

En 2010, le chirurgien, Daniel Savioz, dénonce les mauvais résultats concernant la qualité de la chirurgie viscérale hautement spécialisée effectuée en Valais.

Cela tombe dans un contexte d'accumulation de tensions provoquées par une planification hospitalière intensive. Une terrible boîte de Pandore est ainsi ouverte.

Il en découle, durant cinq ans, une remise en question majeure du système hospitalier et de ses acteurs. Une médecine sous la coupe de l'Etat, opaque et incapable de se réformer, est mise en lumière.

Les petites et les grandes affaires sont dénoncées dans la presse, entre autre par le journaliste Joël Cerutti.

«*Devoir d'inventaire*» se présente sous la forme d'un entretien sans tabou entre deux acteurs de ces évènements récents. Il offre des documents inédits et des réflexions mettant en perspectives les faits. Il dessine des pistes pour l'avenir. Il pose de nombreuses questions pertinentes comme celle de la responsabilité des planificateurs. Il s'interroge sur le rôle de l'économie de marché dans notre système de santé.

Un ouvrage dense, accessible à tout un chacun.

Sa seule ambition est de susciter et poursuivre le débat pour que notre système de santé soit en adéquation avec les souhaits de la population.

PJ INVESTIGAT/ONS

Devoir d'inventaire

Daniel Savioz / Joël Cerutti

Devoir. d'inventaire

*Quelques réflexions autour de la politique
de la santé et de son avenir.*

2^e
édition
AUGMENTÉE



Daniel Savioz *entretiens avec* **Joël Cerutti**

Préface: Philippe Morel Postface: Jean-Claude Pont

Devoir d'inventaire

Note de PJI

La première édition de cet ouvrage est sortie le **11 septembre 2015**.
A la fin de l'année, il ne restait plus qu'une **poignée d'exemplaires**
du tirage initial.

La question d'une **réimpression** s'est évidemment posée. La voici !
Mais, quitte à bien faire, **autant affiner et enrichir**.

Une **trentaine de nouvelles pages** complètent un «*Devoir de mémoire*» plus que jamais indispensable.

Devoir. d'inventaire

Daniel Savioz
entretiens avec
Joël Cerutti

PJ INVESTIGAT/ONS

Préface

par Philippe Morel

Notre vie et nos activités nécessitent parfois une pause, une évaluation et un certain nombre de réflexions.

Cet ouvrage conclut une phase importante de la vie professionnelle mais également personnelle du Professeur Daniel Savioz à la suite de différents événements qui ont bousculé sa trajectoire professionnelle et qui ont affecté sa vie personnelle et celle de sa famille.

Un inventaire, tel que celui proposé ici par Savioz, débouche également sur une réflexion, des propositions et une projection sur l'avenir. Au-delà des difficultés rencontrées, des différences de vues et d'évaluations qui se sont affrontées, le patient, sujet de nos préoccupations, est placé au centre de cette réflexion. Dans un système de santé qui devient toujours plus onéreux, une médecine toujours plus complexe et des intervenants toujours plus nombreux, ne pas perdre de vue que l'ensemble de nos efforts doit être orienté vers le patient et la qualité des soins qu'il reçoit est indispensable si l'on ne veut pas errer à travers d'autres préoccupations et d'autres objectifs qui doivent rester secondaires.

Notre pays consacre une proportion importante de son budget à la santé et à la prise en charge des patients. Ils sont en droit d'attendre de tous les intervenants une prestation optimale non seulement en terme technique, mais également en terme humain. L'analyse de la qualité des résultats des traitements médicaux et chirurgicaux se généralise, se compare et s'évalue. C'est au travers de ces éléments que l'on pourra continuer d'assurer que l'argent dépensé et l'investissement personnel des soignants continuent d'accroître la sécurité et le bien-être des malades.

Les professionnels de la santé doivent pouvoir contribuer aux importantes décisions politiques et économiques qui sont prises dans ce domaine. Les patients deviennent des partenaires dans cette perspective, et leur voix doit être attentivement écoutée et intelligemment analysée.

Oui, nous avons l'impression de pouvoir toujours plus pour nos patients, d'avoir à disposition des moyens techniques toujours plus performants et efficaces et de disposer de capacité de soins en amélioration constante.

Nous nous en réjouissons.

Dans cet environnement technologique, le facteur humain, les qualités personnelles des soignants et leur attitude face aux patients revêtent une importance croissante. En chirurgie, le résultat dépend de l'ensemble de l'environnement technique mais également de la main et du cerveau de l'opérateur. On pourrait dire que les bons instruments dans les bonnes mains amènent le résultat escompté pour les malades.

L'inventaire proposé ici par le professeur Savioz projette dans l'avenir des esquisses de développement et d'organisation en tenant compte des réalités et des possibilités actuelles. Ils pourront être sujets à discussions, mais ils constituent une base de travail et la démonstration que les médecins veulent jouer le rôle qui leur revient, en collaboration étroite avec les différentes instances dirigeantes et les autorités politiques.

Être médecin, être soignant, c'est s'attacher profondément à nos malades, avec des répercussions directes sur la vie personnelle et sur la famille qui nous entoure.

Daniel Savioz, à la suite d'une évaluation et d'une analyse des résultats chirurgicaux observés autour de lui, a eu le mérite de mettre en évidence et de défendre son analyse au-delà de son propre intérêt et même de celui de sa famille. Sa ténacité et sa résistance dans les aléas de ce parcours de vie a également été possible grâce au soutien de sa femme Claire, elle-même chirurgienne.

L'association de différentes personnes à la cause défendue par Daniel Savioz a permis à ce dossier d'aboutir à une remise en question certainement salutaire pour les patients.

Cette volonté de vérité et de transparence est plus présente dans la nouvelle vague de médecins et de chirurgiens qu'elle ne l'était auparavant ; en particulier la recherche de la qualité est devenue un impératif, qui doit pouvoir être contrôlé et comparé.

Si je ne me réjouis pas d'être malade, je peux être rassuré de savoir que je serai pris en charge par cette nouvelle génération de soignants qui veut, au-delà d'eux-mêmes et de la qualité de leur vie personnelle, assument leur volonté inébranlable d'exiger et de fournir des soins d'excellence.

Professeur Philippe Morel, chef du service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève

*Avant d'entrer dans
le chapitre 1, vous
devez:*

- Savoir qui est qui.
- Assimiler quelques abréviations.
- Comparer quelques chiffres de 2014 avec ceux de 2009.

Qui est qui?

Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. Elu à cette fonction au printemps 2009, il prend en charge le Département des finances, des institutions et de la santé (DFIS) le 27 mars.

Le Nouvelliste le présente, le lendemain, en première page, comme «l'homme fort du gouvernement.» Maurice Tornay a été administrateur de ce journal. Au printemps 2013, il laisse la santé aux bons soins de sa collègue, **Madame la Conseillère d'Etat Esther Waeber-Kalbermatten.** Celle-ci va alors gérer le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture (DSSC).

Vincent Bettschart. Chef de la chirurgie en Valais jusqu'au 27 janvier 2014. Il a connu une notoriété mondiale pour avoir réalisé des interventions, en juin 2010, avec la retransmission de matches de foot ou de tennis dans le bloc opératoire. Ses prestations, et celles de son service, ont été analysées par le Rapport Houben. Entre autres.

Georges Dupuis. Il a été durant un quart de siècle médecin cantonal. Auparavant, il avait réalisé sa thèse de doctorat sur l'impact du fluor dégagé par l'usine d'aluminium de Chippis. Sans rien trouver de significatif. Dans ses grandes heures, il a cumulé 31 casquettes au sein de la santé valaisanne. Il a pris sa retraite en juillet 2012.

Philippe Eckert. Directeur médical du CHCVs en février 2010. A toujours défendu le chef de la chirurgie valaisanne, Vincent Bettschart. Il a écrit, dans un argumentaire distribué en juin 2010: «Jamais à ce jour un employé n'a eu à subir une sanction quelconque pour une prise de position auprès de sa hiérarchie.» Annonce son départ en février 2012.

Dietmar Michlig. Directeur général d'Hôpital du Valais, nommé en décembre 2003, départ en août 2012. A regardé passer beaucoup de trains, signé ce qu'il devait pour sanctionner les rebelles et juré que le

CHUV n'avait pas beaucoup d'emprise sur le RSV alors que les médecins responsables venaient à 76% de cette institution. A toujours parlé de «volonté de nuire» au sujet des critiques émises par les lanceurs d'alertes.

Vincent Castagna. Directeur du CHVR, engagé en septembre 2005 sans mise au concours, dégage en février 2015. «Il réoriente sa carrière après avoir trouvé un accord à l'amiable avec son employeur», écrit Vincent Fragnières dans *Le Nouvelliste*. Vincent Castagna a sans doute payé les renvois abrupts de deux médecins chefs anesthésistes le 31 mars 2014, sans l'avis (et l'aval!) du directeur général Eric Bonvin.

Benoît Delaloye. Nommé directeur médical au RSV comme pion de Georges Dupuis. Son inconsistance fait qu'il ne se trouve pas cité dans cet ouvrage. Parti à la retraite courant 2012.

Raymond Pernet. Médecin généraliste et président du Conseil d'administration du Réseau Santé Valais (RSV). Sous sa gouvernance, le canton a perdu une cinquantaine de médecins qualifiés. «C'est la vie des institutions», commente-t-il le 25 février 2010. Il quitte ses fonctions en décembre 2011.

Charles Kleiber. Il devient président du Conseil d'administration du Réseau Santé Valais le 28 décembre 2011. Il soutient mordicus Vincent Bettschart, malgré ses errements et les multiples crises générées par celui-ci. Kleiber démissionne le 29 avril 2014. Il a été engagé comme pompier de service, il s'est plus révélé du genre pyromane.

Pierre-Alain Clavien et Daniel Scheidegger. Tandem d'experts, mandaté dès la naissance du RSV, pour évacuer les trublions de l'institution. C'est sur leurs conclusions que Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay s'est appuyé pour renvoyer Daniel Savioz et garantir la qualité de la chirurgie hautement spécialisée en Valais. A part quelques élus, personne n'a pu voir leur «expertise».

Suite au licenciement inadmissible du professeur Savioz, **Jean-Claude Pont** a publié avec **Serge Sierro** trois Bulletins d'information (2010) pour dénoncer les dysfonctionnements graves vécus par le RSV.

Jean-Claude Pont a poursuivi l'aventure avec un livre (2011). Il a dirigé à partir de là un groupe à géométrie variable, baptisé «*Le Collectif*». Le succès de ce Collectif fut total. Serge Sierro est toujours resté très proche de ce groupe.

Me Michel Ducrot. Le 23 février 2010, il devient l'avocat de Daniel Savioz. En septembre 2011, il obtient du Ministère public valaisan la reconnaissance de la démarche entreprise par son client, effectuée dans «*le seul souci de la santé des patients valaisans.*» Me Ducrot préside aujourd'hui l'ADPVal.

Philippe Morel et Gilles Mentha. Ce sont ces deux spécialistes des HUG que Daniel Savioz contacte, fin 2009, pour analyser 47 dossiers qu'il juge problématiques. Ils concernent la pratique de la médecine viscérale hautement spécialisée en Valais. Gilles Mentha est décédé le 25 mai 2014 d'une crise cardiaque.

Daniel Savioz. Dès le printemps 2009, il se pose des questions sur la qualité de la chirurgie viscérale hautement spécialisée dans le Département de chirurgie du RSV. Il alerte sa hiérarchie puis Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay en janvier 2010.

Ses inquiétudes seront sanctionnées par son licenciement, le 22 février 2010. En mars de la même année, son ex-hiérarchie le poursuit pénalement pour violation du secret de fonction. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, en avril 2015, présentera des excuses aux lanceurs d'alertes. Sans nommer Daniel Savioz.

Joël Cerutti. Alors journaliste au *Matin*, il apprend le licenciement de Daniel Savioz le 22 février 2010 au soir, via un téléphone à la rédaction de Lausanne. Dès lors, il va suivre ce dossier, comme bien d'autres concernant le RSV, sur plusieurs années. Au *Matin*, puis à *Vigousse*, sur le site de *l'Idex* et enfin pour l'agence *PJ Investigations* - dont il est le cofondateur avec Patrick Nordmann - il rédige des dizaines et des dizaines d'articles sur le sujet.

Les abréviations

ADPVal : Association de Défense des Patients hospitalisés en Valais fondée en mars 2010

CDS : Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé

CEP : Commission d'enquête parlementaire sur le Réseau Santé Valais. Elle a rendu ses conclusions en avril 2015.

CHCVs : Centre Hospitalier du Centre du Valais

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

COGEST : Commission de gestion du Grand Conseil

DFIS : Département des finances, des institutions et de la santé mené par Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay

DSSC : Département de la santé, des affaires sociales et de la culture dirigé par Madame la Conseillère d'Etat Esther Waeber

EBM : Evidence Based Medicine (médecine basée sur la preuve)

FHF : Fédération Hospitalière de France

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

HVS : Hôpital du Valais

LAMal : Loi fédérale sur l'assurance maladie

LEIS : Loi valaisanne sur les établissements et les institutions sanitaires

MHS : Médecine hautement spécialisée

OFS : Office fédéral de la statistique

OFSP : Office fédéral de la Santé publique

PPP : Partenariat Public Privé

RSV : Réseau Santé Valais

RTS : Radio Télévision Suisse

Morel-Mentha-Savioz (décembre 2009)

Examen de 47 dossiers de MHS portant sur l'année 2009

A la lumière des récents événements, il convient d'en exhumer certains passages. «La prise en charge chirurgicale des pathologies du pancréas est sujette à discussion chez plus d'un patient sur deux (50%)». Quant à un autre organe... «50% des patients après œsophagectomie présentent des suites opératoires grevées de complications majeures». Et si l'on reste dans le domaine des statistiques... «La mortalité opératoire grevant les interventions de chirurgie hépatique (15%) est prohibitive, elle est 19 fois plus élevée que dans un service de référence universitaire tel que les HUG».

Extrait du journal *Vigousse* numéro 159 du 13 septembre 2013, article de Joël Cerutti/PJ Investigations. Les chiffres étaient déjà parus dans le *Vigousse* numéro 89 du 20 janvier 2012.

Expertise Jean-Jacques Houben (mars 2014)

Examen de 277 dossiers de MHS, années 2011-2012.

Foie, 13 fois plus de chances de mourir du foie à Sion qu'aux HUG.
Mortalité post-opératoire de 13,5% contre 1% aux HUG.
Pancréas, le résultat objectif se solde par une mortalité de plus de 20 %, alors que tous les centres compétitifs affichent entre 2 et 10% de mortalité pour les duodéno pancréatectomies.
Plusieurs décès évitables entre 2011 et 2012.
20% de lâchage de sutures, taux excessif.
10% des opérations effectuées alors qu'elles n'étaient pas nécessaires.
30% de techniques opératoires contestables.
27% d'indications opératoires contestables.
Statistiques arrangées côté œsophage pour arriver à dix cas/an: suroperations qui permettent d'atteindre le nombre requis et garder le mandat en chirurgie viscérale hautement spécialisée.
Surmortalité à Sion en chirurgie du côlon.
Le rapport du professeur Jean-Jacques Houben fait 97 pages.

*L'histoire dira que vous avez
eu tort dans cette affaire.
Et si j'en suis certain,
c'est parce que c'est moi qui
l'écrirai!*

Winston Churchill, apostrophant le Premier ministre
Stanley Baldwin, lors d'un débat au Parlement
britannique en 1936.

1. *Le moment opportun*

Le 30 avril 2015, devant le Grand Conseil valaisan, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, avoue : «Si j'avais pu, j'aurais dû être plus attentif à ce que disaient les donneurs d'alerte.» (1) Bref, il s'excuse... Vous le pensez sincère?

Evidemment Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay est sincère ce 30 avril 2015. Il n'a cependant pas agi adéquatement dès 2010 à une demande d'audit concernant la chirurgie viscérale hautement spécialisée. Une situation chirurgicale inacceptable a perduré dès lors durant plus de 4 ans. Les conséquences se mesurent en vies humaines perdues, en souffrances et en perte de confiance. Je relève qu'il n'y a pas eu un mot de regret pour les proches qui ont perdu leur conjoint, leur père, leur mère, alors que ces décès étaient évitables.

Plus qu'une erreur, il s'agit ici d'une faute. Les manquements ont porté atteinte à des valeurs que nous considérons comme supérieures: la vie humaine, la dignité de la personne et le bon fonctionnement de nos institutions (2). L'expertise Houben montrera en 2014 les conséquences sur les patients des errements

(1) Citation tirée du site du Nouvelliste. Il s'agit du suivi par le journaliste Jean-Yves Gabbud du débat mené au Parlement autour du rapport de la Commission d'enquête parlementaire sur le Réseau Santé Valais. Il a duré 2 h 30.

(2) En mars 2011, la COGEST remarque en page 15 de son rapport: «Le chef du DFIS a mandaté deux experts qui ont forgé leur appréciation au cours d'une seule journée plutôt que de charger de cette mission la Commission cantonale pour la sécurité des patients et la qualité des soins et/ou la Commission de surveillance des professions de la santé, nommée par le Conseil d'Etat à cet effet.»

chirurgicaux dénoncés par moi-même en 2010 et ignorés par le Département. Le rapport de la COGEST, en 2011 déjà, mettait en évidence les libertés prises avec notre fonctionnement démocratique normal.

Il faut par ailleurs remarquer, même avec beaucoup d'indulgence, que Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay a fait preuve d'une grande persistance dans la faute. Il avait à moultos fois la possibilité d'infléchir sa trajectoire mais n'a pas su ou voulu saisir ces opportunités. Rien n'étant définitivement inscrit dans la pierre, je ne préjuge cependant pas de l'avenir. Et ne dit-on pas que faute avouée est à moitié pardonnée?

Et cela suffit? Le fait d'avouer aurait réglé le problème?

A l'évidence, il y a déjà là un grand pas en direction de la rédemption. Cependant insuffisant si l'on considère l'objectif final d'une telle démarche. Il s'agit pour celui qui fait son mea culpa de restaurer sa crédibilité et par la même, la confiance que nous pouvons lui faire dans sa fonction de magistrat.

Tant en politique qu'en médecine, la confiance est la condition sine qua non pour cheminer ensemble. Cet exercice de communication, effectué sous la contrainte médiatique, n'est pas crédible. Effectué du bout des lèvres, il permet le doute et provoque le questionnement.

Vous voyez! Vous n'êtes pas convaincu!

L'impunité nuit gravement à la confiance. Nous avons durant ces dernières années vu deux présidents du Conseil d'administration du Réseau Santé Valais (RSV), le Dr Raymond Pernet et

Charles Kleiber, donner ou devoir donner leur démission. Les observateurs les plus attentifs auront de plus noté le départ de l'ensemble de la direction tant administrative que médicale. Ces départs ont été organisés de façon feutrée, avec remerciements pour services rendus. Prendre le large par la «*petite porte de derrière*» ne peut que renforcer ce sentiment d'impunité qui ronge encore aujourd'hui la confiance.

Y'a-t-il eu acte de contrition?

Personne n'a assumé publiquement sa part dans l'échec, d'où l'impression d'impunité. Impression renforcée par le fait que les petites mains, le personnel au contact quotidien des patients a, dans la pratique, dû assumer cet échec **(3)**.

Journellement, ces personnes ont tenté de rassurer alors même qu'elles étaient dans l'incertitude, d'expliquer alors qu'elles n'étaient pas informées et de faire face avec dignité en attendant que l'orage passe. A l'impunité des responsables s'ajoutait l'injustice de devoir assumer des décisions auxquelles elles n'adhéraient pas forcément. Face aux malades, il n'était pas question de fuir par la petite porte.

Des tensions et des frustrations se sont accumulées jusqu'aux différentes affaires qui peuvent être comprises en partie comme la nécessité de mise à plat et de décompression. La question de l'imputabilité - concept que nous appliquerons au système de santé - de nos dirigeants est ici au coeur du débat. Il faut

*(3) Sur les conditions de travail des «*petites mains*» du Réseau Santé Valais de l'époque, relisez cet article paru sur le site PJ Investigations: <http://www.pjinvestigation.ch/?p=721>*

d'emblée poser le fait que nos responsables, en particulier les planificateurs du système de santé, devront à l'avenir rendre compte de leurs décisions. La crédibilité de nos institutions est à ce prix. L'équité dans la manière d'assumer ses actes doit être appliquée du haut en bas de la hiérarchie du système de soins.

Après la faute avouée - et à moitié pardonnée - de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, certains partis l'ont accusé, par son manque de réaction en temps voulu, d'être responsable de morts au sein d'Hôpital du Valais... L'UDC comme le PS ont réclamé sa démission. C'était exagéré?

La monnaie en cours dans ces différentes affaires a été l'indulgence (4) pour rachat de fautes immédiatement auto-pardonnées. Chacun a largement été pourvu en indulgences.

L'exemple emblématique est le sort réservé au Dr Vincent Bettschart qui ne rechignait pas à opérer avec un écran diffusant des matches de foot dans sa salle d'opération. **La hiérarchie reconnaît les faits mais aucune sanction n'est prise.** Le Département de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, l'autorité de surveillance des professions médicales, tout le monde a fermé les yeux. La planche à billets de l'indulgence a fonctionné à plein régime et à tous les niveaux durant ces dernières années. Une inflation galopante ne pouvait dès lors que transformer ces billets en monnaie de singe. Le sentiment d'im-

(4) Dans l'église catholique, les indulgences permettent le repentir de ses péchés. La pratique remonte au IIIe siècle et prend son réel essor durant le Moyen Age. L'achat de ces indulgences permet la construction d'édifices religieux et à certains prélats de mener un train de vie sur des rails dorés.

punité s'est généralisé et banalisé à mesure que la confiance s'est effondrée. La bulle d'indulgence se devait d'exploser dès lors que l'extrême manque de confiance s'est transformé en défiance face à l'hôpital et ses dirigeants.

OK, nous sommes en pleine dévaluation des indulgences. Pour en revenir à Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, il aurait dû rendre son tablier ou pas?

La Haute Autorité de Surveillance qu'est le Grand Conseil valaisan, en décidant de lancer une Commission d'enquête parlementaire (CEP), évènement rare et grave, ne cherche en fait qu'à rétablir la confiance par l'établissement des faits (5). En prenant cette décision historique, le Grand Conseil récupère une situation qui part en vrille après avoir échappé à l'exécutif valaisan. Il redonne le crédit nécessaire. Notre démocratie est la seule valeur que nous partageons tous dans une même équité. Il est nécessaire de s'en préoccuper. Dès lors que le rapport de la CEP montre les manquements de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, sa crédibilité ne peut que s'effondrer. La question de sa capacité à poursuivre efficacement son mandat se pose (6, page suivante). Il y a souvent une grandeur à la démission pour autant que cette décision soit assumée. Pour le démissionnaire, l'intérêt

(5) La CEP reproche à Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay d'avoir adopté une attitude non adaptée aux circonstances. Il a notamment défendu devant le Parlement des positions basées sur une expertise «sommaire». Ce rapport, daté d'avril 2015, peut être lu dans son intégralité grâce au lien suivant: http://www.vs.ch/Data/vos/docs/2015/04/2015.04-05_CEP-RSV_RAPP_COM.pdf

général se substitue alors à l'intérêt personnel. Manière de sortir par le haut plutôt que de chuter! La démission du pape Benoît XVI est évidemment à comprendre dans ce sens. Il ne s'agit par de l'échec d'une personne mais bien de la démonstration de son exigence face à sa fonction.

Dans la situation qui concerne Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, les manquements nous heurtent particulièrement. Ils ont provoqué des décès évitables. Le rapport Houben en 2014 indique une surmortalité importante, sur les années 2011 et 2012, concernant la pratique de la chirurgie viscérale hautement spécialisée effectuée par le Dr Vincent Bettschart. En 2010 déjà, ce même constat avait été transmis à Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay par moi-même et les professeurs Philippe Morel et Gilles Mentha. A l'évidence, des destins auraient dû et pu être changés.

Donc responsable, donc démission?

La perte de crédit est immédiate et pérenne. L'homme est alors confronté à sa capacité d'accepter son échec. Le magistrat doit juger si les conditions sont encore réunies pour assumer son mandat. Un excès d'amour propre peut cependant nuire à sa capacité d'analyse (7). Se pose en filigrane la question des limites

(6) *Plusieurs personnalités politiques valaisannes, en avril 2015, ont réclamé la démission de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. A commencer par Narcisse Crettenand (PLR), président de la COGEST: «Si personne n'ose le dire je le dis, Maurice Tornay doit aujourd'hui tirer toutes les conclusions des diverses affaires et démissionner pour le bien du Valais», publie-t-il sur Facebook.*

à ne pas dépasser pour ne pas porter le discrédit à l'ensemble de la classe politique. La réponse n'est pas claire. En effet, nos politiciens font encore preuve d'une grande mansuétude face à leurs collègues fautifs. Une loi «*d'impeachment*» (8) est donc difficilement concevable pour l'heure. La sanction ou la rédemption se fera donc dans l'urne. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, en restant au gouvernement, aura perdu l'occasion de se forger enfin une vraie stature. En prenant sur lui la totalité des erreurs commises par l'ensemble des fautifs et en s'excusant auprès des victimes, il aurait permis qu'une nouvelle page s'ouvre pour nos institutions.

Notre culture chrétienne repose sur un tel acte fondateur. L'homme aurait montré sa force et le magistrat son sens de l'Etat. En se retirant du gouvernement, il aurait profité, en s'affranchissant des contraintes liées à sa fonction, d'une plus grande liberté d'action. Libre, il aurait pu valoriser son actif et éviter de prendre le risque de devenir l'homme du passé et du passif (9).

Réplique de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay à ses détracteurs: «Ce n'est pas moi qui ai tenu le scalpel»(10, page suivante).

(7) *«J'ai analysé les divers reproches que l'on me fait et j'arrive à la conclusion qu'il n'y a pas aujourd'hui de motif suffisant pour démissionner», dit Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay devant la caméra de la RTS, le 11 avril 2015.*

(8) *Procédure permettant au pouvoir législatif de destituer un haut fonctionnaire dans un gouvernement.*

(9) *Allusion à une pique de François Mitterand adressée le 5 mai 1981 à Valéry Giscard d'Estaing lors d'un débat télévisé.*

L'explication est choquante pour les patients et pour la population en général. Le capitaine du Titanic n'était pas sur le pont et ne tenait par la barre au moment de la collision entre son bateau et l'iceberg. Personne ne peut penser qu'il aurait tenté de se défaire de sa responsabilité.

On peut essayer de comprendre Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay qui, en partie, a dépendu de l'analyse de ses conseillers et de son administration. Au final, le rôle du chef est d'endosser, en plus de ses manquements, les erreurs de ses subordonnés. La juste réparation pour les victimes passe en premier lieu par la reconnaissance des faits. Le rapport Houben aura permis ce premier pas. La chaîne de causalité ne s'arrête cependant pas qu'à l'auteur immédiat des faits incriminés. L'autorité de surveillance dûment informée avait le devoir d'arrêter le scalpel. Elle n'a pas agi, alors qu'en regard de la loi, elle se devait d'agir. Les juristes parlent à ce sujet d'une «*position de garant*». Plus qu'une question juridique cependant, il s'agit ici d'une évidence morale.

Dans l'article du Nouvelliste du 1er mai 2015 consacré aux excuses de Maurice Tornay, le journaliste résume votre réaction en six lignes. Ce que je trouve un peu court. Je vous appelle pour vous proposer une interview bien plus longue pour PJ Investigations. Et nous voilà avec un livre! Pourquoi?

En six lignes avec toujours la même demande: savoir prendre ses responsabilités. Encore une fois, il s'agit avant tout de défendre la crédibilité de nos institutions, ainsi que la vie et la santé des patients. En 2009, j'étais en première ligne et j'avais les compé-

tences qui me permettaient d'analyser et d'émettre des doutes concernant les résultats de la chirurgie viscérale hautement spécialisée pratiquée à l'Hôpital de Sion. Je faisais partie des quelques spécialistes qui devaient et pouvaient constater. J'ai assumé ce rôle. Certains de mes collègues, avec le même niveau d'information, n'ont pas voulu regarder. Ils se sont tus. Nous vivions une situation d'inversion de la hiérarchie des valeurs. La recherche du pouvoir pour quelques-uns - démarche qui trouvait sa légitimation dans un devoir de loyauté vis-à-vis de l'autorité - s'était progressivement substituée au respect de la vie et de la santé. En d'autres termes, la raison d'Etat, à savoir les impératifs de la planification, primait sur les résultats médicaux. Tant pis pour les patients passés dans le compte des pertes et profits.

Nous étions donc dans une situation complexe et exceptionnelle, très difficile à appréhender sur le moment. Certains faits m'avaient submergé et ne me permettaient qu'une vision trouble. Le temps qui s'est écoulé m'a permis de comprendre dans quel bourbier nous étions. Ce recul a été nécessaire pour que je puisse me forger une opinion suffisamment solide.

Je me sens en capacité aujourd'hui de partager cette analyse en la soumettant à la critique. Cette démarche devrait permettre d'alimenter le débat, pour que nous puissions mettre en adéquation notre système de santé avec les besoins et les désirs de notre population. Publier un petit livre d'entretiens permet d'apporter nombre de faits tout en les analysant. Cela favorise le passage d'une objectivité rébarbative à une forme de subjectivité liée au fait que je puisse me dévoiler au-delà de mon rôle habituel de chirurgien. J'y vois le bon moyen me permettant de décrire les grandes chances et bien d'autres événements dont j'ai profité, ou pâti, durant ces moments difficiles. Il apparaît d'autre part

qu'il est opportun de peindre avec nuance le contexte particulier qui a entouré ces événements. Un interlocuteur comme vous devrait me permettre d'éviter le piège d'une trop grande simplification.

Si je vous suis bien, il vous faut plus de place que six lignes. Là, vous en avez déjà une quarantaine, rien que pour votre préambule!

Le rythme des médias ne permet pas une approche très différenciée. Il tend à caricaturer. Un reproche apparent à l'encontre d'une personne se transforme facilement en stigmatisation.

Ma démarche cherche quant à elle - sans compromission, cependant, sur la responsabilité que chacun doit assumer - à montrer qu'un contexte défavorable peut produire des erreurs par lui-même. Il s'agit ici de l'un des préceptes de la culture de l'erreur. Lorsque vous m'avez demandé une interview, j'ai saisi l'opportunité pour vous proposer une discussion à bâtons rompus. Je ressentais le besoin de synthétiser le passé, pour moi et mes proches et peut-être pour quelques rares lecteurs intéressés par ces faits récents.

Je ne suis pas certain qu'ils soient si rares. Et sur Facebook, après la sortie du rapport Houben, j'ai eu droit à mon lot d'insultes, on y reviendra.

Tant qu'à faire, j'ai pensé que cette discussion avec vous était légitime. Vous avez apporté régulièrement dans la presse des scoops et des informations pertinentes sur ces événements.

Un peu d'impertinence de votre part - vous qui en usez sans en

abuser - devrait compenser l'absence de pertinence que nous avons souvent dénoncée. Peut-être pourrions-nous aller au-delà des apparences?

Je vais me gêner! Durant cinq ans, vous êtes resté pour le moins discret vis-à-vis des journalistes. Vous êtes un grand timide qui ne se soigne pas?

Je me suis en effet limité volontairement à n'intervenir que dans les situations qui me paraissaient opportunes, soit celles qui me concernaient ou concernaient les faits que j'avais dénoncés. Je n'avais alors ni les informations complètes, ni le recul nécessaire à une bonne analyse. Je limitais donc à dessein mes propos. Le bien-fondé de mon discours a probablement été en partie dû à cette retenue.

Entre nous, est-ce bien le moment de ressasser les vieilles histoires du RSV? Cela fait un peu anciens combattants, non?

Ou peut-être revanchards? La période actuelle est propice, me semble-t-il, à la réflexion qui doit permettre une forme de reconstruction. Nous avons enfin à disposition, comme résultats tangibles d'une guerre légitime, tous les éléments factuels permettant de faire le bilan. L'expertise approfondie du Professeur Jean-Jacques Houben (11), la plupart des décisions de justice concernant les multiples plaintes tout azimut du RSV, les rapports de la COGEST et de la CEP, ont chacun à leur tour parlé.

(11) *Le rapport Houben et les réactions des institutions concernées:*
<http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=11772>

Chaque morceau de ce puzzle a nécessité un combat contre une forme d'obscurantisme provoquée par la collusion des pouvoirs: RSV (12) - Etat - Autorité de surveillance. La vérité a été progressivement révélée. Suffisamment étayée, elle ne peut plus aujourd'hui être niée.

Les dénigrement de nos adversaires, sous les coups de buttoirs des éléments objectifs, ont volé en éclats. Les anciennes certitudes - ayant légitimé le pouvoir illimité que certains se sont octroyé au nom de la réussite d'une mauvaise planification sanitaire - se sont effondrées. Le terrain est meuble. Le moment est venu pour semer au vent de nouvelles idées.

Quelle verve! Vous devriez vous lancer en politique!

Cet entretien devrait permettre de passer à une autre étape; une étape que j'imagine constructive. Il va de soi que je prends ma part du bon mais également du mauvais dans les événements qui sont survenus. Le moment est venu de faire l'inventaire. Il s'agit d'un devoir si l'on veut apprendre de nos erreurs. Au-delà des insuffisances des personnes, nous devons tenter de mettre en évidence le contexte particulier qui les a poussées à agir - parfois en toute bonne foi - à l'encontre des intérêts qu'ils pensaient pourtant défendre. Notre objectif commun est de construire pour les Valaisans, un système de santé performant apte à faire face aux impératifs du 21^e. Sur le champ de bataille, je ne vois que des perdants. En commençant par certains patients qui auront laissé leur

(12) Durant ce livre, nous allons utiliser le dénominatif RSV pour faire la distinction avec l'Hôpital du Valais qui en partie ne mérite plus l'amalgame avec le RSV.

santé et, certains, leurs vies! Nous ne pouvons donc pas en rester là!

Aïe! Nous voici partis pour de longues leçons de morale, d'éthique et de politique. On baille tout de suite?

Nous ne sommes évidemment pas là pour donner des leçons. Nous ne cachons cependant pas notre fierté d'avoir contribué à l'éclosion de la vérité. Le chemin a été long et difficile. Je dois confesser une bonne part de naïveté.

Je pensais initialement que les faits dénoncés qui concernaient directement la vie de patients, n'allaient pas être niés. Les impératifs moraux, dans mon esprit, allaient s'imposer facilement. Une véritable organisation du déni systématique, qui a culminé sous l'aire de Charles Kleiber, aura nécessité beaucoup d'engagement et de courage de la part d'un grand nombre de personnes pour obtenir des résultats. Bien trop tardivement, cependant... La victoire est amère.

Ce chemin tortueux a laissé des blessures qui doivent encore cicatriser. Je rejoins volontiers mon épouse Claire qui, très malicieusement, me fait remarquer que ce livre d'entretiens constitue pour moi une forme de psychothérapie. Chirurgienne, elle a vécu «à l'interne» ces événements en choisissant de poursuivre son activité professionnelle dans le RSV alors même qu'on m'obligeait à le quitter. Ce choix symbolique, qui exigera beaucoup de courage et de sang-froid de sa part, visait à montrer que le «couple Savioz» ne dénonçait pas l'institution dans son ensemble mais certaines dérives chirurgicales spécifiques. Claire a mesuré à sa juste valeur les souffrances endurées que nous avons partagées ensemble. Rendre publiques ces considérations me semble, mal-

gré cet aspect thérapeutique personnel, utile dès lors que je me soumetts à la critique, comme dirait le philosophe Karl Popper (13) à la «réfutabilité».

Il s'agit ici d'une ébauche de démarche scientifique, démarche qui a tellement manqué chez nos adversaires. Sur ce point, je confesse humblement vouloir donner une petite leçon.

Sur la référence à Karl Popper, votre épouse va trouver que vous vous la pêtez un peu, je vous préviens! Plus sérieusement, est-ce que vos proches ont toujours cru que vous aviez raison dans votre combat?

C'est un des éléments incroyables de cette histoire. Après avoir étudié 47 dossiers, Morel, Mentha et moi, nous savions. Nous avions une idée précise concernant les résultats obtenus dans le domaine de la chirurgie viscérale hautement spécialisée. Ils étaient mauvais. Des mesures correctives s'imposaient. Après avoir tenté, à l'hôpital de Sion, sans succès d'informer ma hiérarchie, en désespoir de cause, j'ai transmis mes conclusions à l'autorité de surveillance. Nous n'avons rien caché. Tous les éléments ont été donnés à Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay et au médecin cantonal d'alors, Georges Dupuis. Ceux-ci n'ont pas cherché à confirmer les faits, pas plus qu'à confronter les avis. D'emblée, à notre grande stupéfaction, ils ont choisi en totale irresponsabilité de noyer le poisson. Une attitude blâmable qui, comme nous le savons aujourd'hui, a eu de lourdes consé-

(13) Sir Karl Raimund Popper (1902-1995) «invente la réfutabilité comme critère de démarcation entre science et pseudo-science» nous résume Wikipedia. Un bon sujet de méditation, quoi...

quences. De notre côté, tout avait été effectué en limitant au strict minimum les personnes informées. La confidentialité s'imposait et nous l'avions respectée. Nous avons agi afin qu'aucun obstacle puisse nuire à l'initiation d'une démarche d'amélioration de la qualité. Aucune information confidentielle n'avait donc été transmise à d'autres personnes, si ce n'est à l'autorité de surveillance. Malgré l'éclatement médiatique provoqué par mon licenciement, je me suis tenu par la suite à cette règle.

Aussi, ma famille et mes proches n'avaient clairement pas le même niveau de connaissance des faits que moi. Par les médias, ils étaient cependant soumis à des informations mensongères propres à me discréditer et à porter le doute dans leurs esprits. Ils ont fait face à mes côtés dans les moments les plus difficiles comme dans les petites victoires. La lecture du rapport Houben, qui confirmait la totalité de mes dires, a été un grand soulagement. Ce rapport, contrairement à la pseudo-expertise Clavien-Scheidegger, a été rendu public.

Il faut relever ici le courage de Madame la Conseillère d'Etat Esther Waeber-Kalbermatten qui a permis le début du retour à la confiance. Je savais, après qu'elle ait décidé de publier ce rapport, que nous avions enfin atteint le point de non-retour. Des mesures s'imposeraient d'elles-mêmes!

Il vous a fait quoi, comme effet, ce rapport?

Je vivais une situation ambivalente. J'étais atterré par les mauvais résultats chirurgicaux qui n'avaient pas changé d'un iota en quatre longues années de mises en gardes répétées venant de toutes parts. Sur ce point, j'enrageais. J'étais par ailleurs soulagé que mes proches obtiennent enfin, et en totalité, une confirmation de ce

que j'avais dénoncé! Ils ont eu la foi du charbonnier. Ils m'ont sauvé. Ce courage que j'ai toujours ressenti chez eux m'a permis de ne jamais abandonner. Mes souffrances et celles de mes proches ont ainsi trouvé une justification dans le combat collectif que nous menions tous ensemble pour les patients et souvent, avec eux.

Il est évident que quelques connaissances ont prudemment pris le large. Elles n'avaient pas choisi ce combat. Je le comprenais. D'autres, que je connaissais peu ou pas, se sont engagées. J'ai ainsi appris à connaître dans ces épreuves des personnalités exceptionnelles qui toutes partageaient une même idée de la liberté. Nous adhérons au fait qu'user de sa liberté ne consistait pas à faire ce que nous voulions, mais à pouvoir faire ce que nous devions. En laissant de côté certaines règles communes, dont le sempiternel qu'en dira-t-on, nous acceptions de mettre en avant une cause plutôt que nos intérêts personnels.

Certains ont ouvert de nouveaux fronts. Jean-Claude Pont et Serge Sierro sont de ceux-là (14). Une chance pour moi et surtout pour notre canton.

Dès votre départ forcé du RSV, il y a eu de fortes pressions pour vous empêcher d'exercer votre métier en Valais. Pourquoi cela n'a-t-il pas marché?

En rentrant dans la bataille, j'avais mesuré le risque potentiel de devoir changer d'hôpital. Je n'avais cependant pris aucune disposition de ce côté. Peut-être superstitieux, avais-je craint de provoquer le sort? Pas de préméditation mais un vrai coup de pouce

(14) Les deux hommes se lancent dans la bataille le 24 mars 2010 lors d'une conférence de presse musclée à L'Hôtel de Vignes de St-Léonard.

du destin provoqué par des hommes solides! Ceux-ci en particulier ont su faire preuve d'indépendance face à des pressions malveillantes qui cherchaient à me barrer la route en Valais. Bernard Bonvin, qui avait vécu une situation similaire d'ostracisme brutal, a intelligemment assumé l'intendance. Daniel Salzmann, en visionnaire et avec l'empathie du médecin, m'a permis d'accéder à la clinique de Valère. En me remettant d'emblée le pied à l'étrier, ils m'ont rendu un immense service. Dans la foulée, je ne cessais pas d'opérer de crainte de perdre la main. A ma grande surprise, Bernard Cruson, directeur général des HUG, me faisait une proposition d'engagement que je m'empressais d'accepter. J'ai poursuivi ainsi la prise en charge de pathologies complexes aux HUG. Professionnellement, j'étais sauvé, ce d'autant plus que mes patients m'ont suivi.

Venons-en à Jean-Claude Pont... Qu'est-ce qui l'a poussé à empoigner votre cause et se mettre à dos une bonne partie de la République valaisanne? Vous étiez déjà amis?

J'ai dit à la Radio suisse romande, au moment où le Ministère public m'a donné raison contre le RSV, que je ne comprenais pas pourquoi Jean-Claude Pont et Serge Sierro avaient adhéré sans limite à ce combat. J'avais repris la phrase des «*Fourberie de Scapin*»: «*Mais que diable allaient-ils faire dans cette galère?*» Je voulais par là dire que je ne voyais pour eux aucun avantage personnel à endosser un conflit qui ne les touchait, tout au moins au départ, que très marginalement. N'étant ni professionnel de la santé, ni aux affaires du système de santé, il apparaissait d'emblée qu'on leur dénierait la légitimité à prendre position.

Par leur travail immense, par une écoute attentive, par leur esprit

critique et par un sens exceptionnel du bien commun, ils se sont rapidement imposés. Ils ont fait une grande partie de l'histoire. Jean-Claude Pont mérite une mention particulière puisqu'après l'avoir faite, il l'a écrite dans son livre *«Le Réseau Santé dans la tourmente»*. En cela, il rejoint Winston Churchill qui disait : *«L'histoire dira que vous avez eu tort dans cette affaire. Et j'en suis certain parce que c'est moi qui l'écrirai.»* Churchill, au moment de ces paroles, n'était pas encore rentré dans la grande histoire. Il s'exprimait plus comme écrivain (15) que comme politicien encore en devenir de son destin. Il montrait combien les écrits, en inscrivant dans la durée les événements, contribuent à la formation de notre mémoire collective.

Jean-Claude Pont raconte dans son livre la manière dont son action avec Serge Sierro a débuté. Celle-ci a d'emblée embrassé un éventail de problèmes que je ne soupçonnais pas. Il était clair de mon côté que je ne me focaliserai que sur l'éclosion de la vérité qui concernait les faits que j'avais dénoncés.

Finalem^{ent}, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay a quand même réussi quelque chose: une suprenante union de forces... contre lui!

La remise en question de notre système de santé, au fil du temps, a fédéré divers *«mouvements critiques»* qui se sont unis dans quelques actions prioritaires. J'y vois en effet le seul grand succès de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. Sa politique autoritaire a poussé ces mouvements à s'unir. Il a donc involontairement favorisé leur agrégation dans un mouvement citoyen

important qui permettra, en transcendant les courants politiques, d'obtenir des succès d'envergure. Entre autre le rejet de la première version de la LEIS (16) est à mettre à son crédit, bien malgré lui cependant. Là encore Jean Claude Pont, qui n'appartient qu'à lui-même et à ses idées, a assumé le rôle providentiel de coordinateur. Un peu comme un chef d'orchestre qui dirigerait, dans le même auditoire, des musiciens jouant de multiples partitions. Jean-Claude Pont aura sous sa baguette transformé une cacophonie prévisible en un opéra à succès. Celui-là, il est construit du roc dont sont faites les meilleures montagnes, ses exigences sont solides et sa ténacité infinie.

Il aura contribué à l'éclosion de la vérité mais aussi à l'évolution des idées et des mentalités.

Eric Bonvin, directeur général actuel de l'hôpital du Valais, parle à présent de *«gestion participative comme nouvelle forme de gouvernance»*. Il ne mesure peut-être pas combien les combats menés par *«le collectif citoyen»* ont préparé le terrain pour que cette bonne et vieille idée rentre à nouveau dans le domaine de l'acceptable. Les mentalités évoluent. On aura passé d'hôpitaux régionaux, dans lesquels les collègues des médecins avaient des rôles centraux - comme par exemple de favoriser le développement médical de l'institution, de gérer les conflits - à une organisation pyramidale, hiérarchisée à l'extrême, source de tension et de perte de compétence. Ce retour au modèle participatif s'est effectué grâce à l'action citoyenne. Grand succès porteur d'avenir!

«Gestion participative», vous en semblez un grand adepte.

(16) LEIS: loi valaisanne sur les établissements et les institutions sanitaires. Refusée en votations le 24 octobre 2011 par 54,4% de non. Le Dr Savioz s'était rallié au comité de médecins qui luttait contre elle.

C'est quoi, exactement? Le kolkboze du bistouri? Le kib-boutz du scalpel?

Le modèle participatif est le plus efficient. En terme barbare, on peut dire qu'il garantit l'optimisation des ressources humaines à disposition.

C'est «barbare», en effet. Qu'est-ce que cela donne, en vrai?

Chacun accepte de prendre une part de responsabilité, une part de la charge. Chacun apporte ses compétences dans un cadre qui lui permet d'utiliser au mieux ses connaissances et son expérience. En cas de succès, chacun a un droit au bénéfice, à une part de reconnaissance. Les objectifs qui justifient l'action participative transcendent cependant la recherche d'un éventuel avantage personnel. Dans le fond, ce modèle exige que puissent se superposer plusieurs hiérarchies travaillant en bonne intelligence et en parallèle. En effet, en médecine, la hiérarchie des connaissances et de l'expérience reconnues implicitement par les pairs, ne correspond pas nécessairement à la hiérarchie d'un service.

Cela ne correspond pas vraiment à ce qu'on a vu très longtemps prédominer au RSV...

Le modèle hiérarchique pyramidal tel que mis en place par le RSV, sous-tend quant à lui que le pouvoir du chef découle directement de son savoir médical. Les exigences pour être un bon médecin ne sont cependant pas celles d'un bon chef de service possédant des capacités de gestion, ni bien sûr d'un bon enseignant ou d'un bon chercheur. En défendant que puisse cohabiter dans un seul

homme tant de compétences, les responsables se voient obligés de le statuer. Son destin, figé par le carcan qu'on lui prête, le soustrait d'emblée à la critique. Remettre en cause certaines de ses compétences ne pourra plus s'inscrire dans une logique d'amélioration de la qualité mais sera considéré par la hiérarchie comme une tentative de déstabilisation. Le savoir médical étant le garant de l'autorité du chef, la culture de l'apprentissage par l'erreur - qui justement remet en question la pratique médicale - ne peuvent qu'être rejetées. Les processus de qualité s'épuisent ainsi dans des querelles de médecins à la recherche de petits pouvoirs.

Le Grand Chef Suprême serait bon pour être jeté à la poubelle ou recyclé?

J'ai schématiquement opposé ces deux modèles - le participatif contre l'hiérarchisé - afin de montrer leurs conséquences en particulier dans le domaine de la gestion de la qualité en médecine. Une forme de cohabitation selon le type et le niveau d'activité est cependant de règle dans une même institution. Il va de soi que le modèle hiérarchisé, qui favorise l'autorité personnelle, peut être plus efficient dans les situations de crise. On comprend facilement que ce modèle est préféré par nos armées sur les champs de bataille. Dans le domaine médical, cela s'oppose au contrôle de la qualité des prestations. Comme nous l'avons vu, il limite la remise en question et l'apprentissage par l'erreur. Le regard interne - inside view - ne fonctionne pas. La critique par le groupe, par exemple dans le cadre de colloque Morbidité Mortalité (17, page suivante), est alors assimilé à une remise en question du chef. De plus, le regard externe - «outside view» - pour

les mêmes raisons - et avec l'assentiment de la hiérarchie qui à mis en place le chef - est également rejeté. Or il est absolument nécessaire en médecine, si l'on veut juger la qualité des prestations, de pouvoir confronter les résultats obtenus entre différentes équipes dans des situations similaires. Le modèle hiérarchisé, qui bloque autant la vision interne qu'externe, peut favoriser une dérive insensible pouvant aller vers un déni inconscient des réalités.

Et soyez les bienvenus dans la Quatrième Dimension Médicale! C'est ça?

La production de résultats manipulés, conformes aux espérances, permet de présenter une réalité idéalisée sous une apparente cohérence. Les chefs qui ont été choisis, non pas en raison de leur compétence, mais en raison de leur adhésion à une mission, perdent tout esprit critique. Ils s'inventent alors un monde qui correspond à leurs attentes. La faillite est programmée. Les faits finissent toujours par présenter la facture finale et il faudra d'une manière ou d'une autre la régler. La mise en place du RSV est, de mon point de vue, le meilleur et le pire exemple qui illustre ces dérives liées aux choix d'un mauvais modèle de gestion.

Rassurez-moi, on peut être participatif en dehors du management médical?

Je crois que les personnes qui ont embrassé la cause pour la re-

(17) Les colloques de morbidité-mortalité sont un moyen d'évaluation des pratiques professionnelles et un outil pédagogique pour les équipes médicales et paramédicales Ref. Med Suisse 2010; 6: 2190-4

mise en question et l'amélioration de notre système de santé, avaient en commun implicitement une forme de fonctionnement participatif. J'en veux pour preuve un Michel Clavien, ancien responsable de la communication de l'Etat du Valais. Une carrière magnifique qui d'emblée provoque le respect. Michel Clavien a mis à disposition son immense expérience de l'information, sa capacité d'analyse, son sens didactique, sa plume acérée.

Pont, Sierro, Clavien, cela peut se voir comme une sacrée mafia anniviarde! Moi-même, je suis un Zufferey du côté de ma mère. Un fort lobby sierrois, non? Tout notre combat viendrait en fait de la région de Sierre contre celle de Sion. C'est la thèse défendue, en février 2011 par une enquête du Matin Dimanche (18) et une autre du Temps (18 bis).

C'est tomber dans la facilité que d'expliquer la remise en question du RSV par la lorgnette du régionalisme. Il s'agit d'une excuse simpliste pour rejeter les critiques en expliquant que les réformes ne s'accrochent pas du respect des diversités locales. Une contradiction de plus car une telle vision aurait nécessité d'oser poser la question de l'existence d'un hôpital haut-valaisan. Implicitement cependant, les Valaisans défendent l'existence d'un hôpital haut-valaisan au nom de la diversité culturelle. Certains pensent, comme moi, pour les mêmes raisons et pour une bonne

(18) Le Matin Dimanche, 13 février 2011, article de Stéphanie Germainier. «Tout commence d'ailleurs à Sierre l'an dernier, lorsque le docteur Dominique (sic) Savioz est mis à pied...», écrit-elle. Article au complet sur: <http://www.amge.ch/2011/02/13/pourquoi-la-petaudiere-du-reseau-sante-valais-ne-finit-pas/> - Suite page suivante...

gouvernance, qu'une autonomie accrue serait même justifiée. L'argument du régionalisme implique également que les réformes sont modernes et donc acceptables alors que défendre les régions serait passéiste et vieux jeu. Tel n'est évidemment pas le cas.

Les bonnes réformes doivent s'appuyer sur les structures qui fonctionnent. Les régions sont une de nos richesses, source d'identification, de rapprochement progressif et de bonnes gestions locales des intérêts collectifs. Dans un pays de consortages, de bourgeoisies, d'amicales, de fanfares politiques etc., il apparaît d'emblée que l'obtention d'une large adhésion aux réformes est une condition indispensable au succès. Passer en force est une erreur politique et culturelle. Mettre par la suite la faute sur le régionalisme est faire preuve de cécité.

A l'origine de cette affaire, on retrouve Georges Dupuis, que certains surnomment «Le Florentin». Aujourd'hui à la retraite, et d'après certaines indiscretions, il s'est arrangé, durant le travail de la CEP pour charger son ancien patron. Vous le voyez comment, Georges Dupuis?

Son bilan est plus que mitigé. *Le Nouvelliste*, pour marquer son départ, avait prévu de faire un article en rapportant des avis cri-

(18 bis) Le Temps, 19 février 2011, Xavier Filliez interroge Thomas Burgener. «La fronde vient de Sierre, où l'hôpital a beaucoup perdu dans la réforme et pourrait perdre encore. Ceux qui critiquent le réseau entretiennent des liens complices. Je pense notamment à Dominique Epiney, ancien directeur de l'Hôpital de Sierre, et Daniel Savioz. Le premier a été dégradé, le second n'a pas été choisi pour diriger le service de cardiologie à Sion. Il y a pas mal de vexations.» NDLA: Précisons que Daniel Savioz ne s'est jamais occupé de cardiologie.

tiques et favorables. Un journaliste m'avait contacté pour que je donne mon avis. Il apparaissait d'emblée que je ferais partie des opinions critiques. J'ai refusé.

Encore!

Et visiblement je n'ai pas été le seul. L'article a fini par ne donner que la vision positive des quelques-uns qui ont toujours soutenu contre vents et marées le fait que tout allait pour le mieux Madame la Marquise! Georges Dupuis a été au centre de la «*toile d'araignée*», expression utilisée par Pont et Sierro dans leur premier bulletin de mars 2010. Il a monopolisé le pouvoir en plaçant des hommes «*sous tutelle*» dans des commissions alibis, le tout en donnant une apparence de respect des institutions. Il a profité de la complexité du domaine de la santé pour apparaître comme la référence incontournable vis-à-vis de l'autorité politique. Il s'est référé à de soit-disant «*expertises*» et «*avis d'experts*» en se gardant d'en rendre public le moindre mot. **Je pense au rapport Clavien-Scheidegger, toujours gardé secret mais dont on sait aujourd'hui par la CEP qu'il était complaisant et non scientifique.** Il s'agit d'une situation où l'administration prend le pas sur le politique, dérive dangereuse de nos démocraties. Pour moi, Georges Dupuis a été le Fouché (19) de notre république; celui qui se satisfait de tous les régimes, qui n'est jamais responsable des échecs mais endosse volontiers la gloire de quelques réussites éphémères.

(19) Joseph Fouché (1759-1820), homme politique, ardent révolutionnaire et chef de la police. A su manger dans toutes les gamelles pour conserver les privilèges du pouvoir depuis la Révolution française jusqu'à la Restauration.

La question est de savoir si les politiciens l'ont utilisé plus qu'il ne les a utilisés.

J'en doute fort. On retiendra que sa politique est essentiellement centralisatrice et étatiste. Le décret du 4 septembre 2003, arrivant après l'échec des lignes directrices de 2000, a supprimé les associations hospitalières sans créer de contre-pouvoirs. Depuis ce jour, le système de santé valaisan était essentiellement dans les mains de Georges Dupuis. Grande responsabilité pour un seul homme qui n'a su faire face. Philippe Morel et moi-même, lui avions parlé de médecins à médecins, en lui expliquant nos douloureux constats, en lui transmettant nos analyses factuelles. Il a réagi dans une totale irresponsabilité en transformant cette démarche, qui visait une amélioration nécessaire de la qualité de la prise en charge chirurgicale, en conflit de personnes. Ce type d'erreur à ce niveau de responsabilité n'est pas excusable.

En contre-pouvoir, durant le printemps 2010, il y a eu la création de l'Association de Défense des Patients hospitalisés en Valais (ADPVal). Peut-on voir cette arrivée comme une conséquence «positive» de votre licenciement?

Comme déjà dit, les pouvoirs ont été concentrés à l'extrême par Georges Dupuis. Les commissions prévues par la loi pour la défense des patients ne fonctionnaient évidemment pas (20). Serge Sierro a eu le grand mérite d'être l'initiateur de cette association pour défendre les intérêts des patients. A l'évidence, ceux-ci n'avaient très souvent pas les moyens de faire reconnaître leurs droits face à un hôpital tout puissant. L'ADPVal offre depuis,

gratuitement, une analyse de dossiers médicaux avec un conseil juridique (21). L'expérience montre que la plupart du temps, une telle écoute - accompagnée d'une information non partisane - clôt les demandes infondées et permet au patient de passer à autre chose.

Pour Raymond Pernet, alors président du Conseil d'Administration, du RSV, la création de l'ADPVal était à voir comme une nouvelle «*passé d'arme*» dans un conflit politique (22). Décidément, nous ne visions pas les mêmes objectifs! Raymond Pernet, homme pétri à l'aune des petits arrangements entre amis, était à l'évidence sous la coupe du médecin cantonal. Il avait pris sur lui initialement de proposer la création d'un réseau mettant en commun les compétences des hôpitaux régionaux.

A vue de nez, cela paraît pourtant une bonne idée...

Bonne idée qui sous la houlette de Georges Dupuis s'était transformée en une machine à concentrer les pouvoirs pour eux-mêmes (ou pour lui-même!). Leur collaboration avait donc logiquement engendré un Janus (23, page suivante) mort-né,

(20) «*Il convient de rappeler que le chef du SSP et médecin cantonal ainsi que le Pr. Bettschart sont membres de la Commission cantonale pour la sécurité des patients et la qualité des soins.*» (Rapport de la COGEST, mars 2011, p.14)

(21) www.adpval.ch

(22) «*Ce comité a tout de même une teinte politique et il est composé de personnalités qui ont été aux affaires et qui ont participé à des prises de décisions. Maintenant, si elles changent d'opinion, c'est leur problème. Chacun a le droit de créer une association, mais il y aura certainement des passes d'armes politiques.*» Raymond Pernet, Le Nouvelliste, 18 mars 2010

tant les objectifs des concernés étaient diamétralement opposés. A leurs yeux de créateurs, les problèmes de l'hôpital qui étaient dévoilés par la naissance de l'ADPVal ne pouvaient exister. Tout ce remue-ménage s'apparentait donc à un coup politique en vue de discréditer leur RSV. Admettre des erreurs structurelles liées à la planification était, pour toute la hiérarchie du RSV et le Département, hors de question.

On prêtait dès lors généreusement à Serge Sierro de nouvelles ambitions politiques alors même que celui-ci régatait déjà depuis longtemps dans une catégorie bien supérieure. La naissance de l'ADPVal aura donc suscité nombre de discussions sans aucun lien avec ces objectifs légitimes. D'autres cantons ont vécu la naissance de telles associations sans que l'on suspecte d'emblée qu'il pourrait s'agir d'une arme à la solde de quelque politicien sans scrupule. Il aura fallu la ténacité et les connaissances juridiques de Michel Ducrot - qui a repris la présidence de l'ADPVal à la suite de Serge Sierro - pour faire reconnaître progressivement mais durablement les mérites d'une telle association.

L'ADPVal propulsait ainsi un nouvel acteur sur l'avant-scène: le patient lui-même. Certains avaient depuis longtemps oublié que le système de santé lui était en fait dédié.

Puisque nous parlons du loup, comment s'est passée votre première rencontre avec l'avocat Michel Ducrot?

On peut vraiment dire qu'il a été l'homme providentiel. J'ai débarqué dans son bureau deux jours après mon licenciement. Il

(23) Janus, dieu de la mythologie grec ayant deux visages opposés, représentant les deux faces d'une porte.

m'a regardé avant de dire : «*Vous êtes plus jeune que ce que je me l'imaginai*». A ma grande surprise, nos premiers échanges m'ont montré qu'il en savait autant que moi sur la médecine hautement spécialisée. Il adhéraient sans restriction à la démarche que j'avais entreprise. J'avais en face de moi non seulement mon avocat mais un allié de poids dans une cause qui nous était commune. Depuis, chacun à son niveau, nous travaillons pour que le patient valaisan puisse accéder, dans son canton ou ailleurs en Suisse si nécessaire, au standard de qualité le plus élevé possible en matière de MHS. Ce combat n'est pas clos.

Lors de votre renvoi, en février 2010, vous avez refusé que circule une pétition en votre faveur. Par fierté?

Je me méfie un peu des lettres que l'on signe à plusieurs pour faire pression. Je crains toutes les formes de contraintes et particulièrement celles qui, au nom d'une amitié ou d'une collaboration professionnelle, exigent une signature dans un couloir d'hôpital. D'autres n'ont pas les mêmes réticences.

Quelques intervenants politiques vous accusent – et m'accusent aussi – d'avoir fragilisé la médecine hospitalière valaisanne et de nous complaire des ruines que nous laissons...

Il s'agit à nouveau de l'inversion de la hiérarchie des valeurs à laquelle j'ai déjà fait mention. **Quel poids peut-on donner à une institution - dont l'objectif principal doit être la guérison des patients - qui accepte une surmortalité extrême dans certains domaines chirurgicaux?** Qui fragilise l'hôpital? Ceux qui acceptent l'inacceptable ou ceux qui se battent pour que cela

ne soit pas le cas? Il faut savoir faire table rase et repartir sur de bonnes bases. Nos lois par ailleurs prévoient des mécanismes de surveillance. Si ceux-ci ne fonctionnent pas au niveau inférieur, il est nécessaire d'aller plus loin.

Le Grand Conseil valaisan a indéniablement assumé sa fonction après avoir été informé des défaillances de l'autorité de surveillance des hôpitaux. Le problème qui était jusqu'alors en mains des ses autorités et de ses experts se transforme automatiquement en débat public et médiatique. La presse joue dès lors son rôle et il faut s'en réjouir. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay avait la possibilité de ne pas déplacer ce débat spécialisé dans le domaine public. Il en décida autrement. **Il m'accusera dès lors sans surprise par courrier du 18 mars 2010 d'être responsable des débordements médiatiques et de la mauvaise image donnée à notre système de santé, alors qu'il avait pris l'initiative de rendre ma démarche publique.** Je regrette les différentes affaires médiatisées. Je dénonce l'incompétence du Département dans leur gestion.

Avec des mots plus diplomatiques, c'est aussi ce qu'a estimé la CEP en avril 2015. Vous, votre constat se pose en 2010. Sur cinq ans, on perd sa voix à crier dans l'oreille des sourds?

Disons simplement qu'une expertise comme celle du professeur Houben aurait dû être effectuée en 2010 et non pas en 2014. C'est un travail scientifique irréfutable. Si l'on avait d'emblée fait glisser une pièce en fonte sur le trou de la coque du navire, plutôt que de mettre un doigt en pensant que la mer s'évaporerait avant que le bateau soit submergé, on se serait épargné beaucoup de peine. On aurait sauvé des vies.

Maintenant que le Titanic se retrouve en cale sèche, on fait quoi?

Nous sortons d'une période de management opaque et hiérarchisé. L'opacité semble avoir fait place à la transparence et à une forme de gestion participative. **Les challenges futurs seront d'obtenir que les acteurs du système de santé à tous les niveaux soient tenu de rendre compte de leurs actes.** La responsabilité doit remplacer l'impunité. Nous devons faire évoluer notre système de santé d'une culture essentiellement fondée sur l'économie planifiée à une culture plus riche, intégrant certaines règles et certains acteurs de l'économie de marché. La concurrence entre les cantons a remplacé la concurrence entre nos anciens hôpitaux régionaux. Le niveau de concurrence a clairement augmenté. Il faut savoir apporter des réponses. Nous devons en effet éviter une implosion économique de notre système valaisan de santé qui serait aussi grave que la faillite institutionnelle du RSV que nous venons de vivre. Au challenge de la qualité du système de soins se substitue celui de son financement.

Après cinq ans de dénis, il y aurait un semblant de début de mouvement?

Nos fausses certitudes construites pour sauver les apparences sont tombées dans la débâcle de nos chimères. La réalité nous a rattrapés. Le monde médical valaisan change par des contraintes qui souvent échappent à la gestion cantonale. Le débat politique dans le domaine de la médecine s'est crédibilisé par l'apparition de nouveaux faiseurs d'opinions, comme Bruno Perroud ou André Vernay au Grand Conseil valaisan. Les patients ont appris

à se déplacer et à utiliser les infrastructures extra-cantoniales. Des prestataires importants de soins privés, comme le Groupe Genolier, investissent dans la santé valaisanne. Les conséquences de ces changements ne sont pas toujours clairement perceptibles et prévisibles. Nous sortons de ces cinq ans de remise en question avec plus de doutes, plus d'incertitudes.

Nous sommes ouverts à de nouvelles perspectives. Nous pouvons espérer avoir enfin perdu nos œillères.

Tout le monde va tenir ensemble le même scalpel? Cela serait une vraie révolution!

On a compris que la gestion de la santé nécessitait l'adhésion de l'ensemble des acteurs du système. On ne peut longtemps imposer des décisions en dehors d'un large consensus. Le rejet de la LEIS en est un bon exemple. Une poignée de gens déterminés peuvent obtenir un fléchissement politique en ouvrant le débat dans la population.

Tous les partis ont mouillé leurs chemises. On a dépensé des millions en rapports. Au final, on y gagne quoi?

Au bilan final, tous les partis politiques ont participé positivement à la résolution du «problème RSV». Le PDC a géré une situation délicate en raison d'une exigence de loyauté vis à vis de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. Il a su prendre du recul. L'UDC comme le PLR ont fait parler leurs leaders.

Oskar Freysinger (24) a été le premier à dénoncer certaines dérives, suivi de près par Patrick Hildebrand ou Bruno Perroud. André Vernay a provoqué un vote historique le 7 mai 2010 (25)

en réponse à de vagues promesses faites par Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay devant un Parlement de plus en plus méfiant. Ce jour historique a vu le législatif reprendre ses prérogatives. Il était temps. L'exécutif était alors totalement sous le joug de son administration et notre démocratie sens dessus-dessous. Dès lors, le Grand Conseil valaisan ne lâchera plus rien. Jean-Henri Dumont du PS aura été l'un des remarquables faiseurs de CEP, commission qui permettra la mise au point finale. Nombre d'autres députés de milice, comme Stéphane Ganzer ou Xavier Moret, à qui il faut rendre hommage ici, ont su se forger une opinion éclairée dans des domaines techniques et délicats. Une activité de milicien qu'ils ont effectué en sacrifiant leur temps libre. Immense travail qui montre que notre Parlement peut aller au-delà des mots d'ordre trop souvent synonyme de mise «au garde à vous».

Le Parlement a ainsi mûri dans sa culture de la discussion non partisane. En gagnant en autonomie face à l'exécutif, il a renforcé la solidité de notre démocratie.

(24) «Un de plus. Et un bon... Combien de temps cela va-t-il durer? Combien de temps la santé valaisanne restera-t-elle l'otage du clientélisme politique? (...) Quant au Gouvernement et particulièrement au chef du Département de la santé, vont-ils enfin réagir au lieu de dire que tout va bien?», Oskar Freysinger, communiqué de l'UDC, le 31 janvier 2011, réaction à la démission de Nicolas de Quay du RSV.

(25) Bulletin des séances du Grand Conseil, mai 2010, dès la page 324. http://www.vs.ch/Data/vos/docs/2010/07/2010.05_Session%20de%20mai%202010.pdf

Devoir d'inventaire

*En clair, la santé ressort laminée de toutes ces turbulences.
Paradoxalement, elle y gagne de nouvelles forces.*

Les conditions sont plus favorables qu'en 2010. L'ancienne garde qui avait piloté le système de façon autoritaire a disparu. C'est le moment d'opérer notre «*Devoir d'inventaire*».

*Avant d'entrer
dans le chapitre 2,
vous devez:*

- Compter le nombre de rapports et d'audit autour du RSV entre 2010 et 2015.

Audit et rapports

Les problèmes de la chirurgie abdominale et viscérale en Valais ont entraîné une cascade de rapports et d'expertises. En voici la synthèse éloquent.

1 - Le **1er février 2010**, trois classeurs de 393 pages sont remis par Daniel Savioz et Philippe Morel à Georges Dupuis. Un 4e lui est envoyé le **3 février** depuis les HUG.

Les documents, portant sur 47 dossiers, montrent des chiffres alarmants sur la qualité de la chirurgie viscérale hautement spécialisée en Valais.

2 - Pour y répondre, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay commande une expertise à «*d'éminents spécialistes reconnus sur le plan international*», le tandem Clavien-Scheidegger. Par la suite, on apprendra que le document tient à peine sur 10 pages A4 bâclées. Les résultats sont communiqués à la presse le **25 février 2010** et défendus par Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay le **12 mars 2010** devant le Grand Conseil.

3 - Le **9 juin 2010**, lors d'une conférence de presse, le RSV distribue à la presse un argumentaire de 13 pages et 27 points qui contredit toutes les affirmations de ses détracteurs.

4 - **Automne 2010**, un audit de la Fédération Hospitalière de France ausculte pour 1,2 million la santé en Valais mais pas les dossiers signalés par Daniel Savioz. Résultats présentés le 11 avril 2011.

5 - Le **30 mars 2011**, la Commission de Gestion (COGEST) signe un rapport très critique sur le RSV et Vincent Bettschart.

6 - Après une suite de décès, une enquête interne diligentée par le Conseil d'administration de l'Hôpital du Valais réhabilite Vincent Bettschart le **1er octobre 2013**.

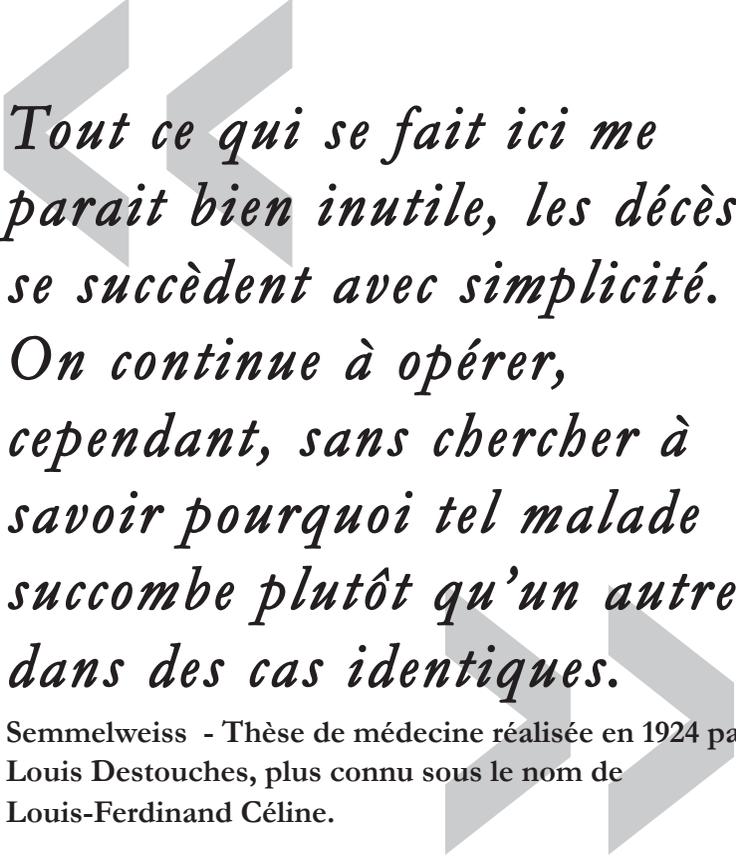
7 - Le **6 mars 2014**, présentation de son rapport par le professeur Jean-Jacques Houben. Cet expert neutre - désigné par le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture, venu de Belgique - recoupe toutes les craintes émises depuis 2009 par Daniel Savioz. «*Le rapport Houben est effrayant!*», titre *Le Matin*, citant Me Michel Ducrot, président de l'ADPVal.

8 - Le **8 avril 2015**, un rapport de la Commission d'enquête parlementaire (CEP) déplore l'attitude de Maurice Tornay dès janvier 2010 sur cette affaire. Il a demandé 1800 heures de travail et l'audition de 50 personnes.

Le total financier autour de toutes ces investigations n'a jamais été effectué. L'addition a été présentée aux contribuables valaisans.

Rappelons, selon la COGEST, que deux **organes internes** - *la commission cantonale pour la sécurité des patients et la qualité des soins et la commission de surveillance des professions de la santé* - auraient pu régler ce dossier sans médiatisation.

Ils ne se sont jamais intéressés au comportement et à la pratique chirurgicale du Dr. Vincent Bettschart.



*Tout ce qui se fait ici me
paraît bien inutile, les décès
se succèdent avec simplicité.
On continue à opérer,
cependant, sans chercher à
savoir pourquoi tel malade
succombe plutôt qu'un autre
dans des cas identiques.*

Semmelweis - Thèse de médecine réalisée en 1924 par
Louis Destouches, plus connu sous le nom de
Louis-Ferdinand Céline.

2.

Le devoir d'intervenir

Devoir d'inventaire

On repart aux bases, puisque vous le voulez bien. Comment naissent, en 2009, vos doutes sur la qualité de la médecine hautement spécialisée en Valais?

J'ai vécu un processus progressif de maturation passant d'une suspicion à une certitude. J'avais, comme spécialiste en chirurgie viscérale, les connaissances et l'expérience nécessaires permettant de juger si ce que je voyais faisait partie de la norme ou de faits exceptionnels. Je n'avais qu'une vision partielle, étant actif sur plusieurs sites hospitaliers. J'étais cependant confronté à une répétition de situations particulières qui ne pouvaient que m'interpeller. Le doute m'a assailli. La suspicion que nous vivions une situation exceptionnelle - par une fréquence de complications et de décès inhabituels et surtout par la répétition d'indications opératoires inappropriées - a pris du temps.

Préoccupé par mes premiers constats, j'avais dès mi-2009 pris la décision de renforcer ma collaboration avec les spécialistes de l'université de Genève. Je décidais de faire appel de façon plus étendue aux compétences de mes collègues universitaires. Je renforçais l'usage du deuxième avis dans des situations délicates. En parallèle, je tentais d'informer, mais sans succès, ma hiérarchie. Face au déni, je me devais dès lors de fonder sérieusement mes propos. J'ai donc effectué une étude rétrospective des dossiers de notre service. Ces dossiers concernaient la chirurgie viscérale hautement spécialisée de 2009 (foie-pancréas-oesophage-rectum bas). Ma suspicion s'est définitivement transformée en certitude. La situation était très préoccupante. Des améliorations urgentes s'imposaient. Je dois à cette découverte de nombreuses nuits d'un mauvais sommeil. Les insomnies qui m'ont le plus tourmenté, l'ont été dans l'expectative de ce que je devais entreprendre.

Durant 2009, étiez-vous le seul à déplorer des problèmes liés à la qualité?

Nous étions quelques-uns à avoir des doutes. Certains de mes collègues n'ont cependant osé témoigner que lorsqu'ils ont été entendus par la justice dans le cadre de la plainte que le RSV avait déposé contre moi. Nous vivions une inversion totale de la hiérarchie des valeurs que j'ai déjà dénoncées plusieurs fois durant notre entretien. Le modèle pyramidal hiérarchisé leur a permis de privilégier une forme de loyauté aveugle face à l'autorité, plutôt que d'assumer en priorité leur mission de médecins. Je ne saurais dire si cette attitude critiquable fut toujours consciente. Une recherche de profits personnels, la crainte de perdre leur emploi, une collégialité mal comprise dérivant vers un corporatisme dangereux, peuvent expliquer en partie leur mutisme. Ceux-là se seront cachés derrière un sens du devoir opportunément adapté à leurs points de vue. Dans leur seul intérêt, ils auront ainsi su minimiser leurs prises de risques. Plus encore, nous avons expliqué combien le modèle hiérarchisé pyramidal était incompatible dans la pratique médicale avec la réussite du processus de qualité. Une telle situation favorise, par l'absence de «*l'inside et d'outside view*» (1), une identification béate et sans limite aux objectifs de l'institution.

Un aveuglement plus ou moins inconscient peut survenir chez les personnes que l'on juge non pas sur leurs résultats professionnels mais sur leur loyauté au chef. Il faut tout de même relever que certains, comme Nicolas de Quay, se sont levés avec

(1) Mis en anglais dans le texte pour faire référence à l'explication de ces regards critiques nécessaires au fonctionnement des processus de qualité.

panache. Nicolas de Quay, est parti lui par la grande porte, en expliquant les raisons à la presse. La perte totale de confiance en la direction justifiait son acte public. Dès le début de l'affaire, il a fait preuve de courage. On l'attaquera pour cela.

Plus tard, dans une déposition de police, on évoque un week-end de 2009 où un chirurgien doit réopérer d'urgence six patients qui l'ont été durant la semaine. Cela fait peur...

Effectivement, il s'agit d'un fait avéré. La culture de l'erreur avait totalement disparu. Par «*culture de l'erreur*», il faut entendre la capacité que doit développer un groupe de médecins pour apprendre de ces complications. Celles-ci deviennent des opportunités pour l'apprentissage et pour la mise en place de conditions nouvelles devant minimiser le risque de récurrence.

L'apprentissage doit se faire, entre autre, par l'analyse des feedback. Apprendre à conduire est, de ce point de vue, plutôt facile. Vous disposez très rapidement de feedback. Si vous tournez le volant dans un sens, vous obtenez d'emblée un changement de trajectoire (*feedback*) (2) que vous affinez en continu par des ajustements successifs de votre volant jusqu'à obtenir une courbe qui convienne.

En chirurgie, les meilleurs feedbacks sont obtenus par l'analyse des complications postopératoires. Cette analyse doit permettre de détecter une éventuelle erreur. Sur cette base, des ajustements sont étudiés et, le cas échéant, adoptés. Cette démarche est évidemment plus complexe que d'apprendre à

(2) Définition de feedback comme : retour que nous avons d'un geste. En bon français, on appelle ça une rétroaction.

conduire. Elle demande une standardisation des processus, doublée d'une sincère volonté d'apprendre. La persistance dans l'erreur était cependant la situation inacceptable que nous vivions dans le service de chirurgie. Son chef, Vincent Bettschart n'y trouvait rien à redire.

Lors d'une sortie de route, il ne vous viendrait pas à l'idée de ne pas chercher une cause vraisemblable. Sauf évidemment si vous ne vous êtes pas rendu compte de votre fausse trajectoire. Dans le service de chirurgie, à ce moment-là, nous n'avions ni la volonté d'apprendre de nos erreurs, ni les outils nous permettant de voir la route. La série de complications, que vous mentionnez, n'a pas suscité de prise de conscience. Elle aurait cependant dû interpeller. Il aurait pu s'agir d'une série statistique extraordinaire sans cause évidente. La plupart du temps, cependant, des raisons sous-jacentes peuvent être mises en évidence et des corrections apportées. Aucune analyse structurée ne se faisant à cette époque dans le service, la raison invoquée était plutôt le hasard ou même la fatalité.

Mais à la base de votre dénonciation, pour se poser dans la logique de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay et tel que cela a été sous-entendu par lui devant le Grand Conseil, le 12 mars 2010, vous ne supportiez pas d'avoir Vincent Bettschart comme chef (3). En plus, il avait pris votre place!

(3) Pour entendre et voir toute l'intervention de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay le 12 mars 2010:

http://vs.recapp.ch/viewer/#/detail/2010-03-12-am_29_25?deputy_id=449&legislature_id=1

Allusion vers 3 minutes 50 secondes.

Voilà un reproche stupide que l'on m'a fait. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay bottait ainsi en touche. **Plutôt que de voir le désastre chirurgical, il attisait la thèse du conflit de personnes.** Vincent Bettschart ira même, dans la foulée, jusqu'à se plaindre d'un complot du professeur Philippe Morel contre lui. La réalité est simple et sans surprise. Vincent Bettschart m'a succédé à la tête du Département de chirurgie après la refonte de deux départements en un seul. Les choses avaient été balisées à l'avance (4).

Avant son arrivée, j'avais instauré un fonctionnement participatif. Je cherchais à optimiser les ressources chirurgicales que nous possédions en distribuant les rôles et en favorisant la formation continue. **Je considérais ma fonction comme un moyen de coordonner, d'insuffler des impulsions tout en développant progressivement un esprit critique du groupe.** En clair, je faisais ce que j'ai toujours fait et que je continue de faire. La direction avait des vues totalement différentes.

La nomination de Vincent Bettschart répondait aux exigences d'une hiérarchisation avec concentration des pouvoirs et à la culture du chef qui sait tout. Une manière autoritaire de diriger était ainsi mise en place afin d'éviter une remise en question des décisions de l'autorité. On pensait gagner en efficacité. En réalité, on abandonnait sans s'en rendre compte la culture de l'erreur et l'esprit critique. Ceux-ci manqueront cruellement par la suite. Très vite, Vincent Bettschart a concentré sur ses épaules toutes les responsabilités et la machine s'est grippée.

(4) En fait dès 2004, voir la chronologie Clavien-Scheidegger au début du chapitre 3. Et relire: <http://1dex.ch/2014/02/comment-vincent-bettschart-a-t-il-pu-etre-engage-les-archives-accusent/>

Vous tournez autour du pot. Vous lui en voulez de vous avoir volé votre poste?

J'étais soulagé de ne plus devoir cautionner des réformes dont je ressentais de plus en plus les conséquences négatives. Je voyais le bon côté des choses. Je décidais de me consacrer en priorité à mon activité clinique, à développer la chirurgie de l'obésité et à étendre mes mandats académiques.

Tout aurait pu aller ainsi, dans le meilleur des mondes, si Vincent Bettschart avait correctement travaillé. Le rapport Houben montrera tardivement, en mars 2014, les très mauvais résultats de Vincent Bettschart dans sa pratique de la chirurgie viscérale hautement spécialisée. Ces résultats, je les avais transmis sans succès à ma hiérarchie et aux autorités en 2010 déjà! Ils étaient le fait d'une personne. Je voyais d'emblée que l'on chercherait à transformer ma démarche qualitative en un conflit de chirurgiens. Naïf, je pensais cependant que l'ampleur du désastre ne pourrait être négligée et que des corrections s'imposeraient par elles-mêmes.

Oui, mais de l'avis de certains, nous sommes dans une République bananière qui glisse beaucoup sur ses épiluchures...

La manipulation par l'expertise de complaisance produite par Georges Dupuis, accompagnée de l'aveuglement coupable de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, a permis de dénaturer ma démarche visant la qualité des soins en conflit personnel. Ma sincérité était remise en doute et l'on me prêtait des intentions malhonnêtes. Les apparences justifiaient mon éviction. Le RSV posait plainte pénale contre moi auprès du Ministère pu-

blic valaisan et Vincent Bettschart m'attaquait auprès de la Société Médicale du Valais. S'ajoutait également à ces quelques sérieux tracasseries, un déchaînement médiatique que, dans les circonstances, je pouvais comprendre. Philippe Morel à la RTS concluait avec aplomb, et très justement, que l'affaire était digne d'une République bananière. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, en prenant ombrage de cette déclaration et en faisant grand usage de la désormais fameuse locution «*des éminents experts*» (5), demandait dans la foulée des excuses par l'intermédiaire de son homologue genevois. Exigence évidemment inacceptable pour le professeur Philippe Morel. L'affaire tombait ainsi dans le grand-guignol en se transformant par l'incurie de nos autorités en un problème intercantonal.

Jusque-là, le Valais aurait encore pu s'épargner l'opprobre qui tombera bientôt sur ses autorités. La messe ne faisait que de commencer.

Je n'ai toujours pas de réponse à ma question initiale. Vous vous entendiez bien avec Vincent Bettschart?

J'ai, dans ma carrière de plus de 20 ans de chirurgie, rencontré de nombreux collègues avec qui je n'allais pas boire un verre mais avec qui j'étais capable de collaborer. J'avais vis-à-vis de Vincent

(5) Dans les médias et devant le Grand Conseil valaisan, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay utilisera fréquemment l'argument d'autorité en faisant appel au bouclier des «*éminents experts*» Clavien-Scheidegger. Cette locution typiquement «*tornayienne*» - soit «*faire appel aux éminents experts*» - prend le sens, avec le recul actuel, de «*faire appel à de la poudre aux yeux*»

Bettschart une attitude correcte. La sienne à mon encounter était similaire. Nous n'avions cependant pas du tout les mêmes exigences. Il est évident que je ne pouvais accepter de poursuivre mon activité dans ce service, considérant les résultats que nous avions. J'avais donc le choix de partir sans rien dire - mais en conflit avec ma conscience - ou de dénoncer les faits à l'autorité de surveillance, tout en sachant que les conséquences pouvaient être lourdes pour moi.

Il y a une opération, en novembre 2009, que vous auriez pu effectuer avec votre supérieur, soit Vincent Bettschart, et vous le remplacez par un chirurgien de Genève. C'est un peu de la provoc, ça. Du moins, cela a été pris comme un acte de défiance par vos supérieurs hiérarchiques.

J'ai en effet dû faire face à de nombreux reproches, la plupart infondés cependant, et à des pressions de plus en plus fortes. J'ai glissé dans la situation du donneur d'alerte en mesurant progressivement les conséquences de ce nouveau rôle par les souffrances croissantes qu'il vous impose à vous et à vos proches.

J'avais, dès début 2009, des doutes sérieux sur les résultats de la chirurgie viscérale hautement spécialisée effectuée dans notre service. Je renforçais donc ma pratique de collaboration avec l'université de Genève, en particulier en opérant avec des spécialistes des domaines de chirurgie viscérale hautement spécialisée. Cela était d'ailleurs prévu dans une convention de collaboration entre le RSV et les HUG. J'avais pris en charge, avec le professeur Pietro Majno, un patient souffrant d'un cancer de la vésicule et de la voie biliaire. Une discussion avec le Dr Philippe Eckert, directeur médical du CHCVs, en avait suivi. J'avais entre autre pré-

cisé que les impératifs statistiques qui nous étaient imposés ne devaient pas primer sur la qualité de la médecine et la sécurité des patients. Je voyais là une inversion inacceptable des valeurs. Notre vision des choses différait visiblement. Inconsciemment, je rentrais dans le processus irréversible du lanceur d'alerte.

Certains ne vous voient pas comme ça. Ils vous taxent plutôt de «délateur». Le terme vous convient?

Voilà le problème central du lanceur d'alerte. Il faut pouvoir prouver sa bonne foi, ses intentions louables, son sens du bien général. Les personnes, qui se trouvent dans le projecteur de vos dénonciations, ne cherchent pas à apporter des faits probants permettant de démentir vos assertions. Elles ne le pourraient sans reconnaître leurs fautes.

Elles cherchent donc prioritairement à jeter le discrédit sur votre action en montrant qu'elle ne peut être que vile et basse. L'objectif est de vous faire passer de l'état de dénonciateur à celui, bien moins enviable, de délateur. Si vous persistez dans vos déclarations, une stratégie de pressions diverses sera développée: perte de votre emploi, poursuites judiciaires infondées à seule fin de vous bâillonner, diffusions de rumeurs sur vos capacités professionnelles, etc. J'ai eu l'honneur et le déplaisir de devoir faire face à la totalité de ce mauvais scénario.

Avant d'être dans cette tourmente, certains vous faisaient passer pour une sale tronche au sein du RSV. Vous pouvez à présent cracher le morceau. Etiez-vous dans les petits papiers du médecin cantonal, Georges Dupuis?

D'emblée, la situation se présentait mal par mon parcours antérieur. J'avais assumé la responsabilité de directeur médical de l'hôpital de Sierre, ce qui m'avait mis quelques fois en opposition avec Georges Dupuis. L'hôpital de Sierre avait vécu, avec le soutien des politiciens de la région, une croissance sensible et son image s'était clairement améliorée.

La direction, sous la responsabilité de Dominique Epiney, le corps médical et le conseil d'administration avaient développé une culture d'entreprise qui dynamisait l'institution. Elle soudait les personnes autour de projets fédérateurs. Il y avait une certaine fierté à faire partie du bateau. Le revers de la médaille était que l'on pouvait facilement me faire passer pour un régionaliste qui faisait de la politique. On abusera de cette ficelle.

Toujours pour certains, vous étiez sous la domination des HUG. On me l'a plus que répété et je vous le transmets: «Savez-vous que vous êtes sous la coupe du professeur Philippe Morel?»

Ici encore, mes adversaires transformeront un plus en un moins! Ma formation chirurgicale est genevoise. Culturellement, nous privilégions le travail en équipe, nous ne valorisons pas la personne mais le groupe. L'ego du chirurgien est relégué aux oubliettes, seul le résultat final compte. Le geste chirurgical n'est clairement qu'un des nombreux éléments qui contribue au succès. Aussi notre philosophie de l'enseignement peut être résumé dans la maxime suivante: «Ce que je sais faire, tu seras capable de le faire; et plus encore!» Philippe Morel, comme patron, a toujours œuvré dans ce sens. Il est celui qui a souvent ouvert de nouveaux chemins. Son mérite ne s'arrête pas là, il a le don de transmettre

- non pas uniquement des techniques - mais la confiance critique nécessaire à l'exercice de la chirurgie. Dès mon arrivée à Sierre, j'ai perpétué ce type de fonctionnement.

Voilà pourquoi vous faites venir, en novembre 2009, un de vos «petits copains» de Genève pour opérer... La boucle est bouclée, nous avons compris votre stratégie!

Je ne me suis jamais privé de faire appel à un collègue plus compétent que moi, tant pour le bien du patient que pour ma formation continue. Mon ego de chirurgien n'a jamais primé. J'aime la phrase que répète régulièrement Pietro Majno: «Jamais un patient ne m'a remercié parce que je l'ai opéré seul». J'ai donc favorisé en toute connaissance de cause des critiques prévisibles mais non significatives à mes yeux. Certaines personnes voyaient en effet, dans ma propension à faire appel à un autre collègue, un signe de faiblesse. C'est malheureusement cette vision obsolète du chirurgien, au-dessus des lois, sachant tout faire mieux que les autres, qui sera défendue par les dirigeants du système valaisan de santé. La catastrophe était programmée. Cette logique de personnalisation empêche une analyse de processus qui vise justement à éviter la stigmatisation des personnes. La logique de nos dirigeants d'alors privilégiait d'office un jugement caricatural du type: «Ce chirurgien est un premier couteau ou celui-ci ne sait pas opérer». Il s'agit d'une manière simpliste de raisonner - adaptée à l'intelligence de ceux qui l'utilisent - qui ne permet pas de mettre en évidence les nombreuses compétences qu'un chirurgien développe durant sa très longue formation. Elle aura surtout permis de cacher les mauvais résultats du chirurgien Vincent Bettschart derrière une affirmation péremptoire.

Dans vos archives, il y a vos lettres, les réponses de vos supérieurs, vos notes après les entretiens. Tout montre que vous avez tiré plusieurs fois la sonnette d'alarme en 2009 sans qu'ils l'entendent. Pourquoi, à votre avis?

Peu d'entre nous pouvions, tout au moins au départ, appréhender l'ampleur de la débâcle chirurgicale que nous vivions. J'informais fin 2009 le directeur médical Eckert, en présence de Vincent Bettschart, des conclusions de mon analyse. J'ai résumé le contenu de cette entrevue lors de l'émission à la télévision Canal 9 du 25 février 2010 en présence de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay en ces termes: «Rentre à la maison et prends une aspirine». Les personnes qui devaient savoir, particulièrement Vincent Bettschart qui avait effectué la très grande part de ces interventions viscérales spécialisées, n'acceptaient pas un audit extérieur que je réclamaï (6).

On voit ici d'emblée la difficulté de la situation. D'une part, la complexité des faits dénoncés ne permet pas à tout à chacun de les comprendre facilement. Il y a des évidences plus faciles à prouver que d'autres. Ainsi, si j'affirme à midi qu'il fait jour, mes détracteurs auront de la peine à me contredire en dehors d'une éclipse du soleil.

Dans la situation qui nous préoccupe, il fallait nécessairement apporter des évidences plus solides qu'une simple affirmation. D'autre part, les faits étaient confinés entre les mains de quelques personnes qui étaient directement impliquées dans ces mauvais

(6) Nous avons vu combien il est nécessaire de développer la vision externe «outsite view» / un audit est un moyen de permettre une telle vision. Il permet de comparer les résultats.

résultats et qui d'emblée ont cherché à les cacher. De plus, mes supérieurs hiérarchiques étaient justement ces personnes. La porte de secours était fermée, il fallait trouver une autre issue.

Pour se défendre, face à la police ou aux autorités politiques, bon nombre de vos chefs de l'époque ont prétendu, qu'en fait, vous ne leur aviez rien dit du tout. Ou alors vaguement. Vous aviez dénoncé du bout des lèvres?

J'ai tenté de me faire entendre. J'ai pensé à tort que l'autorité de surveillance entendrait. Grande erreur. Les faits que je dénonçais en 2010 étant à ce jour totalement confirmés, il faut bien reconnaître qu'au final j'ai été entendu.

Cependant, au moment où la hiérarchie me reproche de ne pas l'avoir suffisamment informée - ou plutôt informée comme elle l'aurait imaginé - le déni est chez elle encore généralisé. Elle utilise ce mensonge pour justifier mon licenciement. Elle est toujours dans une logique de manipulation plutôt que dans une démarche de confirmation où d'infirmer des faits dénoncés. Dès 2010, le Conseil d'administration pouvait demander une analyse des dossiers qui étaient sous ses yeux.

Il pouvait étendre cette analyse sur plusieurs années pour renforcer la solidité des résultats. Ce type de démarches n'a pas été mises en œuvre. Il est consternant d'entendre la direction de l'hôpital regretter que les statistiques de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ne soient pas encore disponibles. Comme si les données transmises par l'hôpital à l'OFSP ne pouvaient pas être immédiatement analysées à l'interne. On voit ici l'importance pour une institution de disposer d'indicateur de qualité validé dans le cadre de processus transparents et irréfutables.

Pourquoi l'avoir joué en solo, limite kamikaze, dans votre croisade?

En l'absence de colloques dédiés à l'analyse des complications chirurgicales (colloques Mortalité Morbidité), les remarques critiques des différents intervenants se faisaient de façon informelle dans les couloirs ou dans les cafétérias. De telles discussions tendaient à stigmatiser les personnes plutôt qu'à améliorer le fonctionnement des processus et des équipes. La culture de l'erreur, avait sous les contraintes de l'activité multisite et la suppression des collèges des médecins, totalement disparu. Personne dans la maison n'avait une quelconque idée si nos résultats chirurgicaux étaient bons, moyens ou mauvais. Les indicateurs médicaux de qualité - comme la justesse de l'indication opératoire ou le taux et le type de complications liées aux gestes chirurgicaux - avaient été supplantés par des indicateurs administratifs. Les médecins avaient sur ce point, comme sur bien d'autres, accepté la mainmise d'une administration sous la coupe de l'Etat. Nous n'étions donc qu'une poignée au front de la prise en charge des pathologies viscérales rares et complexes, aptes à se faire une opinion sur la qualité des prestations effectuées en chirurgie viscérale hautement spécialisée. Encore fallait-il que ceux qui avaient la capacité de douter, aient l'envie ou le courage de voir. J'ai pris la décision de transmettre. Le fardeau était déjà moins lourd. Et puis, je n'étais pas seul, j'avais l'entier soutien de mon épouse.

C'est là que vous avez demandé aux HUG d'examiner les fameux 47 dossiers, fin 2009 et ce, en respectant les accords de collaboration qui liaient les établissements genevois avec le RSV et le Valais.

Je dois avouer que mon analyse de ces dossiers m'avait totalement déstabilisé. Bien des années plus tard, dans son rapport, Jean-Jacques Houben montrera l'ampleur des dégâts. Je ressentais la nécessité, avant de franchir le Rubicon, d'avoir une confirmation de mes analyses. Nous avons, c'est vrai, des accords de collaboration avec les HUG. J'enseigne par ailleurs dans la Faculté de médecine de Genève. C'est ainsi tout naturellement que j'ai transmis mes préoccupations au professeur Philippe Morel, patron de la chirurgie viscérale des HUG et mon supérieur hiérarchique dans cette institution.

Celui-ci et le professeur Gilles Mentha ont transmis par courrier les résultats de leurs analyses au médecin cantonal Georges Dupuis. Cette démarche inédite de deux professeurs universitaires reconnus dans les domaines chirurgicaux incriminés montre à elle seule le sérieux de la situation. Par ce courrier, ils assumaient leurs constatations. Ils étaient prêts à donner toutes les explications nécessaires. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay estimera qu'il n'était pas utile de les entendre.

On le sait, beaucoup de ces 47 dossiers concernent les prestations de Vincent Bettschart. On vous a accusé de lui voler ses dossiers et de l'attaquer dans le dos, sans le prévenir ou lui dire quoi que ce soit. C'est éthique, ça?

Voilà un autre reproche que l'on m'a fait... à tort. Vincent Bettschart s'en est plaint auprès de la Société valaisanne de médecine. Reproche évidemment totalement infondé mais révélateur d'un mode de fonctionnement trouble favorisant les plus grandes dérives. Dans nos pratiques privées, chacun d'entre nous possède des dossiers médicaux. L'accès à ces dossiers passe par une au-

torisation de son détenteur. Dans le cas d'espèce, je n'ai évidemment pas cherché à obtenir les dossiers de la consultation privée du Dr Vincent Bettschart. En fait, j'ai tout simplement analysé les dossiers du service de chirurgie dans lequel j'étais en activité. J'avais librement accès à ces données. J'étais intervenu, lors de mes gardes, dans la prise en charge de certains de ses patients. Cette manière de faire était nécessaire dans la situation de déni que nous vivions.

Maintenant que tout le monde connaît, par le rapport Houben, l'ampleur du désastre, cette démarche prend tout son sens. Ne pas la faire m'aurait rendu coupable de complicité. Je ne pouvais l'accepter. Confirmation obtenue des résultats que je suspectais, le cœur un peu plus léger mais la main tremblante au moment de signer, j'envoyais un courrier à Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay le 11 janvier 2010. Faire éclore la vérité nécessitait de passer à l'échelon supérieur. Je devais informer l'autorité de surveillance ou accepter l'inacceptable.

Ouais... Vous auriez pu très bien vous satisfaire de ce que vous aviez déjà entrepris, non? Vous aviez fait votre devoir, vous aviez averti vos supérieurs et vous étiez dès lors légalement couvert.

Pour moi, d'emblée, la situation se posait en termes de morale et non en termes de légalité. L'exercice de la chirurgie se paye par des exigences que l'on doit s'imposer. La première de celles-ci est de donner à vos patients les meilleures chances de guérir. Les soldats ne choisissent habituellement pas d'être dans les tranchées. Sauf si la guerre leur paraît légitime, au nom d'une valeur supérieure comme la défense de la nation. Le choix de ne pas

faire de compromis sur la qualité des soins me plaçait de facto dans les tranchées. Dès lors il fallait faire face, si possible avec courage, et tenter de minimiser les effets collatéraux pour mes proches. Sans en avoir conscience, je venais d'ouvrir une terrible boîte de Pandore.

Vous parlez de tranchée, un endroit au-dessus duquel passent les balles et les obus. Vous aviez anticipé que les choses se passeraient mal?

J'avais bien pressenti les réactions qui viendraient des responsables du RSV face à ma démarche. Comme déjà dit, le modèle participatif avait été supplanté par le modèle hiérarchisé qui défendait le fait que l'autorité du chef vienne directement de ses compétences médicales. Une apparence trompeuse. Il n'était que trop évident que mes supérieurs ne voulaient pas voir le problème de la qualité chirurgicale. La direction, à cette époque, exigeait de la loyauté absolue vis à vis des «chefs». Tout le monde avait évidemment compris l'identification totale entre institution et direction. Ma démarche, à leurs yeux, serait donc interprétée comme un acte grave de défiance face à leur autorité. Aussi, faire preuve d'esprit critique, était considéré comme un acte déloyal et coupable. Je mesurais donc d'emblée le risque que ma démarche me ferait prendre.

Que vous alliez être viré, en résumé.

Oui, tout simplement le risque de licenciement. Je voyais la facilité que certains auraient de me faire passer pour un délateur sachant que l'essentiel des actes incriminés étaient de la

responsabilité de mon collègue Vincent Bettschart. Sur ces points, le futur m'a malheureusement donné raison. Je me suis par contre totalement trompé dans la confiance qu'à ce moment je prêtais à l'autorité supérieure, en fait à Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. Je pensais que faisant bon usage de ses pouvoirs, informé justement, il saurait gérer la situation de façon confidentielle en vue d'organiser un accompagnement du Département de chirurgie. Cruelle déconvenue!

Peut-on dire que vous avez été dépassé par les événements?

Totalement. Cette démarche, qui se voulait une démarche qualitative et confidentielle afin de ne pas stigmatiser les personnes, s'est transformée immédiatement en une affaire publique surmédiatisée. Le péché originel est dans l'utilisation très abusive par Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay d'une expertise douteuse et complaisante effectuée par les professeurs Clavien et Scheidegger. **Cette «expertise» disait, à notre grande stupefaction, que depuis l'arrivée du Dr Bettschart, une amélioration notable des prestations était survenue.** Nos conclusions étaient diamétralement opposées. Si bien que j'avais formulé, lors de l'émission de Canal 9 du 25 février 2010, en présence de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, l'hypothèse que nous n'avions pas analysé les mêmes dossiers. Cette expertise permettra tout au moins momentanément de me faire passer de l'état de dénonciateur de bonne foi à celui de délateur intéressé. Mon licenciement était dès lors légitimé. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, le 10 mars 2010, utilisera avec zèle cette même expertise pour induire en erreur le Grand Conseil valaisan qui l'applaudira abondamment.

Pardonnez-leur, ils ne savaient pas ce qu'ils faisaient. L'intervention, pardon, l'homélie de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay a quand même duré 32 minutes.

Applaudissements mais faiblesse momentanée de nos députés! Ils sauront rendre la monnaie de la pièce à celui qui les aura, ce jour-là, menés en bateau. Un diplôme obtenu par tricherie peut se transformer en une pierre douloureuse dans son curriculum vitae. Le tout sentait pourtant d'emblée la grosse supercherie. Cette fameuse expertise Clavien-Scheidegger n'était à disposition que de la seule autorité de surveillance. Une confrontation entre les différents experts, qui disaient des choses très différentes, n'était pas souhaitée.

Toute la défense de nos détracteurs, à ce moment-là de l'affaire, dépendait de la seule parole de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. Utilisée abondamment, en se substituant volontairement aux dirigeants du RSV et au médecin cantonal, cette parole a vite fait de s'estomper dans des approximations fumeuses pour devenir inaudible.

Un document de 23 pages a même été distribué à la suite de ce plaidoyer du 12 mars 2010. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay joue sur une forme de transparence, il noie certains faits sous un déluge d'informations et réduit en charpie vos analyses.

Cela n'a pas marché. Alors que certains avaient pronostiqué une petite affaire, comme nous en avons déjà vécu avec le départ immérité du Dr André Richard, tout commençait en fait sérieusement fin mars 2010 avec la publication par Jean-Claude Pont

et Serge Sierro intitulée «Réseau Santé Valais; du réseau à la toile d'araignée». Et personne ne pouvait imaginer les futurs épisodes d'un feuilleton à rebondissement!

Que je sache, et comme le montre par la suite d'autres affaires, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, dans ses interventions, ne faisait que répéter ce que lui disait le RSV.

La question est de savoir pourquoi Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay a mordu dans la pomme que lui a présentée le Dr Georges Dupuis. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay a, la fleur au fusil, d'emblée choisi le mal plutôt que le bien, et ceci de façon durable. Il s'agit ici probablement d'un atavisme lié à ses croyances qui le pousse à une vision manichéenne du monde. Sa vue est ainsi restreinte.

Ce handicap est par ailleurs doublé d'une grande difficulté à changer d'opinion, à infléchir une mauvaise trajectoire. A ces traits de sa personnalité s'est ajouté un terrain favorable à la prise de décision irréfléchie. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, présenté alors comme l'homme fort du Conseil d'Etat par *Le Nouvelliste* (7), était à la tête d'un super département (8). Cette tâche immense nécessitait à l'évidence un spectre de vision très large qui justement lui manque. Une bonne compréhension des dossiers devient dans ces circonstances une gageure. Le tout aura mis Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay dans une

(7) *Le Nouvelliste* du 28 mars 2009.

(8) *Département qui comportait la santé, les institutions et les finances, une concentration importante de pouvoir dans les mains d'un seul homme.*

dépendance excessive des ses conseillers politiques et de son administration. Il ne pouvait que faire confiance. Cette propension à faire aveuglément confiance doit correspondre à un autre penchant naturel de sa personne, si l'on en juge par l'ensemble des affaires dans lesquelles il doit régulièrement se débattre.

Je ne vois pas du tout à quoi vous faites allusion. Sur certains courriers de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, on voit souvent, en référence, apparaître les lettres GD. Ce qui pourrait indiquer la patte de Georges Dupuis dans bien de ses réponses.

Georges Dupuis, en manœuvrier d'expérience, a profité de la situation en produisant «l'expertise» de complaisance Scheidegger-Clavien qu'il a volontairement diligentée dans le sens d'un conflit de personnes. Le coup semble imparable, les apparences sont sauvées pour autant que personne n'ait accès à «l'expertise» en question - à part quelques membres de la COGEST - et ce malgré différentes demandes. Tout sera donc fait dans ce sens et surtout par Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. Je donnerais cher, aujourd'hui, pour lire in extenso ce travail. L'un des ses auteurs n'osera même plus, devant la CEP, le qualifier «d'expertise» (9). Il se défaussera superbement sur Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay en disant que celui-ci le savait.

(9) *Sur le site du Nouvelliste, Jean-Yves Gabbud cite, le 30 avril 2015, un constat de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay: «Il déclare que des expertises scientifiques auraient dû être commandées.» «Je ne suis pas médecin, je me suis entouré de personnes compétentes» pour évaluer la situation. «Je reconnais que le rapport n'avait pas la profondeur de l'expertise, même s'il portait comme titre expertise.»*

Dans toute la correspondance que j'ai pu lire de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, datant de 2010, il utilise plusieurs fois le mot «expertise», c'est écrit noir sur blanc. Par la suite, il va jouer avec les mots...

Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, à son tour, n'aura d'autre choix que d'inventer ce nouveau pléonasme «*d'expertise scientifique*». Manière de faire comprendre que possiblement certaines expertises pourraient n'être qu'expertise, non pas dans la démarche scientifique mais dans le mot seul.

Comme si un expert fiscal chargé d'une expertise acceptait de rédiger un rapport qui ne réponde pas aux critères de la comptabilité. Au final, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay aura pu accréditer la thèse selon laquelle il ne s'agissait que d'un conflit entre chirurgien.

Evidemment, il n'aura jamais à répondre de cette manœuvre et surtout pas face aux patients qui en auront souffert. La situation, aux yeux de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, devenait ainsi facile à gérer. Elle ne demandait pas l'effort nécessaire à la compréhension d'une problématique complexe de santé. Elle ne demandait que de prendre des mesures disciplinaires par l'intermédiaire du président du conseil d'administration Raymond Pernet qui était aux ordres et allait exécuter ce qui lui était demandé. Et je fus licencié en grande urgence et brutalité.

On vous a aussi reproché de n'avoir pas respecté le secret médical et de fonction dans cette démarche qu'en est-il?

(10) L'ordonnance de non-entrée en matière date du 20 septembre 2011 et a été annoncée à la presse le 5 octobre.

J'ai eu l'occasion, au moment où le Ministère public m'a donné raison contre le RSV (10), de préciser que le secret médical devait protéger le patient et non l'institution. Le RSV s'est emparé du secret médical et du secret de fonction comme des armes à mon encontre. Il apparaissait ainsi d'emblée que le RSV cherchait à mener le débat sur la forme plutôt que sur le fond. Grave signe de faiblesse lorsque la vie de patients est en jeu. Le Ministère public a reconnu la légalité de mes actions, en particulier que le transfert d'informations avait été effectué entre médecins dans le cadre d'accords de collaboration qui le prévoyait. Plus important, la légitimité de mon action au nom d'intérêts prépondérants (11) - soit la santé des patients - été reconnu si de tels accords n'avaient pas existé. En d'autres termes, le Ministère rappelait sérieusement le RSV à ses obligations en fixant la hiérarchie des valeurs. La qualité des soins est primordiale. Triste époque que celle où de tels rappels semblent nécessaires. L'être humain n'était vraiment plus au centre (12).

Juste au passage, en lisant les divers contrats qui vous liaient au RSV, il y avait des modalités claires en cas de conflits. Vous n'avez pas été entendu par l'autorité de surveillance, ni le Conseil d'Administration du RSV, ni la direction du RSV ou du CHCVs. En plus, Dietmar Miechlig et Vincent Castagna disent ne pas connaître le contenu des dossiers que vous dénonciez, ni celui de l'expertise Clavien-Scheidegger.

(11) Dans sa non-entrée en matière, l'ordonnance du juge Jean-Paul Gretter décrit que la démarche de Daniel Savioz a toujours été effectuée dans «le seul souci de la santé des patients valaisans».

(12) Devise de l'Hôpital du Valais «L'être humain au centre».

Pourtant, si j'en crois votre lettre de licenciement datée du 22 février 2010, il y avait urgence à vous faire prendre la porte car vos «méthodes illicites» portaient de «graves atteintes aux droits des patients ainsi qu'à notre institution». Vite fait, mal fait, quoi...

Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, sur les pattes arrière au moment de s'expliquer, dira que la situation exigeait des mesures immédiates (13). Une expertise de 47 dossiers demande énormément de temps, c'est une évidence pour n'importe quel médecin, même pour le Dr Georges Dupuis. **Par cette excuse révélatrice, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay avoue que la recherche de la réalité des faits que j'avais dénoncés, n'a jamais été une option pour lui.**

Il fallait faire vite et la seule chose que l'on pouvait faire rapidement était de prononcer mon licenciement. Il a accepté que les patients soient des jouets que l'on casse pour raison d'Etat.

A vous entendre, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay aurait un peu vécu au pays des Bisounours médicaux?

Cette candeur naïve dont a fait preuve Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, dans la gestion de ce problème et de ces différentes interventions médiatiques et parlementaires, en

(13) «Le ministre affirme qu'il s'est retrouvé avec des éléments contradictoires entre les mains.» *Le Nouvelliste, toujours du 30 avril 2015, sur le site. Dans une interview accordée à Canal 9, le 11 avril 2015, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay dit qu'il faut voir cette «expertise», avec les «yeux de mars 2010».*

sortant régulièrement de son rôle d'autorité de surveillance et en s'exposant par là même à la place des autres, plaide cependant à mes yeux en faveur d'une certaine honnêteté doublée d'une incompétence certaine.

Nous sommes face à un honnête homme ayant accepté par facilité un excès de dépendance d'un entourage qui, au final, laissera dans l'histoire du Valais l'image d'une grande incompétence.

Au fond, vous partagez quelque chose avec Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. Vous êtes une victime de Vincent Bettschart...

Victime sûrement, mais pas de Vincent Bettschart. Je pense, quitte à vous surprendre, que de son côté il fait partie également des victimes. A la nuance qu'il s'agit ici d'une victime consentante.

Ab? Vous m'expliquez?

Nous avons vu dans quelles circonstances Vincent Bettschart a été placé à la tête d'un Département constitué à cet effet. Il n'avait aucune expérience de la gestion d'équipe. Rétrospectivement, ce fait sera dévoilé par un rapport confidentiel de Scheidegger qui détermine clairement quelles devaient être les conditions minimales pour que Vincent Bettschart puisse réussir au poste auquel on l'avait pressenti (14, page suivante). Un accompagnement a été demandé. En fait, on l'a placé dans une situation d'échec programmé. Investi de grands pouvoirs, on lui demandait en sus de pratiquer l'ensemble des interventions en chirurgie viscérale hautement spécialisée qu'il ne pouvait en tout

cas pas réaliser seul avec la sécurité nécessaire. Là où, justement, dans les hôpitaux universitaires, on développe des compétences spécifiques par domaine et par équipe de chirurgiens. L'échec était programmé.

La personnalité de Vincent Bettschart, visiblement incapable de reconnaître ses limites, n'a fait qu'amplifier le phénomène. Il ne s'agit pas seulement de l'échec d'un chirurgien mais bien d'une hiérarchie qui prend ses désirs pour la réalité. Grave erreur dans un domaine où la démarche scientifique est de mise.

Vincent Bettschart, jusqu'à son départ début 2014, sera toujours soutenu par ses supérieurs. Vous attribuez ça à quoi?

L'échec de Vincent Bettschart s'est doublé de l'échec des personnes qui l'ont placé dans une situation sans issue. On comprend mieux l'attitude de Georges Dupuis. Remettre en question la qualité des prestations effectuées par Vincent Bettschart a été ressenti comme un acte de défiance inexcusable.

Ce mauvais départ aurait pu être rattrapé par Charles Kleiber. Celui-ci aggravera cependant grandement les choses en assimilant la survie de l'institution à la poursuite de l'activité de son poulain, Vincent Bettschart. Il le présentera comme un «sacré

(14) Allusion à un article sur le site l'1dex, déjà cité en note 3, paru le 4 février 2014, où Jean-Claude Pont et votre serviteur révèlent l'existence d'un rapport, signé par Daniel Scheidegger en 2004, qui dit : «Néanmoins, du fait que M. Bettschart ne dispose jusqu'ici pas d'expérience pour diriger une grande unité, on ne saurait lui confier cette responsabilité sans une aide tant interne qu'externe à l'hôpital. Il a besoin au début d'un coaching très serré.» Information qui n'a pas été reprise par les autres médias.

gaillard», manière virile de défendre un chirurgien accablé par les plaintes de tous bords. Ce duo disparu, l'Hôpital du Valais ne s'en porte que mieux.

Et les Valaisans auront enfin compris que l'attitude condescendante de Charles Kleiber cachait en réalité une montagne de préjugés inacceptables et un réseau d'intérêts qui desservait le canton et son système de santé.

Plusieurs fois, j'ai été apostrophé par des gens qui me disaient : «Tu dois arrêter de dire du mal de Bettschart, il m'a sauvé la vie.» Je connais même quelqu'un qui lui a payé des vacances pour le remercier.

Il est évidemment plus difficile de sauver des vies comme chauffeur de car que comme chirurgien. La nature même de notre travail veut que nous sauvions des vies. Le chauffeur de car a également une grande responsabilité. Il doit amener tous les passagers à destination sans tomber dans le ravin. Ce qui est son boulot. Il a été reproché, entre autre, à Vincent Bettschart une surmortalité. En matière de défense, il fait savoir que l'hôpital est justement le lieu où «les gens meurent le plus» (15). Là n'est pas le problème, il y a des morts prévisibles et des morts évitables. Il s'agissait justement de mon sujet de thèse de doctorat (16). Par définition les morts évitables ne doivent pas survenir et ne peuvent pas être acceptées. Le jugement porte sur ces cas. Le chauffeur de car, qui perd deux passagers sur cent parce qu'il a

(15) Le Nouvelliste, 3 septembre 2013, citation de Vincent Bettschart.

(16) «Étude rétrospective des causes de décès du service de chirurgie digestive : les décès prévisibles, imprévisibles et évitables.»

oublié de fermer les portes, ne peut se défaire en disant que ses résultats sont tout de même excellents puisque 98% des passagers sont arrivés à bon port.

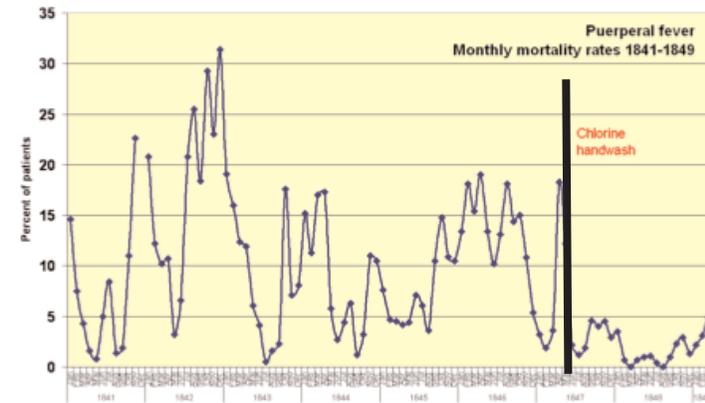
La gratitude des personnes qui ont bénéficié d'un traitement réussi est légitime. On doit cependant comprendre la souffrance de ceux qui ont pâti d'une prise en charge inappropriée. La logique médicale veut que l'on s'occupe justement de ces situations. Il s'agit ici de la culture de l'erreur dont nous avons déjà parlé.

Les erreurs, les mauvaises nouvelles, et bien d'autres, se sont retrouvées dans les Bulletins publiés par Jean-Claude Pont et Serge Sierro dès fin mars 2010. Dans une lettre, l'avocat du RSV se demande surtout qui paie toutes ces publications!

Une manière classique de faire taire les lanceurs d'alerte est de les submerger de plaintes diverses qui demandent des réponses dans des délais impartis. Se défendre devient une obligation légale qui impose des coûts parfois insurmontables. Face à des institutions aux moyens financiers énormes, le lanceur d'alerte est vite ruiné. Dans nos situations, un nombre important de personnes et de médecins y sont allés de leur poche. Ils ont permis que le débat ne s'enlise pas par manque de moyens. Un grand merci à ces anonymes qui ont entretenu le feu. Comme vous le dites, pour certaines personnes, il paraissait incongru que nous investissions notre argent privé dans des idées plutôt que dans de la pierre.

Nous avons fait l'économie de nos vacances et de quelques autres futilités - en regard du problème - pour cette bonne cause.

Ce sont ces mêmes personnes qui s'inquiétaient du financement de nos actions qui auront utilisé l'argent de nos



Trait noir et épais: chute de la mortalité dès l'instant où les médecins se sont lavés les mains.

primes d'assurance et de nos impôts pour financer les plaintes qu'ils ont lancées tout azimut sans jamais obtenir gain de cause. On comprend pourquoi certains pays ont mis en place des lois pour protéger les lanceurs d'alertes jusqu'à clarification des faits.

Par le combat sur la qualité, vous avez dénoncé des morts évitables. Que ce soit Charles Kleiber ou Marc-André Gauthat, voire Vincent Bettschart, tous ont dit que les morts, en milieu hospitalier, étaient une fatalité. On peut lutter contre la fatalité?

Céline, dans sa thèse de doctorat, raconte l'histoire du médecin Semmelweis qui ne pouvait pas accepter la fatalité de la fièvre puerpérale qui tuait un grand nombre de femmes lors des ac-

Devoir d'inventaire

couchements. L'introduction de mesures d'hygiène (*lavage des mains, voir tableau*) dans son service réduira drastiquement ce problème qui a quasi disparu de nos jours. Pour Semmelweis, la fatalité n'était pas une excuse acceptable. Cette évidence sera combattue durant toute sa vie et particulièrement par certains de ses collègues. Il n'aura pas vécu la satisfaction de voir combien il avait raison. Face à un taux inacceptable de décès en chirurgie viscérale hautement spécialisée, certains se sont retranchés derrière la fatalité. Les patients, très malades, ne pouvaient fatalement que mourir, il ne s'agissait que d'une question de temps. D'autres ont expliqué que Vincent Bettschart prenait des risques avec ses patients *«et c'est ainsi que la médecine progresse.»* (17)

Cela est évidemment inacceptable. Le patient ne doit être opéré que si la chirurgie peut lui apporter un bénéfice et si son état de santé ne rend pas l'opération trop risquée. Les conditions de la recherche médicale sont par ailleurs strictement encadrées par des commissions d'éthique, justement pour que de telles dérives ne puissent pas survenir.

Finalement, on a tenté de banaliser la mort en expliquant que fatalement des décès survenaient dans les hôpitaux et qu'il n'y avait là pas matière à discussion. Tant de dérives de la pensée font froid dans le dos. Elles doivent encore et toujours être fermement combattues. La science ne peut se satisfaire que de l'explicitation de la chaîne de causalité qui entraîne l'issue finale. On tentera d'intervenir pour atténuer ou guérir la maladie. Toute autre approche relève du charlatanisme et se fait sur le compte de la souffrance humaine.

(17) PV de la consultation du rapport d'expertise Clavien-Scheidegger par six membres de la COGEST, 7 juillet 2011. Lire page 99 de cet ouvrage.

*Avant d'entrer
dans le chapitre 3,
vous devez:*

- Suivre le copieux parcours des experts
Pierre-Alain Clavier et Daniel Scheidegger,
commis d'office.

«L'expertise»

Les experts Pierre-Alain Clavien et Daniel Scheidegger ont servi de pilier à la défense du RSV et de Vincent Bettschart par Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. En 2010, il ne s'agissait pas de leur premier mandat... ni de leur dernier.

2004 Le tandem Clavien/Scheidegger se charge de rédiger une expertise qui accable le Dr André Richard, un des premiers chirurgiens à connaître des rapports houleux avec le RSV. Il est licencié le 23 mars 2005.

<http://www.amge.ch/2005/04/05/%C2%AB-cest-la-loi-des-petits-copains-%C2%BB/>

Début 2005 Georges Dupuis mandate à nouveau Clavien-Scheidegger pour rédiger un document qui appuie la venue de Vincent Bettschart au sein du RSV. Nos deux experts précisent:

«Néanmoins, du fait que M. Bettschart ne dispose jusqu'ici pas d'expérience pour diriger une grande unité, on ne saurait lui confier cette responsabilité sans une aide tant interne qu'externe à l'hôpital. Il a besoin au début d'un coaching très serré.»

«Il faudrait tirer rapidement au clair si ses titres académiques canadiens sont reconnus à l'Université de Lausanne (...). Les publications du Dr Bettschart sont, certes qualitativement suffisantes; en revanche, elles sont peu nombreuses dans les revues chirurgicales renommées.»

<http://1dex.ch/2014/02/comment-vincent-bettschart-a-t-il-pu-etre-engage-les-archives-accusent/>

Ce document est sorti des limbes en **février 2014**...

13 janvier 2010 Par téléphone, le Médecin cantonal Georges Dupuis contacte les Dr Daniel Scheidegger et Pierre-Alain Clavien pour une expertise.

15 janvier 2010 Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay confirme le mandat, *«Il fait référence à l'expertise de 2004.»* (rapport de la CEP, mai 2015)

15 janvier 2010 Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay demande à Daniel Savioz de transmettre les documents à Georges Dupuis.

22 janvier 2010 Le CA de l'HVS et le directeur général sont informés du courrier du 11 janvier, où Daniel Savioz met en doute la qualité de la MHS et de l'expertise Clavien-Scheidegger.

29 janvier 2010 Daniel Scheidegger convoque Daniel Savioz le 5 février 2010, à 10 h 30, secrétariat de direction hôpital de Sion. Il lui demande de venir *«en l'absence de conseiller juridique ou de tout autre accompagnant.»*

1er février 2010 Remise des dossiers à Georges Dupuis. Philippe Morel suggère au médecin cantonal de donner mandat, pour un examen plus poussé, au président des chirurgiens suisses ou à des experts neutres, en dehors de la Suisse. Monsieur Dupuis signe un accusé de réception qui atteste la remise des dossiers, des notes et toute la chronologie avant d'y arriver. Il repart avec trois classeurs (393 pages), la liste des patients concernés, plus deux lettres, une de Gilles Mentha, une autre de Philippe Morel. *«Il y a largement assez d'arguments et d'inquiétudes pour justifier une évaluation approfondie des prestations»*, écrit ce dernier. Un 4e classeur est envoyé à Georges Dupuis depuis les HUG, le 3 février 2010.

2 février 2010 Serge Sierro s'étonne, dans une lettre adressée à Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, que Pierre-Alain Clavien ait pu accepter le mandat et ne se soit pas spontanément récusé. Il est lié avec le Dr Nicolas Demartine, supérieur de Vincent Bettschart au CHUV. Serge Sierro écrit : «*On ne peut empêcher les hommes d'avoir l'esprit de chapelle*» et craint une «*parodie d'expertise neutre, voire un exercice alibi.*»

3 février 2010 Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay répond qu'il n'y a aucun motif fondé de récusation au sujet de Pierre-Alain Clavien et qu'il ne faut pas préjuger «*des résultats de cette expertise avant même qu'elle n'ait pu débiter.*»

3 février 2010 Le Dr Dupuis précise à Clavien-Scheidegger les questions et le mandat. «*Il met en avant les problèmes qui seront par la suite confirmés par le Dr. Houben. Le rapport des experts ne répondra pas aux questions.*» (rapport de la CEP, mai 2015)

4 février 2010 Le Dr Dupuis envoie un vaste mail à Clavien-Scheidegger (copie à Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay) avec de nombreuses données médicales, dont le nombre de décès par opérateurs pour 240 opérations «*lourdes*».

5 février 2010 Clavien et Scheidegger reçoivent en une seule journée plus d'une dizaine de professionnels de la santé, choisis par le RSV. **Conclusion des experts après le 5 février :** la qualité des soins et de prestations du Dr Bettschart sont bons, son activité est trop importante, la «*cohabitation saine pour le futur devient très difficile*» avec le Dr Savioz.

16 février 2010 Dans un avant-projet de PV lors d'une séance du CHCVs, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay préconise le renvoi du Dr Savioz. Il demande la consolidation de la position de Vincent Bettschart à la tête du Département de chirurgie.

17 février 2010 Lettre de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay à Daniel Savioz et Serge Sierro. Il dit avoir «*sollicité l'aide de personnalités médicales de premier plan et dont les compétences, largement reconnues en Suisse et à l'étranger, ne sauraient être mises en doute.*» «*Sur la base de ces avis d'experts, des auditions effectuées et de discussions avec mes services, j'ai pu me forger une opinion claire que je vous communique en vos qualités respectives.*» Selon, cette lettre, la «*qualité des prestations chirurgicales s'est améliorée de façon très significative depuis l'arrivée du Professeur Vincent Bettschart.*»

Ce texte fera partie, presque mot pour mot, des documents remis lors de la conférence de presse du 25 février 2010.

22 février 2010 Daniel Savioz est licencié.

25 février 2010 Emission «*Les Grands Invités*», face à face de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay et du professeur Daniel Savioz sur Canal 9. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay dit: «*Il n'y a aucune raison de rendre publique cette expertise pour lever les doutes. Je ne vois pas ce qu'il pourrait y avoir de mieux que de donner ses conclusions plutôt que de transgresser la loi sur la protection des données ou des éléments relatifs à la sphère privée qui en aucun cas ne doivent être donnés à l'ensemble du public.*»

12 mars 2010 Face au Grand Conseil. «*Se basant sur les conclusions de l'expertise sommaire Scheidegger-Clavien, il (Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay) réfute les critiques envers le Dr Vincent Bettschart et relève la qualité de la chirurgie.*» (rapport de la CEP, mai 2015).

Dès le 18 mars 2010, et malgré les demandes réitérées de Me Michel Ducrot, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay refuse de montrer l'expertise Clavien-Scheidegger.

23 mars 2010 Pierre-Alain Clavien fait la une du *Nouvelliste*. Il explique qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter sur la qualité de la MHS en Valais.

24 mars 2010 Première conférence de presse de Jean-Claude Pont et Serge Sierro. Le document remet déjà en cause la qualité de l'expertise Clavien-Scheidegger.

27 mai 2010 A Interlaken, Pierre-Alain Clavien rencontre Daniel Savioz et concède que l'expertise est cousue de fil blanc.

17 juin 2010 Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay remercie, par lettre, les experts Clavien-Scheidegger. Il leur envoie quelques bouteilles en prime. *«Je vous prie de bien vouloir accepter un petit présent symbolique en espérant qu'il contribuera à corriger un peu l'image ternie du monde hospitalier valaisan que vous avez pu avoir en prenant connaissance de certaines réactions excessives, déplacées et inacceptables provoquées par cette affaire.»*

Ce même **17 juin 2010**, Vincent Bettschart opère, à Sion, devant France-Mexique en reprenant un patient opéré la veille devant Suisse-Espagne.

Septembre 2010 (le 7 ou le 8) Lettre envoyée au Bureau du Grand Conseil où Daniel Savioz explique ce que vaut l'expertise Clavien-Scheidegger.

30 mars 2011 Dans son rapport la COGEST signale : *«Pour leur expertise, les Pr. Clavien et Scheidegger ont facturé des honoraires de Fr. 3'500.00 au total. Selon leur facture du 4 juin 2010, ces honoraires couvrent « toutes leurs prestations (consultation des dossiers, frais de transport et de téléphones, rapport final et temps de travail des deux).» La COGEST note que les experts Clavien et Scheidegger ont pu, en une seule journée, à la fois analyser les potentiels problèmes médicaux de 49 dossiers, entendre 12 per-*

sonnes et rendre leur appréciation globale. La COGEST a demandé par écrit au chef du DFIS la transmission du rapport d'expertise Clavien/Scheidegger, au besoin dans une version anonymisée. Le DFIS a fait suivre cette requête à la préposée à la protection des données avant de saisir l'opportunité du travail de la COGEST pour amener la transparence complète dans ce dossier. La COGEST n'est donc actuellement pas en possession du mandat confié aux experts ni de leur rapport.»

7 juillet 2011 PV de la consultation du rapport d'expertise Clavien-Scheidegger par six membres de la COGEST. Deux délégués du Département de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay soulignent: *«Il est rappelé que le professeur Bettschart prend des risques avec certaines de ses opérations et que c'est ainsi que la médecine progresse.»* On y découvre encore : *«Le rapport d'expertise répond aux questions posées.»* Quatre ans plus tard, la CEP sera d'un autre avis (voir 3 février 2010 de ce résumé).

Septembre 2013 Pour la énième fois, Vincent Bettschart se retrouve dans les médias. Parmi les experts chargés de se pencher sur ses mortelles interventions, qui retrouve-t-on ? L'anesthésiste Daniel Scheidegger qui est chargé du rapport de la commission interne qui se penche sur les décès reprochés à Vincent Bettschart.



*Il ne suffit pas d'affirmer et
de répéter des faits inexacts
pour en faire des vérités.*

Lettre de Me Michel Ducrot à Monsieur le Conseiller
d'Etat Maurice Tornay, le 6 mai 2010

3.

La grande fuite en avant

Devoir d'inventaire

La messe est dite. Le 22 février 2010, le RSV vous met à la porte, invoquant, entre autres, la classique «rupture du climat de confiance» et une violation du «secret professionnel». Pour ce faire, même s'il ne l'a pas lu, le RSV fait référence à un rapport signé par deux experts, Clavien et Scheidegger.

Georges Dupuis avait dans sa manche quelques experts qu'il faisait apparaître au moment opportun. Toujours les mêmes. A force d'intervenir pour «rendre service», ils ont développé une certaine propension à écrire ce que leur commanditaire attendait. Ils se sont ainsi transformés en bras armés du médecin cantonal qui faisait appel à eux pour éteindre les débuts d'incendie. Il en fut ainsi lors de l'affaire Richard, il en fut de même avec moi. Dans le cas de Richard, ils préparaient l'arrivée programmée de Vincent Bettschart par l'élaboration d'un document à destination du Conseil d'Etat. Il va de soi que ces productions ponctuelles s'ajoutaient à leurs activités professionnelles habituelles. Dans de telles conditions, ils ne pouvaient consacrer que peu de temps aux brouilles valaisannes.

Cela me rappelle le titre d'un film de Woody Allen, «Prends l'oseille et tire-toi».

Pas tout à fait. On les défrayait principalement par quelques bouteilles et par de grands remerciements. Fonctionnement qui ne coûtait, au fond, par grand chose aux contribuables mais qui avait comme effet secondaire désagréable de mettre le Département de la santé dans une position d'obligé. Cette relation d'amitié intéressée est devenue un jeu de dupes, du type: «Je te tiens tu

me tiens par la barbichette». Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay a produit une lettre d'une touchante ingénuité qui remercie les experts Clavien et Scheidegger pour leurs «*éminents services*». Pour s'excuser des soubresauts médiatiques, il croit bon d'accompagner sa missive de quelques bouteilles de vin valaisan.

J'ai un nom qui me vient en tête mais notre avocat me dit qu'il est juridiquement périlleux de le citer.

Cet épisode, qui fait sourire en première analyse, illustre de façon gênante la conception qu'ont certaines de nos autorités de la relation mandataire-mandant. Cette relation doit évidemment garantir au mandataire d'exercer en toute indépendance. Elle doit également permettre au mandant d'exiger des prestations conformes au mandat. Il ne s'agit pas ici d'une relation privée entre deux adultes consentants mais bien d'un contrat public entre deux adultes agissant dans le cadre de leur fonction. Ils se doivent dès lors de maintenir la distance nécessaire pour sauvegarder leur liberté d'action.

Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay pouvait-il décemment exiger que les bouteilles lui soit retournées, dès lors qu'il avait enfin compris qu'on lui avait vendu des vessies pour des lanternes? Dans quelle mesure les accords qui lient le Valais avec les autres cantons auront été signés à l'aune de ces promiscuités? Certaines des relations que nous avons avec le CHUV sentaient par trop le lit unique pour qu'elles ne soient, au nom de la morale publique, remises en question. La Fédération Hospitalière de France ne se trompait pas en demandant que tous les accords qui liaient le RSV avec d'autres partenaires soient renégociés dans une relation transparente de «*win and win*».

Il n'empêche. Maurice Tornay n'en démord pas – même dans une interview récente d'avril 2015 – il cite le pedigree de Clavien et Scheidegger, assurant qu'il n'y a pas mieux sur le marché. Votre expertise sur les experts?

La désormais expression «*tornayenne*» les qualifie flatteusement «*d'éminents experts*». Mais les apparences sont parfois trompeuses. S'agissait-ils de bons Dr Jeekyll ou plutôt, comme les événements le montreront, de plus contestables Mister Hyde?

Clairement les exigences qu'ils se sont imposés - ou vus imposer dans d'autres mandats - n'ont pas prévalu en Valais. Le travail qu'ils auront produit, soit «*l'expertise Clavien-Scheidegger*», embrouillera les cartes et apportera de la confusion.

Il ne s'agit évidemment pas d'un problème de rémunération, mais bien des conditions du mandat. En 2010, ils n'avaient pas le temps pour effectuer un travail scientifique tel que Jean-Jacques Houben le fera plus tard en plusieurs mois. Implicitement, on acceptait une clause d'urgence. **Une expertise qui demandait de la sérénité et du temps se transforme ainsi en un rapport qui ne respecte pas la méthode déontologique et ne répond pas aux questions posées.**

On se doute que ce travail bâclé sera critiqué par les donneurs d'alerte. On promulgue que l'expertise n'est destinée qu'au mandant, soit à l'autorité de surveillance. On sent bien que la feinte est peu crédible. On claironne donc qu'il faut préserver le secret médical. On pense que certains avocats nous riront aux nez en arguant d'une nouvelle «*valaisannerie*». On rétorque que, face aux déferlements médiatiques, une protection des «*éminents experts*» exige de la confidentialité. Leur grande œuvre in extenso ne saurait être rendue publique.

Attendez, attendez ! Je suis désolé de faire une fixette certaine sur l'interview de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay de ce 11 avril 2015. Il affirme au journaliste de Canal 9, je le cite : «Les conclusions (de l'expertise) ont été données. Elles sont là, sur la table, les députés les ont eues de manière complète, in extenso, à disposition probablement depuis mars 2010».

Que dire ? On noie le poisson tant bien qu'en fin de compte, on se noie soi-même. Les conclusions mais pas l'expertise! Et l'on finira sous la pression par céder. Et de boire le calice jusqu'à la lie face à l'incrédulité générale provoquée par la grande vacuité de ladite expertise. A qui la faute? A celui qui demande le beurre et l'argent du beurre ou à celui qui se prête à ce jeu de dupes? Je vous laisse juge. Il n'y a aucun honneur, ni pour nos magistrats ni pour notre démocratie, dans de telles «combines».

Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay garantit qu'ils ne sont pas des «experts de pacotille». Mais tout aussi «éminents» soient-ils, ils acceptent de servir d'alibi et de se planter dans leur «expertise». Comment est-ce possible?

Disons d'emblée que même d'«éminents professeurs» ne sont pas des saints et qu'un curriculum vitae bien rempli n'est pas une assurance d'honnêteté intellectuelle. Dans l'affaire qui nous préoccupe, la faute principale est grave. Clavien et Scheigger ont accepté un mandat dans une situation évidente de conflit d'intérêts. Philippe Morel et moi-même avons clairement présenté à Georges Dupuis les raisons qui justifiaient de leur part une récusation. Il était de la responsabilité de l'autorité de surveillance

de décider de la marche à suivre. En acceptant ce mandat, Clavien et Scheidegger se donnaient, quant à eux, l'objectif de «Sauver le soldat Bettschart», ce qui correspondait aux vœux des autorités. Il n'y aura donc pas d'expertise des 47 dossiers incriminés. L'on auditionnera en contrepartie, et pour donner un minimum de volume à ce travail produit à la va-vite, certains médecins choisis sur le volet.

Un collègue chirurgien, après son audition, surpris par la tournure de l'entretien, m'informera en catimini du fait que les choses lui avaient été présentées d'emblée comme un conflit entre le Dr Bettschart et moi. Ainsi, une autre messe était dite, une messe de requiem pour certains patients!

Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay pouvait-il facilement comprendre que l'expertise Clavien-Scheidegger était frelatée?

Un travail sans données chiffrées ne permet pas de faire de comparaison avec une norme acceptée dans un domaine. En d'autres termes, une expertise d'une série de dossiers nécessite absolument la production de statistiques puis de comparer les résultats avec d'autres hôpitaux ou études médicales. J'avais de mon côté produit des chiffres et je montrais que ceux-ci ne correspondaient pas aux résultats moyens attendus. Philippe Morel et Gilles Mentha avaient fait la même démarche. Les résultats de nos statistiques se recoupaient et avaient été transmis à Georges Dupuis. L'expertise Clavien et Scheidegger sur ces dossiers n'apportait aucune statistique. Un expert-comptable (1) peut

(1) Maurice Tornay se présente volontiers comme expert-comptable

comprendre qu'au moment d'une analyse de bilan, le document présente deux colonnes, l'actif et le passif. Ici, cela manque et l'on qualifie le texte d'expertise! L'absurdité saute aux yeux. Faire passer auprès du Grand Conseil valaisan et de la population suisse un avis non-établi selon une méthode non-scientifique pour une expertise n'est plus du domaine de l'erreur. Il s'agit d'une faute grave qui va contre nos institutions et notre morale. Un politicien d'expérience me disait un jour qu'en politique tout était admissible... sauf le mensonge.

Dans cette affaire, on adore jouer avec les mots. Alors, allons-y à notre tour. Quelles différences entre un avis d'expert et une expertise? Pour moi, c'est blanche blouse ou blouse blanche...

La question est pertinente. La réponse est dans la valeur de la preuve. Dans la confiance que l'on peut avoir dans un fait. Cette question est une des préoccupations de la science en général et aussi de la science médicale. Les données médicales se caractérisent habituellement par une certaine variance autour de la donnée la plus souvent retrouvée. Leurs descriptions se prêtent donc particulièrement à l'utilisation d'outils statistiques. On acceptera par exemple de considérer une différence entre deux résultats comme n'étant pas due au hasard pour autant que cette différence puisse être considérée comme «statistiquement significative». En langage courant, on pourrait dire qu'en acceptant que cette différence existe, nous n'avons que 5 % de risques de nous tromper.

Et Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, il est dans les 95% qui restent?

On voit, d'emblée, que rien en science – comme parfois en politique - n'est définitivement accepté. On a donc développé des règles qui régissent le monde de la science. Une règle importante est dans la «réfutabilité» (2) des faits apportés. Autrement dit, il faut que l'ensemble de la démarche puisse être analysé, reproductible et critiquable.

On voit ici que certains domaines se prêtent plus à cette règle que d'autres... Pour Karl Popper, la psychanalyse de Freud n'est pas du domaine des sciences car elle échappe à cette règle de «réfutabilité». L'existence de Dieu, pour les mêmes raisons, n'est pas un domaine de la recherche scientifique.

Je vous suis, philosophiquement, au mieux que je peux. Mais quels rapports avec Clavien et Scheidegger?

On y arrive ! Basées sur cette même logique, les sciences médicales ont développé le concept de la «médecine basée sur la preuve» (EBM: evidence based medicine). Il s'agit ici de mesurer la qualité de la preuve, en fait la confiance que l'on peut donner à la preuve. L'avis des experts est considéré très logiquement comme le plus bas niveau de la preuve.

On peut facilement comprendre cela dès lors que la démarche des experts n'est pas clairement réfutable. La pseudo «expertise» Clavien-Scheidegger est très représentative de ce fait et illustre parfaitement mon propos. Leurs conclusions ne sont par réfutables, d'une part parce qu'elles ne seront pas rendues publiques, et surtout parce qu'elles ne s'appuient pas sur une démarche transparente, reproductible et susceptible d'une analyse critique. Il s'agit d'un amalgame d'assertions subjectives.

(2) Karl Popper, le retour. Relire note page 32.

A propos d'experts

Cet addendum s'adresse au lecteur «*assidu*» qui chercherait à approfondir quelque peu sa réflexion sur l'articulation qui peut exister entre un avis subjectif et une preuve objective.

Nous avons vu que la confiance que nous pouvons donner à un fait dépend de la manière dont ce fait est démontré. L'EBM hiérarchise ainsi la valeur de la preuve. Une étude randomisée apportera une preuve bien plus solide qu'un avis d'expert.

Toute assertion qui résulte d'une démarche transparente, reproductible et critiquable peut être considérée comme objective et a valeur de preuve. Cette démarche scientifique se différencie par rapport à notre fonctionnement subjectif, chemin tout personnel et parfois inconsistant, qui nous permet de nous forger une intuition, un pressentiment, une conviction ou une opinion.

Pour l'expert, l'avis subjectif se fondera sur ses connaissances et sur ses expériences passées. Son avis d'expert sera d'autant plus éclairé qu'il sera en adéquation avec son domaine de compétence. De ce point de vue, l'avis d'expert est évidemment plus solide que l'avis de n'importe quel quidam.

Pour tenter de décider rationnellement, il nous faut donc tenir compte à la fois d'éléments objectifs et d'éléments subjectifs. La justesse de nos décisions dépend de la qualité de cette synthèse.

Le politicien est souvent amené à trancher dans des situations où il n'est pas expert. Il se forgera évidemment une opinion subjective a priori et demandera habituellement une expertise comme élément objectif sur lequel il pourra s'appuyer.

et d'expertises...

Sa synthèse «*finale*» peut être considérée comme son opinion a posteriori car résultant à la fois de son avis subjectif et de la preuve objective. On peut faire ici un parallèle avec la formule de Bayes développée dans les probabilités conditionnelles.

La synthèse serait la suivante :

Avis a posteriori = avis a priori multiplié par la valeur de la preuve objective.

La confiance apportée à chacun de ces éléments est mesurée de 0 à 1. Zéro étant l'absence totale de confiance et 1 la confiance totale. En admettant que la valeur de la preuve est de 0.2 et que votre opinion sur le sujet est de 0.9, vous obtiendrez un avis a posteriori de 0.18.

De façon intéressante, cette formule montre que notre avis a posteriori, sur lequel nous devons fonder notre action, ne vaut jamais plus que la valeur de la preuve objective.

Notre conviction, même immense, ne peut prévaloir sur la preuve donnée comme objective.

Tout au moins dans le domaine de la science. Evidemment, cette règle ne s'applique pas dans le domaine religieux.

Le politicien averti exige donc d'emblée qu'on lui fournisse une preuve irréfutable.

Cette logique peut être appliquée pour démontrer les manquements de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. La faute commise aura été de considérer que son opinion puisse avoir plus de valeur

que la pseudo-expertise Clavien-Scheidegger (0.2 dans notre exemple). Il écrira ainsi le 17 février 2010 : «*Sur la base des ces avis d'experts, des auditions effectuées et de discussions avec mes services, j'ai pu me forger une opinion claire.*»

Son incompétence viendra du fait qu'il se soit contenté d'un simple avis d'expert, là où une véritable expertise s'imposait. En 2014, Madame la Conseillère d'Etat Esther Waeber-Kalbermatten ne se posera pas la question de savoir si son avis importait.

Elle élèvera le niveau de la preuve en demandant une expertise rétrospective de la chirurgie viscérale hautement spécialisée sur deux années consécutives.

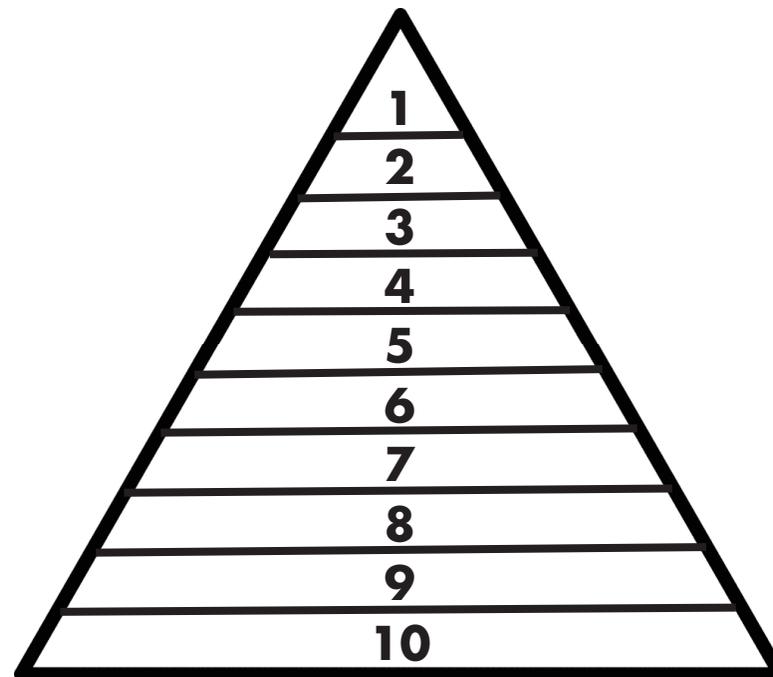
Elle avait d'emblée tout compris sans faire appel à Bayse.

PS: Pour se remettre de ces émotions mathématiques, un **petit jeu** sur la page de droite.

Cette pyramide, fort connue des scientifiques, représente la **valeur de la preuve**. Au sommet se trouvent les éléments majeurs. En toute logique, plus on descend, moins cela se révèle important.

Nanti de cette information, nous vous laissons trouver où se classe un **avis d'experts** réalisée par d'éminents spécialistes.

Cherchez les experts



- 1 - Synthèse méthodique
- 2 - Etude contrôlée randomisée en double aveugle
- 3 - Etude de cohorte prospective
- 4 - Etude de cohorte rétrospective et étude cas-témoin
- 5 - Rapport d'une série de cas
- 6 - Rapport de cas ou d'un cas isolé
- 7 - Etude de laboratoire (ex vivo, in vitro)
- 8 - Synthèses narratives, éditoriaux, chapitres de livres
- 9 - Avis d'experts et consensus cliniques fondés sur l'expérience personnelle
- 10 - Informations non vérifiables accessibles en ligne (internet)

Si les experts produisent un travail bâclé, j'imagine la suite...

On leur demande de produire un travail qui déterminera la valeur de la preuve. Mais leurs avis subjectifs ne doivent évidemment pas être confondu avec la valeur de la preuve qu'ils fournissent. La crédibilité de toute les décisions dépendra du niveau de la preuve qu'ils apporteront.

Les experts se doivent de définir la confiance que l'on peut donner à leurs conclusions.

Le 27 mai 2010, vous rencontrez Pierre-Alain Clavien lors d'un congrès à Interlaken. Face à vous, il n'assume pas. «Tu vois ce que je peux faire en une journée...», vous dit-il.

Il m'avoue candidement que l'expertise est «*cousue de fil blanc*». En fait, il cherche à se disculper des conséquences de sa démarche. Il m'affirme ne pas être à l'origine de mon renvoi.

Il ne lui vient pas à l'esprit que mon licenciement, comparé aux conséquences pour les patients de son aveuglement coupable, n'a que peu d'importance. Quelques semaines plus tôt, il était intervenu dans *Le Nouvelliste* (3) pour tenter grossièrement de sauver le tandem «*Tornay & Dupuis*».

Il cherchait à crédibiliser son travail d'expert. Il faut dire qu'à l'époque tout ce beau monde dansait encore sur la même musique. J'imagine qu'à Zurich par la suite quelque décideur averti

(3) *Nouveliste* du 23 mars 2010, p.10, titre : «*Nous n'avons relevé aucun dysfonctionnement sérieux*», article de Vincent Pellegrini. En page une, Pierre-Alain Clavien apparaît en tenue de chirurgien, en train d'opérer. Le titre : «*Le Valais bien noté*».

lui a donné le bon conseil de rester à l'écart du naufrage valaisan. Visiblement, on ne le reprendra plus et c'est mieux ainsi. Georges Dupuis perdait l'un de ses pions.

Georges Dupuis était là, face à la presse, le 25 février 2010, lorsque, pour la première fois, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay a justifié votre licenciement en s'appuyant sur le rapport Clavien-Scheidegger. Par la suite, il sera moins présent devant les journalistes.

La conférence du 25 février aura une fois de plus montré la force de l'image. Une photo, parue dans *Le Temps* le lendemain, résumera toute la situation. (cf. double page suivante)

Il s'agit d'un cliché solennel. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay y apparaît accompagné de ses apôtres, comme dans le tableau de «*La Cène*» de Léonard de Vinci. L'arrière-plan, constitué d'une étoile valaisanne démesurément agrandie, donne à ce moment une impression dérangeante de résurgence stalinienne. Communient intensément ensemble, dans une même gravité, le Chef du département de la santé, accompagné de son bras droit Georges Dupuis et Raymond Pernet, président du Conseil d'administration de l'établissement autonome de droit public (4). La direction du RSV est également représentée par Dietmar Michlig. Cette grande messe réunit, à la même table, les surveillants et les surveillés, avec dieu le père et ses disciples. Inspiré, le photographe aura tout saisi en une fraction de seconde et en une seule image.

(4) *Le RSV est une institution de droit public autonome en mains de l'Etat qui le subventionne à raison de plus de 200 millions par an.*



Photo Jean-Christophe Bott - Keystone

A mesure que la croisade tournera par la suite en eau de boudin, dans une fuite en avant incontrôlée, le Da Vinci sera remplacé dans mon subconscient par un Théodore Géricault: *«Le Radeau de la Méduse»*.

Après l'homélie de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, le 12 mars 2010 devant le Grand Conseil, l'expertise Clavien-Scheidegger est totalement démontée dans le premier bulletin de Jean-Claude Pont et Serge Sierro, donné à la presse le 24 mars. Cela aurait dû lui mettre la puce à l'oreille? Ou du moins glisser un début de semblant d'embryon de doute dans l'esprit de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, non?

Le premier bulletin de Pont et Sierro stipule clairement les conditions pour qu'une expertise puisse être validée. Ce bulletin apporté en mains propres à la Chancellerie à l'intention du Conseil d'Etat montrait d'emblée que les lanceurs d'alerte n'étaient pas dupes. L'expertise Clavien-Scheidegger était un pur leurre. *Le Matin* avait publié à l'époque en pancarte : *«L'expertise qui ne réconforte que les députés»* (5).

André Vernay, en mai 2010 au Grand Conseil valaisan, obtenait par un vote historique une expertise du RSV. Il apparaissait clai-

(5) *Le Matin* 14 mars 2010

(6) *«Les auditeurs ont déclaré à plusieurs personnes qu'ils n'avaient pas le temps de se pencher sur ces 49 dossiers, ce que je comprends. Mais alors il faut qu'ils en tiennent compte dans leurs conclusions.»* Interview de Jean-Claude Pont, dans *Le Nouvelliste* du 12 avril 2011, suite à la publication de l'audit de la FHF.

rement que si l'autorité de surveillance ne voulait pas être prise la main dans le sac, il lui fallait développer une nouvelle stratégie. **Le mandat donné par le Département de la santé à la Fédération Hospitalière de France (FHF) ne stipulait pas l'examen des 47 dossiers de chirurgie viscérale hautement spécialisée (6)**. On dilue ces interventions chirurgicales spécialisées dans d'innombrables autres opérations simples et on arrive ainsi à une bonne moyenne. Le sang est un colorant difficile à cacher. Il faudra en arriver à l'expertise Houben de 2014 pour avoir les résultats en chirurgie viscérale hautement spécialisée de 2011 et 2012 (7) selon des règles scientifiques. Ce document sera publié afin de le soumettre à la critique. Aucune réfutation ne viendra! Pourtant, cette expertise contredisait totalement toutes les assertions qui avaient été apportées sur le sujet. Tant d'adversaires bavards qui perdaient leur langue au moment du débat scientifique!

La pression citoyenne et politique a enfin permis que l'on arrête de se voiler la face. Nos autorités ont cessé de porter la burka dans un pays catholique...

Cet apprentissage vaut à mes yeux les coûts financiers consentis. Le contenu de ces expertises n'apporte rien de nouveau. Tout était connu en 2009 déjà et une direction compétente pouvait faire l'économie de l'audit de la FHF. La valeur est à voir dans les changements de mentalité que ce chemin nous aura obligé à parcourir. Une bonne démocratie a un prix, même si le salaire

(7) *Expertise indépendante sur la pratique de la Médecine Hautement Spécialisée Viscérale à l'Hôpital de Sion - RSV - Valais*

de certains commis de l'Etat peut parfois paraître immérité.
Durant ces cinq ans, ce qui m'a frappé, c'est que les médias valaisans penchaient nettement plus vers la parole des institutions que celles des citoyens... La contestation – et les scoops – sont venus d'un site comme l'1dex ou de l'hebdomadaire Vigousse.

Il est très difficile de juger le travail des médias. Il est évident que les journalistes sont également parfois mis dans des situations de conflits d'intérêts (8). Les canaux d'information se diversifient cependant de plus en plus et le Net prend de l'importance. L'1dex peut être cité comme heureux exemple. Des médias jusqu'alors prépondérants comme *Le Nouvelliste* perdent de plus en plus leur pouvoir de faiseurs d'opinion. Face à une telle diversification, la crédibilité de l'information est de moins en moins dans le média qui la diffuse que dans la personne ou l'institution qui l'émet. Il s'agit donc d'apprendre à informer. Tous les acteurs de cette saga ont à un moment ou un autre fait ce constat.

Le RSV fera appel au bureau genevois d'une agence spécialisée dans la communication de crise. On mesure ici combien un lanceur d'alerte isolé sera souvent dans l'incapacité de diffuser son message. Même si ses propos sont irréfutables, le risque qu'ils s'évanouissent et deviennent inaudibles est immense.

(8) «Il est clair qu'au travers des publi-reportages auxquels le Service de la santé (et le RSV) a droit, vu les contrats financiers qui le lient à deux de ces médias (*Nouvelliste* et *Canal9*), il diffuse aussi par ce biais toute information qui sert sa cause. Clair aussi que ses dirigeants bénéficient d'avantages et de facilités dans l'utilisation de ces médias.» Jean-Claude Pont, p.90, «Le Réseau Santé dans la tourmente» (2011)

Les médias perdent en effet dans la grande dilution des canaux d'information leur capacité de contre-pouvoir. Contre-pouvoir qui revient de plus en plus à des organisations telles que par exemple dans le domaine de la santé, les associations de patients. Celles-ci peuvent réunir les moyens financiers et les compétences humaines pour faire entendre durablement un message, conditions indispensables à l'obtention de résultats. Un petit bruit de fond continu est bien plus efficace qu'un tapage médiatique momentané.

L'agence de communication s'appelle Dynamics Group. C'est elle qui a géré les retombées de Vincent Bettschart et ses matchs de foot (9). Encore elle qui a organisé la conférence de presse du 9 juin 2010 à l'Hôpital du Valais. Certains pros ont estimé leur mandat à 60 000 francs. Au bas mot. Ce 9 juin, les journalistes ont reçu des tonnes de documents. Dont un argumentaire de 13 pages et 27 points qui réduit à néant les arguments de Jean-Claude Pont, Serge Sierro et vous-même (10).

Cet épisode montre, une fois de plus, que le contenu est plus important que le contenant. Le travail fait par cette agence a permis une bonne mise en scène. La transmission d'informations hors propos a cependant semé le doute. Le discours pro domo est tombé à plat. On tournait en rond. Centré sur lui-même le RSV était surtout incapable d'entendre. Mais, les

(9) *Le Matin*, 5 novembre 2010

(10) <http://1dex.ch/2014/02/a-propos-du-rapport-houben-charles-kleiber-et-la-respiration-du-poisson/>

conseillers en communication ont appliqué les recettes pour redonner de la voix à des muets. Ce qui n'a pas marché! Le RSV souffrait avant tout d'une forme de surdité. Là où il fallait lâcher du lest, il s'accrochait en affirmant haut et fort que tout allait bien. Les seules évidences résidaient alors dans les mensonges qui plaisaient à ses dirigeants. Ceux-ci trouveront normal que Vincent Bettschart opère avec un écran diffusant du foot dans sa salle d'opération et ne le sanctionneront pas. **Celui-ci a pris, après avoir été dénoncé, ses propres dispositions en rédigeant une sorte d'ordre de service exigeant que de telles pratiques soient évidemment prohibées (11).** Le moment est délectable. Celui qui faute, exige des corrections d'un autre qui en fait n'est que lui-même. Une forme de schizophrénie, dont se sont volontiers satisfaits la direction et l'autorité de surveillance. La chose a fait le tour du monde (12). **L'indulgence des bienheureux a quant à elle justifié que l'on ne sanctionne pas le fautif mais que l'on pose plainte contre le dénonciateur.** L'histoire que j'avais connue se répétait mais avec une autre victime expiatoire.

Pour Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, deux nouveaux revers s'annoncent. Un, vous êtes blanchi en octobre 2011, deux, il se prend une gamelle avec la LEIS.

(11) Communiqué à tous les collaborateurs du bloc opératoire, 25 juin 2010.

(12) En décembre 2010, Vincent Bettschart a été classé par le site Oddee.com, deuxième dans la liste des «Dix cas les plus terrifiants de négligence médicale». Le blog était visité par 5 millions de personnes chaque mois. L'article a depuis disparu d'internet.

En fait, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay a pâti indirectement de la décision du Ministère public de classer la plainte posée par le RSV contre moi. Les reproches du RSV étaient clairement infondés comme nous l'avons déjà expliqué. Dès que cette décision a été prise, je me suis senti libre de reprendre la parole. Je suis intervenu à la RTS quelques semaines avant la votation sur la LEIS.

Il me paraissait nécessaire de dire que la loi votée par le Grand Conseil n'était pas suffisamment en adéquation avec le débat public en cours. Le référendum devait, dans ces conditions, être soutenu. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay a cru bon le lendemain - dans la même émission - de dire combien il ne pouvait pas adhérer à l'avis du Professeur Savioz. Il transformait un débat technique sur une loi absconse en un plébiscite pour ou contre les dirigeants du RSV. La partie pour lui était perdue. Une bien meilleure loi sera votée après qu'une commission extra-parlementaire prenne le temps d'une juste réflexion.

Nouvelle fausse bonne idée, début 2012, Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, conseillé par Georges Dupuis, place Charles Kleiber à la tête du Conseil d'administration d'Hôpital du Valais.

Il est juste que nous abordions ce sujet à ce stade de la discussion.

Je me le disais aussi...

Nous avons vu combien il est important d'aller dans le fond des problèmes et de ne pas se contenter d'apparences. Charles Kleiber, en prenant ses fonctions de président du Conseil d'admi-

nistration du RSV, est bardé d'a priori, pas seulement sur le canton, mais également sur la situation dans laquelle il débarque. Sa vision condescendante des Valaisans se mesure à l'aune de son immodestie. Son action reposera sur des présupposés dangereux. *«Vincent Bettschart est un grand scalpel, rien à redire là-dessus. Il doit être à tout prix défendu. La perte de la médecine viscérale hautement spécialisée disqualifierait définitivement l'Hôpital du Valais.»* Il accepte volontiers que la fin justifie les moyens. Une forme de manipulation basée sur une écoute mielleuse lui permettra de rencontrer tous les acteurs de notre saga. L'ère Kleiber fera passer le RSV de l'indulgence à la bienveillance. Le règne de l'apparence remplaçait ainsi celui de la vacuité. Et nous n'arrivions toujours pas à obtenir une analyse objective des faits que j'avais dénoncés.

Objective? Vous rigolez! Le 3 avril 2012, Charles Kleiber, dans la conférence de presse sur ses 100 jours, blanchit Vincent Bettschart - titre du Nouvelliste le lendemain - et vous attaque, vous. Les slides 22 à 26 de son Power Point disent que vos rapports et vos conclusions sont biaisés... Et le 27 avril 2012, lors d'une rencontre avec l'ADPVal, il «s'excuse» en disant: «Nous n'aurions pas dû communiquer sur ce point et j'assume l'erreur.»

Ce 3 avril, la bienveillance s'est complètement dévoilée. Basée sur un avis de trois experts commandité par lui-même, il blanchissait totalement Vincent Bettschart. Au passage il ne manquait pas de m'égratigner. Il ne faut en effet pas se priver de certains petits plaisirs bon marché.

La conférence de presse avait été tellement excessive que l'un des membres du conseil d'administration du RSV se crut obligé,

pour se dédouaner, d'envoyer un courriel très confidentiel. Comme attendu celui-ci fit le tour du Valais. Sans surprise, on obtenait la confirmation qu'aucune expertise des dossiers n'avait été faite. On s'en doutait. Aucun de ces «*experts*» n'avait de compétences chirurgicales **(13)**. On aurait obtenu le même résultat à moindre frais en demandant l'avis de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. Pour les lanceurs d'alertes, qui avaient encore quelques espoirs dans l'action de Charles Kleiber, la douche était glacée. Il leur avait donné l'impression fallacieuse qu'il tiendrait compte de leurs remarques. Sa crédibilité était définitivement atteinte. En croyant ce 3 avril 2012 avoir retourné les choses en sa faveur, Charles Kleiber, venait, sans s'en douter, de donner sa démission.

Après un blanchissement bidon de Vincent Bettschart, il y a lieu d'apaiser le débat. Autant Charles Kleiber que Maurice Tornay s'engagent, face au Grand Conseil, au 2ème avis systématique. A savoir que, dans des cas pointus, on n'opère pas sans avoir d'autres analyses. Cela a été tenu?

Nous avons vu comment de la perte de confiance, l'on est progressivement passé à la défiance. L'agitation au Grand Conseil valaisan était telle qu'il fallait obtenir un deal pour calmer les esprits. Le RSV s'engageait à obtenir un 2ème avis afin de confirmer l'indication opératoire en matière de chirurgie viscérale

(13) 6 avril 2012, mail de Nicolas de Kalbermatten où l'on peut lire les commentaires des experts mandatés et qui n'ont pas été cités lors de la conférence de presse: «Ils ont avoué avoir été surpris que le Service de Chirurgie se lance dans des opérations aussi risquées.»

Devoir d'inventaire

hautement spécialisé. En contre-partie, les différentes interpellations, motions etc. étaient retirées. Et l'on repartirait sur de meilleures bases. Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, devant le Grand Conseil, s'engagera effectivement dans ce sens. **Malheureusement, le 2^e avis ne sera jamais appliqué.** Et suite à un nouveau décès, au printemps 2013, une plainte pénale contre Vincent Bettschart relança toutes les polémiques au début de l'automne. Le rapport que nous réclamions depuis plusieurs années était enfin demandé. Madame la Conseillère d'Etat Esther Waeber-Kalbermatten, par cette démarche en apparence banale, faisait en fait une vraie révolution de velours.

Dans ce grand zapping sur cinq ans de rapports, pseudos expertises, vraies expertises, audit coûteux mais sans réelle efficacité, on se dit quoi? Tout le monde il est moche, tout le monde il est méchant?

La vérité est qu'il faut oser aller au fond des choses. Il ne faut pas avoir peur de la réalité. Les problèmes étaient là. Certains, même en croyant bien faire, n'auront que sauvé des apparences mais pas des vies. Les moyens pour faire naître la vérité sont multiples. Celle-ci tôt ou tard s'impose. Ayons donc le courage d'affronter la vie même si celle-ci ne correspond pas à nos désirs.

Le survol du passé nous a pris trois chapitres. Il était bien de recadrer certains points, surtout que c'est la première fois que vous vous exprimez dessus. Pour que la thérapie, comme le dit votre épouse, soit complète, nous allons aborder l'avenir et les solutions pour sortir le monde médical valaisan de son marasme.

*Avant d'entrer
dans le chapitre 4,
vous devez:*

- Juste mesurer l'étendue de la perte.
- Et savoir d'où vient le modèle
valaisan de planification de la santé.

La perte

Pour l'UDC du Valais romand, le flux des patients hors canton (ndlr: ambulatoire et stationnaire) se monte à 5000 patients pour un coût de plus de 100 millions pour le canton et les assureurs l'an dernier. «C'est un sixième du chiffre d'affaire de l'Hôpital du Valais», a lancé le député suppléant Bruno Perroud. «C'est un important manque à gagner pour notre économie», a-t-il ajouté jeudi après-midi au Grand Conseil à Sion.

Le Nouvelliste - 11 juin 2015

Le modèle

«Suite à l'analyse des différentes méthodes de planification, une procédure semblable à celle de la planification hospitalière zurichoise a été choisie, selon les recommandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Un contrat de collaboration a été signé entre la Direction de la santé du canton de Zurich et le Service de la santé publique du canton du Valais pour la supervision de ces travaux en Valais.»

Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015 - Service de la santé publique - Juin 2013 - Pages 9 et 10.



*Je m'intéresse beaucoup à
l'avenir, car c'est là que j'ai
décidé de passer le reste de
mes jours.*

Woody Allen

4. Retrouver la confiance

Si l'on résume les aventures des chapitres précédents, nous voyons qu'un seul et unique chirurgien, placé à un poste-clé, ternit l'image de 5000 collaborateurs au sein d'Hôpital du Valais. Tout ça parce que les autorités, dites de surveillance, ne lui posent pas de vraies limites. Et dans la tête d'un chirurgien, elles se trouvent où les limites?

Nous avons peut-être pris le problème par le petit bout de la lorgnette. En se focalisant sur les «affaires Bettchart», nous avons probablement perdu de vue de nombreux autres problèmes qui ont été dénoncés par Pont et Sierro **(1)**.

Mais dans l'ensemble, les mécanismes sous-jacents qui ont causé ces dérapages sont identiques. Nous avons discuté des conséquences du choix fait par le RSV d'un modèle de gestion hiérarchisé. Nous avons précisé les raisons qui ont justifié ce mauvais choix. Nous avons évalué les tristes résultats produits par la disparition de la culture de l'erreur qui a sombré avec le fonctionnement participatif qui prévalait jusqu'alors dans les anciens hôpitaux régionaux. Nous avons pointé du doigt la collusion des pouvoirs avec centralisation excessive.

Nous avons analysé le rôle indispensable de certains contre-pouvoirs comme par exemple la presse ou l'Association de défense des patients (ADPVal).

Et surtout, nous avons tenté de montrer pourquoi certaines personnes se sont retrouvées - parfois inconsciemment - à accepter des comportements répréhensibles en raison du contexte oppressant de la planification étatique.

(1) Voir le livre de Jean-Claude Pont, «Le Réseau Santé Valais dans la tourmente, de janvier 2010 au début mai 2011, tome 1».

Bref, les «*affaires Bettschart*» nous ont permis d'illustrer concrètement une dérive institutionnelle historique. Nous aurions pu regarder ailleurs, mais l'analyse aurait mis en évidence les mêmes ressorts.

OK et la suite?

Il serait bien de poursuivre un peu pour essayer de tirer des leçons. Pour autant bien évidemment que vous ne soyez pas trop lassé par tout ce fatras.

*Vous rigolez! Cela représente 5 ans de ma vie de journaliste!
Vous ne m'aurez pas à l'usure.*

Alors nous devons préciser encore un peu le contexte pour arriver enfin à dessiner quelques pistes pour l'avenir. Démarche toute innocente, s'il en est...

Et pour ce faire, nous laisserons tant que possible derrière nous les quelques «*héros*» de nos précédentes sagas!

C'est comme dans la série «Game of Thrones», on tue des héros à la fin de chaque saison, cela fait de l'audience. On en revient aux limites qu'un chirurgien peut s'imposer?

Je vais vous répondre avec une métaphore. Un chauffeur roule à contre-sens sur l'autoroute. La police est avertie. Étonnement, elle s'abstient. Aucune intervention et l'accident prévisible survient. Mise en cause, la police argue du fait que le chauffeur incriminé est détenteur d'un brevet de formule 1.

Vous connaissez donc un chirurgien qui a un brevet de formule 1, vous?

Non, mais l'on peut tout de même poursuivre. L'accident ne pouvant être nié, la police est fautive. On pourrait lui reprocher d'être en partie responsable des conséquences de l'accident. Sa stratégie de défense cherche à donner une image normalisée des faits. Un accident provoqué par un pilote de formule 1, expert incontestable de la route, même roulant à contre-sens, semble moins choquant qu'un chauffeur imbibé d'alcool allant dans une trajectoire incertaine mais dans le bon sens. On se devait donc de décrire le chirurgien incriminé comme une star du bistouri.

Au lieu de lui enlever le volant, euh, le scalpel.

Se pose ici une question évidente : pourquoi ce chirurgien accepte-t-il le risque de rouler à contre-sens? Nous avons abordé un problème similaire lorsque nous avons expliqué, dans le chapitre précédent, pourquoi les éminents experts Clavien et Scheidegger s'étaient prêtés au jeu trouble du Département de la santé. Il paraît évident que Vincent Bettschart ne pouvait pas ignorer les résultats de la chirurgie qu'il effectuait. Il devait s'en satisfaire ou alors, conscient de leur anomalie, espérer une éventuelle amélioration future.

Philippe Morel, Gilles Mentha et moi-même avons effectué une analyse des dossiers de 2009, Jean-Jacques Houben ceux de 2011 et 2012. Visiblement, nos résultats concordent sans que, clairement, sur cette durée, une quelconque amélioration ne soit survenue.

Cela veut-il dire que l'on se contente du pire?

Oui, Vincent Bettschart se satisfaisait à l'évidence de résultats inacceptables. Mais paradoxalement, on peut lui trouver des excuses. Il a été à maintes fois conforté dans cet aveuglement par l'attitude de la hiérarchie de l'hôpital et par l'autorité de surveillance. Elles lui ont prêté immodérément des qualités techniques plutôt que de voir le produit de son travail. Nous avons, de notre côté, mis la discussion prioritairement sur la pertinence des indications opératoires. Il apparaissait que des patients avaient subi des interventions sur des arguments légers et très contestables. Dans de telles circonstances, le «deal» passé entre André Vernay et Charles Kleiber – celui du 2^e avis obligatoire - prenait toute son importance et permettait de régler par une action préventive une grande partie du problème.

Malheureusement, tout cela n'aura été qu'un marché de dupes. Il est donc nécessaire d'introduire un regard critique qui permet de décloisonner le chirurgien et l'oblige, le cas échéant, à une remise en question. Les colloques réunissant tous les médecins impliqués dans un traitement du type «*Morbidité et Mortalité*» répondent à ces exigences. Le développement de la culture de l'erreur (2) également. Il faut éviter le risque d'une faillite de l'institution qui serait tombée sous la tutelle d'un gourou. Et ceux-ci ne manquent pas dans nos sociétés!

(2) «La notion de sécurité implique une volonté et une mise en route de mesures visant à réduire ou à éliminer les erreurs pouvant conduire à des événements indésirables évitables.»

Il y avait, dans le mode opératoire, une propension à «ouvrir» le patient plutôt que de trouver d'autres formes de traitements. C'était pour faire grimper les statistiques d'interventions?

En effet, la Conférence des directeurs de la santé définit les conditions pour être habilité à effectuer de la chirurgie dite hautement spécialisée. L'une de ces règles exige que, pour qu'un centre soit reconnu dans un domaine précis de la chirurgie viscérale, un nombre minimal d'interventions par année soit pratiqué. Il existe, pour certains centres avec des masses critiques limites (3), une incitation à favoriser l'option chirurgicale plutôt qu'une autre option équivalente dans ses résultats. On doit également craindre que l'on effectue, à seule fin de faire du chiffre, des interventions qui, de façon prévisible, n'apporteront pas de bénéfices au patient.

Et c'est ce qui s'est passé à l'Hôpital du Valais?

Oui, le rapport Houben donne malheureusement une réponse positive à votre question. Il faut tabler sur la mise en route d'un registre national des interventions de chirurgie viscérale hautement spécialisée. Il permettra de collecter les informations nécessaires au contrôle de la bonne pratique médicale et il devrait, à l'avenir, minimiser ces dérapages. Une manière de faire, plus convaincante à mes yeux, serait d'exiger une masse critique non

(3) La masse critique est tout simplement un nombre d'interventions qui permet à une équipe d'opérer avec une certaine expérience. Que du bonheur pour les patients!

pas dans les actes chirurgicaux seuls, mais dans le nombre de cas traités, toutes options thérapeutiques comprises. On replacerait ainsi le chirurgien dans un environnement interdisciplinaire dans lequel les décisions sont partagées par un groupe après discussions.

La question me turlupine depuis quelques pages, existe-t-il une propension pour certains chirurgiens à se prendre pour Dieu? Ni plus, ni moins...

Il circule une plaisanterie à ce sujet. *«Quelle est la différence entre Dieu et les chirurgiens? Dieu ne se prend pas pour un chirurgien...»* Cette blague tend à accréditer l'idée qu'il y aurait une sorte d'atavisme chirurgical à ne pas reconnaître ses limites. Il n'est en effet pas improbable que la formation chirurgicale sélectionne un profil particulier de personnalité.

L'apprentissage de la chirurgie nous amène en effet à nous émanciper de certaines règles communes et à surmonter quelques interdits. Il n'y a rien de très naturel à effectuer des dissections anatomiques ou à opérer. Mais surtout, il est parfois difficile d'assumer les complications de nos gestes. Une part de culpabilité peut ainsi enrayer la démarche rationnelle qu'exige l'exercice de notre art.

J'ai vécu plusieurs situations *«d'abandon de chirurgie»* par incapacité de gestion du stress qu'elle provoque. Une manière commune, mais dangereuse, de régler ces tensions peut résider dans un glissement insensible vers le déni. Dans un premier temps, la complication n'est jamais de son fait. On trouvera toujours une raison extérieure suffisante permettant de se disculper. Bonne manière pour rejeter un éventuel sentiment naissant de culpabilité.

Avec le temps, cette stratégie n'est plus suffisante. La réalité s'impose avec d'autant plus de cruauté que l'on cherche à la cacher. La complication sera donc progressivement niée. En fin de compte, l'on ne voit plus que ce que l'on supporte. Tout devient alors plus facile et plus acceptable. Opérer se résume à effectuer une succession de gestes sans aucune conséquence visible. Une manière de s'anesthésier pour survivre!

Ciel! Vous ne seriez pas des machos infailibles dotés d'une Science Divine?

Accepter de fermer les yeux permet de se satisfaire de tout et donc d'oser n'importe quoi. Cet archétype du chirurgien infailible, capable de tous les exploits - et parfois de grandes incongruités - est en partie dû à la carapace que l'on se construit pour régler nos conflits intérieurs. Il correspond malheureusement, dans l'imaginaire collectif, au bon chirurgien avec tous les attributs du machisme. Des esprits critiques diront tout de même du baron Guillaume Dupuytren (4) - grand chirurgien et mandarin du 19ème siècle - qu'il était le meilleur des chirurgiens mais le moins bon des hommes.

Le Dr House est aussi pas mal dans le genre.

C'est une manière de montrer que les exigences de certains chirurgiens ne sont pas nécessairement en adéquation avec les préceptes de la bonne morale. Les mandarins de la chirurgie

(4) Dupuytren améliore et invente bon nombre d'opérations chirurgicales au XIXe siècle.

gagneraient à savoir partager leurs angoisses pour affronter la réalité. En sus, ils devraient apprendre à rendre des comptes en juste proportion des pouvoirs dont ils sont investis. De manière surprenante, les autorités se satisfont volontiers de quelques apparences de bonne conduite. Le modèle autoritaire et hiérarchisé que le RSV a mis en œuvre exigeait, comme chefs, des personnalités capables de jouer le mauvais rôle de mandarin de la chirurgie. Comme nous l'avons déjà vu, le modèle participatif était mis aux oubliettes alors qu'il valorise l'équipe plutôt que l'ego. Le paradoxe est qu'il faut des personnalités bien plus solides pour travailler dans ce dernier modèle. Le modèle participatif exige que l'on se soumette continuellement à la critique. Les faibles qui ne peuvent accepter d'être remis en question ne supportent que les mauvais rôles, ceux de dictateurs.

Si je comprends bien, le doute serait interdit sous peine d'être exécuté? Cela me rappelle la Corée du Nord.

Etre remis en question peut vous amener à douter de vos capacités. Pour faciliter mon apprentissage à tenir sur le vélo, l'on avait ajouté deux petites roues supplémentaires à l'arrière, histoire de stabiliser momentanément les choses. Ces roues provisoires, mal fixées, sont rapidement tombées. J'ai cependant poursuivi ma course sans aucun problème. Au moment même où je remarquais leur absence, je tombais brutalement. L'utilité de béquilles est

(5) *Il n'est pas rare que j'explique à mes assistants que «la chirurgie est avant tout dans la tête plutôt que dans les mains». J'entends par là que le geste chirurgical réussi découle avant tout d'une démarche intellectuelle tant dans la capacité de bien poser une indication opératoire que de bien planifier*

souvent dans nos têtes (5). Aussi, la remise en question peut introduire le doute qui va justement vous déséquilibrer. Il n'y a là rien de surprenant. Nous différons cependant dans les moyens que nous mettons en œuvre pour gérer ces moments déstabilisants. Pour certains, le refus absolu de se remettre en question est la solution. Elle règle en effet préventivement le vertige insurmontable qu'ils redoutent tant.

D'autres utilisent ces moments comme des tremplins qui peuvent les projeter vers des performances exceptionnelles. Par le travail, la demande d'aide, la verbalisation, une compréhension rationnelle des choses, ils deviennent des experts du domaine qui les remet en question. La pratique de la chirurgie ne peut se satisfaire, comme nous l'avons dit, de la position de déni. Il s'agit donc de créer un cadre qui permet de valoriser le doute autant que l'erreur. Il s'agit d'une même culture. Theodor Billroth (6), grand mandarin et expert en chirurgie, avait souverainement déclaré en 1880, que «le chirurgien qui tenterait de suturer une blessure du cœur perdrait le respect de ses collègues.» Une certaine modestie liée à notre capacité de douter, nous évite parfois de telles sottises.

Vous redevenez des hommes qui doutent. Bien... Dans vos archives, j'ai lu un article où le professeur Philippe Morel, prétend qu'un diplôme de chirurgien équivaut à un permis de chasse (7, page suivante). Cela voudrait dire que l'on sonne le cor avant de lâcher la meute dans le bloc opératoire?

et effectuer le geste. Il n'est donc pas rare qu'au moment de rentrer au bloc, je lance à la cantonade : «Allez, on finit cette intervention». Certains qui me regardent interloqués, n'ont pas encore compris.

(6) *Le père fondateur de la chirurgie abdominale.*

Ce propos public a choqué... mais principalement certains confrères. Une culture de corporatisme moyenâgeux qui persiste contre toute logique, exige que les problèmes soient évoqués principalement en catimini. Eventuellement, si l'on informe hors du cercle des ayants droits, on procèdera de manière feutrée et pour autant bien sûr que des circonstances exceptionnelles l'exigent. On peut comprendre qu'en matière de santé l'on tienne à un discours qui n'apeure pas trop. Mais l'on ne doit pas accepter que cette légitime précaution soit détournée en vue de bloquer le débat et permette de prolonger des situations inacceptables.

Le professeur Morel s'est autorisé à juste titre de rendre public le fait que le diplôme de chirurgien permet de pratiquer d'emblée un spectre d'interventions qui n'est pas nécessairement en adéquation avec la formation dispensée. Les développements chirurgicaux de ces dernières années nécessitent une adaptation dans les exigences de formation qui tarde à être mise en œuvre. D'autre part, il montrait par là que les conséquences pouvaient être graves pour les patients. La légitimité de son propos tant dans la forme que dans le fond vient d'un constat préoccupant: *«Les moutons noirs de la chirurgie sont connus par certains confrères. Les pairs n'ont cependant pas les moyens d'intervenir.»* La pratique de la braconne tendrait donc à se développer.

Vous posez des collets pour les attraper? Sinon, vous avez des commissions d'éthiques (8). Ne sont-elles pas là pour pointer les dysfonctionnements?

(7) Tribune de Genève, 25 septembre 2010, *«Le diplôme de chirurgien? Un permis de chasse!»*

(8) *Les commissions d'éthiques gèrent toutes les questions relevant de la médecine humaine.*

Les commissions d'éthiques interviennent par exemple pour valider des protocoles de recherches. Elles n'intercèdent pas dans les situations de remises à l'ordre de médecins. Les sociétés médicales ne se préoccupent pas sérieusement, pour l'heure, de contrôler la qualité des prestations fournies.

La Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSCV) fait passer les examens pour l'obtention du titre de spécialiste en chirurgie viscérale. Elle ne se mêle pas de la surveillance de la bonne pratique de ses membres. Nous avons vu qu'un chirurgien octogénaire avait défrayé la chronique en suisse alémanique par des interventions ratées (9). Sous la pression publique, la Société suisse de chirurgie (SSC) a dû prendre position concernant l'âge acceptable pour une bonne pratique chirurgicale (10). Le débat n'est pas clos. En fait, les sociétés médicales se sont défaussées de cette responsabilité sur les institutions et sur la justice civile ou pénale. Une mauvaise pratique dans un hôpital sera tôt ou tard sanctionnée d'un arrêt de collaboration.

J'espère bien!

L'hôpital n'a pas d'intérêts à prolonger inutilement une prise de risque. Dans la pratique privée, les choses peuvent perdurer de façon inquiétante. Une procédure civile ou pénale demande que

(9) Référence à un chirurgien de 78 ans qui a raté plusieurs opérations en chirurgie esthétique. En février 2015, la Direction de la santé publique du canton de Zurich lui a retiré son droit d'exercer.

(10) *«La Société suisse de chirurgie (SSC) ne s'oppose pas à l'idée d'une forme de contrôle, qu'elle verrait plutôt comme une «recertification» régulière, avec évaluation des capacités physiques et cognitives du praticien au long de sa carrière.»* Le Matin - 1er mars 2015

le patient décide de se battre pour faire reconnaître un préjudice. Il lui faudra prouver une causalité entre un acte *«allant contre les règles de l'art»* et d'éventuelles séquelles constatées. La procédure est longue, difficile, coûteuse et douloureuse pour l'ensemble des protagonistes impliqués. Pour le patient et son entourage, à coup sûr, mais également pour le chirurgien qui aura parfois été inquiété à tort.

Le recours à la justice, y compris à la voie de l'expertise extra-judiciaire, n'est pas toujours la voie idéale pour remettre dans le bon chemin les *«moutons noirs»*. Elle exclut en fait le jugement de ses pairs au contact direct de la réalité du terrain. Nos collaborateurs sont en effet les plus aptes à pressentir un comportement limite, source de potentiels problèmes.

La Suisse n'échappe pas à une certaine dérive à l'américaine vers l'utilisation toujours plus *«étendue»* de la justice. Tendances favorisées, entre autres, par la généralisation de l'assurance de protection juridique qui pousse directement au consumérisme. Les sociétés médicales seront probablement poussées, dans un tel environnement, à faire d'une manière ou d'une autre leur propre police pour éviter que leur image soit ternie par la pratique inacceptable de quelques rares irresponsables. Ou de façon plus intéressée, elles agiront pour éviter que le plus grand nombre paye une augmentation des primes de l'assurance responsabilité professionnelle provoquée par une petite minorité.

Il faut s'en réjouir. Les sociétés médicales ont en effet directement accès à l'information et doivent accepter d'intervenir préventivement par des mesures d'accompagnement plutôt que de contraintes. Elles n'ont évidemment pas mission à se substituer à la justice.

Donc face aux moutons noirs, il n'existe guère de bergers crédibles... Ah si ! Le Département de la santé n'a-t-il pas le pouvoir de retirer le droit de pratique?

Oui mais l'on voit dans le domaine de la médecine comme ailleurs que les atteintes aux biens semblent être plus facilement sanctionnées que les atteintes à la personne.

Avant une opération à risques – ou tout autre acte chirurgical – un patient est-il bien informé de ce qui l'attend?

La loi exige du chirurgien qu'il informe son patient de l'intervention prévue, des éventuelles autres options thérapeutiques et des complications qui peuvent découler de son acte (11). L'information doit être honnête. Cette discussion entre le médecin et le patient peut, à des fins juridiques, se conclure par la signature d'un consentement éclairé.

Le vrai contrat est implicite. Il réside dans la confiance donnée par le patient à son médecin, confiance que celui-ci défendra au mieux sa santé. Ce contrat s'impose souvent d'un seul regard.

Quand on porte une blouse blanche, on ne ment pas, voyons!

Il ne s'agit habituellement pas de mensonges caractérisés mais plutôt d'informations *«judicieusement»* transmises. Admettons que

(11) Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, les examens et traitements envisageables, les conséquences et risques éventuels qu'ils impliquent, le pronostic et les aspects financiers du traitement (loi cantonale sur la santé LS art. 23).

le chirurgien se prévaut de 3% de mortalité post-opératoire pour l'intervention qu'il désire effectuer. Ce taux correspond en fait à celui rapporté dans la littérature médicale par les meilleures équipes dans le domaine. L'on apprend que le taux réel de mortalité dans sa pratique avoisine en fait les 30%. L'information est malhonnête. La supercherie est évidente.

En matière d'information médicale, ce mode de faire est cependant monnaie courante. Le chemin à prendre est donc d'exiger la publication étendue des résultats afin de mieux éclairer le patient qui aura des bons éléments de comparaison en mains.

Les 30%, cela me rappelle quelqu'un... Et si le patient passe un contrat avec son médecin en l'autorisant à intervenir. Il se fiche des conséquences, ce qui est une manière de jouer sa vie à la roulette russe?

De tels contrats n'existent pas, ils seraient contraires à la loi. On fait allusion ici à la relation qui se noue entre le médecin et son patient. En aucun cas, ni légalement ni moralement, le médecin ne peut aller à l'encontre de l'intérêt de son patient. La loi limite clairement les dérives liées à une forme d'euthanasie active. Le médecin se doit de ne pas contrevenir à la bonne pratique de son art. Il doit se conformer à la pratique chirurgicale admise et prouvée comme efficace. Il ne peut réinventer, selon sa propre créativité, une médecine adaptée au moment. La situation est particulièrement choquante face à un patient souffrant de maladie incurable qui, dans l'espoir d'une guérison tant souhaitée, accepte de bonne foi une intervention inutile. Il s'agit d'un abus grave d'une situation de faiblesse. Bien souvent, par ailleurs, le patient dans une course en avant bien compréhensible, tente de

forcer la main au chirurgien pour qu'il fasse «quelque chose». Un accord trompeur peut ainsi se conclure à la recherche de chimères, dans une relation de leurres mutuels. Le médecin, au final, est le seul responsable. Il doit commencer par retenir son geste. «*Primum non nocere*» («*D'abord ne pas nuire*») est le premier des préceptes à appliquer en médecine.

Enfin un peu de latin dans ce monde de brutes incultes! Histoire de s'y retrouver, de savoir quel médecin choisir, quel établissement privilégier, L'Hebdo publie chaque année des données statistiques. Cela vaut quoi?

Il s'agit d'une démarche de «*benchmarking*» (12) qui permet une comparaison d'indicateurs de qualités entre hôpitaux. Les données proviennent de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS). Transmettre aux patients des informations lui permettant de se faire une opinion sur la qualité des prestations dispensées est nécessaire. Cependant, ces données de l'OFS ne permettent pas encore de se forger un avis suffisamment éclairé.

L'Hebdo, bien malgré lui, ne peut dans ces conditions que produire un article contestable. En cela, les exigences vis-à-vis de la presse ne semblent pas du même niveau que celles, légales, exigées des médecins. Les indicateurs proposés devraient être pondérés par plus de facteurs et sont clairement insuffisants par leur nombre. Ces statistiques traitent par ailleurs de domaines chirurgicaux qui vivent un transfert historique d'activité de l'hospitalier vers l'ambulatoire. Elles ne tiennent cependant compte que des cas hospitalisés. Les hôpitaux ayant fait le pas nécessaire vers l'am-

bulatoire voient leurs résultats faussement péjorés (13). Le bon élève est ainsi puni. Finalement, la compréhension de données statistiques tel que le Standardized Mortality Ratio (SMR) nécessite une bonne base en statistique. Au final, malgré ces quelques remarques critiques, *L'Hebdo*, en publiant ces données, va cependant dans la bonne direction. Les institutions, que ces statistiques pas assez affinées semblent parfois pointer du doigt, devraient cependant systématiquement pouvoir faire valoir leur point de vue. L'objectif d'une telle démarche n'est en effet pas de stigmatiser mais de développer une culture de la qualité.

On revient en Valais. Vous l'avez dit précédemment, lorsque le RSV a démarré, en 2004, vous y étiez favorable en tant que médecin. Et quels avantages pour les patients d'alors?

Les ressources dans le domaine de la santé, comme dans les autres domaines, sont limitées. Il s'agit donc de trouver la meilleure manière de les utiliser pour répondre aux besoins de la population. Une planification semble, vue sous cet aspect, en apparence s'imposer. L'obligation pour les cantons de réaliser une planification hospitalière a dès lors été inscrite dans la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMAL) (14). Il s'agit de garantir en premier lieu une couverture adéquate des besoins de santé de la population.

(13) Concentration de cas difficiles en hospitalier avec augmentation de complications statistiquement plus significatives car faisant partie d'un collectif restreint.

(14) Si vous vous voulez vous rappeler la loi sur l'assurance-maladie:
<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/>

Cette planification paraît d'autant plus légitime que le financement de l'assurance-maladie obligatoire est à la charge de tout le monde par le biais de la prime et de l'impôt. Une bonne allocation des ressources répond à une logique de partage équitable. Les mesures de planifications avant l'idée du RSV, avaient défini, tout au moins sur le papier, comme objectifs «originaux», une diminution des coûts et une amélioration de la qualité. D'emblée une gageure tant ces deux objectifs sont antagonistes. Opportunément devant le constat de son échec, l'Etat a repris les hôpitaux afin de mettre en main unique le duo «décideur et payeur». En fait, l'Etat mettait plutôt dans ses mains le trio «prestataires de soins-payeur-planificateur». Le chemin d'une franche étatisation du système hospitalier valaisan avait donc été proposée par le Département de la santé. Le Parlement, sans vraiment s'en rendre compte, avait suivi. La mise en réseau des hôpitaux apparaissait d'emblée comme un prélude à la naissance d'un hôpital unique.

Bel historique. Où se situe le problème?

Le péché originel résidait dans la collusion des pouvoirs concentrée dans les seules mains de l'Etat. Le chemin choisi permettait théoriquement la poursuite de modèles participatifs de gestion qui, de mon point de vue, était une condition à l'obtention d'une planification équitable. Il apparaissait que nos hôpitaux régionaux n'avaient plus les masses critiques pour répondre aux exigences de la médecine moderne. Une concentration des cas devait être effectuée accompagnée d'une spécialisation des activités. Ce chemin, qui répondait aux souhaits de la grande majorité des médecins, devait cependant se réaliser par concertation et adhésion

progressive. Seule manière, me semblait-il, de répondre aux aspirations légitimes que chacun devait pouvoir faire valoir dans ces grands chambardements. Le chemin fut tout autre. La politique du passage en force et de la contrainte aura rapidement comme résultat le départ d'un grand nombre de médecins (15). La mise en place du RSV se satisfaisait d'une perte de compétences. Elle aura eu, comme contrepartie, un effet favorable, celui de renforcer un peu la médecine privée.

Comme nous parlons d'économie et de capital, celui de confiance, touchant le RSV, a été mis à mal. D'un autre côté, vous dites que le Valais a en mains toutes les cartes pour mieux jouer les parties futures. Le mode d'emploi?

Le constat doit être posé clairement. Une économie planifiée de la médecine s'est imposée cette dernière décennie en Valais avec, comme premier résultat visible, l'émergence d'un hôpital public en position de quasi monopole.

Cette politique a certes permis de fusionner les hôpitaux régionaux pour obtenir des masses critiques intéressantes. Mais elle n'a pas fait ses preuves dans l'obtention d'une amélioration des prestations fournies, ni dans la maîtrise des coûts.

L'image laissée par les différentes affaires très médiatisées a manifestement entamé le capital confiance dans notre système de santé. Les mentalités ont cependant évolué. Le départ des anciens dirigeants a permis d'ouvrir le débat. Il est probable que, malgré

(15) Une cinquantaine entre 2005 et 2010, selon Jean-Claude Pont - «Le Réseau Santé Valais dans la tourmente» - p. 55

les apparences, le Valais en traversant ces quelques orages, s'est mis sans s'en apercevoir, en bonne condition pour faire face aux enjeux actuels.

OK... Le Valais s'est pris bien des uppercuts, a misé sur des champions qui n'en étaient pas... Il remonte sur le ring mais pour entamer quel genre de combat?

Le législateur fédéral a d'une part, via l'exigence de planification, désiré que le système de santé évolue vers une meilleure efficacité. Efficacité que l'on pourrait définir comme le meilleur rapport entre la qualité des prestations et leurs coûts. Cette efficacité en médecine passe par la recherche de masse critique optimale ou par la suppression des surcapacités. En parallèle, ce même législateur a imposé aux cantons une bonne dose de concurrence qui pousse vers la logique de l'offre et la demande. En d'autres termes, le système de santé ne pourra se satisfaire d'un dogme unique. Il devra composer dans une économie régulée avec certaines des règles de l'économie du marché.

Je vous vois venir, vous préconisez la rentrée en force du capitalisme sauvage dans la santé?

Ni libéralisme sans limite, ni privatisation totale. Il faut obtenir un bon équilibre... Le système idéal est celui qui optimise le sens des responsabilités et introduit une concurrence stimulante.

Là, il va falloir me convaincre... Commençons donc par le sens des responsabilités. En quoi cela peut-il vraiment importer?

Laissez-moi vous présenter les résultats d'une étude que je dois à la lecture du livre de Daniel Kahneman, *«Thinking fast and slow»* (16). Pour une fois, il s'agit d'une étude de psychologues et non pas de médecins. A vous de juger si elle éclaire nos propos. Dans cette étude, on a posé deux questions à un panel de personnes.

La première question a été la suivante:

«Vous avez été exposé à une maladie qui, si vous la contractez, entraînera votre décès de façon indolore en une semaine. La probabilité que vous ayez contracté la maladie est de 1/1000. Il existe un vaccin efficace mais pour autant que vous le fassiez avant l'apparition d'un quelconque symptôme. Quel est le prix maximum que vous acceptez de payer pour obtenir ce vaccin?»

Selon Kahneman, la plupart des gens ont été d'accord de payer un montant significatif mais pas excessif. Faire face au risque de mourir n'est pas agréable, mais la probabilité est suffisamment faible pour ne pas accepter la ruine.

Une deuxième question avec une légère variation a alors été posée aux même personnes:

«Des volontaires sont recherchés pour effectuer une étude sur la maladie dont nous avons parlé dans le premier énoncé. La seule condition est que vous acceptiez de prendre le risque de contracter la maladie (vous n'êtes évidemment pas vacciné). Ce risque est toujours de 1/1000. Quelle est la rémunération minimale que vous exigeriez pour rentrer dans ce programme d'étude?»

A moi de vous poser enfin une question. A votre avis, le montant accepté pour payer le vaccin est-il supérieur au montant de la rémunération demandée pour rentrer dans l'étude?

(16) *Best-seller sorti en 2011 et considéré par la presse américaine comme un des meilleurs livres de cette année. Daniel Kahneman, Prix Nobel d'économie, 81 ans en 2015...*

Non, pour moi, le montant de la rémunération doit être supérieur... Il s'agit de ma santé, j'y tiens!

Oui en effet, le panel des personnes interrogées a exigé un montant plus élevé pour devenir volontaire dans l'étude de la maladie que pour acheter le vaccin pouvant leur permettre d'échapper à cette même maladie. On s'en serait douté. L'intérêt réside dans la différence exigée pour finalement une probabilité égale de mourir. En fait cette différence est très importante puisqu'elle est de l'ordre de cinquante fois plus.

Votre Daniel Kahneman, comment explique-t-il que pour un même risque deux montants financiers si différents soient évoqués?

Et bien, nous sommes droits dans la notion de la responsabilité. Dans le premier cas, vous ne vous sentez pas responsable si vous avez la malchance de contracter la maladie, vous y avez été exposé sans que vous ne le décidiez. Dans le deuxième cas, outre le fait qu'il n'est pas très légitime de vendre sa santé, vous acceptez consciemment de prendre un risque, même faible, de mourir.

Vous décidez librement de prendre le risque de contracter la maladie. Si vous attrapez la maladie, vous vous sentez seul responsable. Intuitivement, vous avez attribué des coûts très différents à deux situations de risque similaire mais dans laquelle vous jugez autrement votre implication personnelle.

Donc la responsabilité est un élément qui doit être considéré dans l'organisation des systèmes de santé?

Votre implication dans un problème change énormément votre sentiment d'être responsable de votre perception du risque. Dans l'étude citée ci-dessus, un risque de 1 pour mille est évalué jusqu'à 50 fois plus selon le sentiment de responsabilité. Une personne responsable échappe à la tendance de sous-estimer un risque. Dans le domaine de la médecine - comme dans d'autres domaines, l'aviation par exemple - il existe une nécessité impérative de bien juger les risques. La première condition d'une telle démarche débute en fait par la responsabilisation de tous les acteurs. La qualité est à ce prix.

Comment faire alors pour que les personnes se sentent vraiment responsables de leurs actes?

Au risque de décevoir, il n'y a ici rien de nouveau ou d'original. La recette à appliquer est comme toujours celle de la «carotte et du bâton». Cependant, dans les systèmes complexes qui font appel à beaucoup de savoir et dépendent principalement des compétences humaines, la «carotte» doit être utilisée à grande échelle. Elle stimule l'esprit et force à la formation continue.

Une carotte à grande échelle, en médecine, cela donne quoi?

La carotte, c'est à dire une stimulation positive qui valorise l'effort personnel, doit être appliquée à tous les niveaux de la microéconomie à la macroéconomie de notre système de santé. On pourrait y passer une bonne journée. Je vous propose simplement de reprendre deux sujets que nous avons déjà abordés. Nous avons parlé du système participatif comme bon modèle de gestion des ressources humaines dans l'hôpital.

Oui! Et pas qu'une seule fois!

Voilà notre exemple pour illustrer notre dimension micro-économique. Il s'agit ici, par excellence, d'un moyen de stimuler la personne et de la mettre face à ses responsabilités. La stimulation vient de la confrontation de nos compétences professionnelles. La discussion en équipe vous permet constamment de mesurer votre niveau de connaissance. Vous êtes ainsi facilement renvoyé à vos chères études. L'absence d'un chef qui fait fonction de paratonnerre, qui vous couvre en se couvrant, vous oblige à répondre de vos actes. Responsable de ce que vous faites, vous développez un sens critique propre à évaluer le risque à sa juste valeur. Ce processus, qui exige de votre part un grand engagement, n'est cependant pas ressenti comme une contrainte excessive. L'environnement permet de partager le poids de la responsabilité. La résolution des problèmes est plus directement recherchée dans une mauvaise organisation du groupe que dans des incompétences personnelles. On évite une stigmatisation qui pousse à la cachotterie et à la manipulation. La carotte réside dans le fait que vous faites partie d'une équipe gagnante. Qui n'a pas rêvé de jouer au foot dans la meilleure équipe et de défiler aux Champs-Élysées?

Ou d'arriver sur La Planta! Pour moi, c'est hors de portée de mes crampons, je suis un nul total au foot! Et l'exemple macroéconomique?

En macroéconomie, la stimulation venait de la possibilité de faire partie d'une équipe gagnante à laquelle on s'identifie. Prenons un autre stimulus commun, soit, le revenu financier : la ca-

rotte universelle. Dans notre logique, nous devons déterminer quel système permet d'optimiser le sentiment de responsabilité synonyme de bonne gestion des risques. Il est évident que le système qui vous met dans la situation d'investisseur vous responsabilise plus que celui qui vous pousse à devenir gestionnaire d'une fortune qui ne vous appartient pas. Le secteur privé de médecine s'oppose dans ce sens au système public. Analysé du point de vue de la gestion des risques, il apparaît comme assez légitime que de l'argent privé soit investi et rémunéré par le système de santé. L'essentiel du secteur ambulatoire constitué par les cabinets des médecins fonctionne sur cette base.

Les risques liés aux investissements sont ainsi dilués. En effet, chaque médecin en pratique privée qui ouvre son cabinet investit financièrement dans le système et prend théoriquement une part de risque qui n'est pas à charge de la communauté. Le tout est de définir opportunément les mandats donnés à chacun dans le cadre global du système. Les spectres d'activités de la médecine publique et privée ne doivent pas nécessairement se superposer. Il y a un intérêt pour tous de permettre un développement d'une activité privée financée autrement que par l'assurance-maladie obligatoire. Une économie de marché est non seulement légitime mais également utile car elle apporte de nouvelles ressources au système. Une pharmacie qui vend des médicaments à charge de l'assurance de base a tout intérêt à développer un secteur droguerie qui sera financé par des ressources exclusivement privée. En augmentant ainsi son chiffre d'affaire, elle peut mieux ventiler ses coûts fixes. Elle gagne en efficacité et en compétitivité.

Je suis autant un zéro en économie qu'au foot mais votre approche appelle deux questions. Pourquoi ne pas cantonner le

secteur privé dans les activités non couvertes par le secteur public ? En Valais, la part de l'argent public qui est versé au secteur hospitalier privé plutôt qu'à l'hôpital pourrait lui manquer pour son développement ?

Il faut constater que le Valais est une exception. Nous nous caractérisons par rapport aux autres cantons par la quasi absence d'un secteur hospitalier privé. Il n'y a aucune possibilité d'échapper à l'hôpital public en Valais, par exemple en cas de maladies pulmonaires nécessitant une hospitalisation.

J'ai posé tout à l'heure que le système idéal, de mon point de vue, est celui qui optimise le sens des responsabilités et introduit une concurrence stimulante. Elle doit permettre de mesurer le coût d'une prestation dans une économie de marché. Quel est le prix acceptable pour une prestation donnée dans l'environnement valaisan ?

De toutes façons, c'est toujours trop cher ! Et je paie 10% du tout, en plus de la franchise, alors...

Nous ne possédons aucune donnée suffisante nous permettant de fixer le juste prix. Il est en fait fixé actuellement par négociations entre les assureurs, les prestataires de soins et l'Etat. Il est plus ou moins en adéquation avec les autres cantons. Il permet surtout de maintenir le navire à flot. Personne n'a intérêt à ce que tout le système sombre. Nous payons, par la prime des assurances et par nos impôts, une structure hospitalière qui n'a pas encore fait la preuve de son efficacité par le «stress test» (17, page suivante) de la concurrence. Autrement dit, en Valais, nous payons le prix maximum sans savoir quel pourrait être le prix minimal.

Cela me rappelle mes impôts... Au niveau du vécu du dogme unique, l'Etat du Valais s'est bien débrouillé dans le domaine de la santé, non?

Oui en effet, nous avons remplacé les hôpitaux régionaux par l'Hôpital du Valais. L'objectif était de piloter le système efficacement dans l'environnement valaisan. En contre-partie, on a perdu nos compétences à faire face à la concurrence.

Cependant, au moment où l'Etat du Valais avait mis dans ses mains d'une manière quasi monopolistique le marché hospitalier valaisan, celui-ci s'est dérobé devant lui par l'effet d'une nouvelle loi fédérale qui a imposé l'ouverture aux autres cantons. Les patients valaisans ont ainsi échappé à une captivité hospitalière qui leur était destinée.

L'Etat du Valais se retrouve propulsé comme l'unique «actionnaire» d'un hôpital soumis à une grande concurrence dans un marché de la santé suisse qui pèse environ 68 milliards (18). Le principal enjeu pour nous est, dès à présent, de développer une stratégie et une culture d'entreprise qui permettent de faire face à cette

(17) Terme repris dans le domaine bancaire. Il permet de mesurer la capacité de la banque à faire face à une crise boursière

(18) «L'ouverture des frontières cantonales dans le cadre du libre choix de l'hôpital favorisera la concurrence entre les cliniques et les établissements hospitaliers de Suisse. Même si, fondamentalement, elles n'ont pas de rapports entre elles, deux modifications majeures du système de santé suisse entreront en vigueur en 2012. Le nouveau financement des hôpitaux (il serait plus correct de parler de financement des prestations) et la facturation des prestations stationnaires selon un système unique appelé système DRG (Diagnosis Related Groups).» - Blog du professeur Thierry Carrel (2011)

nouvelle concurrence. Comme déjà dit, le challenge économique remplace aujourd'hui brusquement le challenge de la qualité qui a trop focalisé notre attention ces dernières années.

Soyons quand même réalistes. On ne part pas la fleur au fusil. Actuellement, ce sont d'ailleurs plutôt les patients valaisans qui partent du canton.

La situation de départ est très difficile. Le Valais est saigné financièrement par un «taux de fuite» de patients (19) inquiétant. De plus en plus de patients, en particulier dans les traitements d'orthopédie, décident de se faire soigner à l'extérieur du canton. La loi nous impose de financer selon certaines règles ces traitements. Par ce financement, nous favorisons très directement les systèmes de santé des autres cantons.

Si notre offre était adéquate et de qualité, nous serions attractifs et nous pourrions injecter ce que nous payons aux autres cantons dans notre propre système de santé. Bruno Perroud, député suppléant UDC au Grand Conseil, a fait état de 100 millions de pertes annuelles pour notre économie de la santé (20). Les choses pouvant aller en s'accélération, le risque d'une implosion doit être considéré dès à présent comment une hypothèse possible.

Woaw! Du monopole, on frise le dépôt de bilan. Cherchez l'erreur, mais nous avons promis, dans ce chapitre de ne plus accabler Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay. Bref, comment agir?

(19) Taux de fuite : taux de patients hospitalisés hors canton.

(20) Intervention au Grand Conseil, 11 juin 2015.

La première condition du succès est d'obtenir le retour à la confiance. Nous avons déjà évoqué la confiance comme étant la condition de tout succès. De mon point de vue, la confiance ne peut revenir en l'absence de transparence dans les processus. Ce travail est en bonne voie. De plus, **le principe d'imputabilité** doit être appliqué à toutes les personnes participant à ces processus. Je veux dire par là qu'un acte commis doit pouvoir être mis à la charge d'une personne qui doit rendre compte et le cas échéant, répondre dudit acte.

Il s'agit du pendant, mais côté bâton, pour obtenir une responsabilisation des acteurs du système. Nous avons constaté combien le sentiment d'impunité s'est développé face à l'incapacité des dirigeants d'assumer les conséquences de leurs décisions. Il n'est pas acceptable que des personnes interviennent souverainement dans une chaîne de soins sans concertation suffisante. Et ce, en imposant parfois des mesures absurdes qu'ils n'auront pas à assumer.

On avait dit: pas de Monsieur le Conseiller d'Etat Maurice Tornay, mais bon... Il n'y avait pas que lui dans la pétardière de ces dernières années, soyons justes.

Nous avons vécu ces dernières années régulièrement de telles anomalies, qui ont mis en danger les patients et qui ont exposé les soignants à des procédures. L'impunité pour les responsables a développé une perte de confiance qui a justifié la défiance de la population.

Il y avait de quoi...

Soumis au devoir de rendre compte, le planificateur sera plus enclin à partager la responsabilité de ses décisions et aura à cœur de chercher à mesurer l'impact de sa planification. D'autre part, il limitera son rôle à sa stricte nécessité. Il n'interviendra pas là où l'économie de marché fonctionne à satisfaction. Le principe d'imputabilité appliqué au système de soins est à mon sens nécessaire au rétablissement de la confiance et permet d'obtenir un juste équilibre entre un Etat excessivement planificateur et une économie sauvage à la recherche du profit avant tout.

Les responsables répondent de leurs actes, bons ou mauvais. Et après?

Ces conditions «morales» obtenues - soit la transparence et l'imputabilité dans le système de soins - nous pouvons aller plus loin dans notre réflexion. Cette réflexion doit porter sur le rôle de la planification dans le système de santé. Nous avons vu que les bonnes conditions pour notre économie de la santé résident dans un bon mélange entre économie de marché et économie planifiée. En fait, le système ne doit pas être planifié mais régulé.

Alors là vous me soufflez. Depuis le début, on parle de planification. Vous avez même montré en quoi elle trouvait sa légitimité dans la recherche de la meilleure allocation des ressources publiques. Et vous me dites maintenant qu'il ne faut plus planifier. Vous vous contredisez?

En apparence seulement. Il s'agit de savoir dans quelle mesure et où l'Etat doit intervenir. Il doit le faire pour corriger des dérives mais absolument pas pour dicter les conditions du marché. Il n'en

a tout simplement pas les compétences. Il ne s'agit pas d'une critique. La réalité est que personne n'est en position de savoir aujourd'hui quelles seront les conditions qui imposeront les règles, ne serait-ce que dans cinq ans.

Les économistes prennent en compte par exemple des éléments tels que le vieillissement de la population pour faire des projections (21). Ces indicateurs ne permettent pas une vision suffisamment exhaustive pour diriger correctement tout un système complexe comme la santé. Tout au plus, aura-t-on des prévisions de coûts et l'on pourra prévoir le nombre d'EMS à construire.

En planification comme en médecine le principe «*primum non nocere*» s'impose. Il vaut donc mieux réguler sur la bases d'éléments factuels que de prendre le risque de planifier sur du vent.

Nous voilà dans de l'économie d'éolienne, maintenant! Vous ne pouvez pas dire que les planificateurs travaillent sur du vent. Vous allez provoquer une nouvelle tourmente après avoir déjà ouvert une boîte de Pandore qui a suffisamment fait parler d'elle.

Je prends ce petit risque. On ne joue pas tout-à-fait sur les mots. Planifier consiste à dessiner pour le futur un système de santé que le planificateur imagine idéal. Il s'agit-là d'une chimère. Un seul argument devrait vous convaincre. Nous avons vu que le sys-

(21) «En 1950, peu après la création de l'AVS, l'espérance de vie d'un homme était de 66 ans, elle dépasse aujourd'hui 80 ans (85 ans pour les femmes). Les experts estiment que l'allongement de la durée de vie se poursuivra au cours des prochaines décennies.» David Hiler - *Le Temps* - 16 avril 2015

tème de santé se construit obligatoirement dans le cadre d'un large consensus. Les quelques-uns qui se sont attribués le droit de parler abusivement au nom des autres, en ont eu pour leur frais. Qui est capable de prévoir quel sera le consensus de demain? Personne ! L'avenir n'est heureusement pas écrit dans les étoiles. Réguler consiste à intervenir sur des faits constatés. Un consensus actuel permet de se mettre d'accord sur les mesures à prendre.

Au final, le système de la santé est laissé à lui-même dans une grande anarchie. Les requins de toutes sortes auront la part belle. La santé valaisanne risque d'être un mauvais remake des «Dents de la mer». Est-ce acceptable?

Le système de la santé doit évidemment être régulé mais surtout doit être **bien** régulé. Il faut tenir compte des nombreux intervenants, des intérêts divergents, des attentes différentes, des enjeux financiers majeurs, des nombreux emplois et des salaires à assumer, des nouvelles technologies, du spectre changeant des pathologies, etc. Vous le relevez, il s'agit d'éléments divers et complexes. Le système de santé doit non seulement être régulé mais l'être principalement par lui-même.

L'économie de marché permet par la concurrence, par une meilleure gestion des risques, par une responsabilisation plus directe de ses acteurs, une bonne part de cette auto-régulation. Des dérives peuvent survenir. Une captation des ressources communes au profit d'une minorité peut être évoquée. L'Etat y joue un rôle fondamental. Il lui revient le devoir de garantir un bon niveau de solidarité permettant un accès équitable aux soins pour toute la population. La légitimité de l'action de l'Etat se trouvera dans le consensus «*social*» indispensable auquel nous avons déjà fait allu-

sion. Hors consensus, l'Etat en outrepassant sa légitimité, va engendrer une situation de tension. Le système de santé se développera en fait en dehors des attentes de la population.

Il y a parfois déjà un peu de ça, si je peux me permettre. Et à part l'Etat, dans votre idée de régulation?

Tous les autres acteurs auront aussi, à leur niveau, un devoir de régulation. Les médecins doivent déterminer quelles sont les thérapies efficaces et les utiliser à bon escient. Les équipes médicales doivent réguler leur fonctionnement pour développer une culture de l'erreur. Les assureurs doivent contrôler que les factures correspondent à des prestations. Les patients doivent faire valoir leur droit à l'information. Bref, la liste est illimitée. Le système doit se réguler grossièrement comme un organisme vivant. De temps en temps, une poussée de fièvre permet une remise à plat nécessaire. L'Etat comme garant du consensus «social» est alors légitimé à agir.

Je comprends que l'Etat ne doit pas intervenir à tous les niveaux. Comment déterminer pour les autres acteurs le bon niveau de leur action? La théorie est facile, j'attends la pratique, moi.

Voilà une question qui nous permet de faire une synthèse en reliant deux concepts que nous avons abordés:

1. Imputabilité (bâton) et responsabilité (carotte) pour tous les acteurs du système de santé.
2. Apprentissage par le feed-back.

En complétant votre question, je proposerai (en gras):

Chaque acteur du système de santé agit à son bon niveau si d'une part, il est en capacité de mesurer directement le feedback de ses actions et que d'autre part, il peut être tenu responsable des effets de ses actions.

Nous avons discuté de l'apprentissage par l'erreur. Nous avons vu l'importance du feedback comme moyen de mesurer l'impact d'une action. Nous avons montré combien ce feedback est très direct quand vous conduisez un véhicule. Il vous permet un apprentissage rapide.

L'erreur médicale considérée comme feedback est à la base d'une culture de la qualité. En matière de planification, les feedback sont plus sournois. Il est en effet plus difficile de montrer une causalité entre la décision de planification et ses conséquences. En effet, les intérêts étant multiples, les acteurs du système de santé auront à cœur, pour se protéger, de corriger subrepticement certains effets, qu'ils jugent de leur point de vue comme gênants. Certaines mesures prises par l'état seront ainsi facilement détournées. A ce jeu, au mieux la planification est inefficace; au pire, elle engendre des conséquences néfastes qui malheureusement touchent un grand nombre de patients. De plus, personne en fine ne peut plus être rendue directement responsable des éventuelles perversions cachées provoquées par cette planification. La chaîne de responsabilité est rompue. Au final, je peux considérer que je prends des décisions au bon niveau si je suis capable de comprendre les conséquences de mes actions et si, de plus, je suis en position de devoir rendre des comptes en cas de problème. Si j'agis, en dehors de ces deux conditions minimales, mon action doit être considérée comme illégitime. Elle va à l'encontre de la capacité du système à s'auto-réguler. Elle entraîne le flou que favorise l'impunité.

Si je résume l'Etat ne doit pas créer les conditions de l'impunité. Ai-je bien compris le pourquoi du comment?

L'Etat ou d'autres acteurs. Prenons un exemple. L'Etat pourrait décider que seules deux journées d'hospitalisation seraient à la charge de l'assurance-maladie après un accouchement. Ces contraintes financières auront comme résultats pervers une recrudescence de décès par infections puerpérales qui se déclareront à domicile. Grand retour à Semmelweis (22) et à la médecine du 19^e siècle que nous avons déjà évoquée. Il ne s'agit pas ici d'une fabulation. Cet exemple historique s'est malheureusement passé au USA (23). Qui est responsable de ces décès? Le planificateur, le gynécologue, l'hôpital ou le patient qui n'a pas voulu ou pu payer une journée d'hospitalisation supplémentaire? En tout état de cause, le planificateur n'a pas les compétences pour juger des risques médicaux provoqués par une systématisation de séjours courts post accouchement. Il n'était pas en position d'anticiper le feedback. Cette décision appartient aux gynécologues qui sont les seuls à pouvoir juger de cas en cas.

De façon plus intelligente, l'Etat aurait pu donner un cadre favorisant une diminution des séjours en prévoyant un forfait (24) pour l'ensemble de la prestation, accouchement et séjour hospitalier compris. Dans une telle situation, seul le gynécologue aura la responsabilité de la qualité du traitement. Il sera rendu responsable d'un éventuel problème. Il aura à coeur de déterminer - car il reçoit les bons feedback - les conditions efficientes (meilleur rapport qualité/coût) pour chaque accouchement.

Il faut bien comprendre ici qu'il déterminera les conditions jugées optimales pour chaque femme qui accouche. Contrairement au planificateur, il ne fera pas appel à un concept fictif qui détermine

l'efficience moyenne de l'accouchement sur une base statistique. Cet exemple nous montre combien l'intervention étatique doit se faire en finesse. Il faut éviter de débouler comme un éléphant dans un magasin de porcelaine. Lorsque tout est cassé, qui paye?

Son cornac?

Ma réponse est claire. Lorsque l'Etat ou un autre acteur du système, a brouillé par une mauvaise régulation la chaîne de causalité, il lui appartient de répondre comme garant final. Peut-être une réflexion pour nos juristes?

Il me faut plus d'eau concrète à votre moulin. J'appréhende la chose, elle me semble tenir, il me manque pourtant encore quelques éléments pratiques.

Prenons deux exemples, dans deux domaines qui ont énormément développé la culture de la qualité: l'aviation et la médecine. Ils devraient nous permettre de comprendre pourquoi l'Etat

(22) Lire p. 89 de cet ouvrage.

(23) Au USA en 1970 la durée moyenne du séjour hospitalier après accouchement était de 4 jours. Sous la contrainte d'une forme de rationnement des soins, cette durée était de 2 jours en 1992. Des accidents infectieux sévères survenus chez les mères et les nouveaux-nés ont été rapportés. La journée supplémentaire étant facturée de 700 à 1000 dollars, les économies réalisées par cette diminution de la durée de séjour étaient considérables. Anne-Laurence le Faou, "Les systèmes de santé en questions", Editions Ellipses

(24) SwissDRG, système est en vigueur depuis le 1er janvier 2012, va dans le sens donné ici.

possède une sorte de propension naturelle à intervenir au-delà de ses compétences. J'apprenais dernièrement, par la lecture d'un quotidien, que les pilotes d'hélicoptères suisses devaient, en raison d'un changement de lois, cesser leur activité professionnelle à 60 ans. Interloqué, je téléphonais à Roland Brunner, pilote et instructeur, pour lui demander quelles en étaient les raisons. Je voyais une seule légitimité à une telle mesure: le risque d'accident provoqué par le pilote devait s'accroître exponentiellement après 60 ans. Aucune donnée ne confirme cette hypothèse. Roland me précisa que l'on pouvait piloter au-delà de 60 ans mais en tandem dans des hélicoptères prévus pour un pilotage à deux (cabine de pilotage type avion de ligne). De tels hélicoptères, gros porteurs, sont inutiles en Suisse. Ils ne sont pas adaptés aux missions de sauvetage ni de transport que nous effectuons régulièrement dans nos montagnes et sur le plateau. Mais d'où pouvait donc venir une telle loi aberrante? La Suisse a repris telles quelles des directives internationales. Celles-ci ont été pensées pour minimiser les risques liés au transport, notamment de personnel, sur les plateformes pétrolières off shore. L'application de cette mesure en Valais entraîne la perte des pilotes d'hélicoptères les plus expérimentés sans apporter plus de qualité.

C'est vrai qu'en Suisse, les plate-formes pétrolières off shore pululent.

Les coûts pour nos compagnies augmentent en raison, entre autre, de la nécessité de prévoir un ajustement de notre 2ème pilier. Globalement, cela illustre comment l'Etat peut bêtement baisser la compétitivité d'un secteur en sacrifiant des compétences humaines. Certains pilotes iront voler sous des cieux plus

cléments sans que l'on trouve trop à y redire. Les règles de planification ne sont donc pas universelles. Elles ne sont utiles que si elles s'adaptent au terrain.

Et à part les hélicoptères?

Le deuxième exemple touche directement la médecine valaisanne. La Lamal prévoit pour les cantons une obligation légale d'établir une planification hospitalière. Contrairement à l'exemple précédent, les règles ne sont ici pas définies par un cadre juridique supérieur. Chaque canton peut décider souverainement de la manière de planifier. J'entends par là que le canton peut juger du degré de sa régulation. Le canton de Zurich - qui a des moyens et des intérêts évidents - a proposé un modèle de planification. Un grand nombre de cantons, par manque de moyens, de compétences, par facilité ou plus simplement parce que le modèle est jugé applicable, l'ont repris. Ce modèle, d'une rare complexité **(25, page suivante)**, cherche à concentrer les pathologies rares dans les mains d'un minimum de prestataires (recherche de masse critique). Il limite la course au bon risque (équité des cliniques privées et des hôpitaux publics). Il impose des conditions d'infrastructures qui sont supposées augmenter la qualité des prestations (équité dans la charge liée aux coûts d'investissement). Nous avons vu les conditions exceptionnelles de l'hospitalier valaisan : un hôpital (l'Hôpital du Valais) et quelques autres structures hospitalières sans poids réel dont la clinique de Valère. Ce modèle zurichois a été appliqué en Valais. **Si l'on considère le domaine de l'hospitalier en soins aigus, le résultat est accablant.** Il revient à décider, à l'intérieur de l'Hôpital du Valais, ce qui doit être effectué sur les différents sites. Ce modèle réanime donc les

structures régionales que nous avons combattues pour permettre à l'hôpital de se restructurer par lui-même. Il sous-tend que les patients ne peuvent pas passer d'un étage à l'autre dans la même structure hospitalière.

On revient à la case départ où le serpent se mord la queue.

Je reste encore interloqué en voyant que les dirigeants de l'hôpital acceptent que le Département de la santé vienne leur dire comment faire les choses dans les différents sites sans cependant prendre la moindre responsabilité. Pour la clinique de Valère, les implications du modèle étaient stupéfiantes. Nos orthopédistes pouvaient par exemple poursuivre leur chirurgie de l'épaule mais à condition de ne pas le faire par les nouvelles techniques d'arthroscopie.

Pour être payés, nous devions revenir aux anciennes cicatrices. Une baisse de la qualité était ainsi directement provoquée par le modèle qui justement était censé l'améliorer. La direction de la

(25) Daniel Savioz ajoute, hors texte: «Je ne résiste pas ici au plaisir de vous raconter l'anecdote qui illustre ce propos. En séance avec le Département, Madame le Dr Anne Ducrey - l'un des seuls médecins expérimentés qui, en Valais, s'est donné les moyens par un travail important de bien comprendre ce modèle de planification - pointait une énième incongruité. Chaque partie sur son ordinateur cherchait en vain dans des listing infinis l'endroit du problème. Après un long silence quelque peu gêné - la tension était palpable - quelqu'un faisait opportunément remarquer que nous ne travaillions pas sur la même version du modèle de planification. Les Zurichois sur leur XIème dernière version avaient déjà corrigé sans qu'en Valais nous ne l'avions même soupçonné.»

clinique, considérant le risque d'une telle planification, se voyait dans l'obligation d'informer le personnel du risque touchant l'existence même de la clinique. Une rencontre avec la Cheffe du Département permettra de faire le point et de sortir de l'ornière. A l'évidence, le Département de la santé s'était senti dans l'obligation d'appliquer le modèle dans toute sa rigueur, en très bon élève, afin que l'on ne puisse rien lui reprocher.

Dans la situation que le Valais avait vécu, une telle position était explicable. Mais en aucun cas, il n'avait mesuré combien il intervenait dans des domaines qui échappaient à ses compétences, en fait à sa capacité d'anticiper les feedback. Cela sautait aux yeux. A nos demandes répétées, nous n'avons pu obtenir une quelconque, même petite, étude d'impact.

La morale de l'hélico à 60 ans et des modèles zurichois?

Simplement que l'Etat cède de plus en plus - il s'agit ici d'une dérive européenne - à une application excessive du principe de précaution. Plutôt que de garantir un cadre qui permet une prise légitime de risque, il intervient pour se protéger lui-même d'éventuels futurs reproches.

Le Département - face à des remarques corrosives que je me sentais en droit de faire tant la dérive me paraissait dangereuse - avait bon jeu de se retrancher derrière le modèle «universellement utilisé» Et ainsi, il était en règle avec la loi.

Cette planification à la zurichoise, appliquée en Valais, entraîne suffisamment de flou pour que plus personne ne soit à terme responsable de quoi que ce soit. Un vrai autogoal pour notre système de santé. Et les mêmes qui pensent le défendre, le poussent en réalité vers l'abîme.

Ben alors, mettez-vous à leur place, vous auriez fait quoi, vous-même personnellement?

Les objectifs de la planification hospitalière devaient être définis en tenant compte du contexte cantonal. Puis des mesures de planification pouvaient être proposées en vue d'améliorer les choses. Et non l'inverse!

La planification pour ces prochaines années doit prioritairement permettre de diminuer le taux de fuite qui s'aggrave. L'Etat doit préserver nos ressources financières. Au monde médical de garantir la qualité des soins. Et non l'inverse!

Il faut à l'évidence profiter de notre marge de manœuvre pour défendre notre système plutôt que de le soumettre à un nouveau stress contre-productif. L'exercice de planification selon le modèle zurichois aura accouché d'une souris. La réalité du terrain est en train d'imposer ses exigences.

Mais encore...

Nous avons vu que notre système valaisan était en concurrence directe avec les autres cantons et qu'il pâtissait d'un taux de fuite excessif. **La première mesure concrète est de donner aux patients valaisans un choix cantonal.** Il s'agit de favoriser la concurrence là où elle existe déjà entre le domaine privé et public. Chaque patient qui reste dans le giron valaisan permet de financer notre système plutôt que de subventionner nos concurrents (26). **Il est donc nécessaire de ne pas asphyxier le secteur hospitalier privé qui, en Valais, est pour l'heure fragile.** Il faut voir le développement de l'offre privée comme un bon moyen de réduire le taux d'hospitalisation extra-cantonal. Là où les masses

critiques sont suffisantes et permettent une saine concurrence, l'Etat doit donner des mandats de prestation tant au secteur public que privé. Et pour l'heure, les décisions ont été infléchies dans ce sens.

La concurrence à tout prix ne serait pas nécessairement la panacée?

Nous devons voir qu'il n'y a pas de grand intérêt à développer une concurrence dans un marché de niche, même très rémunérateur. Celle-ci limite à terme les possibilités de développement de chaque structure. La force de la concurrence ne doit plus se mesurer dans un hypothétique marché cantonal fermé mais dans le marché suisse. Là où la concurrence dilue par trop les forces valaisannes, l'Etat doit intervenir pour obliger les partenaires à adhérer à des partenariats public-privé (PPP). La cardiologie interventionnelle en est un bon exemple. En attendant que la concurrence limite trop le développement des structures existantes, nous prenons le risque de devoir faire face dans quelques années à une hémorragie de patients qui se feront traiter dans d'autres cantons.

L'Etat pourrait tout simplement décider de ne pas octroyer de mandats pour l'un des acteurs?

(26) Pour résumer et la faire simple, lorsqu'un patient valaisan part se faire soigner dans un établissement agréé en-dehors Valais, c'est «le canton de domicile qui prend en charge les frais à hauteur du montant d'un traitement comparable dans un hôpital de la liste des hôpitaux du canton de domicile.» Toutes les explications sur: http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Informationen_zu_SwissDRG/140424_FreieSpitalwahl_F.pdf

C'est ce que la planification valaisanne 2015 prévoit pour la cardiologie interventionnelle. Mais l'Etat ne peut que planifier sur le domaine hospitalier. Le domaine ambulatoire lui échappe alors que la vraie révolution est en train de se faire de ce côté.

Nombre de traitements ne nécessitent aujourd'hui plus d'hospitalisation. Des structures ambulatoires intéressantes se développent aussi en Valais. Elles doivent cependant s'adosser à une structure hospitalière.

Définir des PPP entre les structures valaisannes hospitalières et ambulatoires est un bon chemin pour éviter les hospitalisations extra-cantoniales. L'Etat doit jouer son rôle en poussant à ce nouveau type de collaboration. Le marché valaisan de la médecine semble particulièrement s'y prêter.

A ma connaissance, l'Etat est propriétaire de l'Hôpital du Valais. Inconsciemment, le risque existe qu'il limite la concurrence et permette ainsi à l'hôpital de vivre d'une rente de situation?

Nous avons parlé de la responsabilisation nécessaire pour tous les acteurs du système par la notion d'imputabilité. Il faut en parallèle obtenir que les acteurs ne puissent plus être en situation de conflits d'intérêt. Il n'est pas sain de devoir porter plusieurs casquettes, le coup de chaleur nous guette.

C'est actuellement cependant le cas pour l'Etat qui se retrouve en position d'arbitre dans des négociations tarifaires hospitalières tout en devant défendre la position de propriétaire de l'hôpital public.

Amis de la schyzophrénie, bonjour!

L'Hôpital du Valais, quoiqu'autonome, dépend en fait totalement de l'Etat. On voit bien que cette situation malsaine ne saurait se prolonger. Deux solutions peuvent être envisagées. Soit le financement passe du système dual actuel à un système moniste (27) en main, par exemple, des uniques caisses maladies. Soit l'Hôpital s'affranchit totalement de l'Etat en devenant une société anonyme. Les deux solutions ne sont d'ailleurs pas incompatibles. Elles permettraient à l'Etat de se limiter à ses devoirs régaliens et de remplir sans compromis son rôle d'autorité de surveillance. Une privatisation de nos hôpitaux, en tout cas partiellement comme c'est le cas avec la Banque cantonale du Valais (28), permettrait à d'autres acteurs, en prenant des parts, de participer aux risques financiers mais également d'obtenir des dividendes. Une dynamisation du secteur serait ainsi obtenue.

Le Valais aura-t-il une vision libérale pour son secteur hospitalier?

Je l'espère. Une telle révolution hospitalière nous mettrait en conformité avec les exigences de l'économie de marché qui est en train de submerger le secteur de la santé en Suisse. Une évolution qui, si nous ne l'anticipons pas, nous sera peut-être, dans de moins bonnes conditions, imposée par la situation difficile de nos finances cantonales. Soyons proactifs, réfléchissons, étudions et si nécessaire: OSONS!

(27) *Le financement moniste : la responsabilité en matière de financement (charge du paiement) est confiée à un acteur unique du côté de la demande. De ce fait, à chaque offre de prestations correspond un agent payeur.*

(28) *Statuts de la BCVS: <http://www.bcvs.ch/fr/la-bcvs/gouvernement-dentreprise/loi-et-statuts.html>*

Devoir d'inventaire

Oser être différent. Oser conjuguer Etat et privé. Oser enlever des aillères partisans. Oser une nouvelle médecine. On verra si l'évolution du marché prête une oreille attentive à vos suggestions.

Nous avons notre destin dans nos mains. A nous de le saisir. Je suis tout de même dubitatif au stade de terminer notre discussion en quasi solitaire. Je ne vois en effet pas un seul lecteur qui ait eu la patience de nous suivre jusqu'ici. Et comme nous sommes donc entre nous, je me permets une petite remarque. Je m'attendais encore à une question. Je m'y étais préparé. Et vous ne me la posez pas.

Je vais la faire sobre: l'avenir?

Bien joué. En effet, mon pronostic sur l'avenir. Et bien voilà... On doit constater que notre système, après tous ces événements, doit globalement être jugé comme inférieur à la moyenne des autres cantons. Selon la loi de la «régression vers la moyenne» (29), on peut s'attendre à une amélioration dans le futur. Voilà enfin une excellente nouvelle! La seule question cependant qui ait du sens est celle de savoir si cette amélioration sera due aux lois du hasard ou à une bonne gestion des affaires. L'avenir nous le dira!

(29) «Régression vers la moyenne» est une expression statistique signifiant une égalisation des extrêmes ; si une variable est extrême à sa première mesure, elle tendra à se rapprocher de la moyenne à la mesure suivante.

Postface

Du devoir d'inventaire au Devoir de mémoire

Jean-Claude Pont

Postface

Le livre de Savioz et Cerutti est un livre nécessaire, malgré tout ce qui a été écrit sur la question, par nous et par d'autres. Mais il manquait alors nombre de pièces, qui étaient à venir, ou que Daniel Savioz ne pouvait pas produire, n'ayant pas encore été blanchi dans son action pénale. Devoir d'inventaire dit des moments forts de la longue et douloureuse marche, qui a conduit des ténèbres des années 2004-2014 à la renaissance actuelle.

C'est en fait le courageux rapport de la CEP / RSV (*Commission d'enquête parlementaire*), signé par les treize députés commissaires, qui a mis un point final à cette période très chahutée de notre système hospitalier. Si ce rapport en est le terme, c'est bien l'action héroïque conduite par le professeur Savioz qui a en a été le détonateur, action menée nonobstant les risques et les conséquences encourues, sous une énorme pression politique, médiatique, populaire. Faisant face aux vents contraires et à une opinion publique abusée il a, imperturbable, gardé le cap, encouragé et épaulé par son épouse Claire.

Depuis mai 2014, le RSV, devenu entre temps l'Hôpital du Valais (HVS), a retrouvé de la sérénité et la nouvelle gouvernance, qui se met en place en cette année 2016, achèvera de lui donner la stabilité qui permettra à la compétence médicale qui s'y trouve de s'exprimer pleinement. Même si des forces d'arrière-garde sont peut-être encore à l'oeuvre à l'intérieur, en particulier celles qui constituaient la garde prétorienne du RSV, celles qui bénéficiaient des largesses de l'ancienne gouvernance.

Certes, il n'est pas sûr que la maison hantée que nous avons découverte au début de notre action ne soit complètement vidée de

ses fantômes au large spectre, ces ombres qui ont fait de l'ombre, précisément, au travail rationnel dont l'institution était capable. Relents d'un passé désastreux, s'agitent encore dans les interstices du Service de la santé des esprits dont la trace est perceptible au connaisseur. On y ressasse les mêmes théories, on s'accroche à des thèses déjà démontrées fausses et dont l'origine remonte à des perversions d'un autre temps, un temps où le Conseiller d'Etat Maurice Tornay et d'autres régnaient sur ce service. Et l'on s'emploie toujours à contrarier la mise en place de collaborations souhaitables, comme celles entre le public et le privé. On disait autrefois que le renard du désert effaçait de sa queue ses traces sur le sable !

En a-t-on pour autant fini avec feu le RSV ? Point encore car il reste le devoir de mémoire. Il convient d'abord de se souvenir de ce qu'enseigne le Rapport Houben : entre 2010 et 2014 une trentaine de patients sont décédés en chirurgie viscérale hautement spécialisée, suite à une intervention mal conduite ou déconseillée, et qui n'auraient pas dû mourir. Sur la conscience de qui porter ces morts ? Sans doute pour une part sur celle d'une gouvernance laxiste et incompétente, et d'un Conseiller d'Etat victime de son aveuglement. Et ces malades qui meurent en attendant la venue d'un cardiologue de garde arrivant 90 minutes après leur admission aux urgences, au passif de qui les inscrire ? Il a fallu cinq ans d'une bataille menée par notre Collectif pour que les cardiologues de garde aient l'obligation de résider à proximité de l'Hôpital, ce qui est le cas depuis le 1er janvier 2015. Et les personnes victimes de mobbing et celles licenciées abusivement, des dizaines pour ne pas dire quelques centaines, avec leurs familles affligées, ont-elles seulement reçu la moindre excuse ? Sans ces devoirs de

mémoire, on laisse libre cours à la propagation de dénis de vérité, que l'on observe encore de nos jours sous la plume de journalistes irrespectueux de la déontologie de leur métier.

Et le professeur Savioz, s'est-on au moins excusé à son endroit, l'a-t-on réhabilité, a-t-on restauré son image encore écornée par M. Charles Kleiber deux ans après que le procureur l'a blanchi ? La CEP en son rapport déclare (p. 39) qu'elle déplore « *la manière dont le Dr. Savioz a été traité* ». Et le ministère public, quant à lui affirme que le professeur Savioz n'a « *rien recherché d'autre que l'amélioration de la qualité des soins apportés aux patients* ». Cela n'eût-il pas suffi pour que les erreurs du gouvernement soient reconnues haut et fort ? Ce devoir de mémoire l'a-t-on exécuté, ces lois mémorielles, les a-t-on respectées ? Assurément non et il s'en faut.

Le devoir de mémoire, assorti de lois mémorielles, est une obligation morale d'un Etat de se souvenir des souffrances que son action, ou une action qu'il a cautionnée, ou d'une action à laquelle il n'a pas été attentif, mais dont il est responsable, a pu causer. Ce devoir exige d'abord qu'il y ait reconnaissance formelle des torts causés, ensuite qu'il y ait, dans la mesure du possible, réparation. D'une manière générale, on peut apprécier dans ce livre l'absence d'esprit de revanche de Daniel Savioz, quand tout aurait pu l'y inciter. Il ne règle pas des comptes, il dit la vérité, ce qui est autre chose ! Mais surtout, à bien le lire, l'ouvrage est porteur d'espoir et d'avenir. Si l'on ne veut pas bâtir sur le sable, il faut assurer les fondements, c'est-à-dire nettoyer le sol et les fondements. Et c'est là le rôle de l'histoire. Des racines malades empêchent l'arbre de porter des fruits. Malgré les avanies subies, malgré l'absence d'ex-

cuses et de réhabilitation, Daniel est toujours prêt à tendre la main, à renouer, à effacer si l'intérêt des patients y trouve son compte.

Dans la première partie du livre, Daniel Savioz rappelle clairement les exigences en matière de qualité, exigences qu'il a défendues dès sa thèse (**p. 87 du livre**) et au long de sa carrière : analyse des feedbacks et des complications postopératoires, mise en commun, reconnaissance de l'erreur, forme opaque et hiérarchisée, contre forme transparente et participative (**p. 49**), etc.

Il s'agit dans la suite du livre d'autres choses, des choses que l'on dit « *sonnantes et trébuchantes* ». Le temps et l'argent engouffrés dans des audits de toutes sortes (*COGEST ; FHF ; CEP*) disent assez l'insigne faiblesse de la gouvernance qui a sévi dans la décennie 2004-2014. Son absence de vision et la médiocrité de sa gestion pendant cette décennie, nous placent devant des années difficiles. En particulier, il faudra assumer et digérer les nouvelles charges liées à notre participation à l'Hôpital de Rennaz. Il convient donc de rationaliser et rationaliser ça passe aussi par un partenariat avec toutes les forces présentes, s'unir pour être plus forts. Dans ses propositions, Daniel Savioz insiste sur le fait que la révolution de la qualité, objectif premier et primordial pour l'HVS, doit être prolongée et amplifiée par un autre objectif, qui vise un financement optimal de notre système de santé pendant qu'il est temps.

Les patients valaisans et les soignants de l'HVS, comme l'ensemble de la population valaisanne, méritent un outil de travail et une gouvernance performante, participative et humaine. Les changements survenus en mai 2014 et ceux annoncés récemment laissent bien augurer de l'avenir. Alors qu'il avait jusque-là fonctionné

comme un vaste réseau d'opposition, d'une opposition constructive, notre Collectif, prenant conscience de ces changements, a établi avec l'équipe dirigeante des collaborations fructueuses et franches et il poursuivra dans cette voie.

Nos vœux l'accompagnent dans cette entreprise, difficile mais enthousiasmante !

**Action du Collectif
pour le Réseau Santé Valais
(RSV)**

Succès total

Jean-Claude Pont

Mai 2015

« Nous nous étions imaginé que l'opinion serait surprise et conquise d'un coup, comme nous l'avions été nous-mêmes, par une divulgation soudaine, totale, irrésistible de la vérité. (...) Pas du tout. Le journal qui s'était offert le premier à la cause révisionniste, procéda par une instillation goutte à goutte ; on vit se succéder de jour en jour de courtes notes, habiles, enveloppantes, progressives, pleines de mots couverts et de sous-entendus (...) qui sans doute piquaient la curiosité, mais qui éveillaient aussi une sourde méfiance. »

(Léon Blum, A propos de l'Affaire Dreyfus, 1935, p. 56)

« Mais mon explication ne rend pas compte de ce phénomène inouï, la résistance volontaire, calculée, implacable, qui devait se prolonger durant des années, s'alimentant et se renouvelant elle-même, croissant constamment en intensité et en complexité. Elle gagna très vite les milieux politiques, les milieux de presse, la masse de l'opinion. »

(Léon Blum, A propos de l'Affaire Dreyfus, p. 63)

« Les Athéniens, à la vérité, lui firent boire de la ciguë ; mais on sait combien ils s'en repentirent ; on sait qu'ils punirent ses accusateurs, et qu'ils élevèrent un temple à celui qu'ils avaient condamné. »

(Voltaire, Essai sur les moeurs, (Classique Garnier), t. 1, p. 94)

« On doit, dans un siècle aussi éclairé que le nôtre, rougir de ces déclamations que l'ignorance a si souvent débitées contre des sages qu'il fallait imiter, et non calomnier. »

(Voltaire, Essai sur les moeurs, (Classique Garnier), t. 1, p. 96)

Succès total de l'Action du Collectif pour le Réseau Santé Valais (RSV)

par Jean-Claude Pont ¹

A la population valaisanne,

Vous avez pu suivre l'action que nous avons menée durant cinq ans en vue de débarrasser le RSV de ses démons.

A coups de contrevérités à répétition et de manipulations, on avait tenté au RSV de décrier notre engagement. Pour leurrer les forces politiques et administratives, induire la population en erreur, la gouvernance du RSV de l'époque nous a affublés de motivations grotesques et caricaturales : PLR contre PDC, Sierre contre Sion, Genève contre Lausanne, volonté de se mettre en évidence, etc. Un politicien y a même vu (*Le Nouvelliste*, 23 avril 2010) une tentative de Serge Sierro pour revenir en politique !

Le Rapport Houben (2014), le rapport de la COGEST (2011), accepté à l'unanimité par les commissaires, le récent rapport de la CEP (Commission d'enquête parlementaire), lui aussi signé par ses treize membres (parmi eux six PDC), toutes les interventions faites lors de la session du Grand Conseil du 30 avril nous ont donné totalement raison. Un coup d'œil aux trois *Bulletins d'information* que nous avons publiés avec Serge Sierro au printemps 2010, à mon livre de 2011 (270 pages), à tous les articles parus dans *L'1Dex* (qui a été pratiquement notre seule source de diffusion) sous la plume des uns et des autres, les trois rapports cités suffisent à montrer que tout ce que nous avons dénoncé a été reconnu, que toutes les personnes dont nous avons critiqué les graves carences, pour ne pas dire plus, ont été contraintes de quitter le RSV. Le point d'orgue dans cette succession de confirmations aura été la déclaration de M. Maurice Tornay, reconnaissant publiquement ses erreurs, même si, dit-on, cette dé-



« Débarrasser le RSV de ses démons »

¹ L'entier de ce document est visible sur le site L'1Dex.ch

claration lui fut très vivement recommandée par ses collègues. Le Conseil d'Etat lui-même, bien que du bout des lèvres, est lui aussi allé à Canossa. Comme le relevait l'écrivaine québécoise Reine Malouin, «c'est par notre silence que nous sommes les plus coupables».

Il n'en demeure pas moins que ces excuses sont anonymes, que nul, pas plus à la gouvernance de l'Hôpital du Valais qu'au Conseil d'Etat, n'a eu le courage élémentaire de les adresser **personnellement** aux médecins injustement traités, qui ont payé leur courage avec des licenciements abusifs, à leurs familles qui ont vécu de terribles épreuves, des personnes dont la carrière a été profondément bouleversée sous les seuls prétextes qu'elles disaient vrai et qu'elles le disaient courageusement.

Le « nous » de ce message n'est pas un pluriel de majesté. Il traduit le fait qu'à partir de notre trio initial de 2010 s'est constitué un Collectif large de personnes motivées, qui a permis ce succès de David sur Goliath. Y sont inclus des politiques courageux – ce qui est loin d'être un pléonasme – des journalistes (avec une **mention spéciale à L'1Dex !**), des médecins de l'Hôpital, des médecins privés, des soignants, de simples citoyens, des patients ainsi que toute une population diverse qui a eu le courage et l'intelligence de voir la réalité en face, au lieu de suivre ceux de Panurge. Par leur travail et leurs actions, la COGEST et la CEP font partie, au moins indirectement, de ce Collectif.

Les yeux mettent longtemps à se dessiller, après une très longue période dans les ténèbres. Les intoxications anciennes laissent des traces dans le corps social. Votre aide peut servir grandement la cause de la vérité contre le mensonge, de la justice contre l'arbitraire, pour éradiquer ces intoxications, maintenant que la vérité est pleinement établie. Et pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise jamais plus. **Pour cela, il faut transférer et diffuser les informations jointes au présent message**, des documents qui portent témoignage.

Par égard pour ceux qui ont laissé leur vie, leur santé dans ces carences, par égard pour ceux qui ont souffert du fait de leur courage,

les Daniel Savioz, Jean-Cyrille Pitteloud, Jean-Baptiste Favre, leurs familles, et des dizaines d'autres médecins-cadres avant eux, qui n'ont pas reçu la plus petite excuse, **il faut diffuser ce message**. Le triste épisode dont il est ici question est l'un des plus honteux dans l'histoire toute entière du Valais.

Gageons que le rapport de la CEP soit à l'orée d'une nouvelle ère pour le développement de la médecine hospitalière dans notre Canton, quand bien même il reste beaucoup à faire. Un pas important dans ce sens a été réalisé par la gouvernance, à l'oeuvre depuis mai dernier, qui a déjà apporté d'appréciables correctifs.

Notre Collectif aura joué un rôle décisif dans ce grand mouvement d'assainissement du RSV, aujourd'hui Hôpital du Valais. Dont acte !

De la pertinence de l'action de notre Collectif dans les affaires du RSV.

Extraits de documents officiels

(Etabli par Jean-Claude Pont)

Les extraits de documents officiels que nous proposons ici rendent compte du bien-fondé de notre action dans les affaires du RSV, établissent la pertinence de nos analyses, démontrent l'étendue et la qualité de nos informations. Ils méritent une large diffusion, pour que de telles situations ne se produisent jamais plus.

N.B. La mise en gras dans les citations est de Jean-Claude Pont. Des commentaires de nous accompagnent parfois les passages cités. Ils sont présentés en retrait sous le titre «Commentaire».

Les pages 73-74 du Rapport de la Commission d'Enquête Parlementaire (CEP)

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

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

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

» La CEP-RSV a également veillé à entendre différentes personnes extérieures à l'HVS à l'origine d'actions citoyennes depuis le début

des affaires en 2010. A ce titre, elle a notamment reçu MM. Jean-Claude Pont et Michel Ducrot.»

(p. 74) « **Actions de MM. Jean-Claude Pont, Serge Sierro et Michel Clavien**

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

» Leurs actions se poursuivent via plusieurs conférences de presse, différents courriers aux instances dirigeantes de la santé valaisanne ainsi que la récolte de témoignages. Jean-Claude Pont est également auditionné par la FHF et déposera auprès de la COGEST. En 2010, une action civile pour diffamation est lancée à l'encontre de MM. Pont et Sierro par le président du Conseil d'administration Raymond Perret ainsi que le directeur Dietmar Michlig. Cette dernière sera abandonnée par le Conseil d'administration le 15 mars 2012. En 2011, M. Jean-Claude Pont va notamment publier un ouvrage intitulé *Le Réseau Santé dans la tourmente*.

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

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

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

– Charles Kleiber : *Je crois à la sincérité de leur combat. Je suis convaincu qu'ils n'ont pas d'intérêt personnel dans cette histoire et qu'ils sont devenus les relais de plaintes et d'insatisfactions qui consti-*

tuent une partie du tableau sur lequel nous devons travailler maintenant. (...) On ne peut qu'être reconnaissants à Serge Sierro et à Jean-Claude Pont d'avoir tiré la sonnette d'alarme).

» En 2013, suite à la nouvelle affaire Bettschart, plusieurs rencontres vont être organisées avec la cheffe du Département et M. Michel Ducrot. Après la publication du rapport Houben, M. Jean- Claude Pont va également en rédiger un résumé.

» Actions de Michel Ducrot

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

Cette association soutient et conseille des patients au niveau juridique et médical. Elle compte plus d'une centaine de membres. »

Commentaire. L'ADPVAL a été créé par Serge Sierro avec le concours de Jean-Claude Pont en février 2010. Le nombre élevé de plaintes émanant de patients soignés au RSV avait fait apparaître la nécessité d'une telle organisation. Elle garde aujourd'hui encore toute sa pertinence.

Première prise de position du Conseil d'Etat sur le rapport final de la Commission d'enquête parlementaire sur le Réseau Santé Valais (CEP-RSV) (22 avril 2015)

(11, p. 6) «Le rapport de la commission d'enquête sur le Réseau Santé Valais identifie des dysfonctionnements au sein de l'Hôpital du Valais ainsi qu'au niveau politique. Même s'il estime que les critiques à l'encontre de Maurice Tornay, ancien chef du Département de la santé sont disproportionnées, **le Gouvernement reconnaît qu'il n'est lui-même pas exempt de tout reproche. Il aurait dû être plus attentif aux signaux des lanceurs d'alerte**, exercer une surveillance davantage proactive, mandater des expertises basées sur une méthodologie scientifique et favoriser le dialogue avec toutes les parties concernées. »

Commentaire. Ceux dont on tait pudiquement le nom, pour remplacer par la périphrase « lanceurs d'alerte » sont en fait Daniel Savioz, Jean-Claude Pont, Serge Sierro et Michel Clavien. Le Collectif en fait bien sûr partie.

Extrait du compte rendu in vivo de Jean-Yves Gabbud mis en ligne par Le Nouvelliste le 30 avril 2015

« 17 h 10: Le conseiller d'Etat Maurice Tornay prend la parole. "Ces erreurs je les reconnais, sans aucun orgueil. Les critiques formulées dans le rapport je les accepte, parce qu'elles sont formulées de manière objective. Si j'avais pu, j'aurais dû être plus attentif à ce que disaient les donneurs d'alerte". »

Commentaire. Chacun des *Bulletins d'information* « Pont/Sierro » a été remis en main propre à chaque conseiller d'Etat par le truchement de la Chancellerie et le jour même de leur parution. Ils étaient accompagnés d'une demande de rencontre, à l'occasion de laquelle les auteurs étaient disposés à remettre entre les mains de M. Maurice Tornay toutes les informations nécessaires. Ces rencontres n'ont jamais pu avoir lieu au vu des conditions méprisantes émises par M. Tornay. (Voir à ce propos mon livre p. 37 et p. 231). L'aveuglement de la surdité !

« Il [M. Tornay] déclare que des expertises scientifiques auraient dû être commandées. En matière de cardiologie, "j'aurais dû exiger un lieu de domicile plus proche, mais sans être sûr que l'exigence aurait été acceptée". »

Commentaire. Pour le licenciement du professeur Daniel Savioz, MM. Maurice Tornay et Georges Dupuis ne se sont pas souciés de savoir « si cela aurait été accepté » !

On trouvera en annexe une liste sommaire des démarches effectuées pour alerter M. Tornay des problèmes de la cardiologie. On reste éf-faré devant l'ampleur de cette liste.

« "J'ai fait ce que j'ai pu, au plus près de ma conscience". Le ministre affirme avoir pris les déclarations du professeur Daniel Savioz "au moins très au sérieux". »

Commentaire. Les professeurs Gilles Mentha, Pietro Maino et Philippe Morel des HUG ont remis à M. Tornay au tout début de 2010 un rapport substantiel mettant en évidence les dérapages de M. Vincent Bettschart, en confirmation des déclarations de M. Daniel Savioz. M. Tornay l'a écarté d'un revers de manche dédaigneux. Si c'est cela que le conseiller d'Etat considère comme « sérieux », il n'y a pas à s'étonner des dysfonctionnements sans fin qu'il a tolérés et/ou cautionnés.

« "Je ne suis pas médecin, dixit M. Tornay, je me suis entouré de personnes compétentes pour évaluer la situation. Je reconnais que le rapport n'avait pas la profondeur de l'expertise, même s'il portait comme titre expertise. "»

Commentaire. Dans ce cas-là, pourquoi ne pas avoir écouté aussi les trois professeurs genevois, dont chacun en son domaine figurait au top de la chirurgie viscérale suisse.

« "Dans le cadre du rapport de la Fédération hospitalière de France, j'ai demandé une analyse particulière pour la cardiologie et de la médecine hautement spécialisée; ce rapport n'a pas laissé planer de doute sur le bon fonctionnement de ces services."»

Commentaire. Il n'est pas vrai que M. Tornay ait demandé à la FHF « une analyse particulière » pour la médecine hautement spécialisée. On lit en effet au point 3.3.8.1 du Rapport d'audit : « 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. »

« "Le recul que nous avons aujourd'hui, je ne l'avais pas en 2010 au moment de la crise". Le ministre affirme qu'il s'est retrouvé avec des éléments contradictoires entre les mains.

» 16 h 30: Jean-Henri Dumont (ADG) demande que les lanceurs d'alerte doivent être protégés. Il s'offusque de la récupération politique de la situation, en accusant Maurice Tornay d'être responsable d'un certain nombre de décès. Par contre, il a une part de responsabilité dans ce dossier de la santé, mais aussi dans d'autres. "**La confiance en Maurice Tornay est rompue**" et il demande sa démission.

» 16 h 21: Narcisse Crettenand (PLR), président de la Commission de gestion, intervient à titre personnel: "Dans l'Antiquité on sacrifiait le porteur de mauvaises nouvelles", dans le RSV on a fait la même chose, notamment en sacrifiant le docteur Savioz.

» 15 h 45: Le chef du groupe PLR Christophe Claivaz déclare que le rapport de la CEP fera date dans l'histoire parlementaire valaisanne. Il estime que **la plupart des dysfonctionnements sont le fait de personnes**. Selon lui, **Charles Kleiber a fait régner un climat totalitaire** sur l'hôpital. **Christophe Claivaz adresse de vifs reproches à Maurice Tornay aussi bien dans le secteur de la santé** que dans les autres domaines. "Vous avez une telle opinion de votre fonction que cela vous aveugle." Il estime que le conseiller d'Etat aurait pu agir correctement s'il avait fait preuve d'un peu plus d'humilité. "Après les ténèbres, la lumière", conclut-il.

» 15 h 30: Jérôme Buttet (PDC du Bas) reconnaît que **la CEP était nécessaire, alors que son parti s'y était opposé**. Il reproche cependant à la CEP de ne pas avoir entendu le Conseil d'Etat. (...) »

Commentaire. Le député Jérôme Buttet reconnaît donc que

l'unanimité des 26 députés PDC s'est trompée. Et ils veulent qu'on les prenne au sérieux sur le reste. Au lieu d'une dérive collective de cet ensemble de personnes, ce refus pourrait tenir à une simple manœuvre évitant au parti de reconnaître ses torts dans l'histoire du RSV et, par la même occasion, de sauver son patron conseiller d'Etat.

« "Les recommandations de la CEP sont claires et pour l'essentiel n'ont pas été contestées".

» 15 h 08: Bruno Perroud (UDC) estime que **"des décès auraient pu être évités"** si une intervention était intervenue **lorsqu'il a été avéré qu'un chirurgien avait un taux de mortalité plus élevé que la moyenne**. Le licenciement de deux anesthésistes montre que les dysfonctionnements à l'Hôpital du Valais ont continué jusqu'en 2014. Le député estime que **le Conseil d'Etat n'a rien fait alors que des faits graves ont été révélés**. "Le Gouvernement reconnaît qu'il n'est pas exempt de tout reproche. Bravo. Enfin", par contre **il ne s'est pas excusé par rapport aux lanceurs d'alerte**. L'UDC du Valais romand **remercie publiquement le docteur Daniel Savioz, les lanceurs d'alerte Jean-Claude Pont, Serge Sierro, Michel Clavien, ainsi que l'association de défense des patients hospitalisés en Valais.** »

Commentaire. « Des décès auraient pu être évités », déclare le député ! En termes clairs, du fait d'une absence d'intervention de la gouvernance, des êtres humains sont morts, qui n'auraient pas dû mourir.

Annexes à propos d'une déclaration de M. Tornay concernant la cardiologie

Voici une liste sommaire des démarches effectuées en vue de décider le département de M. Tornay « d'exiger un lieu de domicile plus proche ». **Tout cela est resté lettre morte durant 5 ans jusqu'au début de 2015.**

– La gravité du problème de la garde en cardiologie a fait l'objet d'une Interpellation urgente du groupe UDC (Bruno Perroud) au Grand Conseil (9 mars 2010, 1.065).

– Elle a fait l'objet d'un Postulat urgent du député Franz Ruppen (4 avril 2010 ; 1.088). Avec à chaque fois un échange entre le Groupe UDC et M. Tornay (alors chef du DFSI).

– Interpellation Addor au Grand Conseil, 17 juin 2011.

– Avec Serge Sierro nous lui avons consacré notre Bulletin d'information numéro 3 intitulé Cardiologie et Indicateurs de qualité (28 avril 2010), que nous avons remis en main propre au conseiller d'Etat Maurice Tornay par l'intermédiaire de la Chancellerie de l'Etat. A chaque fois nous avons demandé au chef du DFSI une entrevue qui n'a jamais pu avoir lieu.

– Dans mon livre de 2011 Le Réseau Santé Valais dans la Tourmente j'y suis revenu à plusieurs reprises (notamment p. 27, p. 33, 36, 77-79).

– Dans le rapport de la COGEST de 2011 on lit p. 8 : « Les urgences de cardiologie illustrent bien un élément polémique sur lequel le Département devrait se positionner, trancher et, si nécessaire, poser des exigences au RSV ».

– L'ADPVal (Association de défense des patients valaisans) a adressé des lettres à M. Tornay lui signalant la gravité du problème de la garde en cardiologie.

– Les cardiologues de la Clinique de Valère, qui avaient exercé cette garde à l'Hôpital de Sion, se sont proposés pour l'effectuer, ils ont été éconduits (mon livre p. 82-83).

– Une séance dirigée par le conseiller d'Etat Maurice Tornay entre l'Hôpital de Sion et la Clinique de Valère a eu lieu en vue notamment d'établir une entente à propos de la garde en cardiologie.

Le cardiologue qui défendait la nécessité d'une garde de proximité s'est vu rire au nez par M. Kleiber, et on s'est arrangé pour faire capoter l'idée. Etaient présents à cette séance MM. Maurice Tornay, Charles Kleiber, Philippe Eckert (alors directeur médical), Vincent Castagna (alors directeur du CHVS). C'était en avril 2012. Le médiateur désigné par M. Tornay était le Dr Jean Crittin, dont le cabinet a été repris par le neveu de l'ancien directeur médical du CHCVS.

Mai 2015

Documents

*Tous les rapports, expertises audit
et autres documents cités dans ce livre
sont téléchargeables depuis:*

<http://www.pjinvestigation.ch/?p=4655>

Table des matières

Préface	<i>Philippe Morel</i>	page 2
Chapitre 1	<i>Le moment opportun</i>	page 18
Chapitre 2	<i>Le devoir d'intervenir</i>	page 60
Chapitre 3	<i>La grande fuite en avant</i>	page 102
Chapitre 4	<i>Retrouver la confiance</i>	page 134
Postface	<i>Jean-Claude Pont</i>	page 180
Document	<i>Action du collectif pour le Réseau Santé Valais</i>	page 187

Impressum - Nouvelle édition

Entretiens, écritures, corrections de juin à août 2015

Ajouts et compléments de janvier à février 2016

Mis en page par Joël Cerutti

Imprimé chez Calligraphy, Sierre, en février 2016

Second tirage

Sortie le 4 mars 2016

Edité par PJ Investigations

Copyright Mars 2016