Aux destinataires de la procédure

de consultation

**Formulaire pour la consultation relative à**

**l’avant-projet de révision de la loi sur la santé (LS)**

A transmettre d’ici au 4 janvier 2024

par courrier postal au Département de la santé, des affaires sociales et de la culture,

Service de la santé publique, Avenue de la Gare 23, 1950 Sion,

ou par courrier électronique à l’adresse [santepublique@admin.vs.ch](mailto:santepublique@admin.vs.ch)

|  |  |
| --- | --- |
| **Avis exprimé par :** |  |
| Nom de l’organisme : | Société Médicale du Valais |
| Personnes de contact : | Dr. med. Monique Lehky Hagen / Dr. med. Michel Cachat/ Me Dominique Sierro |
| Adresse : | Av. de France 8  1950 Sion |
|
|
|  |
| Téléphone : | Tél. 027 203 60 40 |
| Courriel : | [smvs@hin.ch](mailto:smvs@hin.ch) |
| Date : | Sion, le 21.12.2023 |

1. L’avant-projet de loi prévoit, à l’art. 11a, la création d’une nouvelle fonction d’infirmière cantonale, dont la tâche sera notamment, dans le cadre du Service de la santé publique, de **promouvoir et de valoriser les professions soignantes**. L’infirmière cantonale devra aussi **rendre** **plus visible les professions soignantes non-médicales**, tout en développant une vision stratégique des soins infirmiers. Ce projet donne suite à la motion 2022.03.073 adoptée par le Grand Conseil. **Etes-vous favorables à cette proposition ?**

Oui entièrement Plutôt oui Plutôt non Non

Si le DSP/SSP juge utile d’avoir une infirmière cantonale, nous ne nous y opposons pas. Par contre, il serait important que dans cette fonction elle s’engage véritablement aussi pour les professions soignantes non-médicales comme les assistantes médicales et autres. Nous constatons souvent malheureusement un manque de reconnaissance des compétences des professions non-infirmières, ce qui nous semblerait dommage. Ce serait sûrement utile que grâce à un tel poste les compétences des infirmières dans les EMS pourraient être développées et renforcées – ce qui réduirait considérablement les demandes répétitives et pas toujours pertinentes que les médecins de famille reçoivent de la part des soignants de certains EMS.

1. Une nouvelle section 4.2a est intégrée à la LS afin de satisfaire aux **exigences fédérales pour tous les cantons concernant la limitation de l’admission à la charge de l’assurance obligatoire des soins (AOS) pour les médecins** (art. 57a et suivants). En effet, dans le but de renforcer les exigences en matière de qualité et d’économicité, le Parlement a adopté un nouveau modèle pour l’admission des médecins du domaine ambulatoire à l’art. 55a LAMal. Cet article dote les cantons d’un nouvel instrument pour restreindre l’admission de nouveaux médecins. Les art. 57a et suivants font suite à la motion urgente 2023.06.190 adoptée par le Grand Conseil et demandant au Conseil d’Etat la création d’une base légale formelle cantonale. **La fixation de ces nombres maximaux a pour objectif de garantir que l’offre médicale corresponde le mieux possible aux besoins de la population**, en évitant une offre médicale excédentaire due à un nombre trop élevé de médecins en activité, **de façon à freiner la croissance des coûts des soins ambulatoires** – et exclut dès lors les soins stationnaires –, mais elle peut concerner le domaine des soins ambulatoires hospitaliers. **Etes-vous favorables à ces propositions ?**

Oui entièrement Plutôt oui Plutôt non Non

Le projet ne reprend pas certains points importants évoqués par la SMVS lors de la séance réunissant le Médecin cantonal et les divers milieux intéressés, suite au rejet par le Grand-Conseil de l’ordonnance cantonale en question l’été 2023. **Il manque en effet les points suivants (en jaune) importants :**

***Art. 57b*** *(nouveau) Objectifs*

*1 La fixation de nombres maximaux a pour objectifs de garantir une offre mé­dicale adéquate correspondant aux besoins de la population et d’éviter une offre médicale excédentaire menant à des surcoûts liés à un nombre trop élevé de médecins en ac­tivité.*

*2 Le Conseil d’Etat doit veiller à disposer en suffisance de professionnels de la santé pour répondre aux besoins de la population et monitorer l’impact de la limitation à l’admission sur les coûts des soins ambulatoires ; c’est ainsi qu’il doit évaluer périodiquement l’offre médicale cantonale de façon prévoyante et lever les limitations avant qu’une pénurie ne s’installe.*

***Art. 57d*** *(nouveau) Domaines de spécialité visés par la limitation de l’admission*

*1 Le Conseil d’Etat fixe dans une ordonnance les domaines de spécialité soumis à la limitation et les nombres maximaux de médecins des domaines de spécialité soumis à la limitation et admis à fournir des soins ambulatoires à la charge de l’AOS, selon les critères et les principes méthodologiques dé­finis dans l’ordonnance fédérale sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires.*

*2 Lorsqu’il fixe les nombres maximaux de médecins, le Conseil d’Etat prévoit un facteur de pondération afin de tenir compte de circonstances qui ne sont pas prises en considération dans le calcul du taux de couverture.*

*3 Dans des cas particuliers, le département peut exceptionnellement déroger à la limitation pour des raisons de santé publique ou d’équilibre régional.*

Comme demandé, le département doit appliquer les principes de littératie des données qui prévoient l’obligation de collecter, gérer, évaluer et appliquer les données de manière adéquate et méthodologiquement correcte dans le respect de la protection des données et des principes d’éthique en prévoyant une culture de feed-back continu entre les fournisseurs des données et les utilisateurs des données ainsi qu’une analyse critique de ces données par rapport à des biais éventuels. Sur la base d’une telle approche d’analyse critique des données qui implique les fournisseurs des données et/ou leurs représentants de façon constructive depuis la saisie jusqu’à l’interprétation et publication des données, le département doit procéder à une évaluation périodique des besoins réels et prévisibles de la population et adapte en conséquence le facteur de pondération ainsi que les limitations. Si l’analyse des données permet de mettre en évidence un biais important ou des lacunes méthodologiques dans la méthodologie définie dans l’ordonnance fédérale, le département prend toutes les mesures nécessaires afin de permettre une correction de cette problématique et adapte la mise en application cantonale en tenant compte de ces biais de façon adéquate.

Lorsqu’une pénurie médicale se dessine ou que les prévisions des besoins de la population rendent une augmentation des besoins prévisibles, le département prend, de façon proactive, toutes les mesures possibles et nécessaires pour palier à une couverture des besoins insuffisante. Le cas échéant, il lève une limitation établie pour une spécialité concernée ou une spécialité autre permettant de couvrir les besoins prévisibles et cela au plus tard six mois après la mise en évidence d’un besoin accrue.

Etant donné que la limitation du nombre maximal des médecins est une atteinte majeure au droit fondamental de la liberté d’exercer sa profession, qu’elle enfreint à la flexibilisation individuelle du temps de travail à court, moyen et long terme et qu’elle se fonde principalement sur l’hypothèse qu’un surplus de médecins génèrerait inévitablement une augmentation des coûts, les mesures de limitation doivent être levées si aucune économie ne peut être démontrée de façon crédible en lien avec l’instauration d’une telle limitation 12 mois après sa mise en application. La levée de la limitation doit avoir lieu dans les 6 mois qui suivent ce constat.

Voici en conséquence les articles qu’on propose :

*4 Dans son analyse des domaines de spécialité visés par la limitation de l’admission, le département applique les principes de littératie des données qui prévoient l’obligation de collecter, gérer, évaluer et appliquer les données de manière adéquate et méthodologiquement correcte, dans le respect de la protection des données et des principes d’éthique en prévoyant une culture de feed-back continu entre les fournisseurs et les utilisateurs de données ainsi qu’une analyse critique de ces données par rapport à des biais éventuels.*

***Art. 57e*** *(nouveau) Commission consultative de planification de l’offre médicale*

*1 Le Conseil d’Etat nomme une commission cantonale de planification de l’offre médicale qui doit réunir les mi­lieux concernés, notamment des représentants désignés par la Société médicale du Valais, par les hôpitaux et cliniques publics et privés et par l’Association des médecins assistant(e)s et chef(fe)s de clinique du Valais.*

*2 La commission doit être convoqué au moins deux fois par année. Elle doit être consultée avant toute introduction d’une limitation éventuelle. Elle prend ses décisions à la majorité relative.*

*2 La commission adresse au département ses recommandations sur l’évolution des besoins en offre médicale, ainsi que sur l’im­pact des mesures en cours visant à l’adapter.*

*3**Elle analyse et propose toute mesure utile pour éviter ou remédier à une couverture médicale régionale et cantonale insuffisante.*

*4 Le Conseil d’Etat détermine dans une ordonnance son mode de fonctionne­ment.*

***Art. 57f*** *(nouveau) Evaluation périodique*

*1 Se fondant sur les recommandations de la commission cantonale de planification de l’offre médicale, le département procède à une évaluation périodique des besoins réels et prévisibles de la population et adapte en conséquence le facteur de pondération ainsi que les limitations.*

*2 Lorsqu’une pénurie médicale se dessine ou que les prévisions des besoins de la population rendent une augmentation des besoins prévisibles, le département prend, de façon proactive, toutes les mesures possibles et nécessaires pour palier à une couverture des besoins insuffisante. Le cas échéant, il lève sans délai les limitations en vigueur.*

*3 Si l’analyse des données permet de mettre en évidence un biais important ou des lacunes dans la méthodologie définie dans l’ordonnance fédérale sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires, le département prend toutes les mesures correctrices nécessaires, en collaboration partenariale avec les acteurs concernés.*

*4 Le département lève d’office et sans délai les mesures de limitation s’il est démontré qu’aucune économie ne peut être réalisée de façon crédible dans les douze mois après leur mise en application.*

Nous nous permettons de joindre aussi notre prise de position par rapport à ladite consultation sur la limitation du nombre de médecins en Valais du 24.4.2023.

1. L’art. 63a veut **préciser dans la loi valaisanne le contour des compétences reconnues aux pharmaciens par le droit fédéral** depuis le 1er janvier 2019. Outre certains vaccins (comme durant la pandémie de COVID-19), les pharmaciens pourraient notamment **faire certains tests et délivrer des médicaments destinés à traiter des maladies fréquentes. Etes-vous favorables à cette proposition ?**

Oui entièrement Plutôt oui Plutôt non Non

OUI avec conditions associées indispensables :

**Si la dispensation médicamenteuse par les médecins est autorisée, la SMVS ne s’oppose pas à ce que les pharmaciens valaisans puissent répondre aux possibilités et aux exigences de la loi fédérale Suisse.** Il nous semble utile de préciser la coordination indispensable qui doit en découler pour éviter des doublons coûteux ou que des incertitudes ou malentendus en découlent et amènent à des consultations et va-et-vient peu constructifs, si les conseils et tests faits par les pharmaciens ne s’intègrent pas dans une approche commune concertée. Nous nous permettons de relever que la SMVS et pharmavalais avaient lancé dans ce sens un projet pilote sur les conseils à donner en rapport avec des médicaments contre l’acidité gastrique qui nous ont permis de voir qu’il y a encore beaucoup d’efforts à faire de part et d’autre pour utiliser au mieux les compétences des uns et des autres. Le rapport et les échanges entre les partenaires dans les différentes régions ont un impact majeur sur la qualité de cette collaboration et mériteraient d’être renforcés et stimulés par l’ordonnance qui est prévue, afin de permettre qu’il en découle effectivement une collaboration utile avec une plus-value pour les patients et notre population. **Nous nous permettons d’exiger en même temps que les compétences des médecins en la matière de prescription et dispensation médicamenteuse soient aussi revalorisées – et que la dispensation médicamenteuse soit permise aux médecins valaisans comme nous l’avions déjà demandé en 2019.** Il est difficilement compréhensible pourquoi la dispensation médicamenteuse est généralement admise et appréciée dans de nombreux cantons germanophones – qui permet de compenser en partie leur valeur de point TARMED plus basse que celle appliquée en Suisse Romande (sauf en Valais qui est la triste exception). La dispensation médicamenteuse permet de générer un revenu hors-LAMal pour les médecins qui à l’heure actuelle n’ont quasiment plus d’autres revenus accessoires possibles et subissent donc à plein fouet le manque d’adaptation de la structure tarifaire TARMED et des valeurs de points y relatives qui sont encore basées sur les salaires des années 1990 ! D’ailleurs, contrairement à ce que pourraient penser certains, les coûts des médicaments/patients sont généralement inférieurs dans les cantons avec dispensation médicamenteuse par les médecins – ce qui a donc un impact positif double sur les primes-maladies des assurés (voir présentation ci-jointe).

**Nous demandons donc de modifier l’art. 144 et les articles 15 et ss de l’ordonnance sur les produits thérapeutiques afin de permettre ainsi la dispensation médicamenteuse par les médecins valaisans désireux de le faire.** Nous nous permettons de faire remarquer que le Valais est sous-doté en médecins mais pas en pharmaciens actuellement.Nous sommes conscients du fait que nos collègues pharmaciens se retrouvent sous de fortes pressions – liées surtout au développement de grandes chaînes de pharmacie et des pharmacies disponibles dans les magasins à Grande Surface. Nous proposons pour cela de renforcer la collaboration avec eux dans le cadre du masterplan, de l’utilisation de leurs compétences dans le travail de réseaux à créer en Valais. Nous espérons que tout comme l’acceptation des compétences des pharmaciens par les médecins, l’acceptation des compétences des médecins en matière de dispensation médicamenteuse devrait être reconnue par nos collègues pharmaciens, comme cela est le cas déjà dans de nombreux cantons.

*Art. 144 Remise de médicaments*

1. *La remise des médicaments doit avoir lieu en pharmacie ou au cabinet d’un médecin, dans la mesure fixée par la législation fédérale, en droguerie ou auprès des autres personnes désignées par le droit fédéral. Sont réservés les médicaments rangés par l'institut dans la catégorie des médicaments en vente libre.*
2. *Le Conseil d'Etat fixe par voie d'ordonnance les conditions auxquelles ces professionnels de la santé sont autorisés à tenir une pharmacie.*
3. Le projet s’efforce aussi d’**apporter une réponse aux importantes difficultés rencontrées dans l’organisation du service de garde médicale**. Pour y remédier, comme dans la plupart des cantons, il est notamment prévu d’introduire dans la loi, à l’art. 66a, la possibilité de prélever une taxe de garde (en cas d’exemption). **Cette taxe, si elle est prélevée, devra être exclusivement affectée au financement du service de garde** ; ainsi, les professionnels de la santé concernés par une exemption participeraient au financement du dispositif. Toutefois, pour tenir compte des craintes exprimées en 2018 lors de la révision complète de la LS, il est proposé le principe d’une **taxe de 5'000. — frs par an au maximum**, soit très inférieure à celle que connaissent d’autres cantons (BE 15'000 frs ; FR 12'000 frs ; VD 20'000 frs). **Etes-vous favorables à cette proposition ?**

Oui entièrement Plutôt oui Plutôt non **Non, avec véhémence!**

**Comme nous l’avions déjà fait valoir avec succès en 2018, lorsqu’une proposition similaire avait été faite, nous nous opposons avec véhémence à l’introduction à une telle taxe de garde et nous permettons de vous renvoyer aux documents y relatifs soumis déjà en 2018 et 2019 (voir annexes).** Cinq ans plus tard, il faut constater que le problème majeur rencontré dans l’organisation du service de garde médicale est en lien DIRECT avec la pénurie médicale avérée et importante en Valais ! Il semble que de nombreux responsables du système sanitaire n’aient pas encore réalisé que quasiment TOUS les médecins répondent déjà à leur obligation de participation au service de garde de part le fait de voir leurs patients et ceux qui leur sont adressés (en ce qui concerne plus particulièrement les spécialistes) de façon urgente ou semi-urgente durant leurs heures de travail. Cette obligation est d’ailleurs rappelée par la SMVS lors de chaque introduction faite aux nouveaux médecins s’installant en Valais lors des journées Vadémécum organisées en collaboration avec le service de la santé publique. Lorsque le domaine ambulatoire est débordé et surchargé, cela amène inévitablement à un transbordement des patients dans le secteur dit « d’urgence » ou « de garde ». Ce n’est donc pas l’introduction d’une taxe de garde qui mettrait encore plus de pression financière sur le domaine ambulatoire déjà mal en point et sous-doté que la problématique sera résolue ! Il nous semble donc indispensable de régler le problème de fonds par des mesures de soutien urgentes améliorant les conditions-cadres pour une prise en charge médicale de qualité ambulatoire décentralisée en Valais (rehaussement de la VPT ambulatoire extrahospitalière valaisanne, valorisation des assistantes médicales et de leurs conditions-cadres dans les cabinets valaisans, projets interprofessionnels à renforcer et financer). Ceci fait partie des revendications de la pétition interprofessionnelle lancée en février 2023 par la SMVS et ses partenaires qui exige une politique de santé basée sur un changement de culture « data literacy » – en passant d’une politique des coûts de la santé à une véritable politique de la santé – qui valorise aussi plus fortement les mesures de prévention <https://www.smvs.ch/fr/Politique-et-medias/Actualite/Petition/Petition-pour-des-soins-medicaux-ambulatoires-de-qualite-pour-tous/>.

L'introduction d'une telle taxe irait clairement à l'encontre **de tous les objectifs que la SMVS défend avec engagement depuis de nombreuses années, en collaboration avec le DSP**, objectifs reconnus à maintes reprises par ledit DSP, à savoir maintenir une attractivité du Valais pour l'établissement de nouveaux médecins, revaloriser et améliorer les conditions cadres dans ce même objectif.

La SMVS s'est battue depuis longtemps pour défendre ses médecins et la qualité d’un tissu sanitaire en Valais. Les médecins, toutes spécialités confondues, permettent d'offrir à la population une médecine ambulatoire de qualité, participant déjà au service de garde tel qu'ordonné dans la loi sur la santé, mais participant également, au-delà de cette loi, à un service d'urgence qui n'est pas mesuré à sa juste valeur. Chaque médecin voit dans sa consultation de très nombreux patients qui appellent le jour même, répondant ainsi à un équivalent de garde. La totalité des patients vus en urgence en ambulatoire soulage le système public, évitant que ces patients ne se rendent aux urgences de l'hôpital, qui serait dès lors totalement engorgé, et qui par ailleurs imposerait un coût financier nettement supérieur. Si le besoin est encore nécessaire d'illustrer la nécessité de garantir le maintien d'un tissu sanitaire fort en ambulatoire, comment comprendre qu'un projet de taxe puisse être évoqué ? Il serait imposé aux mêmes médecins de financer le système de garde, c’est-à-dire financer un service public ? C'est un peu comme demander aux policiers ou aux pompiers de financer eux-mêmes leur centrale d'appel !!!

Nous avions osé croire à une compréhension des autorités vis-à-vis de la fragilité de notre système de santé, mais cette nouvelle loi fait la preuve du manque d'estime que les autorités portent aux médecins. Ce qui a toujours fait la force de notre société, c’est la recherche d’un consensus entre les autorités et les représentants de la population. Force est de constater que cette recherche de consensus n’existe plus, corrompu par manque d’écoute, avec évolution vers une politique unilatérale, à la mode des ordonnances fédérales… ne craignant les prises de position contraignantes, au-delà de l’intérêt de ses administrés. Chacun y verra un avenir dramatique pour le futur tissu sanitaire en Valais. Cette taxe sera une contrainte supplémentaire pour tous les médecins, plus encore pour les médecins généralistes impliqués en première ligne dans la garde.

Une taxe imposera une baisse de revenu, si appliquée jusqu’à **5000 Fr. par année (équivalent de 1-2 centimes de valeur de point TARMED selon la taille du cabinet!)** alors que nous battons depuis plusieurs années justement pour revaloriser cette valeur du point médical, traduction d'une pénalité et d'une baisse de revenu totalement injustifiée sachant que, et c’est reconnu par le DSP lui-même, **les médecins en Valais sont déjà prétérités comparativement aux autres cantons.** Les quelques rentrées financières prévues par cette taxe seraient, et seront, largement compensées par une baisse d'attractivité du Valais, une telle nouvelle se fera connaître très rapidement au-delà de nos frontières. L'argument que d'autres cantons aient établi une taxe similaire ne convaincra personne, tant la situation de ces autres cantons est différente et surtout basée encore sur une situation historique qui ne tient plus compte de la réalité des besoins du terrain. Nous nous permettons ici de faire remarquer que différents cantons, moins en pénurie que le Valais, ont délégué le service de garde de nuit à des entreprises spécialisées (Bâle, Argovie) pour décharger leurs médecins de premier recours et mieux utiliser leur « force de frappe » durant la journée. D’ailleurs, des régions comme Interlaken payent un piquet de 700 CHF/nuit à des généralistes faisant la garde à l’hôpital.

Nous vous faisons aussi remarquer que l’OCVS a introduit une rémunération de piquet assez intéressante pour les ambulanciers dans une phase pilote dans le Haut-Valais après la démission d’une entreprise d’ambulances… Il est donc d’autant moins compréhensible de vouloir que les prestataires de soins et les médecins payent eux-mêmes une « taxe d’urgence ». Cette baisse d'attractivité du Valais aggravera paradoxalement la pénurie des médecins en Valais, et nous ne jugeons plus utile de vous convaincre que cette évolution imposera des coûts infiniment supérieurs aux collectivités que les quelques rentrées financières que permettrait cette taxe, traduisant comme souvent une vision à court terme.

**La médecine a évolué, les urgences vitales passent directement à l'hôpital et quasiment plus par les médecins de garde.** Par ailleurs, les modifications de la tarification des nombreuses consultations d'urgence pendant la journée ne permettent plus de facturer le caractère de consultation urgente, traduisant la volonté évidente de notre Conseiller Fédéral et des assureurs de nier la nécessité des interventions urgentes par les médecins installés extrahospitaliers, et en même temps de les rendre statistiquement invisibles ! Pourtant, elles existent belle et bien – preuve en est le débordement des systèmes d’urgence pendant les périodes fériées pendant lesquelles les médecins installés ne sont pas tous disponibles.

Il faut donc plutôt repenser la garde, comme c'est en train de se faire dans les projets en cours du masterplan, en **revoyant s'il est effectivement encore nécessaire et indispensable que les médecins assument une garde 24 h/24 qui relèverait clairement d'un service public**.

On se demande avec étonnement pourquoi la mise à disposition des services 24 h/24 des hôpitaux soit prise en charge d’office par les soi-disant « PIG » (prestations d’intérêt général) et qu’on ait l’idée de vouloir faire supporter ces coûts aux médecins et autres prestataires de soins à qui on demande un service équivalent dans le domaine ambulatoire ! **Nous rebondissons donc, ici aussi sur la pétition pour des soins médicaux ambulatoires de qualité signée par plus de 14'000 personnes et qui exige un traitement équitable du domaine public et privé.**

**L'obligation légale de faire la garde n'implique pas que cela doive se faire 24 h/24, ni que cela doive se faire gratuitement, encore moins que les collègues dispensés de faire la garde pour des raisons de santé, de spécialité ou de compétence doivent la co-financer.** Ceci pourrait avoir une explication historique qui nous semble clairement dépassée aujourd'hui, d'autant plus que le fait qu'il y ait une sous-dotation de médecins spécialistes en Valais pour 2/3 des spécialités par rapport à la moyenne Suisse comme documenté par l'OBSAN en 2022, rendrait **encore moins compréhensible pourquoi, tout en lançant un masterplan pour la médecine ambulatoire (toutes les spécialités incluses !) on déciderait maintenant de pénaliser les médecins spécialistes, et tous les médecins, dont nous avons besoin en Valais.**

A l’heure où des projets-pilotes comme EMIR dans le Chablais visent à décharger les médecins de famille de la garde en déléguant des infirmières spécialisées de faire des visites à domicile en dehors des heures d’ouverture du cabinet, tout en sachant que les urgences vitales doivent de toute façon pouvoir compter sur un service ambulancier ou héliporté performant (pour lequel la SMVS s’engage aussi depuis des années) pour permettre un acheminement rapide dans les hôpitaux spécialisés, la proposition d’introduire cette taxe actuellement semble ubuesque! **Nous osons donc espérer que l’introduction d’une taxe d’urgence sera refusée au bénéfice de mesures indispensables en élaboration pour permettre une couverture médicale adéquate en Valais.**

1. Un nouvel article est introduit, 102a, pour **interdire les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle** **et affective et/ou l'identité de genre d'autrui**. Ces dispositions donnent suite au postulat 2021.09.285 adopté par le Grand Conseil. **Etes-vous favorables à cette proposition ?**

Oui entièrement Plutôt oui Plutôt non Non

**OUI avec des conditions associées indispensables : Le texte doit être formulé de façon plus claire par rapport aux thérapies de conversions et éviter des malentendus (pédophilie etc.). Il nous semblerait important d’attendre/intégrer une unité de doctrine au niveau fédéral pour éviter une démultiplication de lois cantonales divergentes à ce sujet.**

**La SMVS partage entièrement l’avis de l’OMS ainsi que de la fédération mondiale des médecins qui condamne les thérapies de conversion qui se basent sur une idéologie prétendant qu’une orientation sexuelle différente de la norme sociétale communément acceptée soit une maladie nécessitant un traitement.** La SMVS est donc d’accord sur le principe d’interdire de telles pratiques qui peuvent nuire gravement à la santé mentale et physique des personnes concernées. Dans l’article de loi proposé, il manque par contre différentes précisions qui nous semblent indispensables. P.ex., il faudrait nommer explicitement que l’interdiction vise les **‘thérapies de conversion’**. Ce terme permet de mieux **spécifier quel type de thérapie et de conseils est interdit et punissable**. La formulation actuelle laisse beaucoup de place pour l’interprétation et risque de conduire à de nombreuses interpellations et accusations en lien avec une prise en charge pendant la phase délicate, où une personne se questionne sur son orientation sexuelle et peut vouloir ou non la définir différemment. Les professionnels de la santé ou des personnes actives dans le domaine psychosocial et éducatif pourraient se voir accusées de façon abusive alors qu’ils essaient de proférer des conseils et pas de thérapie de conversion dans le sens spécifique du terme. D’autre part, il y a certaines orientations sexuelles comme la pédophilie qui nécessitent une thérapie visant à modifier ces comportements sexuels maladifs qui ne sont pas toujours perçu de cette façon par les personnes concernées. Il nous semble **indispensable d’éviter tout flou à cet égard**.

Nous nous questionnons donc aussi sur le timing de cette modification légale, à l’heure où au niveau fédéral les commissions juridiques du Conseil aux Etats et du Conseil National ont refusé différentes initiatives cantonales qui demandaient une interdiction des thérapies de conversion, en attendant un rapport y relatif demandé par le Conseil Fédéral et qui devrait être disponible en été 2024.

**Nous pensons qu’il serait plus judicieux d’adapter la loi de la santé valaisanne dans le sens des directives et décisions qui seront prises et spécifiées au niveau fédéral d’ici peu pour éviter une démultiplication de lois cantonales y relatives – qui rendent la situation encore plus complexe pour les professionnels et accompagnants concernés qui seront amenés d’exercer dans différents cantons.**

Pour citer comme exemple, l’Allemagne a précisé que sa loi qui interdit les pratiques de conversions ne s’applique pas aux situations suivantes :

‘’Das **Gesetz gilt nicht** für Erwachsene, die selbstbestimmt handeln können. Ausgenommen sind auch Behandlungen bei Störungen der Sexualpräferenz wie Exhibitionismus oder Pädophilie. Genauso wenig sind Behandlungen eingeschlossen, die Menschen in Anspruch nehmen, wenn sie sich mit ihrem angeborenen biologischen Geschlecht nicht identifizieren können und daher eine Angleichung des Körpers an das empfundene Geschlecht anstreben. ’’ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/archiv/verbot-konversionstherapie-1707674>

* 1. L’ONU recommande elle aussi d’interdire les thérapies de conversion – tout en donnant une explication du terme et en exigeant qu’il soit clairement statué quelles pratiques doivent être interdites : <https://ishr.ch/latest-updates/hrc44-conversion-therapy-violates-human-rights-lgbt-persons-says-un-independent-expert-sogi/>

‘’The report explains ‘Conversion therapy’ as an umbrella term to describe wide-ranging interventions to effect **change from non-heterosexual to heterosexual, and from trans or gender diverse to cisgender; premised on the belief that SOGI “can and should be changed or suppressed when they do not fall under what others in a given setting and time perceive as the desirable norm**.”

Donc, ce passage permet clairement de focaliser l’interdiction sur les changements ‘’non-hétérosexuel ou hétérosexuel, trans/cis, divers’’ dans un contexte donné et une norme sociétale non-désirable - ce qui permet d’éviter des mauvaises interprétations de la loi dans d’autres situations.

Il nous semblerait utile de compléter le paragraphe 4 a) par ‘médicale et éducative ‘qui inclurait les différentes options d’accompagnement :

-les prestations d'aide et de soutien de nature **médicale et éducative**, psychosociale ou psychothérapeutique respectueuses de l'autodétermination de la personne et contribuant à la libre expression de son orientation affective et sexuelle ou de son identité de genre.

1. **Autres observations, remarques ou propositions :**

**Demande d’intégrer dans la loi sur la Santé Valaisanne les revendications de la ‘’pétition pour des soins médicaux ambulatoires de qualité pour tous’’, signée par plus de 14'000 personnes.**

## Donnant suite au soutien massif obtenu par la pétition interprofessionnelle lancée par la SMVS en février 2023 ‘Pétition pour des soins médicaux ambulatoires de qualité pour tous en Valais’ <https://act.campax.org/petitions/petition-pour-des-soins-medicaux-ambulatoires-de-qualite-pour-tous> qui reste ouverte et continue à obtenir du soutien et des signatures (actuellement 14’165 de signatures) et vu le courrier du Conseil d’Etat du Valais daté du 22.11.2023 en réponse au dépôt officiel de la pétition fin septembre 2023 qui affirme partager les préoccupations listées dans la pétition et s’efforcer à y répondre, nous demandons à ce que les points suivants soient intégrés dans la Loi sur la Santé Valaisanne dans le cadre de la révision actuelle, afin de permettre de tenir compte de la volonté populaire exprimée par ce large soutien à cette pétition.

1. Changement de culture de la politique de la santé :

Donnant suite à la « pétition pour des soins médicaux ambulatoires de qualité pour tous », le **Conseil d’Etat valaisan doit s’engager à promouvoir un changement de culture quittant une politique principalement axée sur les coûts de la santé pour développer et instaurer une véritable politique de la santé en Valais.** Cette politique de la santé est basée sur une culture partagée et commune de littératie des données – c’est-à-dire une approche critique d’une collecte, gestion, évaluation et application des données pertinentes méthodologiquement correcte avec une mise en contexte adéquate respectant la protection des données et les principes d’éthique tout en prévoyant et instaurant une culture de feed-back continue entre les fournisseurs des données et les utilisateurs et ou leurs représentants. Une telle approche et culture sert à éviter des biais d’interprétation ainsi qu’à une implication constructive des fournisseurs des données et/ou leurs représentants de la saisie des données jusqu’à l’interprétation et publication de ces dernières. **Une telle approche basée sur la littératie des données (‘data literacy’) permet d’obtenir des données de qualité et de fournir une base crédible permettant de prendre des décisions fondées sur une compréhension solide des données dans leur contexte. Une telle approche permet d’investir au bon moment au bon endroit dans des mesures importantes pour permettre la maîtrise des coûts de la santé à moyen et long terme dans une culture et une approche interprofessionnelle impliquant et responsabilisant les différents partenaires du système sanitaire.** Elle permet aussi de saisir l’importance et l’impact de mesures de prévention communes et largement diffusées.

C’est ainsi que nous proposons d’introduire, par exemple, à l’art. 4 de la loi sur la santé, cette idée qu’il conviendra de formuler plus précisément mais dont la teneur devrait être en principe la suivante :

*Art. 4 Moyens*

1. *’Etat promeut une véritable politique de la santé globale plutôt qu’une politique principalement axée sur les coûts de la santé.*
2. Renforcement de la prévention coordonnée et partenariale :

L’analyse des données permet p.ex. de mettre en évidence que la surcharge des services de gardes, urgences et hôpitaux durant les périodes hivernales est largement lié à une fréquence augmentée de maladies transmissibles des voies aériennes hautes (env. 40% des consultations urgentes/semi-urgentes dans le domaine ambulatoire). Une sensibilisation de la population aux mesures d’hygiène par une campagne de prévention large juste en amont de la période hivernale permettrait de réduire de 50% ces consultations (étude publiée par l’OFSP), de diminuer le nombre de malades, des absences au travail et des coûts de la santé (min. 36 millions de CHF pour la saison d’hiver 2022/2023 auraient pu être économisés en Valais). Nous proposons donc d’introduire dans la loi pour la Santé Valaisanne l’article suivant :

*Dans une optique de santé publique, de maîtrise des coûts de la santé et d’une utilisation optimale et efficace des ressources financières et personnelles disponibles dans le domaine de la santé,* ***le Conseil d’Etat promeut de façon proactive des mesures de prévention utiles et dont l’impact sur l’état de santé et les coûts de la santé est documenté ou raisonnablement prévisible.*** *Pour ce faire, il se coordonne avec les milieux intéressés et implique les différents partenaires y compris les assureurs-maladie afin de rendre visible et efficace des campagnes communes ayant un impact direct ou indirect sur la qualité de vie et la santé de la population tout en permettant de contribuer à une maîtrise des coûts et une disponibilité adéquate des ressources médicales et paramédicales.*

C’est ainsi que nous proposons d’introduire, par exemple, à l’art. 110 de la loi sur la santé, cette idée qu’il conviendra de formuler plus précisément mais dont la teneur devrait être en principe la suivante :

*Art. 110 Objet*

1. *le Conseil d’Etat promeut de façon proactive des mesures de prévention utiles et dont l’impact sur l’état de santé et les coûts de la santé est documenté ou raisonnablement prévisible. Dans ce but, il se coordonne avec les milieux intéressés et implique les différents partenaires de la santé y compris les assureurs-maladie.*
2. Equilibre entre le domaine public et privé et couverture adéquate des besoins en soins:

Pour une prise en charge médicale ambulatoire de qualité et individualisée pour tous, il est indispensable **d’assurer un équilibre entre le domaine public et privé**. Nous proposons donc l’introduction suivante dans la loi :

*Le Conseil d’Etat veille à assurer un équilibre et un traitement équitable entre les partenaires du domaine ambulatoire publics et privés – plus particulièrement, cela concerne aussi l’adaptation des tarifs et des conditions-cadre comme l’adaptation au renchérissement, aux salaires du personnel et la prise en considération de surcoûts liés à la digitalisation p.ex. Lorsqu’une subvention est accordée pour le domaine public, les partenaires du domaine ambulatoire privé ne doivent pas être discriminés et doivent être traités de façon égale. Le Conseil d’Etat veille à éliminer toute discrimination tarifaire, de conditions-cadres ou autre entre les prestataires ambulatoires du domaine public ou privé et prend les mesures nécessaires pour permettre un accès à une prise en charge médicale de qualité de façon décentralisée et permettant un choix des prestataires équitable dans toutes les régions du Valais et tout le canton. Il s’engage à créer des conditions-cadres permettant de maintenir une couverture et une relève médicale indépendante adéquate dans tout le Valais.*

C’est ainsi que nous proposons d’introduire, par exemple, à l’art. 5 de la loi sur la santé, cette idée qu’il conviendra de formuler plus précisément mais dont la teneur devrait être en principe la suivante :

*Art. 5 Couverture des besoins en soins : principes*

1. *Le Conseil d’Etat veille à assurer un équilibre entre le domaine public et privé en garantissant un traitement équitable entre les fournisseurs de prestations ambulatoires publics et privés, plus particulièrement en appliquant des tarifs et des conditions-cadre analogues permettant, notamment, une couverture et une relève médicale adéquate.*
2. *L’Etat prend des décisions en matière de tarification et de conditions-cadres permettant la pérennisation des professions médicales et paramédicales de qualité en tenant compte des besoins de la population, notamment en région périphérique, de l’évolution des coûts, du renchérissement et des conditions économiques régionales ainsi que de la situation dans les cantons limitrophes au Valais et au niveau fédéral.*
3. *L’Etat favorise toutes mesures qui permettent et facilitent la mise en place de projets partenariaux et de collaboration interprofessionnelle, tant au niveau régional que cantonal ; ilincite tous les partenaires de la santé y compris les assureurs-maladie à participer et à soutenir de tels projets ; Il publie, une fois par an avant fin octobre, la liste des assurance-maladie ayant contribué à ces projets.*

*REDITE ; CF ART. 57f, al. 2 ci-dessus*

1. Réduction des contraintes administratives :

Une démultiplication de réglementation et de contraintes administratives pèse de plus en plus sur tous les prestataires du domaine médical et paramédical. La pétition demande, vu la pénurie en professionnels de la santé dans de plus en plus de domaines de soulager les professionnels de la santé de régulations superflues et chronophages :

*Vu le problème de pénurie de personnel soignant, médical et paramédical croissant en parallèle avec des besoins croissants de la population, le Conseil d’Etat et le Grand Conseil Valaisan s’engagent à réduire le nombre de régulations et contraintes administratives peu utiles qui réduisent la disponibilité des professionnels de la santé pour la prise en charge des patients. Toute nouvelle régulation ou contrainte est évaluée avant son introduction par rapport à sa pertinence et son impact potentiellement délétère sur les ressources disponibles et la surcharge et coûts et/ou ressources personnelles. En cas de réglementations introduites au niveau fédéral qui ne présenteraient pas une balance positive du bénéfice escompté face aux ressources mobilisées, le Conseil d’Etat et le Grand Conseil prennent les mesures possibles pour éviter l’introduction de telles mesures au niveau fédéral et cantonal grâce à leurs réseaux politiques et aux instruments démocratiques existants tels que p.ex. l’initiative cantonale.*

C’est ainsi que nous proposons d’introduire, par exemple, à l’art. 4bis (nouveau) de la loi sur la santé, cette idée qu’il conviendra de formuler plus précisément mais dont la teneur devrait être en principe la suivante :

*Art. 4bis Réduction des contraintes administratives (nouveau)*

1. *Toute nouvelle régulation ou contrainte administrative concernant le domaine de santé est évaluée avant son introduction par rapport à sa pertinence, à son impact potentiellement délétère sur les ressources disponibles et et aux coûts engendrés, notamment relatifs au personnel.*
2. *Si le canton doit appliquer une norme fédérale engendrant de nouvelles contraintes administratives inadmissibles, il s’engage à intervenir par tous les moyens politiques et légaux pour modifier, voire annuler dite norme.*
3. *Le Conseil d’Etat désigne une commission interprofessionnelle compétente responsable d’assurer le suivi et le respect de ce principe.*

1. Digitalisation et cybersécurité :

L’évolution galopante dans ces domaines ainsi que les exigences légales y relatives s’accompagnent de contraintes et de risques de sécurité de plus en plus grands qui ne peuvent bientôt plus être assumés par des petites et moyennes entreprises du domaine de la santé au vu du risque particulier lié à l’utilisation et les échanges quotidiens de données sensibles entre les fournisseurs de prestations médicales. Le maintien de la sécurité informatique coûte de plus en plus cher, les mesures et directives y relatives deviennent de plus en plus complexes et empiètent sur le temps disponible dans les cabinets médicaux mais aussi de tous les prestataires du domaine médical et paramédical – plus particulièrement des petites et moyennes entreprises. Il semble donc indispensable et urgent que le canton du Valais mette à disposition un soutien et des réseaux et des plateformes sécurisés et développe, en collaboration avec les représentants des professionnels concernés, des attitudes, coaching ainsi qu’un soutien logistique dans ce domaine pour réduire les coûts qui se répercuteront inévitablement tôt ou tard sur les primes-maladies et impactent déjà la disponibilité des professionnels de la santé pour leurs patientes et patients :

*Le Grand Conseil et le Conseil d’Etat valaisan s’engagent à promouvoir et mettre sur pied un projet/infrastructure de cybersécurité cantonal ou fédéral permettant à faciliter la sécurisation digitale et les conseils pratiques adaptés aux fournisseurs de soins, plus particulièrement dans le domaine ambulatoire pour les petites et moyennes entreprises pour réduire l’impact des coûts démultipliés liés aux frais de cybersécurité, mais aussi pour améliorer au maximum la cybersécurité du système sanitaire valaisan dans son ensemble et faciliter et sécuriser les échanges entre les patientes et patients avec leurs fournisseurs de soins ainsi qu’entre les fournisseurs de soins eux-mêmes. Dans ce sens-là, le Grand Conseil et le Conseil d’Etat s’engagent à promouvoir une optimisation de l’utilisabilité du DEP et son interconnectivité avec les logiciels des différents fournisseurs de soins.*

C’est ainsi que nous proposons d’introduire, par exemple, à l’art. 6 bis de la loi sur la santé, cette idée qu’il conviendra de formuler plus précisément mais dont la teneur devrait être en principe la suivante :

*Art. 6bis Cybersécurité*

*L’Etat met en place une infrastructure de cybersécurité cantonale permettant d’assurer la sécurisation digitale des fournisseurs de soins et du système sanitaire valaisan en général ainsi que l’échange sécurisé entre les fournisseurs de soins du système sanitaire et les patients et utilisateurs.*

En complément de nos réponses ci-dessus, nous nous permettons de vous transmettre en annexe la prise de position émise par la SMVS sur la consultation de la loi sur la santé de 2018 (19.6.2018) qui reste valable – plus particulièrement au sujet justement de l’introduction d’une taxe de garde que nous avions combattue déjà à l’époque et qui fait encore moins de sens en 2024 qu’en 2018. Nous vous joignons aussi la présentation faite à la commission de la santé le 9.10.2019 par rapport à la dispensation médicamenteuse et les prédictions sur l’aggravation de la pénurie médicale en Valais qui s’est malheureusement réalisée et a pu être documentée par l’OBSAN. Il serait donc urgent d’en tirer les conséquences sur les conditions-cadres permettant de renouveler de façon adéquate la couverture ambulatoire des médecins indépendants en considérant le fait qu’entre-temps, le renchérissement, les coûts informatiques (imposés à tout nouveau médecin), les frais de salaires du personnel (assistantes médicales et autres) ont nettement augmenté et que la VPT valaisanne des médecins ambulatoires reste la plus basse de Suisse. Nous tenons à faire remarquer que les gouvernements de 6 cantons de la Suisse orientale (SH, St. Galles, Grisons, Glaris, Thurgovie, Appenzell) viennent de décider d’augmenter la VPT ambulatoire des médecins de 0.83 à 0.86 CHF, alors que dans ces cantons-là, la dispensation médicamenteuse est largement répandue et pratiquée. Sans dispensation médicamenteuse, la VPT valaisanne devrait être augmentée à au moins 0.92 CHF. Si le Conseil d’Etat déciderait une VPT inférieure, il serait indispensable d’ajuster les conditions-cadres en permettant, dans la loi sur la santé la dispensation médicamenteuse par les médecins. Ce d’autant plus que les frais médicamenteux sont plus élevés dans les cantons sans dispensation médicamenteuse comme cela est démontré par la présentation jointe et impactent fortement les primes-maladies.

Nous joignons aussi à cette prise de position notre détermination par rapport à la fixation de la VPT TARMED des médecins valaisans qui montre que malgré la décision quelque peu troublante du Tribunal Administratif Fédéral, une fixation de la valeur de point tarifaire TARMED extrahospitalière avec une augmentation échelonnée et basée sur la réalité économique des coûts reste tout à fait possible et que la marge de manœuvre du Conseil d’Etat reste très large, grâce aux nouvelles données et expertises récoltées et analysées par la SMVS depuis 2022.

Pour rappel, nous nous permettons aussi de joindre notre pétition ‘pour des soins médicaux ambulatoires de qualité pour tous (<https://act.campax.org/petitions/petition-pour-des-soins-medicaux-ambulatoires-de-qualite-pour-tous>) qui reste active et d’actualité.

Nous espérons donc que le Conseil d’Etat et le Grand Conseil valaisan sauront prendre en considération nos propositions par rapport aux modifications de la Loi sur la Santé valaisanne.

En implémentant un changement de culture commun basé sur la littératie des données et une véritable reconstruction de collaborations partenariales constructives interprofessionnelles, avec le monde politique et les assureurs, nous pourrions réussir de répondre positivement aux enjeux pressants mettant actuellement en péril une pérennisation d’une médecine ambulatoire de qualité – mais aussi du système sanitaire valaisan tout entier.

Nous espérons pouvoir être entendus durant les procédures de l’adaptation de cette loi en 2024.

En vous remerciant de l’attention que vous saurez porter à ces revendications importantes, nous vous adressons nos salutations les meilleures avec nos meilleurs vœux de fin d’année et dans l’espoir de relancer une collaboration constructive sur les multiples préoccupations pressantes que nous devons résoudre ensemble.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dr. med. Monique Lehky Hagen  EMBA focus healthcare  Présidente SMVS | Dr. med. Michel Cachat  Président Commission des Intérêts Professionnels SMVS | Me Dominique Sierro  Master en économie de la santé |

Annexes : - Prise de position SMVS sur la loi sur la santé du 21.6.2018

Présentation SMVS 9.10.2019 dispensation médicamenteuse ;

Prise de position SMVS contre l'ordonnance : limitation d'admissions médecins du 24.4.2023 ;