



Annexes à la liste hospitalière valaisanne 2027 en soins somatiques aigus

Exigences générales et exigences générales supplémentaires

Version 2025.1

Table des matières

1. Généralités.....	3
2. Mandats de prestations	3
3. Mandats de soins	3
4. Assurance et développement qualité par les hôpitaux répertoriés	4
4.1. Exigences pour tous les domaines.....	4
4.1.1. Lignes directrices et concepts de traitement.....	4
4.1.2. Gestion de la qualité et des risques.....	4
4.1.3. Système de déclaration des incidents (CIRS).....	5
4.1.4. Mesures de qualité	6
4.1.5. Gestion d'hygiène.....	7
4.1.6. Gestion des produits thérapeutiques	7
4.1.7. Documentation des patients	7
4.1.8. Soins coordonnés.....	7
4.2. Exigences supplémentaires dans le domaine des soins somatiques aigus	8
4.2.1. Gestion d'hygiène.....	8
4.2.2. Nombre minimal de cas.....	8
5. Formations et formation continue	9
5.1. Formation et formation continue des médecins.....	9
5.2. Formation des professions non universitaires de la santé	9
6. Données.....	10
6.1. Livraison des données	10
6.2. Protection des données et sécurité de l'information	10
7. Comptabilité	10
8. Surveillance et révision.....	11

1. Généralités

Les présentes exigences générales s'appliquent à tous les hôpitaux avec un mandat de prestations du canton de Valais (hôpitaux répertoriés).

Outre les exigences générales mentionnées ici, d'autres exigences doivent être prises en compte dans les annexes suivantes aux listes d'hôpitaux :

- a) Exigences spécifiques aux prestations en soins somatiques aigus
- b) Exigences supplémentaires portant sur des prestations spécifiques en soins somatiques aigus

Toutes les exigences et définitions peuvent être consultées sur le site Internet du SSP – www.vs.ch/sante.

2. Mandats de prestations

Le canton attribue des mandats de prestations au sens de la LAMal, de l'OAMal ainsi que de la LEIS (en particulier l'article 9).

Le transfert partiel ou total d'un mandat de prestations à un autre fournisseur de prestations ou un autre site hospitalier n'est pas autorisé.

La résiliation d'un mandat de prestations conformément à l'art. 9 al. 4 LEIS doit être communiquée par écrit au Département de la santé.

3. Mandats de soins

Dans le cadre de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux répertoriés sont tenus d'admettre et de traiter tous les patients valaisans selon des critères d'égalité de droit et d'urgence médicale et indépendamment de la classe d'assurance ou du degré de gravité d'une maladie (cf. art. 41a, al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal]). Il n'est pas permis de privilégier les patients disposant d'une assurance complémentaire ou d'un degré de gravité moindre lors de l'admission. La disponibilité à l'admission doit être garantie pour tous les groupes de prestations promis sur le site de l'hôpital répertorié.

L'hôpital répertorié doit garantir la fourniture de tout l'éventail des mandats de prestations qui lui ont été attribués. Il est tenu d'informer le DSSC lorsqu'un mandat de prestations ne peut plus être fourni dans son intégralité.

L'hôpital répertorié fournit les prestations légales et définies dans la liste des hôpitaux de manière efficace, adéquate et économique ainsi que dans la qualité requise. Les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) doivent être respectées.

En cas de pandémie, l'hôpital répertorié est tenu de prendre en compte et d'appliquer les prescriptions de la loi sur les épidémies (LEp), du plan suisse de pandémie, de la loi sur la protection de la population et sur la protection civile (LPPCi) et de la loi sur la protection de la population (LPP), dans leur version en vigueur.

L'hôpital répertorié est tenu de tenir compte, dans sa gestion d'entreprise, des intérêts du système de santé dans son ensemble. Dans son rapport annuel sur la qualité ou son rapport

d'activité, l'hôpital explique comment il participe à la définition de ces intérêts et comment il les garantit.

4. Assurance et développement qualité par les hôpitaux répertoriés

4.1. Exigences pour tous les domaines

L'hôpital répertorié est tenu de garantir toutes les conditions structurelles et personnelles nécessaires à l'exécution du mandat de prestations sur le site de l'hôpital. Il assure et promeut la qualité des prestations à fournir.

L'hôpital répertorié respecte les conventions avec les partenaires tarifaires et les directives du DSSC. Il prend notamment les mesures minimales suivantes pour assurer et développer la qualité :

4.1.1. Lignes directrices et concepts de traitement

Les patients sont traités conformément aux directives des sociétés nationales de discipline médicale fondées sur l'évidence actuelle ou, en l'absence de telles directives, conformément aux directives internationales correspondantes.

Les traitements doivent être médicalement indiqués, efficaces, appropriés et économiques.

Si le traitement s'écarte des lignes directrices ou des concepts de traitement, cela doit être justifié dans le dossier du patient.

Les hôpitaux répertoriés élaborent et mettent en œuvre des concepts de traitement ou Standard Operating Procedure [SOP] comme base pour les soins médicaux. Les concepts contiennent des directives relatives au diagnostic et aux traitements. Ils sont accessibles et obligatoires pour le personnel médical spécialisé. La gestion des écarts par rapport aux concepts de traitement est réglementée.

Le traitement et le suivi post-opératoires des patients sont pleinement assumés par votre établissement.

4.1.2. Gestion de la qualité et des risques

Les hôpitaux répertoriés disposent d'une gestion systématique de la qualité et des risques (GQR). Ce système est ancré au niveau de la direction et mis en œuvre dans l'hôpital.

Le GQR s'oriente vers un cycle de régulation axé sur l'amélioration continue, par exemple le cycle PDCA avec les étapes de planification (Plan), d'implémentation (Do), d'analyse des mesures (Check) et de modification du système (Act).

Les hôpitaux répertoriés disposent d'un concept de qualité écrit conforme aux normes les plus récentes (comprenant notamment la qualité de la structure, des processus et des indications ainsi que la qualité des résultats) et d'un concept de risque.

Dans le cadre de la qualité de l'indication, il faut notamment s'assurer qu'une intervention médicale est nécessaire et appropriée. Le bénéfice médical doit l'emporter sur les risques. L'intervention doit être recommandée pour des raisons scientifiques et socio-éthiques.

Le GQR doit être consigné par écrit et mis en œuvre :

- a. Les principes de la politique de qualité et de risque, y compris la définition des objectifs et des mesures pour les atteindre (p. ex. système de contrôle interne pour réduire les dommages, participation à des programmes nationaux de qualité, certifications, autres activités de qualité).
- b. Principes de la politique d'information dans le domaine de la GQR : les collaborateurs sont informés des activités et des processus dans le domaine de la GQR, sont à jour et peuvent agir si nécessaire. Les activités dans le domaine de la GQR sont communiquées à l'extérieur (p. ex. sur le site Internet de l'hôpital).
- c. Responsabilités dans le domaine de la GQR : les organes et personnes chargés de l'assurance et du développement de la qualité (p. ex. commission de la qualité, cercles de qualité, responsables de la qualité, groupes de projet) ainsi que la responsabilité de la gestion des risques sont définis.
- d. Les formations continues et postgraduées internes sur les thèmes de la gestion de la qualité sont identifiées (p. ex. concernant le CIRS, les vigilances).
- e. Gestion des plaintes et de la responsabilité : les plaintes et les incidents sont systématiquement documentés et gérés. Les responsabilités sont définies et les patients sont informés de leurs possibilités, de leurs droits et de leurs obligations.
- f. Gestion des urgences pour une prise en charge optimale des urgences au sein de l'hôpital et dans les hôpitaux disposant d'un service d'urgences : la compétence de l'ensemble de l'équipe, l'identification des urgences, la formation des collaborateurs, la disponibilité des médecins et l'infrastructure sont assurées.
- g. Formation du personnel clinique au moins tous les deux ans, conformément aux directives de l'European Resuscitation Council (ERC).
- h. Gestion de la vaccination contre la grippe dans le but d'atteindre un taux de vaccination contre la grippe le plus élevé possible parmi le personnel hospitalier.
- i. Preuve du respect des dispositions légales, des directives et des contrôles officiels.

4.1.3. Système de déclaration des incidents (CIRS)

L'hôpital répertorié gère un système de déclaration des incidents (Critical Incident Reporting System [CIRS]). Les incidents liés à la sécurité des patients y sont enregistrés, analysés, communiqués et des mesures d'amélioration sont prises.

Le CIRS répond aux exigences suivantes en s'appuyant sur les recommandations d'action établies :

- a. Existence d'un concept CIRS.
- b. Les responsabilités pour la gestion et l'utilisation du CIRS sont réglées et attribuées.

- c. Les personnes responsables de la gestion des cas dans le CIRS disposent des ressources nécessaires à cet effet et sont formées à l'analyse systémique des cas. Elles ont accès à tous les organes de décision et de direction à tous les niveaux de l'hôpital, en fonction de l'importance et de l'urgence d'une affaire.
- d. Les délais de traitement pour la phase initiale d'un cas (de la réception de l'annonce au triage et à l'information sur la suite de la procédure) sont définis. Les critères d'évaluation des cas sont définis et appliqués. La clôture de la déclaration CIRS doit dans tous les cas être commentée (même si l'on a sciemment renoncé à prendre des mesures).
- e. Les cas CIRS font l'objet d'un retour d'information systématique. Les collaborateurs reçoivent (de la part des responsables) des informations sur les rapports et les mesures. Les organes de décision et de direction reçoivent régulièrement des évaluations systématiques.
- f. Les collaborateurs sont initiés au CIRS selon un processus défini.
- g. L'anonymat des déclarants est réglé. L'hôpital répertorié garantit la liberté de sanction des déclarants au sein de l'établissement.
- h. Les cas CIRS font l'objet d'un retour d'information systématique. Les collaborateurs reçoivent (de la part des responsables) des informations sur les rapports et les mesures et les décideurs reçoivent régulièrement des évaluations systématiques.
- i. Les déclarations anonymes sont possibles. L'hôpital garantit l'accès au CIRS à tout moment, à bas seuil et en fonction des déclarations.

4.1.4. Mesures de qualité

Les hôpitaux répertoriés effectuent un monitoring de la qualité et mesurent la qualité des processus et des résultats dans des domaines choisis. Les données de routine doivent être utilisées (dans la mesure du possible) pour les mesures de qualité.

Les hôpitaux participent régulièrement aux mesures nationales de la qualité et remplissent le contrat national de qualité.

Les hôpitaux répertoriés remettent au DSSC, sur demande, les résultats des mesures de la qualité spécifiques à l'hôpital. En cas de mesures obligatoires au niveau national, les hôpitaux répertoriés autorisent le DSSC à se procurer directement leurs évaluations (au niveau de l'hôpital).

Les résultats des mesures de la qualité et des registres obligatoires nationaux et cantonaux doivent être régulièrement documentés dans le cadre du système de gestion de la qualité propre à l'hôpital. Des mesures d'amélioration doivent être déduites, évaluées et documentées en permanence sur la base des objectifs de qualité. L'hôpital doit contrôler l'exhaustivité et la qualité des données et les optimiser si nécessaire. Les directives en vigueur en matière de protection des données doivent être respectées.

Les recommandations de l'ASSM ou de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) s'appliquent aux registres médicaux - pour autant qu'ils soient prévus, en cours de création ou existants. Les certificats suisses ne devraient être utilisés que dans les cas où les certificats internationaux ne tiennent pas suffisamment compte des structures suisses. Il est recommandé d'utiliser des certificats nationaux qui correspondent aux recommandations de

l'ASSM, qui sont approuvés sur le plan technique et normatif par la société de discipline médicale concernée et/ou par des institutions nationales et qui sont certifiés par une entreprise accréditée par le Service d'accréditation suisse (SAS).

4.1.5. Gestion d'hygiène

Il existe un concept d'hygiène qui prévoit la mise en place d'une commission d'hygiène (avec procès-verbal des réunions et communication des résultats à la direction de l'hôpital) et l'application des directives et recommandations de la Société suisse d'hygiène hospitalière ou de Swissnoso en matière d'hygiène.

Le respect des directives d'hygiène doit être surveillé.

Les collaborateurs travaillant en clinique doivent être formés à l'hygiène clinique lors de leur entrée en fonction et régulièrement pendant leur engagement.

4.1.6. Gestion des produits thérapeutiques

Chaque hôpital gère les produits thérapeutiques afin d'optimiser la sécurité des produits thérapeutiques et d'éviter les dommages dus à des erreurs d'utilisation ainsi qu'à des effets et incidents indésirables.

Les rôles et les compétences lors de la remise et de l'utilisation de produits thérapeutiques sont définis dans un concept de soins clairement structuré avec des directives cliniques.

Le processus d'approvisionnement en médicaments est standardisé et documenté en ce qui concerne la prescription, la remise et l'utilisation, avec la participation des acteurs concernés (médecins, pharmaciens hospitaliers, infirmiers/infirmières, sages-femmes diplômées).

Une comparaison des médicaments est effectuée aux interfaces externes et internes. La gestion des erreurs et des événements critiques est réglée.

4.1.7. Documentation des patients

Le système de documentation des patients garantit un échange d'informations efficace entre tous les acteurs, dans le respect de l'authenticité, de l'intégrité des données et de la confidentialité.

Lors de la sortie de l'hôpital, vous transmettez toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient afin de garantir la continuité et la sécurité des soins.

4.1.8. Soins coordonnés

Un concept de soins intégrés, spécialement pour les patients multimorbides, tenant compte des interfaces avec les services internes ou les cliniques, est disponible.

Un concept de gestion coordonnée et multiprofessionnelle des entrées et des sorties (gestion des passages), y compris un conseil social accessible à tous et soumis aux règles reconnues de la propre profession, est disponible et établi. Cela comprend entre autres les éléments suivants :

- a. L'hôpital dispose d'un processus d'admission défini. Celui-ci règle notamment la saisie des proches nécessitant une protection et des soins (p. ex. mineurs,

partenaires ou parents nécessitant des soins, etc.) ainsi que des animaux dont le patient est seul responsable. Le processus d'admission contient des instructions sur la manière d'assurer le bien-être et la prise en charge des proches et des animaux nécessitant une protection et des soins en cas de besoin.

- b. A sa sortie, le patient doit être informé par écrit et oralement de la suite de la procédure médicale et thérapeutique.
- c. Une information des prestataires de soins ultérieurs (notamment les établissements médico-sociaux) et une coordination avec les prestataires de soins ultérieurs ont lieu.

L'établissement collabore avec le SECOSS (Service de coordination socio-sanitaire) selon les dispositions établies.

Les hôpitaux disposent au moins d'une coopération avec un service de consultation et de liaison psychiatrique.

L'information et l'éducation des patients sont assurées tout au long du traitement (en plus du contact direct médecin-patient par le biais d'informations écrites).

Un concept d'exploitation avec des indications sur l'organisation (direction, administration, clé de répartition des postes, coordination, heures d'ouverture, accessibilité) ainsi que sur l'orientation médicale de l'hôpital est disponible.

4.2. Exigences supplémentaires dans le domaine des soins somatiques aigus

Les exigences de qualité supplémentaires suivantes s'appliquent aux hôpitaux répertoriés avec un mandat de prestations dans le domaine de la médecine somatique aiguë :

4.2.1. Gestion d'hygiène

Dans le cadre de la gestion de l'hygiène, l'hôpital répertorié dispose d'un concept relatif à l'utilisation prophylactique et thérapeutique des antibiotiques (y compris la prise en compte des spectres de résistance régionaux et les recommandations relatives au dosage des antibiotiques et à la durée du traitement).

L'hôpital gère un programme de surveillance des infections nosocomiales et de l'évolution des résistances et remplit les exigences structurelles minimales de la stratégie NOSO de l'OFSP.

4.2.2. Nombre minimal de cas

L'annexe à la liste hospitalière valaisanne "Exigences portant sur des prestations spécifiques" pour soins somatiques aigus désigne les groupes de prestations pour lesquels le mandat de prestations présuppose en principe que le nombre minimal de traitements mentionné dans l'annexe est atteint par an dans l'hôpital figurant sur la liste (nombre minimal de cas par hôpital [NMCS] ; nombre minimal de cas par opérateur [NMCO]).

5. Formations et formation continue

5.1. Formation et formation continue des médecins

Selon la LEIS, une condition pour l'inscription sur la liste hospitalière cantonale et pour l'octroi de mandats de prestations aux établissements situés en Valais est que l'établissement soit reconnu par l'ISFM comme établissement de formation post-graduée pour médecins.

5.2. Formation des professions non universitaires de la santé

Conformément à l'art. 3 de la loi sur la mise à disposition des places de stage et d'apprentissage pour les professions non universitaires de la santé, les hôpitaux (y compris les cliniques), les établissements pour personnes âgées et institutions de soins, les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les services de secours exerçant des activités dans le canton du Valais sont tenus d'offrir des places de stage et de formation conformément aux proportions fixées.

L'article 9, alinéa 1 de la loi mentionne que les besoins de relève correspondent au nombre de postes à pourvoir dans les professions concernées. Ils sont notamment évalués en tenant compte des prévisions concernant l'évolution des éléments suivants : la durée de la vie professionnelle, la composition des équipes ainsi que l'augmentation des prestations.

Le potentiel de formation de chaque institution est notamment évalué sur la base des éléments suivants : Nombre d'employés de l'institution exerçant une profession de santé non universitaire ; domaine(s) d'activité de l'institution (soins aigus, réadaptation, psychiatrie, EMS, soins à domicile, services de secours, etc.) ; obligations de formation liées aux mandats de prestations que le canton confie à certaines institutions (cf. art. 9, al. 2).

Les institutions peuvent offrir elles-mêmes le nombre de semaines de stage ou d'apprentissage et il n'y a pas de directives sur la manière d'atteindre l'objectif de formation. Il est possible que l'institution offre elle-même les places de stage ou d'apprentissage ou, en accord avec celle-ci, qu'elle en charge une autre institution ayant des activités dans le canton du Valais (art. 7 al. 4 de la loi). Le nombre de semaines correspondant est alors déduit de l'objectif de formation.

En principe, les coûts des charges sont inclus dans les tarifs. Une indemnisation des institutions pour l'encadrement des stagiaires et des apprentis est fixée par le canton. Un règlement correspondant est en vigueur.

Les institutions doivent payer un versement compensatoire si l'objectif de formation n'est pas atteint. Celle-ci correspond, après déduction d'une valeur de tolérance de 10% (cf. art. 11, al. 1 de l'ordonnance), à la différence entre l'indemnité pour le nombre de semaines de stage et d'apprentissage fixé et l'indemnité pour le nombre de semaines effectivement mises à disposition (cf. art. 13, al. 1 de l'ordonnance). Ces indemnités sont versées sur un fonds cantonal utilisé exclusivement pour la formation.

Si les institutions n'offrent pas de places de formation, des indemnités sont dues conformément à l'article 13, alinéa 1 de l'ordonnance. Les personnes qui contreviennent aux dispositions de la loi ou à ses dispositions d'exécution sont punies d'une amende de 20'000 francs (art. 15 de la loi).

Le canton fixe, après consultation de la commission cantonale d'évaluation, le nombre de

places de stage et d'apprentissage que chaque institution doit offrir par année (art.7 al. 1 de la loi). Les institutions offrent les places de stage et d'apprentissage en tenant compte des recommandations des commissions régionales de concertation (art. 7, al. 3 de la loi), mais sont en principe libres de choisir la manière dont elles fournissent les objectifs.

L'institution peut offrir elle-même les places de stage ou d'apprentissage ou, en accord avec celle-ci, en charger une autre institution ayant des activités dans le canton du Valais (art. 7 al. 4 de la loi). Un contrat correspondant doit être soumis au Service de la santé publique lors de la saisie des prestations effectives de formation.

Il est renoncé au versement compensatoire si l'institution peut prouver qu'elle n'est pas responsable du nombre insuffisant de places de stage et d'apprentissage (art. 13, al. 4 de la loi). Ces explications doivent être déposées auprès du canton lors de la remise des semaines de stage et d'apprentissage effectuées.

La procédure en cas d'échec est fixée dans un document séparé. La commission cantonale d'évaluation analyse chaque cas non-atteint de l'objectif de formation et donne un préavis au Service de la santé publique (art. 8, al. 4 et art. 13 de la loi).

6. Données

6.1. Livraison des données

L'hôpital répertorié fournit au DSSC les données relatives aux coûts, aux prestations et autres, nécessaires à la mise en œuvre optimale de la LAMal et de la LEIS. Les données sont livrées dans la qualité requise et dans les délais impartis, conformément aux directives du Département de la santé.

L'hôpital répertorié fournit des données aux services désignés par SwissDRG SA conformément aux instructions.

L'hôpital postulant à des mandats de prestations autorise la publication des informations qu'il a fournies spécifiquement dans le cadre de la présente planification hospitalière, que ce soit via la plateforme d'appel d'offres ou à travers d'autres échanges entre le canton et l'établissement, notamment les données fournies dans le cadre des relevés statistiques effectués par l'Observatoire valaisan de la santé. Les données fournies seront utilisées et pourront être publiées dans le cadre de la planification hospitalière et de son suivi.

6.2. Protection des données et sécurité de l'information

L'hôpital répertorié est tenu de respecter les directives en matière de protection des données conformément au droit cantonal et fédéral. Les directives doivent être respectées pendant toute la durée de traitement et de conservation définie par la loi.

Des personnes responsables de la protection des données et de la sécurité de l'information doivent être désignées. Il faut s'assurer que ces personnes sont formées à leurs tâches et qu'elles disposent des ressources et des compétences nécessaires.

7. Comptabilité

La comptabilité est tenue conformément aux bases légales applicables à l'établissement et aux normes usuelles de la branche. La comptabilité analytique est tenue selon les dispositions de la Confédération et les directives du Département de la santé nécessaires à

une mise en œuvre optimale de la LAMal.

L'hôpital répertorié établit des comptes annuels selon l'une des normes Swiss GAAP RPC, et les fait réviser. Le rapport de révision doit être présenté à la direction de la santé. La comptabilité d'exploitation doit être certifiée selon le standard de la branche REKOLE®. L'établissement établit un bilan comptable par année civile.

Les hôpitaux répertoriés avec des mandats de prestations dans plusieurs domaines de soins (soins aigus, réadaptation et psychiatrie) délimitent les différents domaines de manière appropriée sur le plan des locaux, de l'exploitation et de la comptabilité analytique.

8. Surveillance et révision

Le DSSC vérifie le respect des mandats de prestations, au besoin sur place. L'hôpital répertorié doit fournir au DSSC tous les renseignements et documents nécessaires.

L'hôpital répertorié doit soutenir les révisions du DSSC en matière de droit des contributions de l'Etat et de codage. Dans ce contexte, il doit fournir aux organes compétents de la direction de la santé les renseignements nécessaires, permettre l'accès aux livres et aux pièces justificatives et présenter d'autres documents. Dans la mesure du possible, la révision du droit des contributions de l'Etat s'appuiera sur les autres audits financiers mis à disposition par les fournisseurs de prestations.

La Direction de la santé est autorisée à contrôler l'application de l'obligation d'admission ou du principe d'égalité de traitement sous forme d'audits dans les hôpitaux. Le DSSC se réserve le droit de vérifier le respect des exigences générales et spécifiques aux prestations au moyen d'audits ou d'autres méthodes.