connue depuis de nombreuses années, comme en attestent les rapports successifs.

Axe « Enquête d'image et de satisfaction »

Trois enquêtes ont été réalisées entre mi décembre 2010 et mi-février 2011. Toutes concordent pour donner un satisfecit global au RSV pour ses prestations. Les éléments les mieux notés sont la qualité et l'efficacité de la prise en charge des malades par les équipes administratives et soignantes. La qualité ressentie dans les relations entre médecins et malades est plutôt en retrait, tout en restant légèrement au-dessus de la moyenne.

Fait également qui vient à l'appui des chiffres de fréquentation de l'Hôpital du Valais, toutes les personnes sondées ont confirmé leur confiance dans le savoir-faire des équipes hospitalières. En effet, les intentions de s'en remettre au RSV en cas de nécessité d'hospitalisation sont importantes. Une attention doit cependant être portée aux potentialités d'hospitalisation hors du canton qui seront permises plus largement qu'actuellement à partir de 2012 et qui avoisinent les 20% des opinions exprimées.

Les transports entre les sites sont logiquement signalés comme un point d'amélioration. Leur augmentation importante que nous avons relevée en valeur absolue et chiffrée en CHF doit pousser à traiter cette question de plus en plus cruciale. Une des solutions à ce phénomène coûteux pour les gestionnaires et insatisfaisant pour les malades passe par une redéfinition de

la répartition des activités et par des modalités de prises en charge thérapeutique mieux organisées et plus transversales entre les sites et les centres hospitaliers.

Le bilinguisme est, on s'en doute, un élément dont il faut tenir compte. Une personne sur deux, en moyenne, estime que cela constitue une gêne pour la bonne prise en charge des malades germanophones. Il nous paraît essentiel, dans un contexte de plus en plus concurrentiel et compte tenu de l'évolution du financement qui va intervenir au 1^{er} janvier prochain, que des améliorations puissent être apportées. Des exemples satisfaisants existent au sein du CHCVs ; ils devraient être mis en exergue et déployés.

Enfin, la communication est, on le sait, une difficulté non résolue actuellement par l'Hôpital du Valais. Ce phénomène ressort également des enquêtes, qu'il s'agisse de communication interne entre les directions et les collaborateurs, ou de communication externe où peu de médecins et professionnels extérieurs à l'hôpital déclarent avoir des relations satisfaisantes avec les instances dirigeantes. Pourtant, ceux-ci démontrent un réel intérêt pour cette structure.

Axe « Planification et offre de soins »

Les éléments de conception de l'actuel RSV sont en tout point visionnaires et remarquablement adaptés aux défis que va connaître l'Hôpital du Valais. Cette construction regroupant les anciens hôpitaux communaux a permis d'améliorer l'efficacité des prises en charge et d'attirer et fidéliser des collaborateurs compétents. Par ailleurs, le RSV a été « rendu visible » des hôpitaux universitaires qui en sont devenus des partenaires liés par des conventions et non des concurrents systématiques.

Cependant, le RSV est, selon nous, désormais au milieu du gué : en maintenant un *statu quo*, la dispersion des sites, des activités et des équipes constituera, plus qu'actuellement encore, un handicap concurrentiel. En s'adaptant aux nouveaux modes de prises en charge (de plus en plus de traitements ambulatoires, raccourcissement des durées des séjours hospitaliers, vieillissement de la population) et en répartissant d'une manière plus harmonieuse et économique son offre sur ses divers sites, l'Hôpital du Valais accroît la qualité de ses prestations et se place à la fois comme un challenger crédible et un partenaire fiable - donc respecté - des autres établissements.

Nous proposons à titre d'illustration trois scénarii dont deux nous paraissent dignes d'intérêt, le premier n'étant que la pérennisation avec des évolutions marginales du schéma actuel. De ces scénarii, l'un paraît particulièrement efficace dans l'objectif de poursuivre le travail de regroupement entrepris, de mettre l'Hôpital du Valais dans les meilleures conditions stratégiques et économiques. En effet, dans un futur très proche, il devra démontrer et même renforcer son attractivité, tant vis-à-vis des médecins de pratique privée et leurs malades que des professionnels de la santé pour ses recrutements à venir. La concentration accrue de ses moyens sera le passage obligé pour l'atteinte d'une performance confirmée.

Axe « Gouvernance - Organisation administrative et médicale du RSV »

Les enjeux actuels de gestion du RSV poussent à concilier vision médicale et vision gestionnaire afin de définir une ligne stratégique qui corresponde à la vocation d'une structure hospitalière : le soin. Médecins et administratifs doivent prendre part au processus de décision, notamment au travers de la production d'un projet stratégique du RSV qui définisse les orientations médicales, soignantes et gestionnaires sur une période longue (4 ou 5 ans).

Cette synergie n'apparaît clairement ni dans les faits, ni dans les documents produits au sein de l'hôpital. La communication organisée par la direction générale ne repose d'ailleurs que sur la notion d'entreprise et le management s'avère très « protocolé ». Si cette approche d'entreprise dispose d'avantages indéniables (que nous avons soulignés positivement dans notre rapport), il importe aussi que la direction du RSV en indique la pertinence mais en tant qu'outil destiné à atteindre des objectifs médicaux et soignants. A l'hôpital, la gestion administrative n'est qu'un support, certes essentiel, à l'expression des orientations médicales et soignantes. Actuellement, le RSV ne véhicule pas une culture hospitalière.

Sur un autre plan, issus d'une logique communale ou régionale et d'une légitimité politique désormais obsolètes au vu des enjeux de l'offre de soins en Valais, les centres hospitaliers et, a fortiori, les divers sites qui composent le RSV doivent penser leur avenir non plus localement mais dans un ensemble remarquable : le RSV.

En d'autres termes, la direction générale, sous la surveillance non pas de l'Etat mais bien du Conseil d'Administration du RSV, doit piloter la recomposition de l'offre de soins qui implique une évolution dans la répartition des activités sanitaires entre les sites. Plus spécifiquement, la question du rattachement affirmé de l'Hôpital du Chablais est pendante et nous avons le sentiment que personne, au niveau des instances du RSV, ne souhaite concrètement l'aborder.

A l'heure actuelle, nous avons rencontré un Conseil d'Administration nous paraissant trop "attentiste" par rapport à ce que peut apporter l'Etat et trop peu impliqué dans la stratégie médicale et organisationnelle du RSV. La direction générale du RSV doit, quant à elle, se placer résolument en tant qu'offreur de prestations en déclinaison de la planification sanitaire fixée par l'Etat ; elle doit mettre en œuvre une stratégie qu'elle a préparée et fait valider par son Conseil d'Administration.

Concernant la direction dans son ensemble, nous avons le sentiment d'une structure superposant les fonctions plus que les organisant avec rationalité et économicité. Certes, nous ne sommes pas en présence d'une logique de concentration des pouvoirs et c'est probablement un bien. Cependant, au vu de la taille de l'hôpital, les redondances entre la direction générale et les centres hospitaliers puis entre les centres hospitaliers eux-mêmes posent question sur le bien-fondé de cette construction. Et si les relations - même si une relative complexité est notée - se nouent effectivement au niveau des directions des soins, il ne semble pas en aller de même entre directions fonctionnelles de type ressources humaines, finances ou services techniques biomédicaux, par exemple.

Ainsi, l'audit interne reste à mettre en œuvre et l'organisation des finances et du controlling ne peut faire l'économie d'un regroupement des nombreux acteurs actuels. En somme, ici comme sur d'autres points, on perçoit clairement les limites de l'organisation très consensuelle et politique de la constitution initiale du RSV qui s'est faite par adjonction d'équipes et de personnalités en place sur les sites. L'efficacité nécessaire du système auquel il faudrait aboutir ne devrait plus pouvoir reposer sur les mêmes concepts.

En termes de gouvernance, nous proposons un repositionnement clair des instances de l'hôpital et la création d'une instance de « prise de parole médicale ».

Le Conseil d'Administration :

Plus offensif, le Conseil d'Administration ne doit plus reposer sur une représentation régionale. Il faut en faire une instance d'action, dont le rôle se situe sur la stratégie médicale et gestionnaire, sur l'organisation et la qualité de l'offre de soins du RSV, sur sa politique d'investissement, sur la surveillance des grands équilibres financiers et l'affectation des résultats. Il doit nommer le directeur général du RSV, éventuellement après avis et non autorisation préalable du Département de la Santé Publique. Il doit s'assurer, dans le cadre de la surveillance, de l'avancement des grands projets structurants.

Avec ces compétences qui le placent résolument comme organe du RSV sans lien de subordination avec les acteurs de la planification (l'Etat et ses services), il marque, aux yeux de la direction générale aussi bien que de l'ensemble des collaborateurs ou des professionnels extérieurs au RSV, son appartenance à l'hôpital. Il devient le véritable porteur de sa stratégie.

La composition du Conseil d'Administration peut donc subir une évolution, tant en qualité des membres qu'en nombre. Nous préconisons des membres délibérants qui soient : un représentant élu de chacune des trois régions, un usager (émanant d'associations constituées), un spécialiste reconnu en économie de la santé (extérieur au Valais), deux représentants élus du corps médical de l'Hôpital du Valais issus du Comité Médical Consultatif d'Etablissement (cf plus bas), un représentant élu parmi les collaborateurs paramédicaux, un représentant des professionnels de pratique privée. Il importe, indépendamment de la représentation régionale, d'assurer une représentation linguistique en lien avec les équilibres culturels du canton. Le président est élu parmi les membres ayant voix délibérative, hormis ceux qui sont collaborateurs du RSV.

Cette configuration autorise le passage de sept à neuf membres avec voix délibérative, auxquels il nous paraît important d'adjoindre deux personnalités reconnues dans les domaines de la recherche clinique et de l'enseignement, très présents au sein des départements et probablement à renforcer dans le cadre des coopérations entre le RSV et les hôpitaux universitaires.

Le comité médical consultatif

Les médecins sont très peu consultés, dans leur ensemble, sur la démarche stratégique du RSV et les directions médicales n'apparaissent pas comme la parade à cette difficulté. La création d'un organe consultatif spécifique semble nécessaire, accroissant ainsi très nettement la démocratie médicale et soignante au sein de l'hôpital.

Représentative des médecins chefs de département ou de service aussi bien que des médecins non cadres, cette instance est consultée sur les problématiques liées à la stratégie médicale et à la répartition territoriale des activités (politique médicale), à la qualité des prestations (management par la qualité). Elle donne son avis sur les nominations de médecins, tant en nombre qu'en spécialité. Ce faisant, elle participe à la mise en œuvre de la stratégie globale du RSV et à l'efficacité du système hospitalier. Son président est élu en son sein.

La direction générale

Nous proposons une simplification importante de la ligne hiérarchique. Peu lisible sur le terrain, la complexité de celle-ci peut engendrer des comportements atypiques à certains niveaux de l'encadrement et, peu à peu, déconnecte la direction générale de la réalité de son hôpital, ce qui est aussi bien la cause que la conséquence des doublons qui se sont constitués.

Le rôle de leadership gestionnaire de la direction générale est facilité par la composition et les compétences du Conseil d'Administration tel que redéfini. L'affirmation d'une direction générale véritablement responsable de la gestion du RSV en interne comme à l'extérieur implique la disparition des directions des centres hospitaliers.

Ni la taille du RSV, ni les situations géographiques des sites ne justifient, selon nous, la complexité, donc les dépenses et la perte de qualité dans le management, liées aux redondances d'équipes. De plus, la coordination de l'ensemble s'avère bien délicate et, ne serait-ce qu'en termes de communication, la direction générale se trouve parfois en situation de réaction - délicate à gérer - par rapport aux directions de centre. Elle ne dispose pas de la possibilité de remodeler rapidement l'organigramme fonctionnel en lien avec ses besoins.

Enfin, en prenant soin que la pluralité linguistique soit respectée, la direction générale doit comporter des directeurs fonctionnels uniques pour l'ensemble du RSV, la structuration en départements - médicaux, médico-techniques ou techniques - transversaux et indépendants des localisations géographiques donnant toute la pertinence de cette nouvelle organisation.

Un engagement contractuel

Le but de ces recommandations est bien de donner les moyens d'une meilleure démocratie médicale et soignante et de rendre plus simple et collégiale la gouvernance du RSV. Afin de concrétiser ces concepts, il faut mettre en œuvre une contractualisation qui se décline en deux pans : une contractualisation entre le RSV et l'Etat puis une contractualisation interne entre le directeur général et les chefs de département.

a) Contractualisation Etat – RSV

Le RSV se situant comme offreur de soins en réponse à une commande de l'Etat, il convient d'écrire un contrat (ou mandat) d'objectifs sur lequel les deux contractants se sont accordés.

Ainsi, en cohérence avec les évolutions ou créations proposées sur les instances et organes de gouvernance, chaque acteur peut se situer et s'engager sur une durée définie contractuellement par rapport à des objectifs tels que la qualité, la nature des activités développées et, le cas échéant, leur volume, le respect d'un objectif économique, etc... Le contrat constitue donc un cadre dans lequel le RSV sait qu'il peut évoluer, ce qui peut mettre fin aux incertitudes actuelles qui s'expriment souvent par l'expression : « on ne peut pas mettre tel projet en œuvre, on ne nous en donne pas les moyens ».

b) Contractualisation interne

En déclinaison du projet stratégique du RSV et afin de mener des projets propres à certains secteurs d'activité, l'engagement de la direction générale avec les médecins chefs de département permet, à la fois, une gestion transparente des priorités et l'assurance de la réalisation des projets validés. Là encore, nombre de médecins ont affirmé avoir fait part à plusieurs reprises de projets sans plus d'écho de la part de la direction de centre ou générale.

Une telle pratique va donc dans le sens d'une réelle responsabilisation des acteurs médicaux et soignants dans la vie du RSV. Il s'agit d'un ciment qui, plus encore que des procédures administratives, pourra souder des équipes pour l'atteinte d'objectifs médico-économiques partagés.

Enfin, le **positionnement de l'Observatoire Valaisan de la Santé** doit également être clarifié. Trois possibilités existent : soit il devient un service de l'Etat, soit il intègre l'Hôpital du Valais, soit il s'autonomise.

Compte tenu des activités qu'il développe, des prestations qu'il effectue tant pour l'Etat que pour d'autres partenaires, après dix années de fonctionnement, il semble que cet outil remarquable, l'un des plus avancés de Suisse, doive prendre une autonomie de gestion et de décision sous le contrôle et la surveillance, cependant, de l'Etat et de ses partenaires. Il est donc

proposé d'ériger l'Observatoire Valaisan de la Santé en autorité indépendante, dotée de la personnalité morale publique ou privée, disposant de l'autonomie financière et d'un mode de gouvernance sans équivoque.

Méthodologie des rencontres et des auditions

Personnes rencontrées

Dans le cadre de la réalisation de la mission d'audit, les auditeurs ont été amenés à rencontrer :

- Des interlocuteurs institutionnels
 - Les services de l'Etat
 - Le Conseil d'Administration du RSV
 - La direction générale et les directions de centres du RSV
 - La direction de l'ICHV
 - La direction de l'OVS
 - La direction de la clinique de Valère
 - Les directions des hôpitaux universitaires de Berne, de Genève, de Lausanne,...
- Des responsables d'organisation
 - Société Médicale du Valais
 - Institut Universitaire Kurt Bösch
 - ADPVal
- Et, à titre individuel, tout acteur du système de santé que les auditeurs ont souhaité entendre ou qui a souhaité s'exprimer

Ainsi, dans le cadre des problématiques de cet audit, et en parallèle des visites effectuées par les experts dans les différents centres et sites hospitaliers, notamment dans le cadre de l'axe qualité pour lequel environ 225 personnes ont été rencontrées, des auditions ont été organisées d'octobre 2010 à fin février 2011.

Lors de ces auditions, ce sont 186 personnes et personnalités qui ont été entendues, soit à leur demande, soit à la demande des auditeurs. Une adresse email a été spécialement créée afin que les acteurs du système de santé valaisan souhaitant être entendus puissent envoyer directement leur demande. Les entretiens ont été réalisés soit en face-à-face, soit par téléphone.

Afin que chacun puisse s'exprimer dans sa langue maternelle, un interprète de conférence a été mis à la disposition des professionnels alémaniques le 17 février.

Personnes auditionnées dans le strict cadre des auditions

La liste des personnes auditionnées est composée de :

- professionnels de la santé
- membres du CA du RSV
- collaborateurs du RSV (aussi bien médecins que soignants et gestionnaires)
- professionnels de pratique privée, exerçant dans le canton du Valais ou en dehors
- praticiens ou professionnels de santé ayant quitté le RSV
- directions des hôpitaux universitaires: le Centre hospitalier universitaire vaudois de Lausanne, l'Inselspital de Berne et les Hôpitaux universitaires de Genève

Afin d'obtenir la vision la plus complète possible de la situation, des personnes venant d'autres secteurs professionnels ont également été auditionnées : représentant des syndicats, personnalités politiques, juristes....

Validation des auditions

Chaque audition a fait l'objet d'un compte-rendu qui a ensuite été envoyé à la personne auditionnée afin d'apporter des modifications ou compléments éventuels et de le valider. **Le contenu de l'entretien est et restera strictement confidentiel et interne aux consultants ayant réalisé l'audit.**

Liste des personnes auditionnées

Il est d'usage que nous indiquions en annexe du rapport l'identité (nom et prénom uniquement) des personnes auditionnées au cours de l'audit, si elles en donnent l'autorisation.

Chacun des interviewés a pu, selon sa volonté, accepter ou refuser d'être cité dans cette liste nominative. La demande leur a été faite soit en fin d'entretien, soit par email. On constate que 84% des personnes interviewées n'ont pas souhaité garder l'anonymat.

Par contre, les personnes préférant garder l'anonymat l'ont indiqué ; leur choix a été respecté : ils ne figurent pas dans la liste.

Les personnes n'ayant pas répondu à notre invitation d'anonymat, ne figurent pas dans la liste figurant ci-après.

Le tableau ci-dessous détaille ces décisions :

	Nombre d'auditions	%
Accords	179	84
Refus	21	10
sans réponse	13	6
Total	213	100

Liste des personnes auditionnées

Ci-dessous la liste des personnes auditionnées dans le cadre de l'audit **ayant donné leur accord** pour que leur identité soit mentionnée.

N.B. : ces personnes ont été reçues par les auditeurs en leur nom propre et soit à la demande des auditeurs, soit de leur propre initiative.

Nom	Prénom	Nombre d'auditions
Aeibi	Christophe	1
Ambord	Christian	1
Ançay	Pierre	1
Anchisi	Sandro	2
Andreas	Tobler	1
Antille	Rosemarie	1
Arlettaz	Yvan	1
Arnold	Hermann	1
Aymon	Dominique	1
Bender	Gabriel	1
Berclaz	Raymond	1
Bernard	Gruson	1
Berthod	Jacques	1
Bessard	Charles-Eric	1
Bettschart	Vincent	2
Bieri	Sabine	1
Bonvin	Eric	5
Bonvin-Mullor	Nuria	1
Borgeat	Jérôme	1
Bornet	René	1
Briand	Gilbert	1
Brunner	Stefan	1
Burgener	Thomas	1
Burgener	Hugo	2
Buttet	Jérôme	1
Cachat	Didier	1
Carron	Camille	1
Castagna	Vincent	3
Cereda	Jean-Michel	1
Cid	Nadia	1
Constantin	Christophe	1

Constantin	Bernard	1
Couchepin	Georges	1
Cuénoud	Pierre-François	1

Dayer	Eric	1
de Kalbermatten	Nicolas	1
de Quay	Nicolas	1
de Roten	Pierre-Christian	1
Delaloye	Benoît	4
Delay	Dominique	1
Derivaz	Olivier	2
Donzé	Nicolas	1
Dubas	Frédéric	1
Duc	Christophe	1
Ducrot	Michel	2
Duroux-Bochatay	Christine	1
Eckert	Philippe	5
Eliane	Deschamps	1
Epiney	Dominique	1
Equevoz	Dominique	1
Eyholzer	Leo	1
Favre	Jean-Baptiste	1
Feider	Luc	1
Fishman	Daniel	1
Fornerod	Luc	2
Friolet	Raymond	2
Garnier	Bernard	1
Gauchat	Marc-Henri	1
Gaudin	Georges	1
Giger	Roland	1
Giovanola	Denis	1
Girardet	Christophe	1
Girod	Grégoire	2
Glauser	Michel	1
Hager	Pablo	1
Haller	Claude	1
Hildbrand	Patrick	1
Hutter	Pierre	1
Imhof	Theo	1
Jenelten-Biollaz	Véronique	1
Jouhet	Marie	1
Justiniano	Isabella	1
Klein	Georges	1
Koenig	Damian	1

Konzelmann	Isabelle	1
Lehky Hagen	Monique	1
Leyvraz	Pierre-François	1

Lüthi	François	1
Marcoz	Jean-Pierre	1
Martin	André	1
Marty	François	1
Marty	Stefan	2
Maye	Françoise	1
Meier	Pascal	1
Meizoz	Jacques	1
Meyer	Richard	1
Michelet	Marie-Christine	1
Michlig	Dietmar	3
Monney	Christian	1
Nendaz	Joël	1
Nicole	Rochat	1
Oppliger	Yves	1
Pernet	Raymond	2
Petignat	Pierre-Auguste	1
Pfammater	Patricia	1
Pierre	Dayer	1
Pillet	Jean-François	1
Pitteloud	Jean-Cyrille	1
Pont	Jean-Claude	1
Praz	Gérard	1
Raggenbass	René	1
Ravussin	Patrick	2
Riand	Nicolas	1
Rouge	Philippe	1
Sandoz	Suzette	2
Savioz	Daniel	1
Schertenleib	Pierre	1
Schmid	Marcel	3
Schneider	Nicolas	2
Sierro	Serge	1
Simon	Charles Alfred	1
Stalder	Michèle	1
Stucky	Raphael	1
Stucky	Alice	1
Stucky-Perren	Bernadette	1
Stumpe	Frank	1
Tabin	René	2

Tavelli	Pierre-Hervé	1
Theodoloz	Gérard	1
Troillet	Nicolas	6

Tschopp	Jean-Marie	2
Turini	Pierre	1
Udriot	Blaise	1
Valding	Muriel	1
Vazquez	Edith	2
Virgilio	Catherine	1
Von Rotz	Ivan	1
Vulliemin	Pierre	1
Walker	Sylvia	1
Walpen	Raoul	1
Wasserfallen	Jean-Blaise	1
Wauters	Jean-Pierre	1
Weber	Paul	1
Weber	Pascale	1
Werlen	Thomas	1
Willa	Christian	1
Zufferey	Bertrand	2