

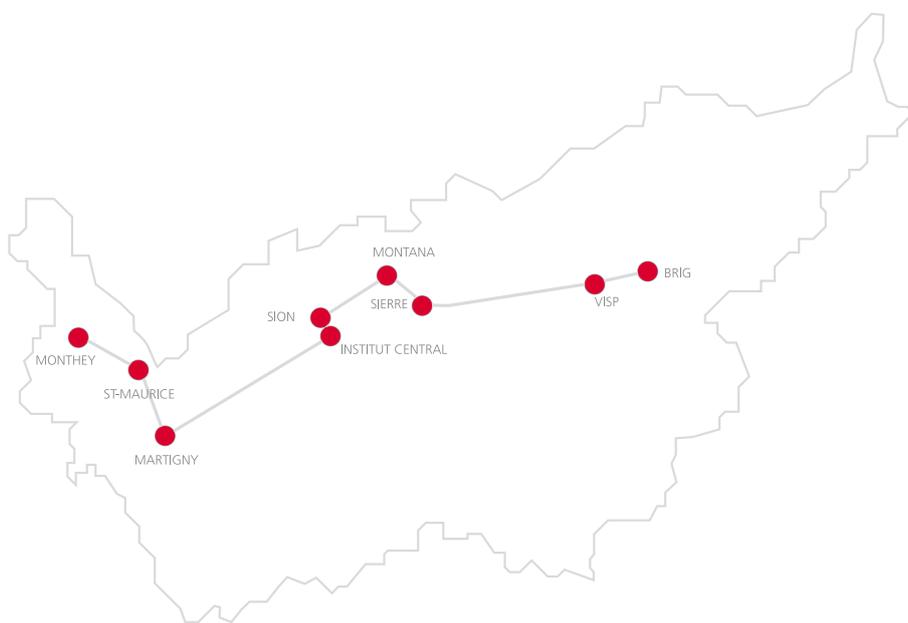
Rapport qualité

Hôpital du Valais



2014





Impressum

Editeur : Hôpital du Valais (RSV), Direction générale, Service de communication, 1950 Sion.

Graphisme : Eddy Pelfini Graphic Design, Sion.

Photos : Arnaud Pellissier, Joakim Faiss.

Impression : Valmedia AG, Viège.

Sion, décembre 2015.

Ont participé à l'élaboration de ce rapport:

Pierre Turini, Els De Waele, Mario Desmedt, Nicolas Troillet, Mette Berger, Joakim Faiss.



1 Institut
Central (ICHV)

9 sites
hospitaliers

Hôpital de Brigue
Hôpital de Viège
Hôpital de Sierre
Clinique Sainte-Claire
Sierre
Centre Valaisan de Pneumologie
Montana
Hôpital de Sion
Hôpital de Martigny
Clinique Saint-Amé
Saint-Maurice
Hôpital de Malévoz
Monthey

08	Introduction
09	Permettre aux soignants de soigner
12	Structurer et faire vivre une démarche participative et transversale
17	Renforcer la qualité et la sécurité des soins
23	Structurer et renforcer les relations avec les patients, leurs proches et les médecins traitants
24	Mieux évaluer pour s'améliorer
70	Renforcer la visibilité des projets et les résultats liés à la qualité
71	Activité des départements médico-soignants de l'Hôpital du Valais
94	Formations et conventions
99	Accréditations, certifications, labels
102	Publications, articles et livres effectuées par des collaborateurs de l'HVS en 2014
110	Présentations effectuées lors de Congrès scientifiques

L'HÔPITAL DU VALAIS EN BREF

Quelques chiffres

2004

Fusion de 10 hôpitaux et cliniques - Naissance du Réseau
Santé Valais (RSV), aujourd'hui Hôpital du Valais



5'000

Principal employeur du canton :
5'000 collaboratrices et collaborateurs



39'000

patients hospitalisés



449'000

visites ambulatoires





800

personnes en formation dans les départements infirmiers et médico-techniques



50

Reconnaisances FMH comme établissement de formation postgraduée dans plus de 50 disciplines médicales



350

Près de 350 médecins assistants et chefs de clinique en formation chaque année



63

Conventions et accords de collaboration avec :

- le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- l'Hôpital de l'Île à Berne
- l'Hôpital universitaire de Bâle

Depuis 2014, l'Hôpital du Valais (HVS) s'est clairement engagé dans la mise en œuvre d'un programme mettant en priorité la sécurité des patients et la qualité des soins. À cette fin, il a réuni des compétences spécifiques dans un service dédié qu'il a positionné au plus près de ses organes de gouvernance stratégique. Un signe clair de l'engagement de l'HVS en faveur d'une culture institutionnelle soucieuse d'apporter au patient le meilleur soulagement possible à ses maux, tout en le protégeant au mieux de toute nuisance inutile.

Mettre ces valeurs en priorité exige de la transparence, d'une part pour pouvoir s'améliorer en se comparant à d'autres compétences analogues, de l'autre pour porter un regard lucide sur ses faiblesses et ses erreurs afin de leur apporter les correctifs et les améliorations nécessaires. C'est en cela que réside toute l'utilité du présent rapport. Il s'inscrit dans cette volonté constructive d'améliorer constamment la qualité et la sécurité des soins dispensés par l'HVS. Cette année, il se voit enrichi du rapport d'activité qui figurait jusqu'à présent dans le rapport de gestion de l'HVS. Un choix qui tient au fait qu'il nous semble plus opportun et plus pertinent de mettre l'activité d'un hôpital en regard de sa qualité davantage que de sa seule rentabilité.

Il reste maintenant à relever le défi le plus important, celui de permettre le déploiement à l'ensemble de l'HVS d'une véritable culture d'amélioration permanente de la sécurité et de la qualité des soins qui s'exprime quotidiennement dans les actes et les gestes de chacun de ses acteurs.

Prof. Eric Bonvin
Directeur général

Pathway to Excellence

L'excellence des pratiques de soins et la contribution soignante sont reconnues comme des éléments indissociables et à la base d'un système de santé performant. Le Pathway to Excellence® ou « Chemin vers l'excellence » est un modèle de bonnes pratiques pour l'organisation des services soignants. L'obtention du label constitue une démarche s'inscrivant dans la volonté de l'Hôpital du Valais (HVS) d'assurer une prise en charge et des prestations de soins de qualité pour ses patients. Cette démarche valorise le métier des professionnels du soin et les implique concrètement dans un projet stratégique de l'Hôpital du Valais.

Avec cette volonté de certification, l'Hôpital du Valais s'inscrit en précurseur au niveau suisse et européen. C'est une démarche utile qui participe à renforcer la sécurité du patient à l'Hôpital du Valais.

Les standards du Pathway to excellence® ont été développés par l'American Nurse Credentialing Center (ANCC). Les institutions sanitaires aux États-Unis déjà accréditées se distinguent et se situent dans « les rankings » parmi les meilleurs hôpitaux. Le label intègre les principes des hôpitaux aimants (« magnet hospitals »). Cette démarche a l'avantage de faciliter une dynamique institutionnelle.

Standard 1	Le personnel soignant détermine et contrôle la pratique de soins.
Standard 2	L'environnement de travail est sûr et de bonne qualité.
Standard 3	Des dispositifs sont en place pour adresser et traiter des préoccupations liées à la pratique de soins ou aux patients.
Standard 4	Un programme d'intégration pour les nouveaux collaborateurs est mis en œuvre.
Standard 5	Le directeur et les responsables des soins de département disposent d'un cursus de formation adéquat.
Standard 6	Le développement professionnel est promu.
Standard 7	Une répartition équitable des salaires est en place.
Standard 8	Le personnel soignant est reconnu pour ses réalisations et ses réussites.
Standard 9	Un équilibre vertueux (work life balance) est encouragé.
Standard 10	Les collaborations interprofessionnelles sont valorisées et soutenues.
Standard 11	L'encadrement soignant est compétent et responsable (pouvoir d'actions & responsabilité pour les décisions prises).
Standard 12	Un programme de qualité et des pratiques reposant sur des preuves sont mis en œuvre.

Douze standards sont exigés pour obtenir la certification Pathway to Excellence®.

Ces douze standards sont d'ores et déjà intégrés dans le Modèle de pratique professionnelle (MPP) de l'Hôpital du Valais. En réalisant le MPP, les conditions d'accréditation sont remplies. Il ne s'agit donc pas d'une démarche supplémentaire.

En l'état, les cadres soignants du Centre Hospitalier du Valais Romand et du Centre Hospitalier du Haut-Valais estiment qu'environ 75% des exigences sont déjà perceptibles ou réalisées. Le sondage « Mesure temps zéro » réalisé en 2014 auprès du personnel soignant a indiqué

que 80% des collaborateurs connaissent le MPP. Enfin, lors d'une « Landsgemeinde » organisée à Viège, 80% des cadres – infirmier-ère chef de service, clinicien-ne et praticien-ne formateur-trice – ont exprimé leur volonté de s'impliquer pour l'obtention du label.

L'inscription formelle de l'Hôpital du Valais auprès de l'instance américaine ANCC a été faite en novembre 2014. Le plan d'action est réalisé. Des « world café » et différentes séances de coordination des services de soins s'articulent autour de ce projet d'accréditation.

La documentation relative à la réalisation des 12 standards est attendue pour le 1^{er} novembre 2015.

Si la documentation est jugée complète, le dernier mot sera donné aux collaborateurs de l'Hôpital du Valais. Une auto-analyse par le biais d'un questionnaire permettra aux soignants d'indiquer si effectivement les standards sont implémentés et vécus. Ceci est en principe planifié pour janvier 2016.



Exemples de projets en lien avec la réalisation des douze standards de la certification Pathway to Excellence®.



Créer un réseau de professionnels motivés et compétents

En 2014, le nouveau service qualité de l'Hôpital du Valais (approuvé par la Direction générale fin 2013) a mis en place des structures pour renforcer la collaboration entre les différents centres de l'HVS. Afin de renforcer la mise en œuvre de la démarche qualité et sécurité dans l'ensemble de l'institution, des séances réunissant les coordinateurs qualité et sécurité de l'HVS et les managers qualité des centres sont organisées mensuellement. La mise en commun des ressources, des compétences et des expériences facilite la gestion des projets transversaux et permet d'harmoniser les approches pratiques visant la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Susciter un engagement actif des professionnels de terrain

Dans le Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR), des structures ont été créées afin de traiter les incidents. Ces structures, appelées cercles qualité, rassemblent des représentants de plusieurs professions oeuvrant au sein d'un même service et ont pour but d'analyser les incidents déclarés, de proposer des actions d'amélioration et de désigner des responsables pour ces actions. Ils donnent un retour d'information aux équipes concernant les pratiques non optimales et les actions correctives qui ont été entreprises, rendant ainsi la démarche plus visible et transparente. Les cercles qualité existent déjà dans les services suivant : médecine interne, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie et soins intensifs. En 2014, un cercle qualité a été créé dans le service d'anesthésie. Dans les services où il n'y a pas de cercle qualité, ce sont les chefs de service (médecins et soignants) qui sont responsables de la gestion des incidents.

Un « colloque des complications » d'environ 45 minutes a lieu tous les trois mois au sein du Département de médecine interne – gériatrie du Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO). Médecins et soignants y discutent de cas concrets liés aux patients avec pour objectif de définir et mettre en œuvre des mesures correctrices applicables au quotidien. La plus-value de ces séances réside dans la présence de tous les intéressés (médecins-chefs, médecins adjoints, chefs de clinique, assistants, cadres soignants, managers qualité...) qui peuvent ainsi discuter les différentes situations aussi près de la réalité que possible. Ces « colloques des complications » constituent un bon moyen de progresser sur le chemin de la « culture de l'erreur » pour permettre aux médecins et soignants d'apprendre de leurs erreurs ou de celles des autres.

Le système de management qualité de l'Institut Central des Hôpitaux (ICH) est soutenu par les commissions de management qualité de tous les services. Les commissions sont réunies par l'Unité de management qualité pour évaluer la qualité des secteurs concernés et l'améliorer. Les sujets principaux de ces commissions sont le retour d'information sur la qualité, sécurité et risques par l'Unité de management qualité, la préparation des audits de certification et d'accréditation ainsi que le retour sur les audits (interne et externe) et les incidents. En 2014, le sujet principal des commissions de management qualité a été la gestion des incidents, en particulier l'intégration du nouvel outil de déclaration des incidents de l'HVS qui a remplacé l'outil informatique précédemment utilisé par l'ICH.

Un accent particulier a été mis sur l'information de tous les collaborateurs-trices de l'ICH quant à l'importance de la déclaration des incidents. Des séances de formation pratique à l'utilisation du nouvel outil de déclaration ont eu lieu d'octobre à décembre 2014. Grâce à elles, plus de 300 personnes ont été formées à la déclaration et/ou à l'analyse et traitement des incidents.

Mettre en œuvre des plans d'action institutionnels

Pour la Direction des soins, le suivi de la mise en œuvre des plans d'action se fait dans le cadre des séances de la Direction des soins et du collège des soins. Ce dernier espace réunit l'ensemble des responsables des soins et les directeurs des soins. Ils suivent notamment la mise en œuvre du modèle de pratique professionnelle, l'actualisation du dossier des soins et la mise en place du «4 Beine Model» (structure d'encadrement combinant trois fonctions soignantes et une fonction médicale).

Documenter est une activité qui fait aujourd'hui partie des soins. Elle contribue fortement à assurer la continuité des soins et permet d'évaluer de leur qualité. Dans le cadre de l'actualisation du dossier des soins, un nouveau module pour documenter les actes des soins a été rajouté dans le dossier informatisé du patient. Avec l'introduction du nouveau dossier de soins, l'accueil du patient est renforcé. Cette étape du séjour du patient est particulièrement importante. Il est attendu des soignants de réaliser dans les 12 heures un recueil de données complet, comprenant notamment l'évaluation des besoins, des risques, la présence des directives anticipées, la pose d'un diagnostic infirmier, les interventions et l'infirmière de référence. En utilisant le nouveau dossier de soin, on évite une double saisie de plusieurs données. Les soignants gagnent du temps, ce qui leur permet de se concentrer sur les soins au patient.

En 2014, ce nouveau dossier de soin a été implémenté dans les différents services du SZO. Après des séances de formation pour les collaborateurs, le département de médecine ont commencé en juin et le département de chirurgie en octobre 2014.

Associer les usagers et les partenaires externes à la démarche

Les associations de patients et de proches, des membres de la Direction de l'Hôpital du Valais ainsi que des représentants du Service de la santé publique se sont réunis, le 21 mai 2014, autour d'un thème sensible: les maladies rares. Pas moins de 16 associations étaient représentées pour cette édition de la rencontre bisannuelle du « Forum Patients » de l'Hôpital du Valais. A cette occasion différents orateurs sont intervenus pour présenter les conditions de prise en charge des patients atteints d'une maladie rare: Madame Christine De Kalbermatten, vice-présidente de l'Association Proraris, le Dr Armand Bottani, généticien aux HUG et à l'Hôpital du Valais, et le Professeur Olivier Guilod, directeur de l'Institut du droit de la santé de l'UniNE.

Le 19 novembre 2014, c'est le sujet de la contention dans les soins qui a été abordé lors du « Forum Patients ». À cette occasion, une cinquantaine de participants ont pu suivre les présentations du Dr Damian König, chef des affaires juridiques et éthiques de l'HVS, de M. Jean-Daniel Melly, infirmier aux soins intensifs de l'Hôpital de Sion, et du Dr Georges Klein et de M. Alain Boson, respectivement médecin-chef hospitalier et infirmier-chef dans le département de psychiatrie et psychothérapie. La direction de l'HVS a conclu à la nécessité d'intégrer les associations à cette réflexion en créant un groupe de travail sur cette thématique.

De plus, le monde associatif sera sollicité par la commission d'éthique clinique, créée sur demande de la direction de l'HVS, pour aborder des situations cliniques délicates comme le suicide, la fin de vie ou la contrainte.

L'amélioration des relations avec les patients et leurs proches constitue un axe majeur de la politique de l'HVS. Dans ce but, il souhaite assurer un lien permanent avec les patients et leurs représentants afin d'entendre et de prendre en compte leurs besoins et leur vécu à l'hôpital, d'évaluer en permanence leur satisfaction comme leur insatisfaction, et d'adapter son organisation et la qualité des soins en fonction de leurs besoins et de leurs perceptions.

Les projets ne manquent pas: infrastructures, droits du patient à demander un deuxième avis médical, étude sur les attentes de la population valaisanne sur le système de santé, université des patients.

Mise en place d'une gestion transversale et partagée de la documentation

En novembre 2013, l'Institut Central des Hôpitaux (ICH) a mis en production, comme projet pilote, la nouvelle plateforme électronique pour la gestion des documents. Elle permet de gérer sur la même plateforme tous les documents de l'Hôpital du Valais, en utilisant les mêmes modèles, en évitant les doublons et en facilitant l'accès à la documentation pour tous les collaborateurs-trices de l'Hôpital du Valais. Pour la gestion électronique des documents (GED), c'est le logiciel « Intraqual Doc » qui a été choisi en raison de sa souplesse d'utilisation dans le cadre

de la structure de l'HVS, de son bilinguisme et de la différence des activités des centres hospitaliers.

Suite à la mise en production réussie à l'ICH, les deux centres hospitaliers (CHVR et SZO) ont commencé à utiliser l'outil de GED dès janvier 2014. Après la formation des collaborateurs, le SZO a fini la migration de ses documents en juin 2014 et le CHVR ainsi que la Direction générale en novembre 2014.

Développer la culture de sécurité au sein des équipes et le retour d'expérience

La sécurité des prestations de soins est une préoccupation partagée par chacun au sein de l'Hôpital du Valais. Les initiatives qui soutiennent le renforcement de la sécurité des patients y sont nombreuses. La gestion des incidents permet de poursuivre sur cette voie de la sécurité et de la qualité des soins pour le bien du patient.

La déclaration des incidents

La déclaration des incidents ou événements indésirables est régie par la loi cantonale valaisanne sur la Santé publique et son ordonnance d'application. Depuis plusieurs années, chaque centre hospitalier de l'Hôpital du Valais déclare ses incidents selon un processus qui répond aux exigences de la loi sur la santé du 14 février 2008.

Dans un but d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, la Direction générale a lancé en janvier 2014 un projet ayant pour objectif d'uniformiser la pratique de la gestion des incidents au sein de l'HVS, de professionnaliser la pratique par des formations pour le personnel médico-soignant, d'englober tous les types d'incidents (y.c. les vigilances) et d'obtenir une vue d'ensemble de tous les incidents.

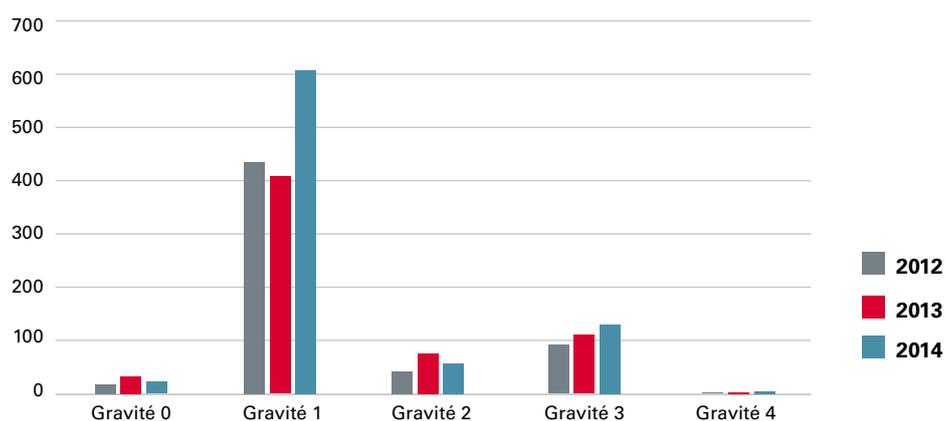
Dans le cadre de ce projet, l'Hôpital du Valais s'est doté d'un nouveau système pour la gestion des incidents. Le logiciel « Intraqual Dynamic » permet une gestion uniforme et adaptée au fonctionnement de l'HVS. En 2014, ce logiciel a été paramétré par le Service qualité dans le respect de l'ordonnance de la loi sur la santé, de la stratégie de l'HVS, de la classification OMS des incidents et du « London Protocol » (approche systémique de l'analyse des facteurs contribuant à l'erreur).

En septembre 2014, les premières formations pour les collaborateurs-trices sur l'utilisation du nouveau logiciel ont été réalisées. En novembre 2014, la phase pilote du nouveau système a été lancée et des dernières modifications ont été mises en place.

Résultats

En 2014, la déclaration des incidents a été faite selon le processus existant depuis plusieurs années (l'outil informatique Intraqual Dynamic n'a été utilisé qu'en phase pilote à partir de novembre 2014). Les résultats des incidents déclarés en 2014 sont présentés dans le graphique ci-dessous :

Nombre d'annonce des incidents médico-hospitaliers 2012 – 2014, HVS



Gravité 0 – les incidents, constituant de simples bagatelles

Gravité 1 – les incidents qui ont affecté la bonne administration des soins ou le fonctionnement adéquat d'un service

Gravité 2 – les incidents qui auraient pu provoquer la mort ou une atteinte grave ou durable à la santé d'une personne

Gravité 3 – les incidents ayant causé une atteinte légère et temporaire ou d'autres désagréments à la santé d'une personne

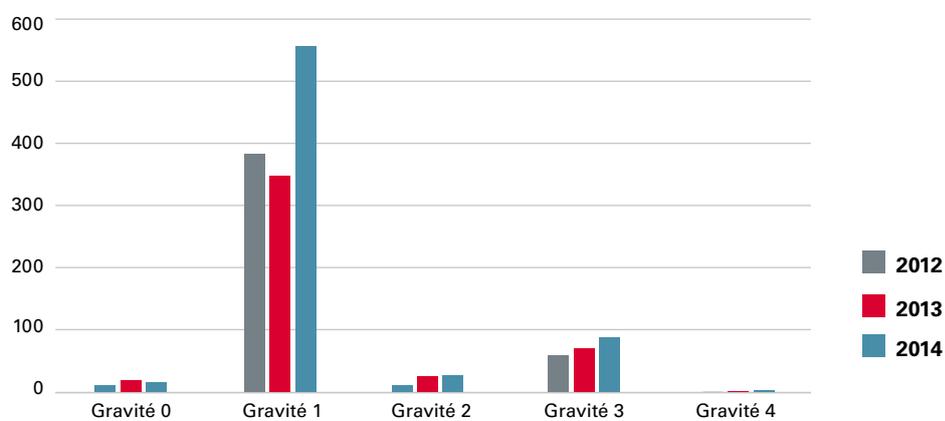
Gravité 4 – les incidents ayant provoqué la mort ou causé une atteinte grave ou durable à la santé d'une personne

Il est difficile de commenter le nombre absolu de déclarations, car ce type de données n'est pas couramment publié par les hôpitaux. De plus, le nombre de déclarations dépend aussi de la culture sécurité qui prévaut dans une institution : plus cette culture est développée plus les incidents sont déclarés. Par exemple la tendance à la hausse des déclarations d'incident de degré 1 en 2014 à l'HVS pourrait être due à la formation sur la gestion des incidents qui a été donnée dans le cadre de l'introduction du nouvel outil de gestion des incidents.

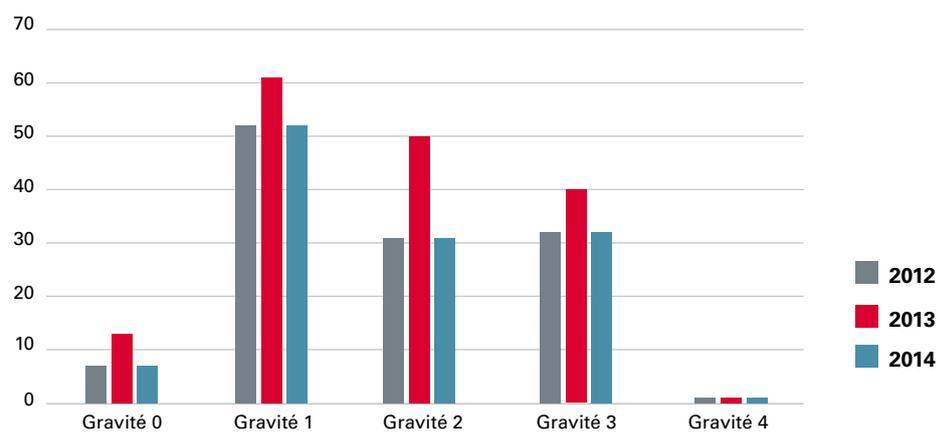
Le nombre d'annonces de gravité 0, 2, 3 et 4 est comparable aux années précédentes.

Incidents médico-hospitaliers 2012 - 2014, par degré de gravité, pour le CHVR et le SZO

CHVR



SZO

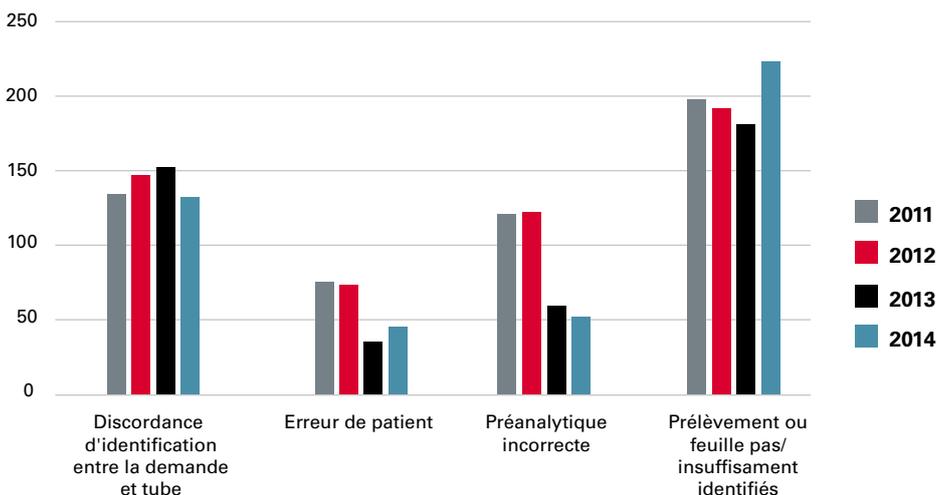


Les résultats par centre hospitalier montrent qu'au CHVR environ 80% des annonces sont de gravité 1. Les 20% restant se répartissent entre une gravité 2 et 3. Pour les incidents de très haute gravité (degré 4), il a été décidé qu'à partir de 2015, suite à l'introduction de notre nouvel outil de gestion des incidents, l'HVS présentera dans le rapport qualité les mesures d'amélioration appliquées ou en cours d'application en rapport.

Le traitement des incidents (analyse et proposition des mesures d'amélioration) du CHVR concernant les services de pédiatrie, anesthésie, soins intensifs, médecine et un service de gériatrie est assuré par des cercles qualité. Pour les autres services, la responsabilité du traitement incombe au médecin-chef du service et/ou à l'infirmière-chef de service.

Dans le domaine des mesures d'amélioration en rapport avec les incidents déclarés, le cercle qualité du service de médecine interne a initié la constitution d'un groupe de travail qui traite les erreurs médicamenteuses et il a créé une directive sur la protection de la sphère privée. Le cercle qualité du service de gériatrie s'est attelé à l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients pour la radiologie sur le site de Saint-Amé. Le cercle qualité du service de médecine intensive a lancé une étude sur la préparation des médicaments d'urgence et a remis à jour certains protocoles. Le cercle qualité du service d'anesthésiologie/réanimation a initié la révision des pompes à perfusion, intensifié la formation continue des collaborateurs, réactualisé les procédures en lien avec l'arrivée du patient au bloc opératoire et amélioré la collaboration avec les services de chirurgie sur plusieurs points.

Déclarations concernant l'HVS effectuées par le personnel de l'ICH Répartition par des 4 types principaux



Les résultats présentés ci-dessus à titre d'exemple correspondent aux déclarations faites par le personnel des laboratoires de l'ICH pour l'HVS.

Activités de matériovigilance

	Indices liés à un dispositif médical				Incidents de matériovigilance déclarés à Swissmedic				Recall "important" de Swissmedic			
	CHC	CHCVs	SZO	ICHV	CHC	CHCVs	SZO	ICHV	CHC	CHCVs	SZO	ICHV
2009		1										
2010		4	1			4	1					
2011		17	1			10	1			2		
2012	1	20	4	3		4	1	1		3		1
		CHVR	SZO	ICHV		CHVR	SZO	ICHV		CHVR	SZO	ICHV
2013		23	1	0		2	1	0		7	1	2
2014		40	1	0		3	1	0		6	0	1

En 2014, le système de matériovigilance (système de surveillance pour la saisie et l'analyse des dysfonctionnements de l'ensemble du matériel médical dans les cas où le matériel est utilisé correctement) a géré 41 annonces d'incidents liés à un dispositif médical, dont 4 ont été déclarées à Swissmedic qui a mené son processus habituel (enquête auprès du fournisseur et modification du dispositif ou rappel au niveau national si nécessaire). On constate une augmentation significative des annonces, ce qui est une bonne chose; mais beaucoup de ces annonces sont liées à une mauvaise utilisation des dispositifs ou à une méconnaissance du matériel qui devient de plus en plus complexe.

Suite à la liste de diffusion hebdomadaire de Swissmedic, les équipes ont pris en charge sept rappels considérés comme importants et ayant nécessité une organisation pluridisciplinaire (biomédical, magasins centraux, équipe soignante, laboratoire, informatique...) et multisite. On peut relever que, tout comme 2012, 2013 a vu une maturation du système qualité de matériovigilance, appréciée par Swissmedic qui traite avec un interlocuteur unique pour tout l'HVS.

Poursuivre la sécurisation du circuit des médicaments

Les modalités de gestion des pharmacies d'unités de soins sont décrites dans un document qui est utilisé lors des contrôles réalisés par les pharmaciens. Les contrôles s'organisent sur un cycle de 2 ans. À fin 2014, 80% des unités de l'HVS avaient été contrôlées durant les 18 mois précédents (cible >75%). La suppression des transcriptions et l'utilisation de l'ordinateur pour la validation de l'administration des médicaments se généralisent, ce qui est réjouissant. En revanche, il a été constaté que plusieurs unités de soins n'ont pas encore de zones définies et identifiées pour la préparation des médicaments oraux et injectables.

Le projet d'e-learning pour la gestion des pharmacies d'unité de soins n'a pas pu être mis en œuvre en 2014 comme prévu et devrait être repris en 2015.

Un travail de certificat FPH (Foederatio Pharmaceutica Helvetiae) de pharmacie clinique a été lancé en collaboration avec les coordinateurs Qualité & Sécurité des patients de l'HVS sur la gestion des médicaments personnels des patients dans les unités de soins, les résultats sont attendus pour la fin du premier semestre 2015.



Préparation
de médicaments
à la pharmacie de
l'Institut Central
des Hôpitaux.

Améliorer l'accueil et l'information des patients et leurs proches

En 2014, l'Espace d'écoute a poursuivi la mission qui lui a été attribuée par le Département des finances, des institutions et de la santé du Canton et le Conseil d'administration de l'Hôpital du Valais, avec l'objectif de développer le contact avec les patients et leurs proches, et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations de l'Hôpital du Valais. L'Espace d'écoute permet aux usagers de disposer d'un lieu de parole et de confidentialité, dans lequel ils peuvent bénéficier d'une écoute, d'informations, de conseils, d'une recherche de solutions et d'une conciliation avec les parties impliquées lors de conflits ou d'incompréhensions.

En mai 2014, le cahier des charges de l'Espace d'écoute s'est étendu au traitement des objets perdus/retrouvés (répertoriage, stockage, enquête interne et restitution) et à la gestion logistique des dommages matériels, en étroite collaboration avec le Service des affaires juridiques et éthiques dans les dossiers impliquant la responsabilité civile de l'Hôpital. Dans un souci d'optimisation institutionnelle de la gestion des demandes d'explications, l'Espace d'écoute a repris le traitement des courriers postaux et électroniques d'insatisfaction et de recherche d'informations adressés à la direction générale ou à la direction du Centre Hospitalier du Valais Romand.

Au 31 décembre 2014, l'Espace d'écoute a traité 103 demandes d'explications, que ce soit à travers sa permanence horaire, téléphonique ou électronique, et depuis mai 2014, par les demandes d'explications écrites. Celles-ci impliquent un travail de mise en lien, de recherche d'informations, de gestion de crise et de tâches administratives. Depuis mai 2014, l'Espace d'écoute a mené 35 enquêtes dans le cadre de dossiers impliquant des dommages matériels et dans lesquels les patients et leurs familles ont sollicité la responsabilité financière de l'Hôpital du Valais (notamment lors de la perte d'objets de valeur, d'appareils auditifs, de prothèses dentaires et de lunettes médicales).



Indicateurs de l'ANQ

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) est née de la fusion de la société nationale KIQ (Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung) avec l'Association intercantonale pour l'assurance de la qualité AIQ. L'ANQ a pour objectif de coordonner et de mettre en place des mesures de qualité des résultats à un niveau national, en particulier la réalisation uniforme de mesures de qualité au sein des hôpitaux et cliniques dans le but de documenter, de développer et d'améliorer la qualité (<http://www.anq.ch/fr/anq>). L'HVS a adhéré en 2011 au contrat national en matière de qualité proposé par l'ANQ.

Pour 2014, l'HVS a participé au plan de mesures proposé pour les soins aigus (tout l'HVS) et psychiatrie (CHVR uniquement). Dans le plan de mesures ANQ pour la réadaptation, seule une mesure de la satisfaction des patients a été effectuée en 2014. Les développements nécessaires pour la mise en œuvre des autres mesures du plan de mesures ANQ (réadaptation; psychiatrie au SZO) ont été réalisés en 2014 et des formations pour les collaborateurs sur la méthodologie des mesures et des phases de test ont été organisées. Les premières données ont été recueillies en 2015.

Évaluer la satisfaction des patients

Soins aigus

La satisfaction des patients ne reflète pas nécessairement la qualité objective des soins, mais elle constitue un outil essentiel d'évaluation et fait partie intégrante du plan de mesure national de l'ANQ. Le questionnaire de satisfaction élaboré par l'ANQ comporte cinq questions.

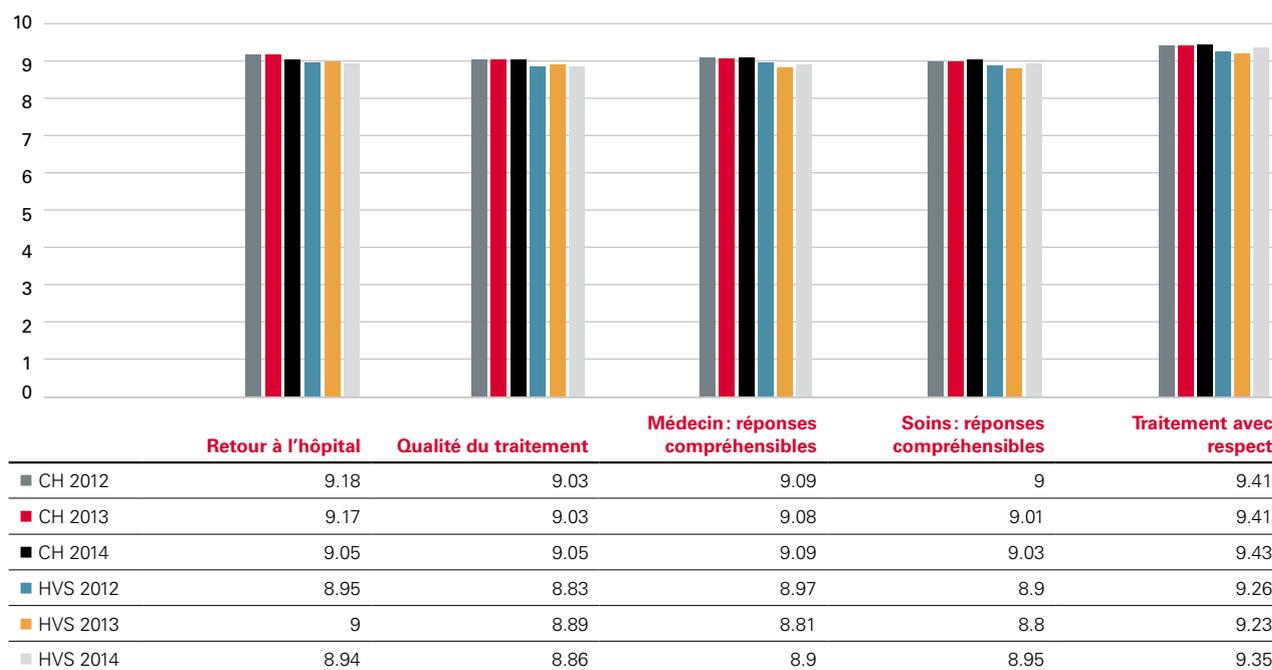
La satisfaction des patients a été évaluée par le biais d'un questionnaire standardisé envoyé à tous les patients de plus de 18 ans domiciliés en Suisse et sortis des différents sites de l'HVS (hôpitaux de Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny et Saint-Maurice) entre le 1^{er} et le 30 septembre 2014.

Les cinq questions auxquelles le patient attribue une note entre 0 (mauvais) et 10 (excellent) sont :

1. Choisiriez-vous de revenir dans notre hôpital pour une prise en charge similaire ?
2. Que pensez-vous de la qualité des soins que vous avez reçus à l'hôpital ?
3. Lorsque vous avez posé des questions aux médecins, avez-vous reçu des réponses compréhensibles ?
4. Lorsque vous avez posé des questions aux infirmières, avez-vous reçu des réponses compréhensibles ?
5. Estimez-vous que le personnel hospitalier vous a traité-e avec respect et a préservé votre dignité ?

Résultats

Évolution de la satisfaction des patients 2012 -2014, ANQ



Valeurs moyennes par question et par site hospitalier (valeur maximale = 10) 2012 -2014

Valeur Moyenne	CH			HVS			Brig			Martigny			Sierre			Sion			Viège		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Retour à l'hôpital	9.18	9.17	9.05	8.95	8.99	8.94	9.19	9.69	9.42	8.7	8.92	8.86	9.04	8.9	9.1	8.74	8.82	8.37	9.09	8.66	8.95
Qualité du traitement	9.03	9.03	9.05	8.83	8.89	8.8	8.89	9.43	9.13	8.8	8.8	8.82	8.89	8.84	9.21	8.64	8.77	8.36	8.85	8.61	8.8
Médecin: réponses compréhensibles	9.09	9.08	9.09	8.97	8.81	8.9	9.44	9.55	9.34	8.82	8.61	9.03	9.04	8.39	8.97	8.54	8.66	8.28	9	8.85	8.87
Soins: réponses compréhensibles	9	9.01	9.03	8.9	8.8	8.95	9.27	9.23	9.41	8.8	8.39	8.84	8.66	8.83	9.11	8.74	8.7	8.42	9.03	8.87	8.99
Traitement avec respect	9.41	9.41	9.43	9.26	9.23	9.35	9.27	9.53	9.67	9.2	9.28	9.29	9.2	9.19	9.57	9.1	9.01	8.83	9.51	9.15	9.38

Les résultats expriment une appréciation entre 8.8 et 9 pour les cinq questions, ce qui constitue un bon résultat pour l'HVS, même s'il est légèrement inférieur à la moyenne des hôpitaux suisses. Les résultats des années 2013 et 2014 sont très proches: entre 2013 et 2014 il y a une minime diminution de la satisfaction en réponse aux questions 1 à 2 et une minime augmentation de la satisfaction en réponse aux questions 3 à 5.

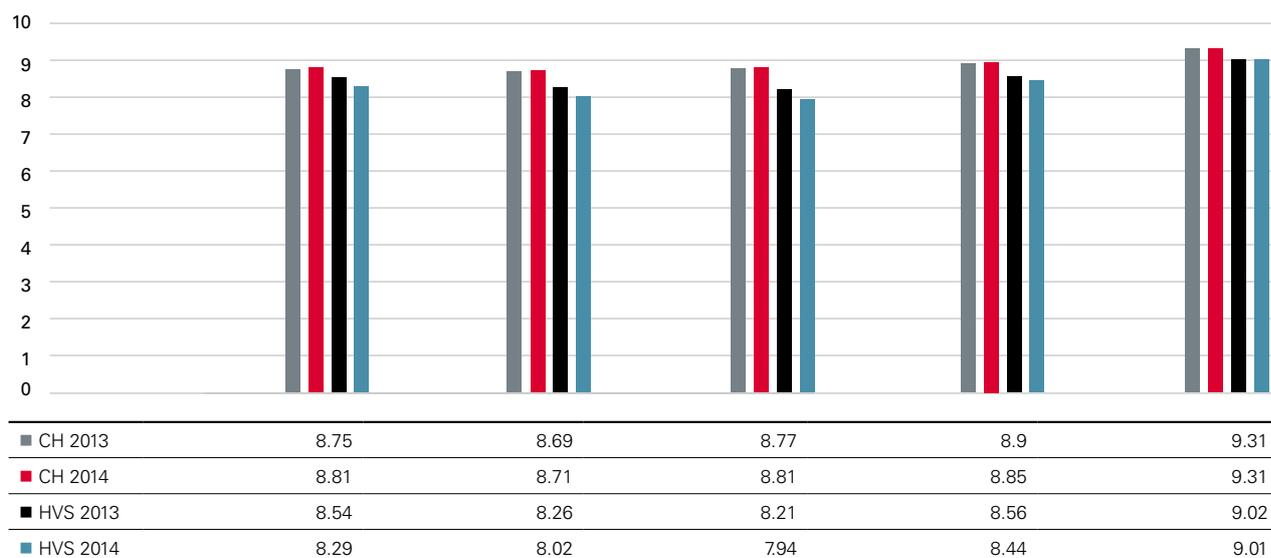
Pour les résultats des sites hospitaliers, on constate que par rapport à la moyenne suisse le site de Brigue atteint une appréciation plus élevée pour les 5 questions et le site de Sierre pour les questions 1, 2, 4 et 5. Les sites de Viège et Martigny montrent des résultats avec une appréciation entre 8.8 et 9.3, ce qui constitue un bon résultat, même s'il est légèrement inférieur à la moyenne suisse. Les résultats du site de Sion (valeurs entre 8.2 et 8.8) impliquent de suivre de près l'évolution de la satisfaction. La communication de ces résultats à l'interne va être intensifiée dès 2015 afin de définir des pistes d'amélioration avec les collaborateurs.

Réadaptation

La satisfaction des patients en réadaptation a été évaluée comme première mesure du plan de mesure ANQ pour la réadaptation. Le questionnaire national, élaboré par l'ANQ, inclut 5 questions, identiques à celles posées aux patients traités en milieu de soins aigus. Le questionnaire standardisé a été envoyé à tous les patients de plus de 18 ans domiciliés en Suisse et sortis du Centre Valaisan de Pneumologie à Montana entre le 1^{er} avril et le 31 mai 2014.

Résultats

Taux de satisfaction des patients en réadaptation 2013-2014, ANQ



Les résultats 2014, qui expriment une appréciation entre 7.94 et 9.01, sont inférieurs à la moyenne suisse et, pour chacune des 5 questions, légèrement inférieurs aux résultats de 2013.

Pour les questions 2 et 3 (qualité de la réadaptation et réponses aux questions des patients par les médecins), la différence avec la moyenne suisse est plus grande que dans les autres domaines.

Enquête interne de satisfaction des patients

« Votre avis nous intéresse »

En plus des mesures nationales de satisfaction, des enquêtes de satisfaction sont régulièrement effectuées dans le CHVR : les patients sont invités à donner leur appréciation des prestations qui leur sont offertes.

Suite à la diminution du nombre de collaborateurs du Service qualité du CHVR, l'enquête interne de satisfaction des patients n'a eu lieu qu'une seule fois pendant l'année 2014. Pour cette raison, le nombre de questionnaires envoyés et reçus est plus bas que les années précédentes.

Taux de réponses aux enquêtes internes de satisfaction, CHVR

	2012	2013	2014	Pédiatrie 2012	Pédiatrie 2013	Pédiatrie 2014
Questionnaires envoyés (Nombre)	5479	3120	1360	296	209	104
Questionnaires retournés (nombre)	1888	1584	499	124	105	44
Taux de réponse (%)	34.6	33.3	37	41.6	26	42

Le taux de réponse a augmenté légèrement en comparaison de l'année 2013, mais il reste relativement faible : il faut donc interpréter les résultats avec prudence. Les domaines ayant obtenu les moins bonnes évaluations sont les infrastructures, les repas, la communication, ainsi que l'information aux patients et à leurs proches. Ce sont donc ces domaines pour lesquels des mesures d'amélioration devront être définies.



Examen avec le nouveau scanner installé à Viège en novembre 2014.

Baby Friendly Hospital

Dans le cadre de la certification « Baby Friendly Hospital », l'unité d'obstétrique de Viège a évalué la satisfaction des patients quant aux prestations reçues. Depuis mai 2013, le questionnaire est distribué à toutes les patientes hospitalisées dans l'unité d'obstétrique.

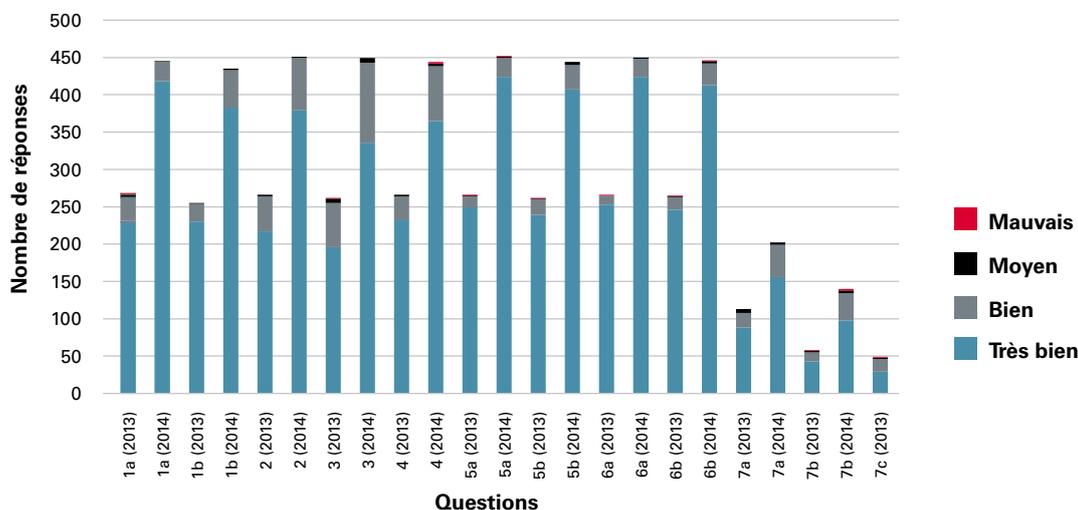
Les questions suivantes, auxquelles la patiente pouvait attribuer une appréciation entre « très bien » et « mauvais », ont été posées.

- 1 Comment les infirmières et les sages-femmes ont-elles répondu à vos questions ?
 - 1a A la naissance.
 - 1b Après la naissance et jusqu'à la sortie.
- 2 Les instructions et informations des infirmières et des sages-femmes en rapport avec les soins à votre enfant vous ont-elles été utiles ?

3. Les instructions et informations des infirmières et des sages-femmes en rapport avec l'alimentation de votre enfant vous ont-elles été utiles ?
4. Vos préoccupations ont-elles été prises en compte par les infirmières et les sages-femmes ?
- 5 Les infirmières et sages-femmes vous ont-elles traitée de manière amicale ?
 - 5a A la naissance.
 - 5b Après la naissance et jusqu'à la sortie.
- 6 Les infirmières et sages-femmes vous ont-elles traitée de manière respectueuse ?
 - 6a A la naissance.
 - 6b Après la naissance et jusqu'à la sortie.
- 7 Comment avez-vous vécu les offres suivantes ?
 - 7a Conseillère en allaitement
 - 7b Conseils diététiques : nutrition et allaitement
 - 7c Physiothérapie : informations sur le plancher pelvien

Résultats

Satisfaction des patients d'unité d'obstétrique 2013 – 2014, SZO



En dehors du fait qu'il y a eu davantage de réponses en 2014 qu'en 2013, il convient de souligner que la satisfaction était haute à très haute pour toutes les questions. Au niveau des informations et des instructions en rapport avec les soins et l'alimentation de l'enfant (questions 2 et 3), des mesures d'amélioration ont été prises: les nouvelles collaboratrices ont participé à une formation «Beratung, Begleitung und Betreuung von stillenden Müttern»; l'équipe a actualisé la brochure d'information «für das Wochenbett»; des différences de contenu entre les standards et les instructions de travail ont été détectées et corrigées.

Tous les questionnaires retournés n'étaient pas remplis complètement, ce qui explique que toutes les questions n'ont pas un nombre de réponses semblable. Le graphique n'inclut pas les questions ouvertes qui font aussi partie du questionnaire.

L'Hôpital de Viège bénéficie du label «Hôpital ami des bébés» depuis plusieurs années.



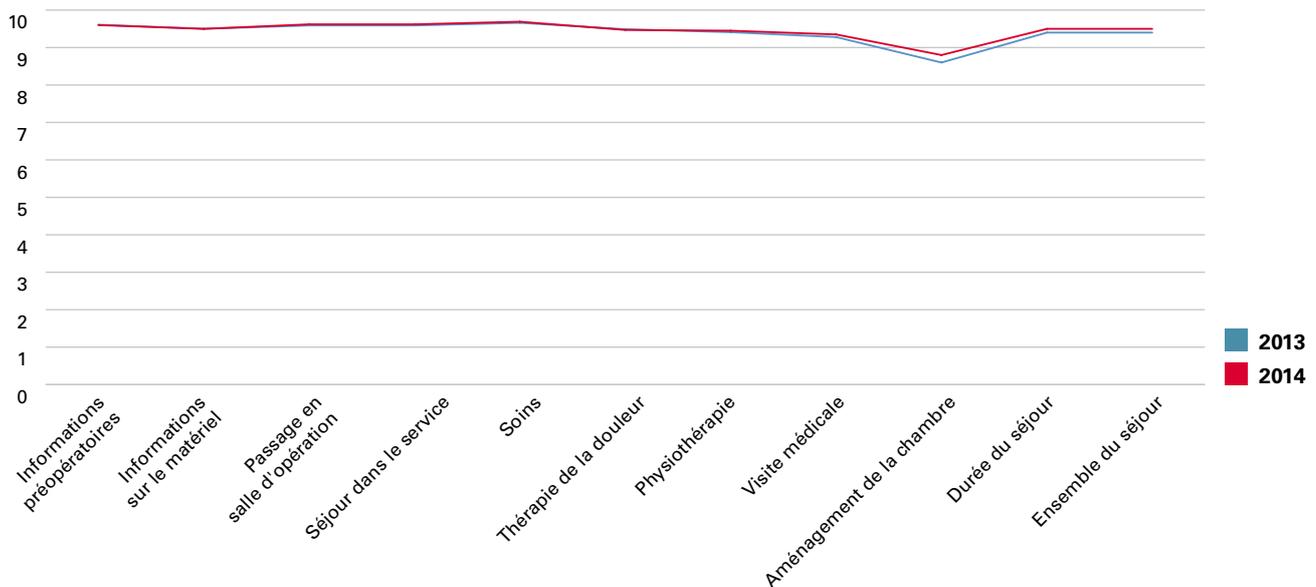
Rapid Recovery

L'hôpital de Brigue est le premier établissement en Suisse qui a introduit le concept « Rapid Recovery » ou « convalescence rapide » dans le domaine de la chirurgie orthopédique. Après la pose d'une prothèse de genou, de la hanche et pour toutes les opérations de l'épaule (depuis

2014), ce concept permet au patient de rapidement retrouver son environnement habituel. Le but est de réduire la durée d'hospitalisation tout en améliorant le processus de guérison et la satisfaction du patient.

Résultats

Satisfaction des patients en Rapid Recovery, SZO, 2013 – 2014



Aux questions posées dans le cadre de ce sondage, les 318 patients qui ont rempli le questionnaire pouvaient attribuer une note entre « 0 » (pas satisfait) « 10 » (très satisfait). Différents aspects des soins sont évalués dans le questionnaire, ainsi que des aspects de logistique. Les résultats 2014 montrent les mêmes tendances qu'en 2013 (superposition des deux courbes). Le tableau ci-dessus

montre les évaluations obtenues qui sont comprises entre 9.4 et 9.7 en 2014 (9.2 et 9.6 en 2013) pour toutes les questions, sauf l'aménagement des chambres (8.8 versus 8.5 en 2013). Le degré de satisfaction est très élevé et l'on constate même une légère augmentation par rapport à 2013.

Développer et exploiter les indicateurs qualité

Taux de mortalité OFSP 2012

L'OFSP publie chaque année des statistiques de mortalité en rapport avec diverses maladies et opérations. Ces statistiques concernent tous les hôpitaux de Suisse et permettent des comparaisons avec une moyenne nationale. La publication de ces statistiques a lieu avec deux ans de retard, si bien que les chiffres publiés en 2014 concernent l'année 2012. La totalité de ces statistiques peut être consultée sous :

<http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?lang=fr>.

Bien que la mortalité soit une donnée clairement définie et facile à mesurer, son utilisation comme indicateur de qualité de prise en charge ne fait pas l'unanimité : l'association faitière des hôpitaux suisses H+ s'est notamment prononcée contre cette utilisation de la mortalité. La présentation des ces données sous le chapitre « indicateurs qualité » est donc sujette à caution.

Deux définitions sont importantes à connaître pour interpréter les statistiques de mortalité OFSP :

- **Nombre de décès attendus**

Pour une maladie ou une opération donnée, le nombre de décès attendus dans un hôpital est le taux de mortalité en Suisse (moyenne nationale) multiplié par le nombre de cas traités dans l'hôpital en question pour chaque catégorie d'âge (par tranche de cinq ans) et pour chaque sexe. Ce nombre est donc ajusté pour l'âge et le sexe, mais pas pour les comorbidités. Cette non-prise en compte des comorbidités peut désavantager des hôpitaux prenant en charge des patients plus gravement malades.

- **SMR (Standardized Mortality Rate) = ratio standardisé de mortalité**

C'est le rapport entre le nombre de décès observé et le nombre de décès attendu. Ce ratio est qualifié de standardisé, car il est ajusté pour l'âge et le sexe du patient, mais pas pour les comorbidités (cf définition nombre de décès attendus).

Un SMR < 1 signifie que la mortalité est inférieure à la moyenne suisse, un SMR = 1 signifie que la mortalité est égale à la moyenne suisse et un SMR > 1 signifie que la mortalité est supérieure à la moyenne suisse.

Le SMR doit être interprété avec prudence en cas de :

- o petits échantillons ou de mortalité attendue très faible : un seul décès observé en plus de ce qui est attendu peut alors induire une augmentation disproportionnée de SMR (par exemple 1^{re} implantation d'endoprothèse totale de hanche sans fracture dans le CHVR : 1 décès de plus qu'attendu et SMR à 16.9)
- o grands échantillons : le SMR peut ne varier que très peu alors que la différence entre les nombres de décès observés et attendus est significative (par exemple insuffisance cardiaque âge > 19 au CHVR : SMR 1.2 et 11 décès de plus qu'attendu).

Les données exposées dans le tableau ci-après ont été choisies parmi celles des 41 maladies et opérations sur la base de leur importance dans l'activité de l'HVS en termes de quantité (> 200 cas/an) ou en termes de prestation spécialisée/cantonalisée, ainsi que sur la base d'une élévation du SMR (SMR > 1) susceptible de refléter un problème de prise en charge.

Dans le tableau ci-après les nombres de décès attendus ont été calculés, car ils ne sont pas fournis par l'OFSP. Le calcul des décès attendus donne le plus souvent un nombre non entier, ce qui ne fait pas de sens quand on compte des décès. Ces nombres n'ont cependant pas été arrondis à des nombres entiers (mais ils ont été arrondis à un chiffre après la virgule) afin de respecter le calcul du SMR effectué par l'OFSP qui prend en considération les nombres non entiers. À titre d'exemple, on peut citer la catégorie « opération des vaisseaux coronaires uniquement, sans infarctus myocardique âge > 19 » : 1 décès observé et 0.7 décès attendu (donc 0.3 décès de plus qu'attendu) entraînant un SMR à 1.4; en arrondissant à un chiffre entier, cela donnerait 1 décès observé et 1 décès attendu entraînant un SMR à 1.

Catégorie maladie / opération	Centre	2008-2011					2012							
		Nb cas	décès observés % I nb	décès attendus % I nb	SMR	Nb cas	décès observés % I nb	décès attendus % I nb	delta décès	SMR				
OPERATIONS DES VAISSEAUX														
Op. des vaisseaux extra-crâniens (op. carotides)	CHVR	104	1.0%	1	0.6%	1	1.6	22	0.0%	0	0.6%	0.1	-0.1	0.0
	SZO													
Op. dilatation aorte non rupturée (anévrisme aorte) par voie abdominale à ciel ouvert	CHVR	113	2.7%	3	4.8%	5	0.6	20	10.0%	2	3.7%	0.7	1.3	2.7
	SZO													
Op. artères bassin/jambes en cas d'embolie/thrombose artères	CHVR	118	3.4%	4	4.9%	6	0.7	43	4.7%	2	7.2%	3.1	-1.1	0.6
	SZO													
MALADIES DES VOIES URINAIRES														
Ablation complète du rein (néphrectomie totale)	CHVR	102	2.0%	2	1.8%	2	1.1	42	11.9%	5	2.0%	0.8	4.2	5.9
	SZO													
AFFECTIONS ORTHOPEDIQUES ET TRAUMATOLOGIQUES														
1 ^{ère} implantation d'endoprothèse totale de hanche (sans fracture)	CHVR	602	0.2%	1	0.2%	1	0.8	105	1.0%	1	0.2%	0.2	0.8	5.4
	SZO	619	0.2%	1	0.2%	1	1.0	158	0.0%	0	0.2%	0.3	-0.3	0.0
Remplacement de l'articulation (endoprothèse totale) du genou	CHVR	320	0.0%	0	0.1%	0	0.0	77	1.3%	1	0.1%	0.1	0.9	16.9
	SZO	555	0.0%	0	0.1%	1	0.0	165	0.0%	0	0.1%	0.2	-0.2	0.0
Fracture du col du fémur (âge > 19)	CHVR	699	2.7%	19	3.7%	26	0.7	181	1.1%	2	4.6%	8.3	-6.3	0.2
	SZO	282	2.8%	8	3.1%	9	0.9	74	5.4%	4	3.3%	2.4	1.6	1.7
Fracture du trochanter (âge > 19)	CHVR	565	2.3%	13	3.4%	19	0.7	147	5.4%	8	3.6%	5.3	2.7	1.5
	SZO	255	2.7%	7	3.0%	8	0.9	67	3.0%	2	3.0%	2.0	0.0	1.0

Dans ce tableau figure aussi une colonne « delta décès » : elle représente le nombre de décès observés au-dessus de ce qui est attendu = nombre de décès observés – nombre de décès attendus.

Signification des couleurs utilisées dans le tableau :

Le **vert** identifie :

- un SMR ≤ 1
- un SMR > 1 avec un « delta décès » ≤ 1.

L'**orange** identifie :

- un SMR ≤ 2 avec un « delta décès » entre 2 et 5.

Pour ces situations une attention particulière sera portée à l'évolution du SMR afin de s'assurer que la tendance à la hausse de la mortalité n'est pas soutenue.

Le **rouge** identifie :

- un SMR > 1 avec un « delta décès » ≥ 6
- un SMR > 2 avec un « delta décès » entre 2 et 5
- un SMR > 1.2 avec un « delta décès » entre 2 et 5 deux années consécutives (dans le cas particulier 2011 et 2012).

Ce sont ces situations qui ont été analysées en détail ci-dessous, car elles paraissent davantage susceptibles de refléter un problème de prise en charge (« non-qualité »).

Commentaires

Pour l'année 2012, quatre maladies ou opérations ont fait l'objet d'une analyse approfondie et une opération a fait l'objet d'un commentaire spécifique

1) Insuffisance cardiaque (âge > 19): SMR CHVR = 1.2 et SMR SZO = 1.6

La grande majorité des patients décédés d'insuffisance cardiaque était des patients très âgés (âge médian 86 ans dans le CHVR et 82 ans dans le SZO) souffrant de multiples comorbidités. Chez ces patients, aucune intensification de traitement (escalade thérapeutique) n'a été effectuée lors de l'aggravation de l'état de santé, comme en témoigne le peu de patients admis aux soins intensifs ou aux soins continus (13% dans le CHVR et 14% dans le SZO). C'est en gériatrie ou en médecine interne que sont décédés 88% de ces patients et ceci dans le cadre d'un traitement palliatif. Ce type de traitement vise à soulager les symptômes du patient et non à le guérir. Dans ce contexte l'évaluation de la qualité du traitement de l'insuffisance cardiaque (l'adéquation aux recommandations de pratique clinique) n'a pas de sens puisque le but du traitement n'est pas le traitement de l'insuffisance cardiaque selon les règles de l'art.

À l'occasion de cette analyse, il a été constaté qu'il était difficile de déterminer le moment précis où le traitement palliatif avait été choisi. Connaître ce moment est important, car une évaluation de la qualité du traitement de l'insuffisance cardiaque a du sens si un traitement curatif est choisi initialement, puis qu'une évolution défavorable mène au choix du traitement palliatif dans un deuxième temps. Afin de pouvoir mieux déterminer le moment du choix du traitement palliatif, une réflexion sur la manière de documenter l'attitude thérapeutique est en cours et le dossier médical électronique sera modifié en conséquence dès l'année prochaine.

2) Accident vasculaire cérébral, toutes les formes (âge > 19): SMR CHVR = 1.2 et SMR SZO = 1.6; infarctus cérébral (âge > 19): SMR CHVR = 1.5

Dans le CHVR, les infarctus cérébraux représentent 84% des accidents vasculaires cérébraux (AVC). La mortalité pour les autres types d'AVC est en dessous de la moyenne suisse (hémorragie intracérébrale SMR = 0.9, hémorragie sous-arachnoïdienne SMR = 0.5). La majorité des patients décédés suite à un infarctus cérébral au CHVR était des patients très âgés (âge médian 84 ans) souffrant de comorbidités multiples. Comme dans le cas de l'insuffisance cardiaque, une intensification du traitement (escalade thérapeutique) a été exclue et un traitement palliatif instauré. Dans le SZO, 47% des décès suite à un AVC sont survenus suite à des hémorragies cérébrales majeures qui ont motivé l'adoption d'une attitude d'emblée palliative dans 78% des cas. Les caractéristiques des patients décédés d'AVC au SZO (âge médian de 80 ans, nombreuses comorbidités, attitude palliative dans 90% des cas) sont très semblables à celles des patients décédés après infarctus cérébral dans le CHVR. Les mêmes conclusions s'appliquent donc ici.

3) Opération du pancréas: SMR CHVR = 3.1

Le collectif est très faible (18 patients ont été opérés en 2012) et il y a eu 2 décès de plus qu'attendu. La situation est quasi identique à celle de 2011 si bien que les commentaires formulés en 2011 s'appliquent aux résultats de 2012. Malgré les moins bons résultats de 2011 et 2012, le SMR reste à 1 pour la période de 2008 à 2011 (au total 72 patients). Le chirurgien qui pratiquait ce type d'opération a quitté l'Hôpital du Valais en 2014 et les opérations du pancréas au sein de notre institution ont cessé à partir de ce moment.

**4) Ablation complète du rein (néphrectomie totale):
SMR CHVR = 5.9**

Les cinq patients décédés étaient tous atteints de cancer et deux avaient des atteintes multimétastatiques d'emblée. Trois ont subi une opération plus lourde qu'une néphrectomie simple, c'est-à-dire qu'un autre organe a été opéré pendant le même temps opératoire. Un avis pris auprès d'un chirurgien externe à l'Hôpital du Valais a permis de conclure que les opérations en question n'étaient pas contre-indiquées et que la décision d'opérer plusieurs organes différents lors d'une même opération repose

d'avantage sur un avis d'expert que sur des données objectives de la littérature médico-chirurgicale. En conséquence, il a été décidé que dans les situations où un chirurgien envisage une intervention en un seul temps opératoire sur plusieurs organes différents, le colloque multidisciplinaire habituel (chirurgie et oncologie) sera complété par une réunion entre les chirurgiens, les anesthésistes et les intensivistes pour choisir la stratégie réduisant au maximum les risques opératoires et postopératoires.

5) Remplacement isolé de la valve aortique à cœur ouvert sans autre opération du cœur: SMR CHVR = 2.1

L'augmentation relativement élevée du SMR ne correspond qu'à 2 décès de plus qu'attendu. Le SMR de 2012 étant nettement plus élevé qu'en 2011, une comparaison a été faite avec des hôpitaux ayant un collectif de même taille : comme le montre le tableau ci-dessous, on constate que les variations d'une année à l'autre sont fréquentes et importantes.

En conséquence, une analyse approfondie de la mortalité suite à cette opération ne sera entreprise qu'en cas de SMR et/ou de « delta décès » suspects (cf explication des codes couleur pour le tableau rapportant la mortalité des opérations & maladies) pendant deux années consécutives.

Hôpital	SMR 2011 (nb op)	SMR 2012 (nb op)
CHVR	0.6 (59)	2.1 (64)
Luzern Kantonspital	2.4 (76)	1.4 (72)
Triemli Stadtspital	0.8 (70)	3.0 (60)

Évolution des résultats des maladies ou opérations analysées en 2011 et pas en 2012

Pathologie ou opération	SMR 2011	SMR 2012
Cathétérisme cardiaque gauche (coronarographie) en cas d'infarctus dans le CHVR	2.0	0.9
Herniotomie sans opération d'intestin dans le CHVR	16.7	0.0
Opérations colorectales majeures dans le CHVR	2.1	1.1

L'évolution de la mortalité après coronarographie pour infarctus est rassurante (SMR à 0.9 en 2012 après un SMR à 2.0 en 2011) et semble confirmer l'explication proposée en 2011, à savoir qu'il y a eu parmi les patients coronarographiés en 2011 une plus importante proportion de patients ayant fait un arrêt cardiorespiratoire hors de l'hôpital (cf rapport qualité 2013: ces patients ont un mauvais pronostic, avec ou sans coronarographie).

Dans la mesure où les résultats varient clairement d'une année à l'autre et qu'ils ne sont pas à la hausse plusieurs années de suite, il est préférable de se baser sur un résultat couvrant une plus longue période: par exemple, dans le domaine de la coronarographie pour infarctus, le SMR est de 2.0 en 2011 (300 patients) et de 0.9 en 2012 (325 patients), mais de 2008 à 2012 (1473 patients) le SMR est à 1.0 correspondant à un taux observé de mortalité de 3.3% pour un taux attendu de 3.3%.

La Commission d'enquête parlementaire (CEP) a relevé dans son rapport de mai 2015 que la mortalité après infarctus myocardique au CHVR était plus élevée sur la période 2009-2012 que pendant l'année 2008 (le SMR est à 0.7 en 2008 et entre 1.1 et 1.3 pour la période 2009-2012). Cette mortalité représente celle de tous les patients ayant subi un infarctus, y compris ceux n'ayant pas bénéficié d'une coronarographie. Dans le rapport de la CEP il est aussi mentionné que la majorité des cardiologues du CHVR n'habite pas en Valais depuis 2009 et que le délai jusqu'à

l'arrivée du cardiologue à l'hôpital en cas d'urgence hors des heures ouvrables est plus long qu'en 2008. Le rapport suggère un lien de cause à effet entre l'éloignement du lieu de domicile des cardiologues et l'élévation de mortalité. Nous considérons ce lien de causalité comme une hypothèse nécessitant une vérification.

Afin de vérifier cette hypothèse nous avons analysé les données suivantes:

- 1) la mortalité des patients qui ont effectivement eu une coronarographie pour un infarctus
- 2) le délai entre l'entrée du patient à l'hôpital et l'intervention effectuée lors de la coronarographie (« Door-To-Balloon Time ») qui n'est pas influencé uniquement par le temps de déplacement du cardiologue
- 3) la proportion des patients coronarographiés en urgence hors des heures ouvrables, ainsi que leur devenir.

Pour le 1^{er} point, les chiffres OFSP de mortalité des patients coronarographiés pour infarctus sur la période 2009 à 2012 montrent une mortalité au CHVR inférieure à la moyenne suisse (SMR < 1) pour toutes les années sauf 2011 (en 2011 SMR à 2.0: cf commentaire ci-dessus).

Pour le 2^e point, le CHVR communique ses résultats depuis 2012 au registre suisse des infarctus (AMIS PLUS) permettant ainsi une comparaison nationale: en 2013, pour les patients nécessitant une coronarographie en urgence («infarctus myocardique avec élévation du ST»), le « Door-To-Balloon Time » médian au CHVR était de 30 minutes quel que soit le lieu d'habitation du cardiologue. La moyenne suisse était de 35 minutes.

Pour le 3^e point, parmi tous les patients coronarographiés en urgence, environ 50% l'ont été en dehors des heures ouvrables. Leur pronostic ne change pas en fonction du lieu de domicile du cardiologue qui a fait la coronarographie. De plus, à la sortie de l'hôpital, ces patients ont une fonction cardiaque (FEVG) semblable à celle des patients coronarographiés en urgence pendant les heures ouvrables (FEVG moyenne entre 50 et 55%; la norme de FEVG est comprise entre 55 et 75%).

Suite à cette analyse, nous estimons que l'hypothèse de la CEP est infirmée, notamment parce qu'elle ne se base pas sur les chiffres de mortalité des patients réellement concernés. Il n'en reste pas moins que depuis le 1^{er} janvier 2015, tous les cardiologues du CHVR effectuent leur garde à moins de 30 minutes de l'hôpital, conformément aux re-

commandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et au mandat de la nouvelle planification sanitaire. Nous serons attentifs à l'effet de cette mesure sur le « Door-To-Balloon Time » et sur la mortalité des patients après coronarographie pour infarctus myocardique à partir de 2015.

Taux de réhospitalisations et réopérations potentiellement évitables

Taux de réadmission potentiellement évitable

L'indicateur taux de réadmission fait partie du plan des mesures ANQ et donc du contrat qualité national auquel l'HVS a adhéré. Pour le mesurer, les données de la statistique médicale des hôpitaux ont servi de base de données. Le calcul de l'indicateur est effectué à l'aide de la méthode SQLape. Chaque année, l'instrument SQLape est complété avec les nouveaux codes ICD-10 et CHOP, de façon à s'adapter aux modifications du codage utilisé par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Est considérée comme réadmission potentiellement évitable toute réhospitalisation non prévue qui a lieu dans les 30 jours après la sortie, liée à un diagnostic déjà présent lors de l'hospitalisation précédente et non prévisible lors de celle-ci.

Le taux observé dans un hôpital donné est comparé au taux attendu pour cet hôpital en se fondant sur les résultats des autres hôpitaux ajustés pour le profil de risque de l'hôpital en question, en tenant compte notamment de la répartition des diagnostics, des sexes et des catégories d'âge.

Si le taux observé est plus bas que le taux attendu et qu'il se situe en dessous de l'intervalle de confiance, le résultat est positif (score A). S'il se situe à l'intérieur de l'intervalle de confiance, il est considéré comme similaire à celui des autres hôpitaux et associé au score B. S'il est plus haut que la limite supérieure de l'intervalle de confiance, le score est C.

Résultats

Taux de réadmission potentiellement évitable par site hospitalier (données 2012 à 2014)

Site hospitalier	Taux de réadmission (nb)			Sorties éligibles (nb)			Taux observé (%)			Taux attendu % (Intervalle de confiance 95%)			Score		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Brig	83	95	76	1241	1270	1344	6.69%	7.48%	5.65%	5.21% (4.74-5.67)	5.75% (5.29-6.20)	4.92% (4.52-5.33)	C	C	C
Visp	228	246	260	6028	7225	7321	3.78%	3.40%	3.55%	4.14% (3.75-4.52)	4.33% (3.98-4.68)	4.27% (3.92-4.61)	B	A	A
Sierre	140	163	140	2587	3270	3119	5.41%	4.98%	4.49%	5.33% (4.83-5.82)	5.5% (5.07-5.92)	5.46% (5.04-5.88)	B	A	A
Sion	395	487	450	8920	10651	10912	4.43%	4.57%	4.12%	4.3%(3.90-4.71)	4.57% (4.21-4.94)	4.6% (4.21-4.98)	B	B	A
Martigny	141	146	145	2110	2988	2893	6.68%	4.89%	5.01%	5.82%(5.29-6.36)	5.96% (5.51-6.41)	5.73% (5.31-6.16)	C	A	A

Les taux de réadmissions observés pour les sites hospitaliers de l'HVS sont situés dans ou en dessous de l'intervalle de confiance des valeurs attendues, sauf pour le site de Brigue. Par rapport aux résultats de 2013, ceux de 2014 montrent une tendance à l'amélioration pour les sites de Brigue, Sierre et Sion et une tendance à l'augmentation pour les sites de Martigny et Viège. Il convient de souligner que, quelle que soit la tendance, tous les sites mis à

part Brigue ont un score A qui est considéré comme bon. Une analyse plus détaillée des résultats 2013 et 2014 de Brigue est en cours.

Taux de réopérations potentiellement évitables

Cet indicateur recense les réopérations considérées comme potentiellement évitables, c'est-à-dire répondant aux trois critères suivants :

- liées au site anatomique opéré lors de l'intervention précédente;
- non prévisibles lors de l'intervention précédente;
- survenant durant la même hospitalisation que l'intervention précédente ou traduisant une complication chirurgicale.

Les interventions « sans effraction de la peau ou des muqueuses » (p. ex. extraction de corps étranger), les « interventions à but diagnostique » (telles que biopsie, arthroscopie sans interventions) et les « interventions en ambulatoire » sont exclues.

Aucune réopération externe, c'est-à-dire dans un autre hôpital, ne peut être identifiée pour le calcul du taux de réopérations potentiellement évitables, car les réopérations ne sont relevées que pour une même hospitalisation. Toutefois, si un patient est admis pour une réopération dans un autre hôpital, l'algorithme reconnaît dans celui-ci une réhospitalisation potentiellement évitable attribuée au premier hôpital.

L'outil SQLape calcule pour chaque hôpital le taux attendu, avec intervalle de confiance, en appliquant à cet hôpital les taux observés dans des populations similaires de patients quant aux diagnostics, aux types d'opérations et d'admission (en urgence ou élective), à la présence ou non d'un séjour hospitalier préalable, aux catégories d'âge et à la répartition des sexes. Le taux observé peut ainsi être comparé à un taux attendu qui a été calculé sur la base de plus de 3 millions d'hospitalisations dans plus de 200 hôpitaux suisses entre 2007 et 2011.

Résultats

Taux de réopération potentiellement évitable par site hospitalier (données 2012 à 2014)

Site hospitalier	Taux de réopérations (nb)			Opérations éligibles (nb)			Taux observé (%)			Taux attendu% (Intervalle de confiance 95%)			Score		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Brig	19	22	18	1165	922	937	1.63%	2.39%	1.92%	2.22% (1.95-2.50)	2.06% (1.85-2.28)	2.19% (1.91-2.47)	A	C	B
Visp	51	59	65	3487	3628	3721	1.46%	1.60%	1.75%	2.37% (2.07-2.66)	2.46% (2.22-2.71)	2.04% (1.82-2.25)	A	A	A
Sierre	19	29	32	1589	1739	1724	1.20%	1.67%	1.86%	2.29% (1.93-2.65)	2.58% (2.25-2.90)	2.26% (1.96-2.56)	A	A	A
Sion	240	251	240	6727	6706	7005	3.57%	3.74%	3.43%	3.28% (2.92-3.65)	3.7% (3.36-4.04)	3.12% (2.83-3.42)	B	B	C
Martigny	19	26	20	1273	1351	1332	1.49%	1.92%	1.50%	2.32% (2.05-2.59)	2.5% (2.24-2.76)	1.93% (1.71-2.15)	A	A	A

Les taux observés de 2014 traduisent de bons résultats pour les hôpitaux de Viège, Sierre et Martigny avec un score de A. On note une tendance à la diminution du taux par rapport à 2013 pour le site de Martigny et une tendance à la hausse pour les sites de Viège et Sierre. Le

score de Brigue est satisfaisant (score B) et représente une amélioration par rapport à 2013. Le score de Sion est au-dessus de l'intervalle de confiance et une analyse du résultat de 2014 est en cours.

Infections nosocomiales

Les infections nosocomiales (infections acquises lors de soins médicaux) constituent une complication classique de l'hospitalisation. Elles correspondent à un important problème de santé publique, que ce soit en termes de mortalité, de morbidité ou de coûts. Bien qu'elles ne sauraient être toutes évitées en raison des risques intrinsèques liés aux patients et aux interventions médicales qu'ils subissent, une partie d'entre elles peut être prévenue par un programme de prévention incluant une surveillance.

Les indicateurs concernant les infections nosocomiales à l'Hôpital du Valais sont suivis par le Service des maladies infectieuses de l'Institut Central des Hôpitaux (ICH) depuis 1998.

Incidence des infections du site opératoire

Les infections du site opératoire (infections de plaies chirurgicales) sont parmi les infections nosocomiales les plus fréquentes. Elles sont définies comme les infections qui surviennent dans le mois qui suit une intervention chirurgicale, à l'endroit de l'incision effectuée pour accéder aux organes sur lesquelles l'opération a porté ou affectant ces organes eux-mêmes ou les espaces qui les contiennent.

La méthode utilisée pour cette surveillance effectuée par le Service des maladies infectieuses de l'ICH s'inspire de celle développée par le programme « National Nosocomial Infection Surveillance » (NNIS) aux États-Unis et est décrite sur le site Internet de Swissnoso (www.swissnoso.ch).

Résultats

Evolution des taux d'infection et du ratio standardisé d'infections (SIR)

Type de procédure	Centre	2011-2013					2014				
		Nb opérations	infections observés %	IC 95%	SIR	IC 95%	Nb opérations	infections observés %	IC 95%	SIR	IC 95%
Appendicectomie > = 16 ans	CHVR	274	9.5%	6.3-13.6	2.45	1.6-3.6%	146	12.3%	7.5-18.8	3.97	2.4-6.3%
	SZO	123	0.8%	0-4.4	0.18	0-1%	70	4.3%	0.9-12	1.17	0.2-3.4%
Appendicectomie < 16 ans	CHVR	78	2.6%	0.3- 9	0.47	0.1-1.7%	32	3.1%	0.1-16.2	1	0-5.6%
	SZO	35	0.0%	0- 10	-	-	11	9.1%	0.2-41.3	3.2	0-17.8%
Cholécystectomie	CHVR	404	4.0%	2.3-6.4	1.45	0.8-2.4%	-	-	-	-	-
	SZO	199	1.0%	0.1-3.6	0.42	0-1.5%	-	-	-	-	-
Cure de hernie > = 16 ans	CHVR	296	3.7%	1.9-6.6	3.24	1.6-5.8%	-	-	-	-	-
	SZO	294	2.0%	0.8-4.4	1.83	0.7-4%	-	-	-	-	-
Cure de hernie < 16 ans	CHVR	44	0.0%	0- 8	-	-	-	-	-	-	-
	SZO	12	0.0%	0-26.5	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgie du colon	CHVR	184	20.1%	14.6-26.6	1.49	1-2.1%	101	24.8%	16.7-34.3	1.71	1.1-2.5%
	SZO	164	22.0%	15.9-29.1	1.85	1.3-2.6%	78	20.5%	12.2-31.2	1.63	0.9-2.6%
Toute chirurgie cardiaque	CHVR	46	17.4%	7.8-31.4	3.83	1.6-7.5%	177	14.1%	9.4-20.1	3.65	2.4-5.4%
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tout pontage coronarien (PAC) sans autre chirurgie cardiaque	CHVR	18	11.1%	1.4-34.7	2.15	0.2-7.8%	70	12.9%	6.1-23.0	1.48	0.7-2.8%
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PAC avec greffon vasculaire	CHVR	1	0.0%	0- 97.5	-	-	-	-	-	-	-
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PAC avec a.mammaire/ thoracique	CHVR	2	50.0%	1.3-98.7	8.08	0.1-45%	11	18.2%	2.3-51.8	6.51	0.7-23.5%
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PAC combiné (a. mammaire thoracique et greffon)	CHVR	15	6.7%	0.2-31.9	0.53	0- 2.9%	59	11.9%	4.9-22.9	1.11	0.4-2.3%
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prothèse totale de hanche	CHVR	175	3.4%	1.3-7.3	2.35	0.9-5.1%	123	2.4%	0.5- 7	1.82	0.4-5.3%
	SZO	132	0.8%	0- 4.1	0.49	0-2.7%	123	1.6%	0.2-5.8	1.18	0.1-4.3%
Prothèse totale de genou	CHVR	98	1.0%	0- 5.6	0.79	0-4.4%	67	0.0%	0-5.4	-	-
	SZO	112	3.6%	1.0-8.9	3.09	0.8-7.9%	126	6.3%	2.8-12.1	6.76	2.9-13.3%

§1 – SIR : Ratio du taux d'infections observées sur le taux d'infections attendues. Le SIR est un exemple de standardisation indirecte pour laquelle le nombre d'infections observées est divisé par le nombre d'infections attendues.

§2 – Taux attendu: taux calculé pour une population semblable à celle de l'hôpital observé quant à la répartition des risques parmi les patients (indice de risque NNIS)

Prothèses électives du genou au SZO (période 01.10.12 au 30.09.13)

Le taux brut d'infection est clairement au-dessus de la moyenne suisse (6.3% versus 1% pour la moyenne suisse, SIR 6.8), mais la grande majorité des infections est de type superficiel (75% des infections au SZO versus 48.65% pour la moyenne suisse). Un taux de suivi plus élevé que la moyenne (dans le cas précis 99.2% versus 90.3% pour la moyenne suisse) et une meilleure qualité du suivi (les audits de suivi de Swissnoso donnent des notes de 4/4 pour l'HVS) ont probablement pour conséquence une meilleure détection des infections superficielles alors même qu'elles ont peu de conséquences pour les patients. Le taux supérieur d'infections superficielles pourrait donc être davantage dû à une meilleure détection qu'à une incidence supérieure. Sur le plan des conséquences pour les patients, les séjours hospitaliers après implantation élective de prothèse du genou au SZO sont plus courts (6.7 jours versus 9.4 jours), les réinterventions pour cause infectieuse sont moins fréquentes (50% versus 73%) et les réhospitalisations dues à l'infection sont, elles aussi, moins fréquentes (37.5% versus 64.9%). Ces résultats confirment la nature bénigne des infections superficielles et créent une situation paradoxale : « plus d'infections », mais « moins de conséquences négatives pour les patients ». Cela illustre l'importance d'effectuer une analyse détaillée avant de tirer des conclusions sur des chiffres inquiétants : dans le cas particulier, le SIR de 6.8 est associé à un meilleur résultat que la moyenne suisse en termes de durée de séjour, de réinterventions et de réhospitalisations. Il convient de signaler ici que le service d'orthopédie du SZO est le premier en Suisse à utiliser le concept « Rapid Recovery » dont le but est de réduire la durée d'hospitalisation tout en améliorant le processus de guérison et la satisfaction du patient (lire en page 32).

Appendicectomies au CHVR (période 01.10.13 au 30.09.14)

Le taux brut d'infection est clairement au-dessus de la moyenne suisse (12.3% versus 3.1% pour la moyenne suisse, SIR 3.3) et la grande majorité des infections est de type organe/espace (89.5% des infections versus 53.4% pour la moyenne suisse). Le taux de réhospitalisations dues à l'infection est plus élevé (73.7% au CHVR versus 42.4% pour la moyenne suisse), mais la durée de séjour des patients ayant subi une infection et le taux de réopérations dues à l'infection sont plus bas (respectivement 5.6 jours versus 8.5 jours et 42.1% versus 59.6%). Autrement dit, les patients infectés sont plus souvent réhospitalisés, mais restent moins longtemps à l'hôpital et sont moins souvent réopérés (un traitement antibiotique suffit). L'analyse des données Swissnoso ne donne pas une explication évidente (notamment les patients opérés au CHVR ne sont pas plus gravement malades que la moyenne suisse), mais montre une claire différence sur le plan du moment de l'administration de l'antibiothérapie : si 96.6% des patients du CHVR reçoivent une antibiothérapie (pour une moyenne suisse de 91.9%), seuls 45.5% l'ont reçu dans l'heure précédant l'opération (délai moyen entre administration antibiotique et opération : 122.7 minutes au CHVR) alors que la moyenne suisse est de 68.1% (délai moyen entre administration antibiotique et opération : 58.2 minutes pour la moyenne suisse). Vu le type d'infection et le taux plus élevé de réhospitalisation, la mesure suivante a été adoptée : les dossiers des patients présentant une infection du site chirurgical après appendicectomie seront dorénavant systématiquement analysés conjointement par les chirurgiens viscéraux et les infectiologues dès que ce diagnostic aura été établi dans le cadre de la surveillance Swissnoso. Une attention particulière sera accordée au délai d'administration des antibiotiques.

Chirurgie cardiaque au CHVR (période 01.10.12 au 30.09.13)

Le taux brut d'infection est clairement au-dessus de la moyenne suisse (14.1% versus 4.5% pour la moyenne suisse, SIR 3.7), mais la grande majorité des infections est de type superficiel (72% des infections au CHVR versus 31.8% pour la moyenne suisse). Comme dans le cas des prothèses électives du genou, le taux de suivi des infections est meilleur que la moyenne suisse (taux de suivi CHVR 95.7% versus 87.2% pour la moyenne suisse). Les infections n'ont pas eu de conséquences en termes de prolongation de durée de séjour pour les patients infectés (22.1 jours au CHVR versus 23.8 jours pour la moyenne

suisse), réintervention pour cause infectieuse (36% versus 82.4%) ou réhospitalisation due à l'infection (16% versus 51.2%). Ces résultats confirment le caractère bénin de la majorité des infections constatées au CHVR après chirurgie cardiaque. Les mêmes conclusions que celles pour les prothèses électives du genou au SZO s'appliquent à la chirurgie cardiaque au CHVR.



Opération de chirurgie
cardiaque à Sion.

Chirurgie du côlon au CHVR (période 01.10.13 au 30.09.14)

Le taux brut d'infection est clairement au-dessus de la moyenne suisse (24.8% versus 14.6% pour la moyenne suisse, SIR 1.7). En séparant les taux des différents types d'infection, on obtient un taux d'infections superficielles de 12.9% au CHVR versus 5.7% pour la moyenne suisse, un taux d'infections profondes de 3.0% versus 1.8% et un taux d'infections d'organe/espace de 8.9% versus 7.1%. On constate que l'excès d'infection concerne tous les types d'infection, mais de manière prédominante le type superficiel (52% des infections au CHVR sont superficielles et 39.1% pour la moyenne suisse). La question du taux supérieur d'infections superficielles a déjà été abordée dans d'autres types d'opérations (cf chirurgie cardiaque et prothèse élective du genou). Sur le plan des conséquences pour les patients, les séjours hospitaliers après chirurgie du côlon au CHVR sont plus longs (28.8 jours versus 24 jours pour la moyenne suisse), le taux de réintervention pour cause infectieuse est plus haut (88% versus 81.7%) et le taux de réhospitalisations dues à l'infection est à peu près semblable (12% versus 13.4%). L'analyse des données Swissnoso montre que les facteurs de risque des patients opérés du colon au CHVR sont plus élevés que la moyenne suisse: un risque anesthésique élevé (score ASA \geq 3) est retrouvé chez 48.5% des patients du CHVR, versus 40.9% pour la moyenne suisse, et la classe de contamination IV (infection sévère au moment de l'opération, par exemple péritonite) est retrouvée chez 24.8%, versus 17.8%. S'il est indéniable que la gravité de la maladie des patients joue un rôle dans la survenue des complications, il convient toutefois de signaler que, dans le cas précis, cela ne se traduit pas statistiquement par une différence entre le risque relatif et le SIR.

La différence au niveau des facteurs de risque des patients pourrait résulter du choix des chirurgiens d'opérer des patients plus à risque afin de leur offrir une chance de guérison (ce ne sont vraisemblablement pas tous les patients du Valais romand qui sont plus malades, mais seulement

les patients opérés) ou cela pourrait résulter d'une proportion plus importante de patients opérés en urgence, par exemple en raison d'une baisse de l'activité élective de la chirurgie viscérale.

Dans le but d'améliorer la performance de la chirurgie, le CHVR a initié une démarche qualité: il s'agit du programme ERAS® (Enhanced Recovery After Surgery). La chirurgie colique est le premier type de chirurgie à avoir été inclus dans ce programme et le service de chirurgie viscérale du CHVR a été accrédité centre ERAS® en mars 2014. Pour obtenir plus d'information sur ce programme, vous pouvez vous référer aux pages 65 à 67.

À noter que la chirurgie du rectum est étudiée séparément de la chirurgie colique en 2014: les résultats paraissent mauvais, mais le faible nombre de cas inclus (9 cas) ne permet pas de tirer de conclusion.

D'une manière générale, les doutes sur l'origine de certains taux d'infection plus élevés et sur leur signification clinique ne changent rien à l'intention de l'Hôpital du Valais de s'améliorer continuellement. Voici quelques exemples de mesures visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans le domaine de la chirurgie:

- l'HVS va participer au programme de Swissnoso ciblé sur la prise en charge préopératoire (module Swissnoso «Surgical Site Infection Prevention» qui débutera en 2016 et s'intéressera notamment à l'antibiothérapie prophylactique, la désinfection et la préparation cutanée);
- sous l'égide de Swissnoso également, une campagne sur l'hygiène des mains sera initiée dans l'HVS au début de l'année 2016;
- la checklist de l'OMS («Sign In – Team Time Out – Sign Out») qui vise à améliorer la sécurité en chirurgie en s'assurant que des contrôles systématiques sont effectués à plusieurs reprises (y compris l'administration des antibiotiques) est déjà utilisée depuis 2014 au SZO et octobre 2015 au CHVR.

Incidence des bactériémies nosocomiales

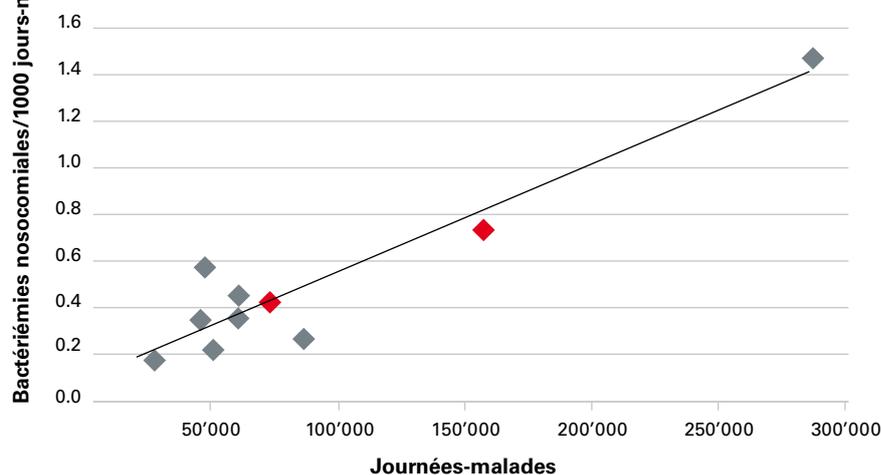
Une bactériémie correspond à la présence de bactéries dans le sang. Elle peut faire suite à une infection acquise à l'extérieur de l'hôpital ou correspondre à une infection nosocomiale.

La surveillance des bactériémies est effectuée par le Service des maladies infectieuses de l'ICH à partir des résultats donnés par le laboratoire de microbiologie. Elle a débuté en février 2002 dans les hôpitaux valaisans. Les résultats présentés ici concernent la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 pour le CHVR et le SZO. Ils sont comparés à ceux obtenus par un système similaire utilisé dans

d'autres hôpitaux suisses romands. Ne sont analysées que les données des patients somatiques aigus, à l'exclusion de la gériatrie, de la réhabilitation et de la psychiatrie. Les épisodes de bactériémies nosocomiales sont calculés par 1'000 journées d'hospitalisation.

Résultats

Corrélation entre l'activité en 2014 (représentée par les journées-malades de 12 hôpitaux suisses romands) et l'incidence des bactériémies nosocomiales (CHVR et SZO en rouge)



Les hôpitaux les plus grands (dont la taille est reflétée par le nombre annuel de journées-malades dans la figure ci-dessus) ont habituellement une incidence de bactériémies

nosocomiales plus élevée que les établissements plus petits. Ceci s'explique par le type d'activités et la gravité des cas hospitalisés dans les plus grands hôpitaux.

Surveillance des bactéries multi-résistantes (BMR)

Les bactéries multi-résistantes (BMR) posent des problèmes de santé publique dans le monde entier. Elles sont toujours plus souvent responsables d'infections et le nombre d'antibiotiques efficaces pour les combattre devient de plus en plus limité. Naguère mises en évidence essentiellement chez des patients hospitalisés, certaines de ces BMR causent désormais également des infections chez des personnes qui n'ont pas eu de contact préalable avec le monde hospitalier.

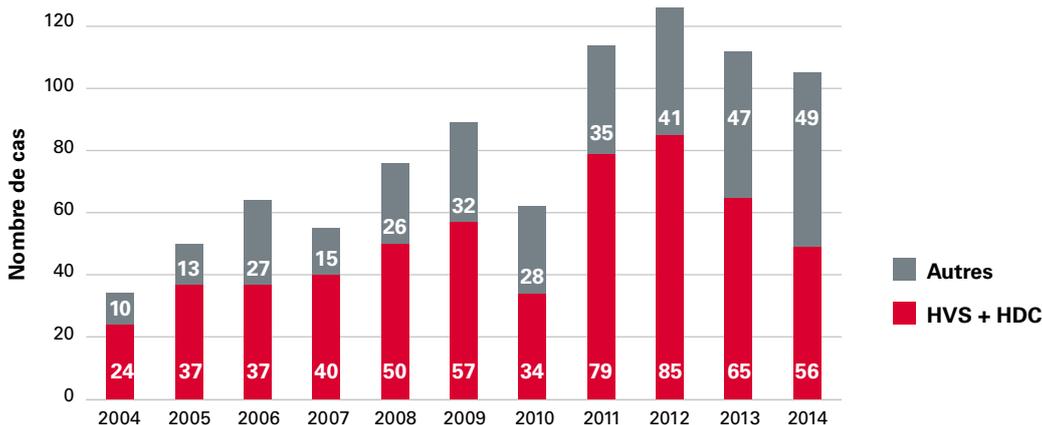
Plusieurs de ces BMR font l'objet d'une surveillance prospective par le Service des maladies infectieuses de l'ICH. Il s'agit notamment des staphylocoques dorés multi-résistants (MRSA) et des Clostridium difficile qui causent des diarrhées potentiellement graves chez les patients déjà

traités par antibiotiques. Chaque fois qu'un patient est reconnu porteur d'une de ces bactéries, une alerte est donnée, un isolement est mis en place, une investigation épidémiologique entreprise et un traitement spécifique est initié.

Les graphiques ci-après mettent en évidence le nombre annuel de nouveaux patients reconnus porteurs de MRSA et de Clostridium difficile par le laboratoire des maladies infectieuses de l'ICH. Ce laboratoire traite toutes les analyses microbiologiques de l'HVS et une partie des analyses microbiologiques effectuées en dehors des hôpitaux, par exemple dans les établissements médico-sociaux ou les cabinets privés.

Résultats

Évolution du nombre annuel de nouveaux patients porteurs de ou infectés par des staphylocoques multi-résistants (MRSA) en Valais

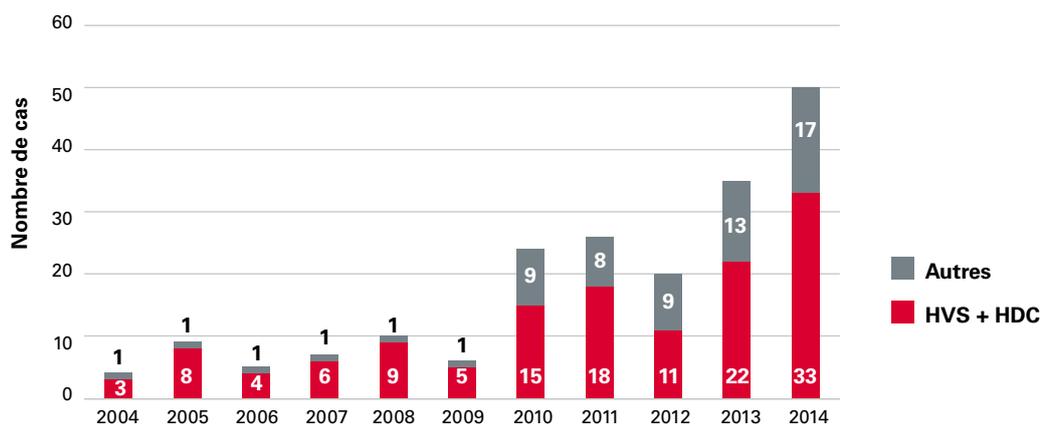


HVS + HDC: Hôpital du Valais + Hôpital du Chablais

Autres: CRR-SUVA, EMS, CMS, cabinets médicaux (déclaration obligatoire des laboratoires valaisans)

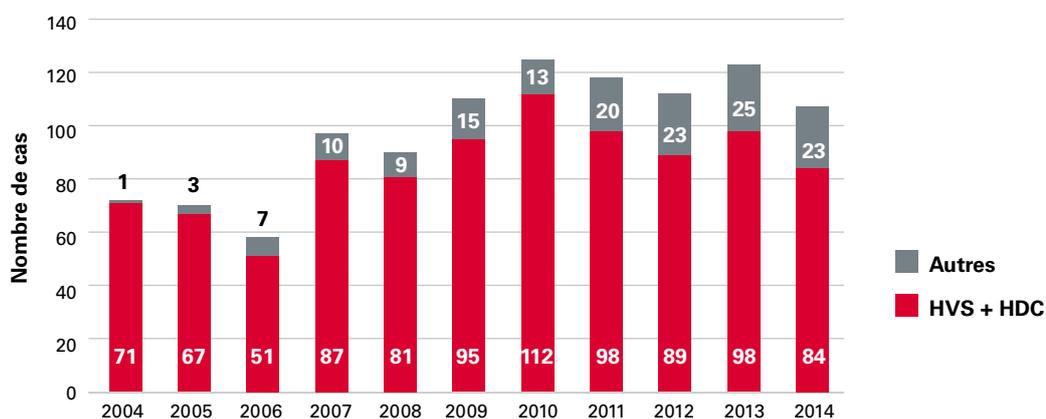
Résultats

Évolution du nombre annuel de nouveaux patients porteurs de ou infectés par des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre élargi (ESBL)



Résultats

Evolution du nombre annuel de nouveaux patients porteurs de Clostridium difficile en Valais:



HVS + HDC: Hôpital du Valais + Hôpital du Chablais

Autres: CRR-SUVA, EMS, CMS, cabinets médicaux (recensement non exhaustif)

Pour la grande majorité de ces cas, aucun lien entre eux n'est mis en évidence, ce qui constitue un argument en faveur de l'efficacité des mesures mises en place, en par-

ticulier des isolements qui constituent toutefois une surcharge de travail substantielle pour les soignants.

Consommation des antibiotiques

Les antibiotiques sont des médicaments ayant tendance à être trop utilisés et leur degré d'utilisation est lié à l'apparition de bactéries résistantes. Pouvoir se comparer à d'autres hôpitaux dans ce domaine est donc utile pour envisager des corrections le cas échéant.

Suite à des mesures effectuées dès la fin des années 1990 par la Pharmacie et le Service des maladies infectieuses de l'ICH, la consommation d'antibiotiques est désormais mesurée à l'Hôpital du Valais (soins somatiques aigus) dans le cadre d'un programme du Centre suisse pour le contrôle de l'antibiorésistance (ANRESIS). Cette consommation est définie en nombre de doses journalières d'antibiotiques par 100 journées d'hospitalisation. Pour chaque antibiotique une dose journalière standard est définie au niveau international (Defined Daily Dosage - DDD).

Consommation globale des hôpitaux de taille similaire (Données 2013)

Tableau 1: Chaque barre verticale représente un hôpital de petite taille (moins de 200 lits somatiques aigus) ayant participé au réseau sentinelle. La moyenne pour cette taille d'hôpitaux est représentée par la barre verticale rouge et le Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO) par la barre verticale bleue.

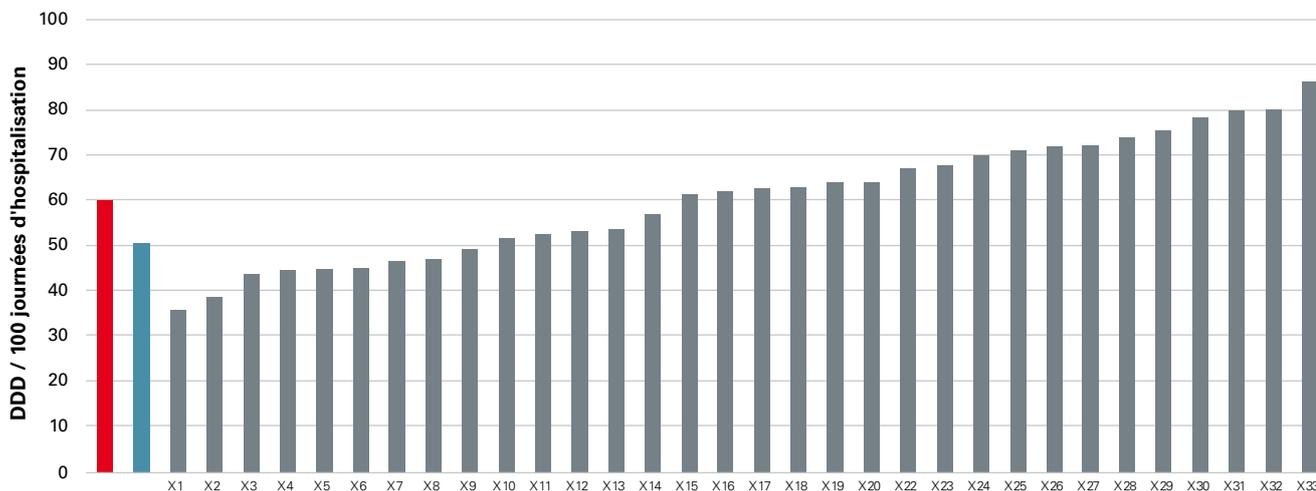
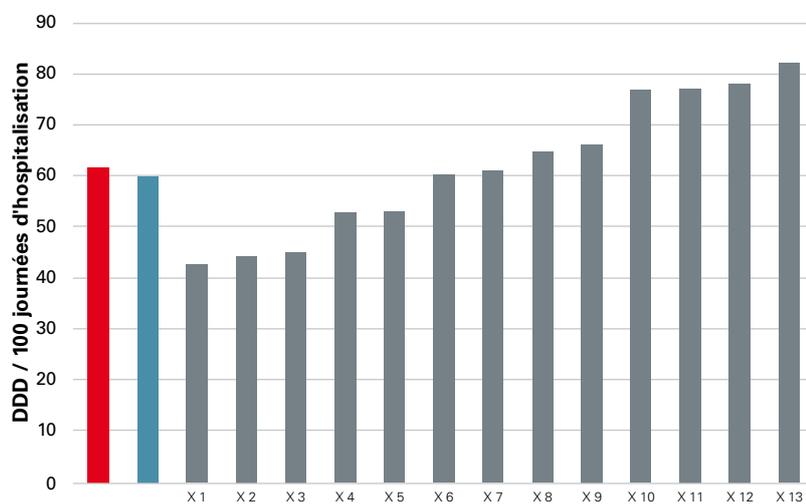


Tableau 2: Chaque barre verticale représente un hôpital de taille moyenne (de 200 à 500 lits somatiques aigus) ayant participé au réseau sentinelle. La moyenne pour cette taille d'hôpitaux est représentée par la barre verticale rouge et le Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) par la barre verticale bleue.



Ces graphiques montrent que la consommation globale des antibiotiques au SZO et au CHVR en 2013 était relativement proche de la moyenne.

Consommation des antibiotiques à très large spectre (données 2013)

Les graphiques représentent la proportion des antibiotiques à très large spectre par rapport à l'ensemble des antibiotiques utilisés. Les antibiotiques à très large spectre sont définis comme ceux qui sont généralement actifs contre certains bacilles à Gram négatifs tels que le *Pseudomonas aeruginosa* (par exemple : aztréonam, céfépime, céftazidime, imipénème et cilastatine, meropénème, pipéracilline avec/sans inhibiteur d'enzyme).

Tableau 1 : Chaque barre verticale représente un hôpital de petite taille (moins de 200 lits somatiques aigus) ayant participé au réseau sentinelle. La **moyenne** pour cette taille d'hôpitaux est représentée par la **barre verticale rouge** et le **Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO)** par la **barre verticale bleue**.

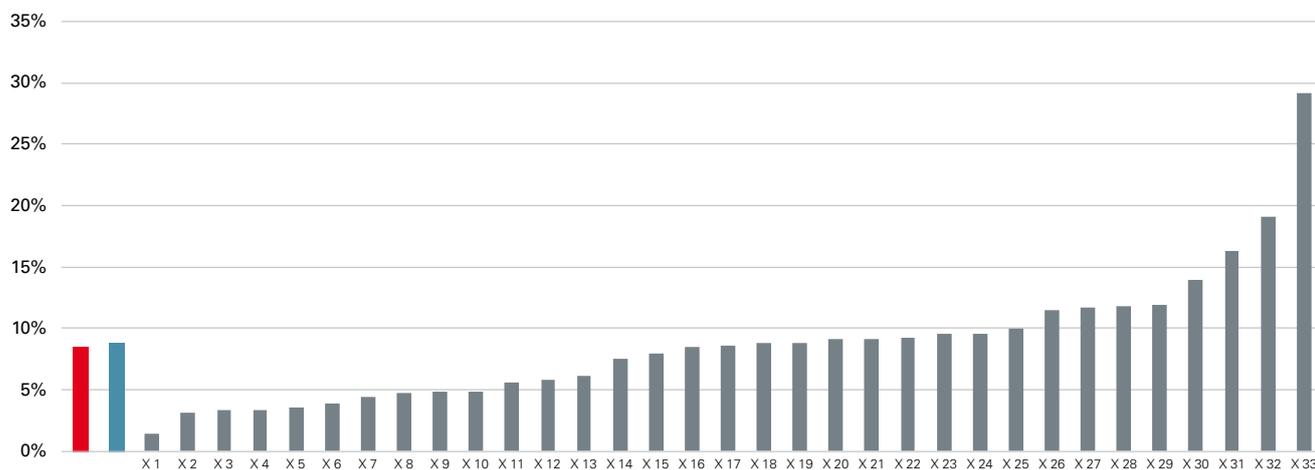
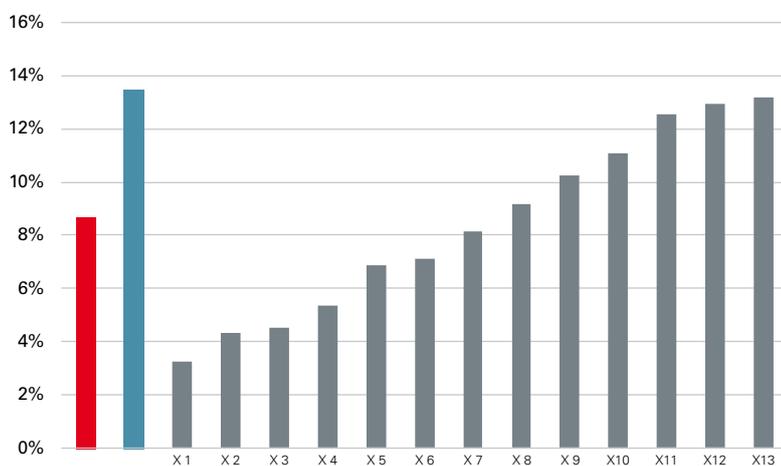


Tableau 2 : Chaque barre verticale représente un hôpital de taille moyenne (de 200 à 500 lits somatiques aigus) ayant participé au réseau sentinelle. La **moyenne** pour cette taille d'hôpitaux est représentée par la **barre verticale rouge** et le **Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR)** par la **barre verticale bleue**.



Alors que la consommation des antibiotiques à très large spectre est proche de la moyenne au SZO, elle dépasse celle-ci au CHVR.

Ces résultats sont remis chaque année aux directions médicales et à la commission d'hygiène hospitalière pour dissémination auprès des médecins et prise d'éventuelles mesures correctrices si nécessaire.

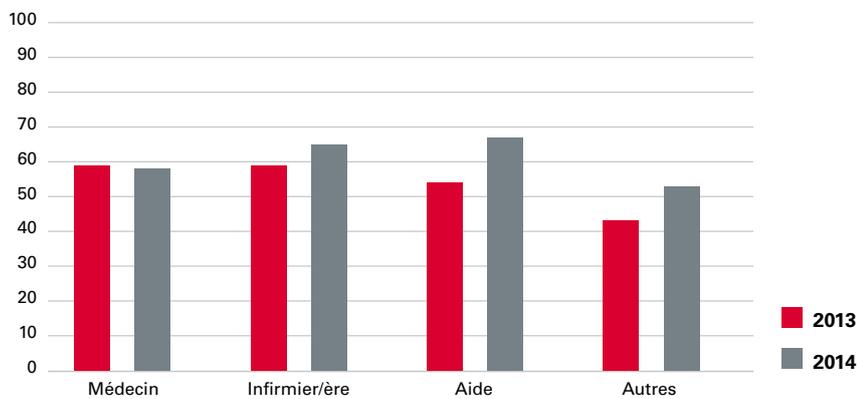
Adhésion des collaborateurs à l'hygiène des mains

Dans le cadre du programme de prévention des infections associées aux soins de l'Hôpital du Valais, une campagne d'observations (la 5^e depuis 2005) de l'adhésion à l'hygiène des mains des collaborateurs en contact direct

avec des patients a été menée par le service des maladies infectieuses de l'ICH dans les différents sites hospitaliers en 2014.

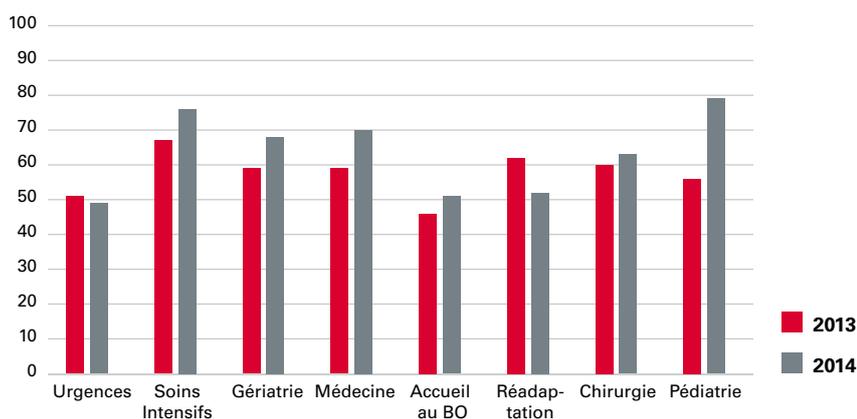
Résultats 2014

Par catégorie professionnelle (%)



Résultats 2014

Par discipline (%)



En ce qui concerne le détail par discipline, les secteurs des urgences et de la réadaptation montrent une régression légère du taux de compliance à l'hygiène des mains (les urgences de 51% à 49% et en réadaptation de 62% à 52%). Sur l'ensemble de l'Hôpital du Valais, on constate une évo-

lution favorable des résultats. Les résultats montrent aussi une amélioration dans différentes catégories professionnelles : 67% chez les aides, 65% chez les infirmier-ères, 58% chez les médecins et 53% chez les autres.

Prévalence des escarres, des chutes et mesures de contention

Cet indicateur analyse la fréquence des escarres, des chutes et des mesures de contention chez les patients hospitalisés à un moment donné (enquête de prévalence). Il s'agit d'une mesure nationale préconisée par l'ANQ et effectuée selon la méthode « International Prevalence measurement of Care problems, LPZ International ».

Pour effectuer cette enquête, deux infirmiers ou infirmières voient chaque patient présent et recensent, outre des données générales relatives à l'hôpital, certaines caractéristiques des patients telles que leurs données démographiques, leurs diagnostics et la présence ou non d'escarres, de chutes ou des mesures de contention durant leur séjour.

Prévalence des escarres

L'escarre est une « plaie de pression » consécutive à un manque d'apport d'oxygène à la peau provoqué par une pression excessive et prolongée.

Résultats

Prévalence des escarres 2012 – 2014, ANQ

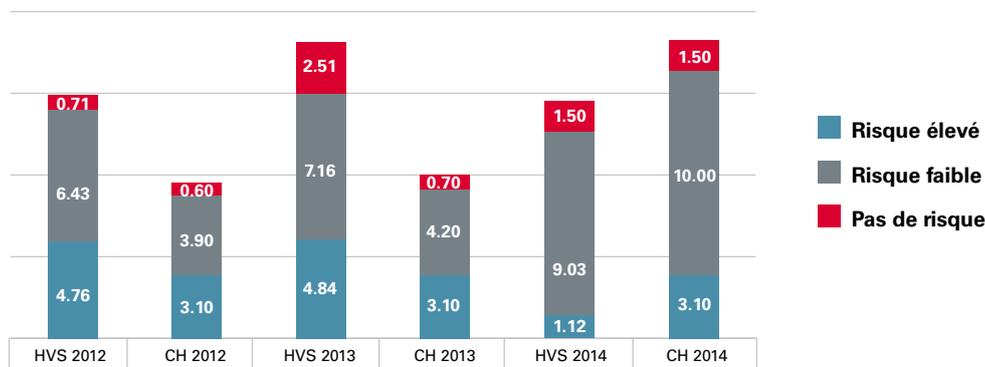
	SZO			CHVR			HVS			HVS			CH		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Nombre de participant-e-s	143	116	128	277	401	403	420	517	531	420	517	531	7899	8033	8712
Patient-e-s à risque d'escarres:															
Risque élevé	9	11	4	27	12	35	36	23	39	8.57%	4.45%	7.34%	8.90%	9.50%	9.10%
Risque faible	43	42	52	150	192	232	193	234	284	45.95%	45.26%	53.48%	39.30%	40.90%	41.40%
Pas de risque	91	63	72	100	164	136	191	227	208	45.48%	43.91%	39.17%	51.70%	49.60%	49.50%
Prévalence des escarres:															
Total catégorie 1-4	10	11	9	40	64	63	50	75	72	11.90%	14.51%	13.56%	7.60%	8.00%	7.70%
Total catégorie 2-4	3	4	3	16	25	25	19	29	28	4.52%	5.61%	5.27%	3.20%	3.90%	4.00%
Prévalence des escarres, patient-e-s à risque:															
Risque élevé	4	4	0	16	21	16	20	25	16	4.76%	4.84%	3.01%	3.10%	3.10%	31.00%
Risque faible	5	2	8	22	35	40	27	37	48	6.43%	7.16%	9.04%	3.90%	4.20%	10.00%
Pas de risque	1	5	1	2	8	7	3	13	8	0.71%	2.51%	1.51%	0.60%	0.70%	1.50%
Prévalence des escarres, patient-e-s à risque catégorie 2-4:															
Risque élevé	2	3	0	8	10	7	10	13	7	2.38%	2.51%	1.32%	1.70%	1.80%	18.00%
Risque faible	1	0	2	6	13	17	7	13	19	1.67%	2.51%	3.58%	1.30%	1.80%	4.90%
Pas de risque	0	1	1	2	2	1	2	3	2	0.48%	0.57%	0.38%	0.20%	0.30%	0.60%
Prévalence selon le lieu d'apparition:															
Au sein de l'institution catégorie 1-4	8	5	6	10	39	46	18	44	52	4.29%	8.51%	9.79%	4.30%	4.60%	4.80%
Au sein de l'institution catégorie 2-4	2	1	2	7	11	13	9	12	15	2.14%	2.32%	2.82%	1.70%	2.10%	2.00%
Dans une autre institution catégorie 1-4	2	3	3	19	22	16	21	25	19	5.00%	4.84%	3.58%	2.60%	2.90%	2.80%
Dans une autre institution catégorie 2-4	1	2	1	8	14	12	9	16	13	2.14%	3.09%	2.45%	1.30%	1.70%	1.90%

Le taux de prévalence des escarres pour l'HVS en 2014, sur un échantillon de 531 patients, est de 13.56% pour des escarres d'une catégorie 1 à 4. C'est-à-dire sur 100 patients hospitalisés, environ 13 patients montrent des signes d'escarres. Neuf patients sur cent ont développé l'escarre pendant leur hospitalisation. Il est aussi important de signaler l'existence de différents stades d'escarre :

- catégorie 1: rougeur ne blanchissant pas sous la pression du doigt,
- catégorie 2: désépidermisation: arrachement cutané touchant l'épiderme et éventuellement le derme, dont une variante au niveau du pied est la phlyctène (ou ampoule) hémorragique ou séreuse (selon qu'elle contient ou non du sang);
- catégorie 3: nécrose: plaie profonde avec plaque de nécrose recouvrant en général des tissus-sous-jacents dévitalisés,
- catégorie 4: ulcère: plaie ouverte profonde, résultant le plus souvent d'une escarre de stade 3 après élimination des tissus nécrotiques.

Ce taux n'indique en l'état en rien le lieu d'origine de l'escarre (à domicile, à l'EMS, à l'hôpital, etc.). En faisant abstraction des escarres de la catégorie 1, on constate un taux de 5.27%. Le taux d'escarres dites nosocomiales — c'est-à-dire survenues à l'hôpital — et toutes catégories confondues s'élève à 9.78% (moyenne suisse 4.8%). Sans les escarres de catégorie 1, le taux de prévalence est de 2.82% (moyenne suisse 2%). Ainsi l'Hôpital du Valais se situe légèrement au-dessus de la moyenne suisse. Dès 2014, un groupe de travail a commencé à actualiser et uniformiser le standard de prévention des escarres, basé sur la littérature actuelle et les bonnes pratiques. Le résultat de ce travail doit être finalisé en 2015.

Prévalence d'escarres des patient-e-s à risque selon échelle de Braden 2012 – 2014, ANQ moyenne nationale – HVS en %



Pour évaluer les risques d'escarre, on utilise l'échelle « Braden ». Le graphique ci-dessus montre la prévalence des escarres des patients à risques. Ces résultats ne sont pas ajustés au risque.

Bien qu'excellent dans son intention, ce type de mesure, qui demande d'importantes ressources humaines, comporte plusieurs faiblesses :

- la remise des résultats du côté de l'ANQ est relativement tardive, ce qui ne facilite pas leur exploitation pratique;
- la méthode et les modules évoluent d'année en année.

Massage des mains par une socio-esthéticienne.



Prévalence des chutes

Les chutes des patients hospitalisés, particulièrement lorsqu'ils sont âgés, peuvent avoir des conséquences graves et représentent l'un des effets indésirables les plus fréquents de l'hospitalisation.

Résultats

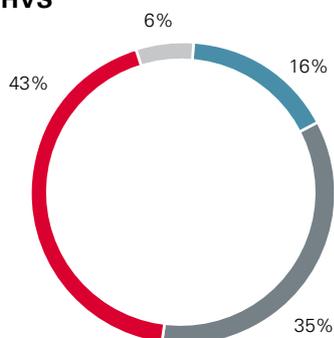
Prévalence des chutes 2014, ANQ

	SZO (Nb)	CHVR (Nb)	HVS (Nb)	HVS	CH
Nombre de participant-e-s	128	403	531	531	8712
Incidence des chutes au cours des 30 derniers jours :					
N'a fait aucune chute	104	321	425	80.04%	80.10%
1x	18	67	85	16.01%	15.00%
2x	3	9	12	2.56%	2.00%
3x	1	3	4	0.75%	0.60%
> 3x	1	3	4	0.75%	0.90%
Inconnu	1	0	1	0.19%	1.40%
Nombre des chutes	23	82	105	105	1606
Conséquences de la chute (blessures/lésions physiques)	13	47	60	11.30%	64.30%
Dernière chute :					
Avant l'hospitalisation actuelle	18	50	68	12.81%	15%
Durant l'hospitalisation actuelle	5	32	37	6.97%	3.70%

Dans l'échantillon observé de 531 patients, 37 ont été concernés par une chute durant leur hospitalisation. La tranche horaire où surviennent le plus de chutes est celle où la dotation en personnel est la plus faible, soit le soir et la nuit (43% de toutes les chutes). Dans l'HVS la plupart des chutes ont eu lieu dans la chambre du patient (78%, taux plus élevé que la moyenne suisse), ce qui oriente les mesures à prendre principalement sur ce lieu.

Répartition des chutes par tranche horaire de la survenue au sein l'HVS et moyenne nationale 2014

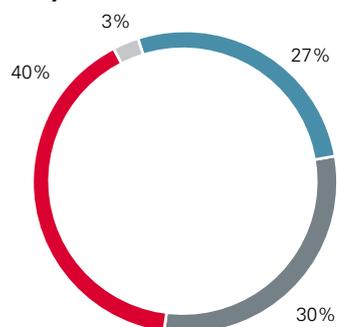
HVS



Tranche horaire

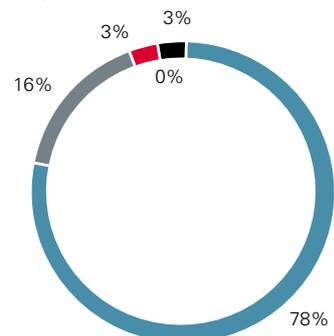
- 07h01 - 14h00
- 14h01 - 22h00
- 22h01 - 07h00
- Inconnu

Moyenne suisse



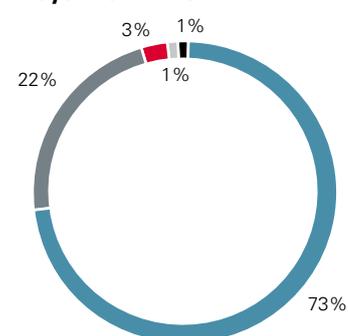
Répartition des chutes par lieu de la chute au sein l'HVS et moyenne nationale 2014

HVS



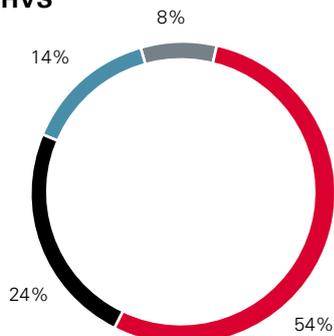
- Chambre à coucher/ chambre du/ de la patient-e
- Salle de bains/toilettes
- Corridor
- Escalier
- A l'extérieur

Moyenne suisse



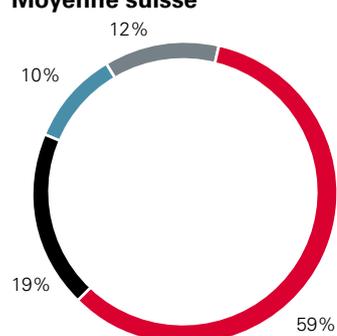
Répartition des chutes par cause essentielle de la chute au sein l'HVS et moyenne nationale 2014

HVS



- Inconnu
- Problème de santé d'ordre physique
- Problème de santé d'ordre psychiatrique
- Facteurs environnementaux (extrinsèques)

Moyenne suisse



La raison principale des chutes est liée aux problèmes de la santé d'ordre physique (54%). Dans 14% des chutes, des facteurs environnementaux ont causé la chute. Pour deux personnes, la chute a occasionné des lésions de gravité moyenne, une personne a eu des lésions plutôt graves et une personne a eu une lésion très grave, à savoir une fracture.

Pour éviter des chutes chez les patients à risques et pour assurer la sécurité des patients ayant déjà chuté, plusieurs mesures de prévention ont été mises en place, par exemple les exercices et l'entraînement, l'accompagnement du patient pendant un déplacement, l'évaluation des moyens auxiliaires et des chaussures utilisées, la surveillance, l'information du patient et les adaptations de l'environnement.

Mesure de contention

Dans ce sondage, toutes les mesures qui limitent la liberté de mouvement du patient sont considérées comme de mesures de contention (exemples: médicaments sédatifs, barrière de sécurité sur le lit, ...). Ces mesures sont utilisées pour la prévention des situations à risque (protection du patient contre lui-même ou protection du personnel). De plus, les systèmes de capteurs et d'alarme (qualifiés d'équipements domotiques) sont considérés comme mesures de contention dans le sens où la surveillance électronique restreint la liberté de mouvement. En revanche, une isolation des patient-e-s contagieux-ses n'est pas considérée comme mesure de contention.

Sur 531 patients observés, on constate un taux de mesures de contention sur 30 jours dans notre institution de 23.16% (123 patients). Les raisons principales pour l'ap-

plication de la mesure de contention étaient dans 78.05% des cas la prévention des chutes (versus moyenne suisse à 66.7%), dans 5.69% des cas pour rendre possible le traitement médical (versus moyenne suisse à 16.7%). Pour 99.5% des patients, les mesures de contention durant l'hospitalisation n'ont pas occasionné de blessure physique. Une analyse de ces données n'a pas été effectuée cette année, mais on peut postuler que les facteurs à étudier sont multiples, notamment les caractéristiques des patients, le type de contrainte utilisée, la dotation en personnel soignant et les différences culturelles.

Développer et piloter des projets d'évaluation des pratiques professionnelles

En 2013, la Direction des soins a indiqué la nécessité d'actualiser les standards de douleur, des chutes et des escarres, en incluant les éléments de prévention, d'intervention ainsi que d'évaluation de l'efficacité de l'intervention. Plusieurs groupes de travail se sont appliqués à évaluer l'état des connaissances de nos collaborateurs, à vérifier l'état des données probantes sur la thématique. Fin 2014, le standard des chutes a été finalisé et communiqué au sein de l'institution. Les travaux d'actualisation des standards de douleur et des escarres ont continué en 2014 et devaient être finalisés en 2015. Suite à ces efforts, le développement des évaluations de pratiques professionnelles sur ces standards a été lancé fin 2014.

Améliorer le processus de l'admission et de la sortie du patient

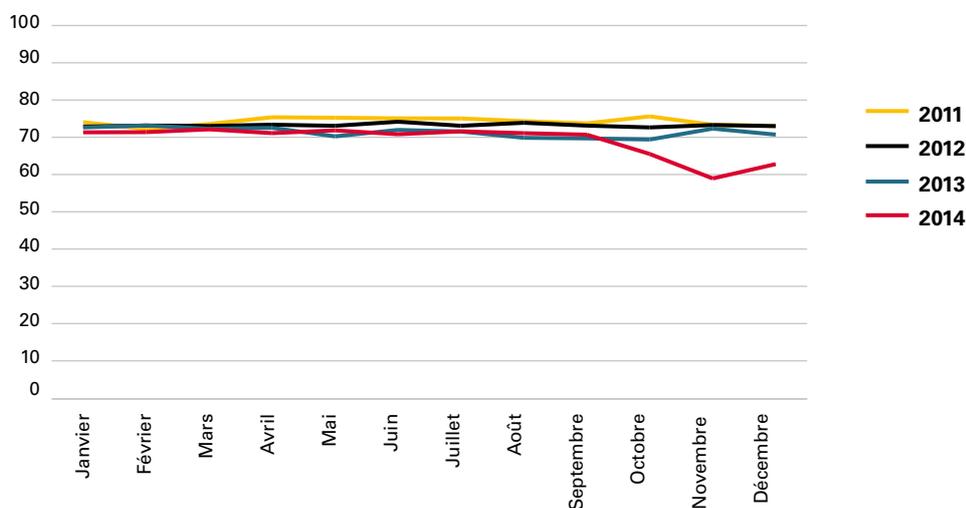
Optimiser l'admission du patient

Un patient admis à l'hôpital doit rapidement faire l'objet d'une évaluation médicale et infirmière. Cette évaluation doit être écrite et pouvoir être consultée par les médecins et soignants appelés à prendre en charge le patient, par exemple durant la nuit ou une garde de week-end, lorsque ceux qui l'ont vu initialement ne sont plus présents. L'im-

portance de cette évaluation écrite a motivé la création d'un indicateur: la proportion de dossiers médicaux complétés 24 heures après l'admission du patient. Avec l'introduction des SwissDRG cet indicateur a encore gagné en importance (planification du séjour et de la suite de prise en charge).

Résultats

Proportion (%) de dossiers médicaux complétés 24 heures après l'admission du patient, 2011- 2014, HVS



Entre 70 et 75% des patients admis à l'HVS ont vu leur dossier médical d'entrée complété dans les 24 heures en 2014. Les deux derniers mois, on constate une régression de 70-75% à 60-63% dont la cause reste indéterminée.

Indicateurs qualité en psychiatrie

En février 2015, les données pour la période 2014 ont été fournies à l'institut d'évaluation des Cliniques universitaires psychiatriques (UPK) de Bâle par 63 des 65 cliniques suisses. L'évolution entre le moment de l'admission et celui de la sortie est considérée comme résultat du traitement. Cette évaluation est double: d'une part, par le patient lui-même (Brief Symptom Checklist, BSCL) et, d'autre part,

par le personnel soignant (Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS). La fréquence des mesures limitatives de liberté a en outre été documentée et diverses données socio-démographiques sur les caractéristiques des patients ont été saisies (données de base OFS et données supplémentaires psychiatrie OFS).

Indicateur	Autoévaluation par le/la patiente	Evaluation par des tiers (personnel soignant)
Statistique médicale		
Relevé lors du séjour hospitalier, saisie au plus tard 2 mois après la sortie de l'hôpital		- Set de données de base OFS - Données supplémentaires psychiatrie OFS
Importance des symptômes		
Mesure de la différence entre l'admission et la sortie pour chaque patient(e)	- BSCL (forme brève du questionnaire SCL -90)	- HoNOS
Mesures limitatives de liberté		
Mesure de toutes les mesures limitatives de liberté		- EFM

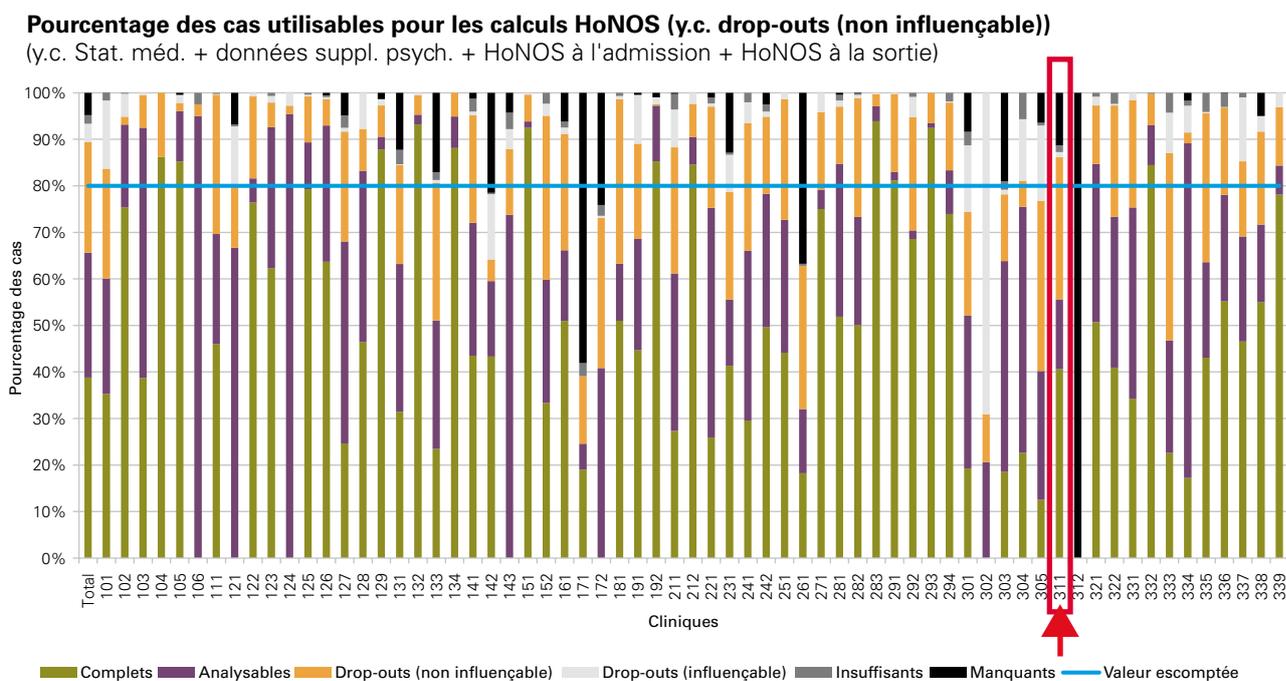
Il est très important de réaliser que les résultats publiés à ce jour reflètent la qualité de la saisie et non la qualité de la prise en charge en soi. En automne 2015, une étape-clé des mesures de la qualité réalisées en psychiatrie hospitalière sera franchie: la première publication transparente des résultats des mesures nationales (importance des symptômes).

Toutes les mesures ANQ en psychiatrie stationnaire sont désormais intégrées dans la routine des soins dispensés dans le département de psychiatrie. Pour chaque patient, l'intensité des symptômes est relevée en début et en fin de traitement et caractérise le nombre et le degré de gravité

des symptômes liés à un trouble psychique. L'intégration dans le quotidien clinique offre un fort potentiel d'utilisation des mesures ANQ dans le cadre du traitement individuel. Les résultats revêtent une importance élevée pour les comparaisons nationales. La différence entre l'importance des symptômes à l'admission et à la sortie constitue la mesure de l'évolution de l'importance des symptômes au cours du traitement. Cet indicateur permet également de comparer la perception subjective de l'importance des symptômes (questionnaire BSCL) déclarée par le patient et de tirer ainsi des conclusions sur le traitement dispensé. Le partenariat avec le patient se trouve consolidé et peut constituer un renforcement de l'alliance thérapeutique.

Les mesures limitatives de liberté ne sont appliquées en psychiatrie que dans des cas exceptionnels dûment justifiés, c'est-à-dire lorsque la maladie psychique du patient s'accompagne d'une grave mise en danger de soi-même ou d'autrui. Elles ne sont relevées que lorsqu'elles sont appliquées.

Le tableau ci-dessous montre le résultat de la saisie des mesures pour tous les hôpitaux psychiatriques en Suisse. On constate que le taux de 80% des données HoNOS exigé par l'ANQ est atteint par le département de psychiatrie du CHVR, de même que le taux de 40% des données BSCL également.

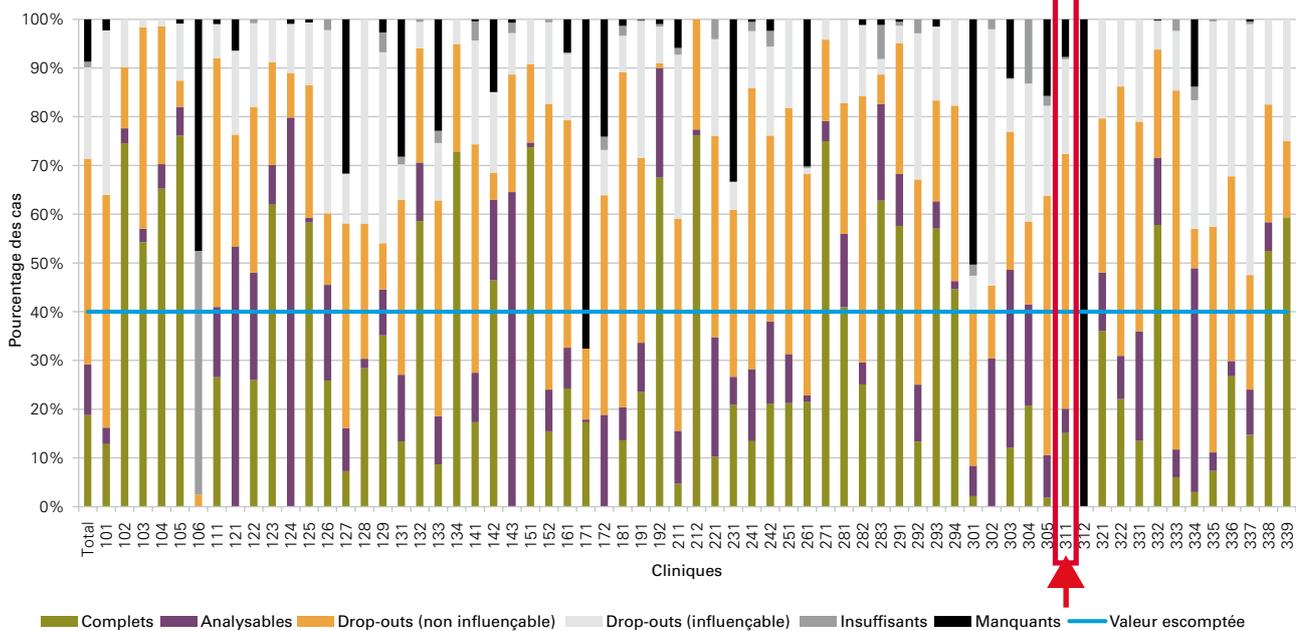




Parc de l'Hôpital de Malévoz.

Pourcentage des cas utilisables pour les calculs BSCL (y.c. drop-outs (non influençable))

(y.c. Stat. méd. + données suppl. psych. + BSCL à l'admission + BSCL à la sortie)



Autres collectes d'indicateurs spécialisés

Comme mentionné sous le point 4.1 (développer la culture de sécurité au sein des équipes et le retour d'expérience), des récoltes de données sont effectuées régulièrement au sein de l'Hôpital du Valais dans le cadre des exigences pour la pratique de plusieurs disciplines médicales. Ces données concernent des aspects de structure et d'activité, mais également des aspects qualité/sécurité. Elles représentent des indicateurs dans la mesure où elles reflètent adéquatement l'activité en question et peuvent motiver des mesures d'amélioration suite aux comparaisons à d'autres années ou à d'autres centres en Suisse.

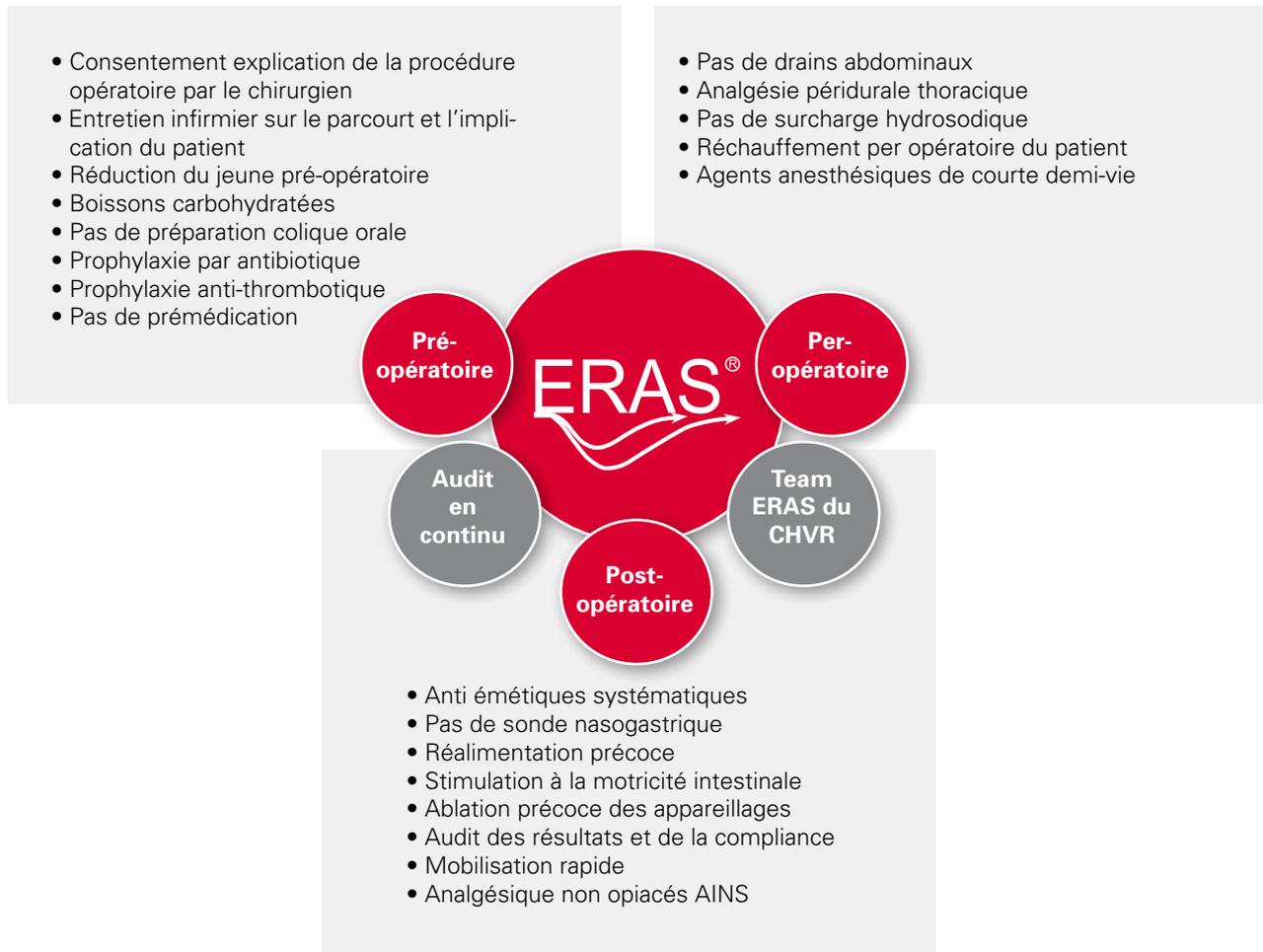
À titre d'exemple on peut citer les récoltes de données pour la reconnaissance d'une spécialité médicale (anesthésie, médecine intensive, neurologie-unité de traitement des accidents vasculaires cérébraux aigus, néphrologie-dialyse, cardiologie-réadaptation cardiaque et soins palliatifs) ou d'une activité spécialisée (prise en charge des blessés graves assurant la reconnaissance en tant que trauma center).

ERAS® (Enhanced recovery after surgery)

Le programme ERAS® vise à standardiser la prise en charge des patients chirurgicaux par l'application d'itinéraires cliniques basés sur des recommandations (guidelines) établis dans le respect des principes de la médecine factuelle (evidence-based medicine). L'objectif principal de ce programme est de diminuer le stress lié à une intervention chirurgicale.

Applicable dans plusieurs spécialités de la chirurgie, ce programme a été initié dans la chirurgie colorectale électorale en 2013, après une période pilote.

Ces efforts ont permis l'accréditation de l'unité de chirurgie viscérale du CHVR par la société académique ERAS® en mars 2014. Cette accréditation constitue un label de qualité reconnu au niveau international. Son maintien se fait par le contrôle continu de la mesure des données (recueil de 150 données sur le parcours péri opératoire de chaque patient) par la société ERAS®. À partir de juillet 2014, le programme ERAS® a été étendu à la prise en charge des interventions colorectales en urgence. D'autres spécialités chirurgicales vont être incluses dans ERAS®: en avril 2015 un programme pilote débutera en chirurgie thoracique.



Adapté de: Gustafsson UO et al. World Journal of Surgery 2013.310.1007/s00268-012-1772-0

Ce programme est une véritable démarche qualité qui combine des recommandations de prise en charge, des itinéraires cliniques et la mesure d'indicateurs. Il permet aux patients de devenir des partenaires actifs impliqués dans leur prise en charge et il consolide les équipes constituées par l'ensemble des collaborateurs médicaux et paramédicaux. Le team ERAS®, coordonné par une infirmière clini-

cienne dédiée, se réunit de manière régulière et fréquente. Ces réunions permettent de communiquer et d'analyser les résultats des mesures, puis de mettre en place des ajustements pour progresser dans l'amélioration de la prise en charge péri opératoire des patients.

Chirurgie colorectale élective ERAS®	Pré ERAS® sept. 2012 à mars 2013 n50	ERAS® Année 2014 n58
---	--	----------------------------

Audit ERAS® (EIAS® Eras Interactive Audit System), CHVR juin 2014

Diagnostic final Chirurgie élective	Pré ERAS® 50 patients	ERAS® 58 patients Année 2014
Adéno carcinome	62% (n31)	52% (n30)
Maladie diverticulaire	20% (n10)	31% (n18)
autres	18% (n9)	17% (n10)

Résultats : phase pilote septembre 2012 à mars 2013 versus année 2014

Chirurgie colorectale élective ERAS®	Pré ERAS® sept. 2012 à mars 2013 n 50	ERAS® Année 2014 n 58
Durée de séjour médiane	11 jours	7,5 jours
Mortalité	4% (n2)	2% (n1)
Ré opération	16% (n8)	17% (n10)
Fuite anastomose	10% (n5)	7% (n4)
Complications infectieuses	32% (n15)	24% (n14)
Abcès intra ou rétro péritonéal	10% (n5)	7% (n4)
Infection de plaie	18% (n8)	9% (n5)
Infections urinaires	8% (n4)	5% (n3)
Complications respiratoires	16% (n8)	10% (n6)

L'analyse des résultats après l'initiation du programme en chirurgie colorectale élective a montré une diminution des complications médico-chirurgicales (tableau des résultats ci-dessous). Cette amélioration a eu un impact favorable sur la durée de l'hospitalisation. Il convient toutefois de signaler que les collectifs sont petits et que le degré de validité statistique est incertain. Pour l'instant, une com-

paraison à la moyenne des centres certifiés ERAS® n'est pas possible, car toutes les données des autres centres ne sont pas accessibles.

Tumorboard

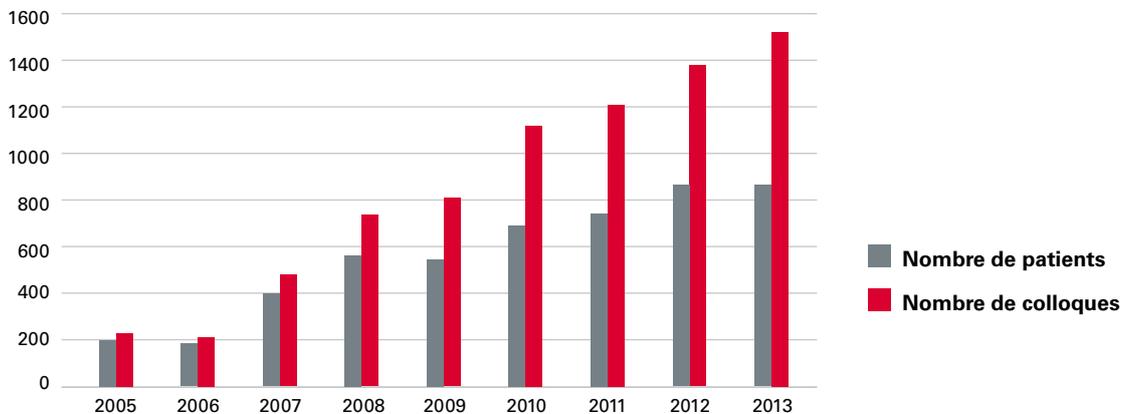
Ces colloques pluridisciplinaires décisionnels se tiennent selon des règles strictes déjà suivies depuis longtemps à l'Hôpital du Valais. En particulier lorsque, conformément aux directives thérapeutiques, un concept thérapeutique multimodal est nécessaire ou que différentes options de traitement peuvent être envisagées.

L'ensemble des colloques pluridisciplinaires du CHVR a été regroupé à Sion (gynécologie – ORL – chirurgie digestive – chirurgie thoracique et pneumologie – carrefour hépato-biliaire – radiothérapie/oncologie). Pour prendre

une décision sur chaque situation sont réunis les spécialistes suivants : oncologue, radiothérapeute, pathologue, chirurgien ou gynécologue ou ORL, radiologue et, selon le colloque, pneumologue ou gastro-entérologue. Dès le 25.09.2013 un colloque bimensuel d'urologie a été mis sur pied à Sion.

Dans le Centre Hospitalier du Haut-Valais, de tels colloques multidisciplinaires existent aussi depuis plusieurs années en gynécologie, chirurgie, urologie et radio-oncologie. Ils concernent entre 400 et 500 patients par année.

Colloques pluridisciplinaires sur le site de Sion



Ce graphique illustre l'évolution de la prise en charge concertée des patients oncologiques. En principe, toutes les situations de patients traités à visée curative et/ou opérés sont discutées. Ils sont de plus en plus fréquemment présentés à plusieurs reprises, en particulier lors de prise en charge pluridisciplinaires complexes (chimio-radiothérapie pré-opératoire par exemple).



Consultation infirmière dans
le Service de radiooncologie
du Centre Hospitalier du
Valais Romand,
à Sion.

En interne

Le deuxième Symposium des soins a eu lieu en septembre 2014. Son but est de créer une plateforme d'échange et d'offrir aux collaborateurs la possibilité de présenter leurs projets et actions d'amélioration menés récemment. Plusieurs présentations ont eu lieu pendant la journée. Avec 227 personnes présentes et un retour très positif de la part des participants pour la qualité et les sujets, ce Symposium des soins fut un succès.

Le Prix de l'Hôpital du Valais, doté de 1000 francs et remis de longue date aux étudiants des filières « soins infirmiers » et « physiothérapie » de la HES-SO, est également ouvert aux collaborateurs et aux équipes de l'institution depuis quatre ans. La Direction des soins et la Direction générale souhaitent ainsi rendre visible l'excellence présente au sein de l'Hôpital et renforcer la valorisation et la reconnaissance des investissements, individuels et collectifs, qui contribuent largement à l'évolution des pratiques de soins. Avec vingt projets présentés, le Directeur des soins de l'Hôpital du Valais, Mario Desmedt, se réjouit de l'intérêt suscité par le Prix de l'Hôpital du Valais.

Le prix individuel des collaborateurs a été attribué à Hervé Cortat, infirmier en oncologie ambulatoire à Sion, pour son travail intitulé « Les Clefs d'une bonne intégration ». Le prix d'équipe est allé à Sarah Habegger et son team de gynécologie pour le projet « Behandlungspfad am Beispiel sectio caesarea ».

Les prix attribués à Hervé Cortat et à l'équipe de gynécologie de Viège s'ajoutent à la distinction attribuée aux étudiants des filières soignantes de la HES-SO. Pour la filière « soins infirmiers », le prix est allé à Angela Kalbermatter et Corinne Studer pour leur travail intitulé « Erwartungen und Erleben von Pflegefachmännern hinsichtlich des Einbezugs von Angehörigen in die Sterbebegleitung in Alters- und Pflegeheimen ». Faute de candidature, le prix de la filière « physiothérapie » n'a pas été attribué en 2014.

Vers les patients, leurs proches et les partenaires externes

Le rapport qualité 2014 est à disposition des patients, de leurs proches et des partenaires externes. Pour l'année 2015, une version plus courte et plus synthétique sera conçue afin de mieux cibler un public non spécialisé dans le domaine de la santé.

Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR)

Département de Psychiatrie et psychothérapie

Médecin-chef du département: Dr Philippe Rey-Bellet

Responsable des soins du département:

Mme Aline Schuwey

Les activités hospitalières et ambulatoires du DPP sont croissantes et les besoins en soins complexes. Cela nécessite une constante évolution du dispositif institutionnel tout en garantissant une continuité historique. Une emphase particulière dans la gestion médico-soignante a été mise autour du travail clinique. Afin que le patient puisse être réellement au centre de nos préoccupations, il est essentiel que les modalités de gestion s'adaptent aux problématiques cliniques et non l'inverse.

L'ensemble des initiatives est le fruit du travail investi par les collaboratrices et collaborateurs du département de psychiatrie et psychothérapie, quel que soit leur métier ou leur fonction.

Ainsi la création d'un service de psychiatrie de liaison a abouti à la fin de l'année et sa mise en place sur le plan opérationnel sera effective dès le mois de mai 2015. En effet les services des urgences, où le nombre de patients présentant des troubles psychiques est très important, ne bénéficient pas de la présence permanente d'un psychiatre. La situation actuelle fait donc reposer sur les équipes de soins somatiques une partie considérable des soins aux personnes souffrant de troubles psychiques, avec une capacité insuffisante du DPP d'offrir des interventions aisées et rapides. La création du service de psychiatrie de liaison permettra d'améliorer l'offre clinique, à savoir la réalisation de consultations à la demande des médecins de toutes les disciplines médicales de l'hôpital du Valais ainsi que du soutien aux équipes médico-soignantes sur place. Concrètement il s'agira pour l'équipe de psychiatrie de liaison, par ailleurs composée de médecins, psy-

chologues et d'infirmiers expérimentés et formés en soins psychiatriques, de faire de l'évaluation, de l'orientation et éventuellement de garantir un accompagnement du traitement interprofessionnel des troubles psychiatriques chez les patients d'âge adulte et gériatrique qui sont hospitalisés ou suivis sur les sites du CHVR.

La formation joue un rôle fondamental dans le développement de compétences spécifiques en psychiatrie. De nombreux liens ont été développés avec les cantons romands et les centres universitaires pour la formation médico-soignante. Dans un milieu où la connaissance se renouvelle à un rythme soutenu, la formation est un moyen pour permettre à un collaborateur d'approfondir et compléter ses qualifications qui doivent reposer sur les connaissances les plus récentes. Un caractère dynamique et décloisonnant a été donné aux diverses prestations. Aussi, le programme de gestion de la violence spécialement conçu pour les soins a vu le jour. 82 personnes du DPP ont accompli la formation en gestion de la violence, le but étant que l'ensemble du personnel soignant du CHVR puisse en bénéficier afin de développer des compétences plus efficaces dans ce domaine qui n'est pas propre à la psychiatrie.

Dans les soins, un accent particulier a été mis sur la mise en place d'un processus intégré d'amélioration des pratiques cliniques et de développement des compétences. Dans ce processus, le personnel soignant en exercice est mis à contribution pour apporter, au quotidien, des soins pertinents et de qualité fondés sur une lecture des besoins de soins aux personnes qui leur sont confiés et inspirés des meilleures pratiques, lesquelles sont généralement documentées afin de constituer un corpus de connaissances traduisant l'évolution des soins (données probantes = evidence based). Dans cette perspective, un solide maillage entre l'équipe de gestion et les équipes soignantes est donc établi de manière à réaliser, sur le plan de la réflexion d'ensemble.

Département de médecine interne – gériatrie

Médecin-chef du département: Dr Sandro Anchisi

Responsable des soins du département:

Mme Marie-Christine Hug

Gériatrie

Dans son activité de médecine gériatrique, de réadaptation polyvalente et de soins palliatifs gériatriques, le service de gériatrie a accueilli 2'273 patients durant l'année 2014, ce qui correspond à une baisse d'activité de 6.2% par rapport à 2013. Cependant, le service a aussi accueilli en parallèle 223 patients en lits d'attente, ce qui correspond à une hausse de 63% par rapport à 2013, avec une très forte augmentation de leur durée moyenne de séjour.

À la lecture de ces chiffres, on comprend qu'il faut surtout attribuer la baisse d'activité en médecine gériatrique au pourcentage de plus en plus élevé de lits occupés par des patients en lits d'attente, ce qui malheureusement paralyse l'activité proprement dite du service de médecine gériatrique et ses vraies missions. L'ouverture prochaine de nouveaux lits dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées du canton devrait permettre une diminution du nombre de patients séjournant à l'hôpital en lits d'attente.

Par ailleurs, l'ensemble des soignants du service de gériatrie attend avec intérêt la mise en route des projets de réforme liés à la gériatrie (ortho-gériatrie, onco-gériatrie, équipe mobile de gériatrie avec présence aux urgences et consultation ambulatoire de gériatrie), ce qui conduira à une meilleure prise en charge médicale du patient âgé.

Pneumologie

Durant l'année 2014, le Service de pneumologie du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) a poursuivi et finalisé les changements initiés en 2013. L'endoscopie a ainsi été intégralement transférée de Montana à Sion, avec un gain de sécurité et de confort pour les patients. L'activité ambulatoire de pneumologie s'est développée à Sion avec l'ouverture de consultations spécialisées pour les maladies de l'interstice pulmonaire, la mucoviscidose et l'hypertension pulmonaire. Les activités ambulatoires de pneumologie ont été maintenues à Martigny et Montana.

Une extension et mise à jour complète du laboratoire de fonction pulmonaire a été décidée, ce qui permettra de répondre plus rapidement et de manière plus complète aux demandes des médecins installés. Le panel complet de tests respiratoires est ainsi disponible à Sion depuis le 1^{er} octobre 2015.

Le programme « Mieux vivre avec une BPCO » est maintenant proposé deux fois par an à Sion, Martigny et Monthey avec le soutien de Promotion Santé Valais. Le programme a permis de confirmer l'accréditation des deux centres de réhabilitation pulmonaire ambulatoires, à Martigny et Montana.

À Montana, les unités de soins ont par ailleurs été réorganisées par type de réadaptation. Une unité de 18 lits est ainsi exclusivement dévolue à la réhabilitation respiratoire et à la médecine du sommeil. En réunissant les compétences sur une unité, le service de pneumologie peut maintenant offrir une réhabilitation respiratoire correspondant aux standards internationaux. Cette prestation est reconnue pour les patients de tous les cantons.

Une journée de formation centrée sur les médecins de premiers recours et autres professionnels de santé a été organisée en novembre 2014. Le service participe par ailleurs activement à plusieurs projets de recherche nationaux et internationaux dans le domaine du sommeil (SRI et ASV) et de l'épidémiologie des maladies respiratoires (SAPALDIA).

À la tête du Service de pneumologie, le Dr Pierre-Olivier Bridevaux a été nommé professeur titulaire de l'Université de Genève courant 2014.

Radio-oncologie

En radio-oncologie, l'accélérateur « Truebeam » a permis de démarrer une technique de pointe, la stéréotaxie pulmonaire transformant le pronostic de certaines tumeurs inopérables du poumon. Un upgrade de l'accélérateur Clinac a permis d'avoir 3 machines à disposition avec un scanner intégré et ainsi de mieux cibler avant chaque séance. De même qu'on a pu accéder à la technique IMRT sur les 3 machines avec un taux d'IMRT de 48% versus 36% en 2013. Le nombre de nouveaux cas a progressé de 10%.

Oncologie médicale

En oncologie médicale, avec plus de 18'700 visites ambulatoires en 2014 (17'000 en 2013), l'activité poursuit son augmentation sur Sion ainsi que sur Martigny avec le renforcement de notre présence quotidienne. L'activité sur le site de Sierre reste stable, le Dr Abeidi ayant pris le relais au départ à la retraite de la Dresse Stalder. Avec près de 6300 chimiothérapies intraveineuses administrées par année dont 500 en séjour hospitalier dans le service de médecine H3 de Sion et l'augmentation des thérapies ciblées orales, c'est un effort constant de formation et de rigueur

qui doit être déployé par les équipes médico-soignantes pour garantir la sécurité de ces traitements. L'activité de recherche clinique et de consultations pluridisciplinaires reste stable. Le service a démarré un projet de renforcement de la prise en charge des patients en réseau avec les médecins traitants et les soignants de proximité.

Cardiologie

Le Service de cardiologie a déployé une importante activité dans le domaine des coronarographies (1458 examens), des angioplasties coronaires (784 interventions) ou encore du traitement invasif des troubles du rythme cardiaque (32 ablations par radiofréquence), de même que pour les échocardiographies (1982 examens) ou les IRM cardiaques (176 examens) par exemple.

Plus de 150 stimulateurs ou défibrillateurs cardiaques ont été implantés.

Nous avons poursuivi nos efforts pour réduire le temps d'hospitalisation, avec 1055 patients hospitalisés dans le service de cardiologie et 1347 patients traités sur le mode ambulatoire au cours de l'année 2014.

Dans le domaine de la prévention après un événement cardiaque, 165 patients ont bénéficié d'une réadaptation stationnaire et 163 d'une prise en charge ambulatoire en collaboration avec la Clinique Romande de Réadaptation.

Finalement, la qualité est toujours au rendez-vous avec les données du registre suisse des infarctus du myocarde traités en urgence (AMIS Plus) montrant que l'hôpital du Valais est parfaitement dans la moyenne de la majorité des hôpitaux de Suisse.

Médecine interne

Le Service de médecine interne maintient son activité en restant le plus important en termes de séjours hospitaliers. En 2014, l'activité a augmenté de 16% sur le site de Sion, réalisant 2941 séjours, représentant 48% de l'activité des 3 sites. La diminution d'activité est surtout survenue sur le site de Sierre où nous rencontrons des difficultés pour maintenir des médecins cadres polyvalents. Des mesures ont été prises pour améliorer le recrutement toutefois, cette pénurie n'est pas spécifique à notre canton et malgré différents appels d'offres, ceci nous conduira probablement à réduire l'activité de médecine sur le site de Sierre.

Dans le même temps, malgré la pénurie de cadres, la réputation du service permet l'engagement de plus de quarante médecins assistants qui sont répartis dans différentes rotations sur les différents sites. Notre service, toujours qualifié de A selon l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) est très sollicité et nous devons par manque de places, refuser l'accès à cette formation à plus d'une centaine de candidats par an.

Pour maintenir notre attractivité, nous accueillons les étudiants des facultés de médecine de Lausanne et de Genève lors de stages de plus en plus précoces et plus nombreux, de la 3^e à la dernière année de formation universitaire. Notre principal challenge sera de maintenir cette possibilité de formation généraliste dans un hôpital où la médecine interne reste primordiale et en pleine harmonie avec ses différentes spécialités.

Département de chirurgie

Médecin-chef du département : Dr Claude Haller
Responsable des soins du département : Vacant

2014 fut une année difficile pour le département de chirurgie avec de multiples changements. Le département de chirurgie par son service de chirurgie viscérale est directement visé par les multiples attaques dirigées envers le Prof. Vincent Bettschart. Ce dernier démissionne et quitte le CHVR durant l'été de cette même année.

Le Dr Claude Haller est nommé en qualité de médecin-chef de service dès le 19 mai 2014. Le Dr Daniel Bertin quittera également le service pour des raisons d'ordre strictement personnel pour prendre ses nouvelles fonctions dans un hôpital de la côte. Durant la même période sortent les résultats de l'expertise du Prof. Jean-Jacques Houben, qui, tout en proposant des mesures d'amélioration, justifient le maintien et le développement de la Médecine hautement spécialisée (MHS) dans notre canton. Le service de chirurgie mettra en place plusieurs indicateurs de contrôle de qualité en participant à diverses bases de données (ERAS viscérale, AQC viscérale) et registres (SwissVasc, Swiss-TraumaNetwork, Registre Romand des Polytraumatisés).

Dans le domaine de la MHS viscérale (chirurgie hépatobiliaire, œsophagienne, rectum bas et bariatrique) une collaboration est entretenue de manière non exclusive avec le CHUV pour la prise en charge de ces patients. Parallèlement à cette démarche, une filière MHS est développée à l'Hôpital de Sion afin que ces patients puissent bénéficier du plateau technique valaisan pour le bilan pré-opératoire, le traitement non chirurgical (radio-chimiothérapie) ainsi que le suivi post-opératoire.

Au mois de mars 2014, le service de chirurgie du CHVR a obtenu la reconnaissance d'établissement certifié pour le programme ERAS (Enhanced Recovery After Surgery: récupération améliorée après chirurgie). Malgré une perte de confiance de la population et de certains médecins traitants, le service de chirurgie continuera à remplir sa mission, tout en se reconstruisant. L'année 2014 se clôturera par le 1^{er} Symposium de chirurgie viscérale à l'Hôpital de Sion.

Le service de chirurgie se développe également à travers son unité de chirurgie vasculaire qui se voit attribuer mi-février 2014 le titre de « Centre du vaisseau USSMV ». L'Hôpital du Valais fait parti des six premiers centres de Suisse et est le seul centre romand officiellement accrédité pour son plateau technique dans ce domaine, le contrôle de qualité et la collaboration multidisciplinaire (radiologie interventionnelle, angiologie et chirurgie vasculaire).

Le Dr Michel Christodoulou est promu médecin-chef responsable de l'unité de chirurgie thoracique après avoir obtenu la reconnaissance de la FMH comme centre de formation pour la chirurgie thoracique.

Suite au retour au CHUV du Dr Enrico Ferrari, le Dr Dominique Delay a été nommé médecin-chef du Service de chirurgie cardiaque et le Dr Lars Niklaus du CHUV est venu renforcer l'équipe comme médecin adjoint.

Compte tenu des événements ayant touché le service de chirurgie, l'activité du service de chirurgie a diminué d'environ 11% par rapport à 2013 (2'335 interventions en 2014

par rapport à 2'635 en 2013). Par contre l'activité du département de chirurgie est restée stable. La baisse d'activité de la chirurgie générale a donc été compensée par une augmentation de l'activité en neurochirurgie, ORL, chirurgie cardiaque et urologie.

Département Femme / Enfant

Médecin-chef du département: Dr Nicolas Schneider

Responsable des soins du département:

Mme Catherine Lietta

Obstétrique

L'activité en salle d'accouchement est restée stable en 2014, avec 1'706 naissances à la maternité du CHVR, contre 1'712 en 2013. Un chiffre qui demeure élevé et qui confirme son 3^e rang en Suisse romande derrière les HUG et le CHUV. Le pourcentage de césariennes est en recul avec moins de 21% en 2014 contre plus de 23% l'année précédente. La moyenne suisse s'établit à 33,3%. Lors des accouchements par voie basse à Sion, près de trois mamans sur quatre ont bénéficié d'une anesthésie péridurale.

Le nombre d'accouchements prématurés a diminué d'un pour cent en 2014, mais 14 patientes ont tout de même dû être transférées en raison d'une unité de néonatalogie surchargée. Une trentaine de demandes d'accueil de prématurés ont par ailleurs dû être refusées.

Le nombre des consultations ambulatoires (plus de 1800) a nettement augmenté en 2014, notamment en raison de la mise en place d'une policlinique d'obstétrique incluant les suivis de grossesse physiologique par les sages-femmes, ainsi que d'une consultation de grossesses à haut risque. La salle d'accouchement a par ailleurs accueilli 1101 consultations d'urgence.

Le renforcement de l'équipe médicale et l'augmentation du nombre de patientes vues à la policlinique d'obstétrique ont également conduit à une forte augmentation du

nombre d'exams échographiques qui a passé de 2297 en 2013 à 2995 en 2014. Un nombre qui permet à l'Unité d'échographie de Sion de proposer une formation en échographie aux chefs de clinique intéressés.

Gynécologie

L'Unité de fertilité, en collaboration étroite avec le CHUV, a maintenu son activité avec une moyenne de 200 consultations par mois, la préparation de 27 cycles de fécondation in vitro et de 35 transferts d'embryon et finalement la réalisation de 80 inséminations artificielles.

Le Centre du sein a confirmé sa place prépondérante dans la prise en charge des lésions malignes et bénignes en développant les synergies de la pluridisciplinarité et en offrant aux femmes du canton du Valais un service de grande qualité apprécié par les patientes et les médecins envoyeurs.

2013 a vu aussi l'arrivée de la Dr Daniela Huber, médecin-chef adjoint et spécialiste en gynéco-oncologie permettant ainsi de compléter l'équipe médicale opératoire et de pouvoir assumer la totalité des interventions en relation avec les cancers gynécologiques.

Enfin, l'activité des policliniques de gynécologie de Sion et de Martigny, avec plus de 11'000 consultations à Sion et plus 1'700 consultations à Martigny, confirme l'importance de ce secteur à l'Hôpital du Valais.



Visite des Docteurs Rêves
dans le Service de pédiatrie
de l'Hôpital
de Sion.

Pédiatrie et chirurgie pédiatrique

En 2014, le nombre d'hospitalisations en pédiatrie et chirurgie pédiatrique a augmenté de 8% pour s'établir à plus de 1750. L'activité est restée importante dans le domaine ambulatoire, avec près de 11'800 consultations urgentes. Le nombre de consultations spécialisées est resté stable (2693 en 2014 contre 2715 en 2013). La ligne téléphonique d'urgence a enregistré 11'195 appels, soit plus de 30 par jour.

« L'activité a clairement augmenté en ce qui concerne les hospitalisations et est resté stable pour les consultations et les téléphones », résume le chef du Service de pédiatrie, le Prof. René Tabin. « La charge de travail pour toute l'équipe a été extrêmement importante. »

L'année 2014 a également été marquée par la participation au salon Planète Santé à Lausanne où le Service de pédiatrie a présenté le programme Contrepoids en collaboration avec les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Département de soutien

Médecin-chef du département: Dr Pierre Turini
 Responsable des soins du département: Vacant

L'année 2014 a été la première du nouveau Département de soutien et elle a été d'emblée très intense. Ce département est le garant de la prise en charge des patients les plus sévèrement atteints dans leur santé, ce qui implique une activité soutenue et constante avec un fonctionnement à flux tendu et beaucoup d'horaires dits de nuisance (garde de nuit, fériés et week-ends).

Pour ces raisons, et bien que ce département soit celui qui compte le plus de médecins, toute diminution de leur nombre a des conséquences importantes et immédiates. En 2014, plusieurs postes de médecin sont restés vacants suite à des départs et à des difficultés de recrutement. Ce sous-effectif a mis les équipes sous très forte pression et ce n'est que grâce à une solidarité exemplaire au sein du département que certaines prestations ont pu être maintenues dans les périodes les plus difficiles. Fort heureusement, les perspectives sont bien meilleures depuis l'engagement de plusieurs nouveaux collaborateurs qui sont venus renforcer les équipes existantes

Service des urgences

L'année 2014 a été critique en raison d'une importante diminution des effectifs médicaux. Le médecin-chef du service, le Dr Daniel Fishman, a donné sa démission et a été remplacé dès le 1er septembre par le Dr Vincent Frochoux. En cours d'année, d'autres démissions (chef de clinique et médecins hospitaliers), associées à des arrêts maladie de longue durée, ont particulièrement mis à mal l'effectif déjà faible des médecins cadres. Les mis-

sions du service ont néanmoins été poursuivies, grâce à l'aide ponctuelle de médecins de Martigny, de médecins du Service des soins intensifs, d'anciens médecins du Service des urgences, ainsi qu'à l'implication exemplaire des médecins des urgences encore présents. La situation s'est progressivement améliorée avec de nouveaux engagements, notamment ceux de deux médecins adjoints, les Drs Laurent Praz et Valérie Geiser-Micheloud.

Sur le plan de l'activité, en plus de l'augmentation progressive habituelle de la fréquentation des urgences, le service a dû faire face à la fermeture nocturne des urgences de Sierre, effective au 17 mars 2014. Il y a eu en 2014 25'585 consultations aux urgences de Sion, soit une augmentation de plus de 9%. Le temps d'attente des patients aux urgences (salle d'attente avant la prise en charge) reste une préoccupation importante. À ce sujet, il faut souligner l'impact de la création de la zone ambulatoire à Sion dès la fin 2013: supervisée par un des médecins cadres formés à l'urgence et ouverte 8 heures par jour, elle a contribué à baisser significativement la durée d'attente moyenne des bas degrés d'urgence (passage du temps moyen d'attente de 100 minutes en 2013 à 69 minutes pour les degrés 5 et de 86 minutes à 58 minutes pour les degrés 4).

Quelles perspectives pour l'avenir? Le fait d'être un hôpital reconnu comme «trauma center» et doté d'un vaste plateau technique lui permet de rester attractif. La création de postes permettant l'engagement de nouveaux collaborateurs devrait permettre au service d'intensifier au quotidien la présence des médecins formés à l'urgence, ce qui permettra une meilleure supervision des médecins assistants en formation et une meilleure sécurité pour les patients.

Service d'anesthésiologie et de réanimation

L'activité d'anesthésie a été comme chaque année soutenue avec une légère baisse d'activité de 2,5% globale et de 2,9% dans le bloc opératoire. Un résultat important compte tenu des pertes importantes de postes de médecins cadres dans le service et dans les différents services de chirurgie. 2014 a été surtout une année de transition en ayant à cœur de maintenir le maximum de prestations possible.

Avec l'effort réalisé pour stabiliser les équipes du service, qu'il s'agisse des infirmiers-ères, médecins assistants ou des chefs de clinique, le temps a manqué, pour développer de nouveaux domaines. On relèvera que l'enseignement de la réanimation sous forme de BLS, d'ILS et d'ALS, a pu se poursuivre, de même que la formation dans le domaine de la simulation. Le Service d'anesthésie a également participé aux protocoles transversaux ERAS viscéral et les débuts de ERAS thorax.

Malgré cette année difficile, les médecins assistants ont confirmé l'excellente évaluation FMH du service.

L'activité du centre de traitement de la douleur s'est bien étoffée. Les demandes de la radiologie interventionnelle des valences d'endoscopie et des petits gestes techniques en soutien des étages s'accroissent.

Service de médecine intensive

L'année 2014 a été marquée par l'augmentation de l'activité liée à l'ouverture en novembre 2013 du service de soins continus médico-chirurgicaux comportant 10 lits et géré par l'équipe médicale des soins intensifs. L'ouverture de ce service a permis de décharger les soins intensifs des patients les moins «lourds». On observe en effet une

diminution du nombre de patients admis aux soins intensifs (-100 patients par rapport à 2013), alors que la durée moyenne de séjour augmente parallèlement à la sévérité des cas (augmentation de 10% des cas de la catégorie la plus «lourde»). L'arrivée en mars 2014 d'un nouveau médecin-cadre, le Dr Séverin Jeanneret, a permis... d'absorber en partie l'augmentation de la charge de travail liée à cette réorganisation. La création d'une équipe infirmière spécialisée permet d'assurer le bon fonctionnement de ce nouveau service.

Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO)

Département de Psychiatrie et psychothérapie

Médecin-chef du département: Dr Reinhard Waeber

Responsable des soins du département: Ursula Amherd

Le Centre psychiatrique du Haut-Valais (PZO) joue le rôle de centre de compétences pour la santé psychique des 80'000 habitants du Haut-Valais: femmes, hommes, enfants, adolescents et personnes âgées – en bref, des personnes issues de tous les groupes de la population et de toutes les classes sociales.

Cent collaborateurs du PZO issus des domaines professionnels de la médecine, de la psychologie, des soins, de l'ergothérapie et des thérapies spécialisées assurent le traitement et la prise en charge des personnes présentant des problèmes psychiques, aussi bien en cas de crise aiguë et dans les situations d'urgence, que lors d'évolutions chroniques. « Le travail de prévention et la promotion de la santé psychique sont deux aspects auxquels j'attache toujours une importance particulière pour lutter contre une maladie psychique », souligne le Dr Reinhard Waeber.

Nouvelle structure organisationnelle avec quatre services

Le PZO a connu une forte croissance au cours des dernières années. Début 2014, un état des lieux réalisé en collaboration avec un coach externe a montré qu'il fallait restructurer les cinq secteurs existants. Les deux priorités étaient d'offrir un traitement de qualité aux patients et d'adapter la structure du PZO aux quatre départements somatiques du Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO). Pour cela, on a créé quatre services, qui sont fonctionnels depuis le 1^{er} janvier 2015:

- le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dirigé par le Dr Reinhard Waeber,
- le service de psychogériatrie, dirigé par le Dr Stefan Scholand,

- le service ambulatoire, dirigé par le Dr Bernadette Stucky-Perren,

- le service hospitalier, dirigé par le Dr Petra Kästner.

L'équipe de direction élargie du département comprend le Dr Philipp Portwich, médecin-chef de la psychiatrie hospitalière, le Dr Josette Huber, médecin-chef de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et Stefan Rehmann, psychologue et psychothérapeute de l'unité ambulatoire de psychiatrie/psychothérapie. Mme Ursula Amherd continue à assurer la direction des soins au niveau du département et Mme Bettina Lommatzsch reste directrice de l'ergothérapie et des thérapies spécialisées. Aucun changement n'est intervenu au niveau de la direction des soins des unités.

Un bon réseau

En plus des prestations du SZO, l'équipe du PZO coordonne, dirige et suit les activités de psychiatrie et de psychothérapie dans tout le Haut-Valais, en collaboration avec l'ensemble des autres institutions et réseaux sanitaires et sociaux cantonaux compétents. Les professionnels du PZO proposent des entretiens-conseil dans les établissements médico-sociaux ainsi que dans les écoles et les institutions sociales. « Nous intégrons et activons toutes les ressources nécessaires: le thérapeute, le patient, les proches et des partenaires externes comme les médecins de famille et les institutions sociales. Le patient doit bénéficier d'une prise en charge compétente et spécifiquement adaptée à ses problèmes, dans laquelle on lui témoigne de l'estime, du moment où il est orienté vers la psychiatrie/psychologie à celui où on met éventuellement en place un suivi, en passant par le traitement.

Quelques chiffres clés

En 2014, le PZO a pris en charge 438 patients dans le cadre d'une hospitalisation et 2500 patients en ambulatoire. Ces chiffres reflètent la stratégie du PZO (« en ambulatoire

avant l'hospitalisation»), qui est conforme au concept de continuité des soins avec un même thérapeute actuellement mis en œuvre grâce à une collaboration étroite et efficace entre les services ambulatoires, hospitaliers et semi-hospitaliers du PZO. En plus de 100 collaborateurs à temps plein, l'équipe comprend 14 assistants (en formation postgrade pour devenir médecin spécialiste en psychothérapie et psychothérapie FMH) et des psychologues spécialistes FSP. « La reconnaissance de la FMH en tant qu'établissement de formation postgrade de catégorie A – soit la catégorie la plus élevée – est une preuve de qualité », souligne le Dr Reinhard Waeber. Cette année encore, des formations continues et postgrade internes destinées aux différents groupes professionnels figuraient régulièrement au programme.

L'équipe interdisciplinaire du PZO travaille quotidiennement en étroite collaboration avec les départements du SZO et notamment avec les départements de médecine interne et gériatrie, de pédiatrie, de psycho-oncologie, de soins intensifs et de neuropsychologie, dont la clinique de la mémoire.

Des soins axés sur le patient

L'équipe soignante du PZO a principalement travaillé à la restructuration et à l'adaptation des actes de soin aux quatre services. « L'objectif était d'adapter les activités de soin, l'ergothérapie et les thérapies spécialisées à la nouvelle structure pour que la collaboration interdisciplinaire reste efficace », explique Ursula Amherd. Les processus et la qualité des prestations doivent être évalués, y compris après leur réalisation, au sein de l'équipe interdisciplinaire, avec les médecins et psychologues. « Nous restons flexibles pour pouvoir procéder à d'autres adaptations, le cas échéant. Nous voulons être en adéquation avec les besoins du patient et permettre un traitement efficace. Comme on le dit si bien : le chemin est la destination. »

Gestion de l'agressivité avec la méthode RADAR

La méthode RADAR se montre efficace. Cet outil de soin permet d'évaluer les risques chez un patient au début de son séjour à l'hôpital. RADAR aide ainsi l'équipe interprofessionnelle à détecter précocement un potentiel élevé d'agressivité et de violence. Agir rapidement et avec professionnalisme doit permettre de moins traumatiser le patient ou même d'éviter totalement les traumatismes. Les professionnels de l'équipe interdisciplinaire du PZO reçoivent une formation de base de cinq jours, puis doivent suivre tous les ans un cours de remise à niveau d'une demi-journée, afin que les processus restent dans les esprits.

Département de médecine interne / gériatrie

Médecin-chef du département: Dr Stefan Schwery
Responsable des soins du département: Ernst Borter

En novembre 2014, Ernst Borter a succédé à Regula Feldmann au poste de directeur des soins du département. « Je me réjouis de ce nouveau défi passionnant à relever. Il s'agit d'une fonction qui me permettra de connaître plus en profondeur l'ensemble du processus et d'intensifier ma collaboration avec la direction des soins et nos collègues du Valais francophone », souligne Ernst Borter, qui travaille déjà depuis plus de 20 ans dans différents domaines de soin au SZO. Il a notamment occupé le poste de chef d'unité de soins au sein du Service de chirurgie 5 Est du site de Viège.

Une charge de travail élevée

Le département a une nouvelle fois enregistré une hausse d'activité par rapport à l'année précédente. Le nombre de cas aigus avec hospitalisation a augmenté, tandis que la durée moyenne d'hospitalisation est restée identique à l'année précédente (8,2 jours). Le Case Mix Index – sévérité des cas selon les APDRG – a augmenté de 3,5%, en raison d'une hausse du nombre de cas et, avant tout, des cas plus complexes. « Dans notre département, nous misons sur un niveau de prestation élevé, ce qui s'accompagne toutefois d'une charge toujours plus lourde à supporter pour l'équipe », explique le Dr Stefan Schwery.

Label de qualité de palliative.ch

En juin 2014, le Service de soins palliatifs, dirigé par le Dr Reinhard Zenhäusern et Doris Bittel-Passeraub, a été distingué par la Société suisse de médecine et de soins palliatifs (palliative.ch) qui lui a décerné son label de qua-

lité. Pour la première fois en Suisse, le label a été octroyé à un pôle de compétences en soins palliatifs en prenant en compte la prise en charge palliative en milieu hospitalier et en milieu ambulatoire. L'obtention de ce label de qualité est une motivation pour continuer à s'engager dans cet important domaine de la médecine palliative.

Rapports interdisciplinaires en gériatrie

En gériatrie, le projet de rapports interdisciplinaires a été élargi. Deux fois par semaine, les responsables de l'équipe interdisciplinaire de gériatrie et du Service de coordination socio-sanitaire du Haut-Valais (SECOSS) se réunissent pour aborder en détail la situation de chaque patient du service. Cet état des lieux et cette réévaluation régulière de chaque cas garantissent l'offre au patient d'un programme thérapeutique sur mesure et toujours mis à jour. Le nombre de cas pris en charge par le Service de gériatrie est resté stable en 2014.

Augmentation de 70% du nombre de patients dialysés au SZO en cinq ans

Avec environ 3800 séances d'hémodialyse en 2014 contre 2227 en 2009, le Service de néphrologie enregistre une hausse de 70% des traitements par dialyse en cinq ans. Cette tendance peut être constatée dans toute l'Europe et s'explique notamment par le vieillissement de la population. L'hypertension artérielle et le diabète peuvent aussi entraîner une insuffisance rénale.

Amélioration de la satisfaction des patients: une priorité

En 2014, le département a participé au programme de recensement des complications de la Société suisse de médecine interne générale, comme il le fait depuis de nombreuses années. Chaque patient hospitalisé relevant

du domaine de la médecine aigüe est systématiquement recensé en précisant les prestations dont il a bénéficié et les complications apparues. Le recensement, l'analyse et l'optimisation des prestations servent la sécurité des patients.

Les conférences sur les complications du Service de médecine interne s'avèrent efficaces. Organisées tous les trois mois, elles consistent à aborder les cas qui ont été associés à des complications ou des situations difficiles. Y participent les médecins et les cadres de l'équipe soignante. Cette analyse contribue à optimiser la sécurité des patients et à améliorer la compréhension et la coopération de l'équipe.

Le dossier médical électronique ePA-AC (« ergebnisorientiertes Pflege Assessment Acute Care », en allemand ou solution Acute Care d'évaluation des soins axée sur les résultats, en français) a été introduit pour les soins de médecine interne. Il permet d'adapter encore mieux le processus de soin aux patients et d'optimiser la planification des soins et le recensement des prestations.

Le Service de médecine interne du SZO s'est encore mieux sorti de l'enquête de la FMH sur la qualité de la formation postgrade des médecins assistants qu'en 2013. La note élevée attribuée lors de l'évaluation globale de 2013 a ainsi été dépassée avec l'obtention d'un 5,8 (barème de 1 à 6, moyenne suisse en médecine interne: 4,8). Cette note aide au recrutement de nouveaux médecins assistants.

Département femme-enfant

Médecin-chef du département :

Dr méd. Franziska Zen Ruffinen

Responsable des soins du département : Arlette Imboden

Dr Simon Fluri, médecin-chef de pédiatrie

Les chiffres record enregistrés en 2013 ont presque pu être égalés en 2014 avec 695 naissances. « Notre équipe médicale et soignante a continué à accompagner avec une grande motivation mères et enfants en respectant les exigences du label de qualité "Hôpital ami des bébés". Nous avons pu ainsi répondre aux critères stricts de l'UNICEF et aux besoins individuels des jeunes familles en termes de soins et de prise en charge médicale. Notre équipe a également fourni un travail professionnel et compétent sur le plan médical dans les domaines de la gynécologie et de la pédiatrie, tout en faisant preuve de la même empathie envers les patients », précise le Dr Franziska Zen Ruffinen.

Gynécologie / obstétrique

Afin d'être en adéquation avec la tendance gynécologique actuelle qui consiste à privilégier la médecine ambulatoire à la médecine hospitalière, l'attention a principalement été axée sur la planification et l'élargissement de l'offre ambulatoire. Les locaux des cabinets ambulatoires ont été agrandis et modernisés. Les patientes et leurs proches peuvent profiter d'une ambiance agréable grâce à un équipement médical moderne.

Contrairement à celui des grosses opérations, le nombre de petites interventions chirurgicales est en baisse. Le respect de normes de qualité élevées a été garanti. Sur 95 hystérectomies réalisées, seuls 10% ont eu lieu par laparotomie, 45% ont été réalisés sous laparoscopie grâce à un équipement moderne et 45% ont été effectués par voie vaginale.

Dans le cadre du réseau du sein (« Brustnetzwerk », en allemand), 50 patientes ont été opérées d'un cancer du sein par l'équipe de sénologie, puis ont reçu un traitement adjuvant, néoadjuvant ou palliatif conforme aux dernières directives après une planification du schéma thérapeutique au Centre hospitalier du Haut-Valais, qui est membre du réseau.

De même, le groupe en charge de l'urogynécologie a pu exercer ses activités ambulatoires et chirurgicales au sein d'une équipe spécialisée.

L'année 2015 a débuté avec un nouvel élan. Le Dr Marie-Luise Krug a été engagé en tant que nouveau médecin-chef et l'équipe des médecins cadres a été réorganisée.

Pédiatrie / néonatalogie

En 2014, le service de pédiatrie a traité 12,7% de patients en plus dans son unité hospitalière, avec une équipe médicale toujours réduite. « Parmi les patients pris en charge figuraient des prématurés, des nouveau-nés malades, des nourrissons et adolescents avec des problèmes pédiatriques et de chirurgie pédiatrique, jusqu'à des patients qui avaient besoin de soins de pédopsychiatrie et qui ont pu être traités avec succès en collaboration avec l'équipe du PZO », indique le Dr Simon Fluri. « Une nette augmentation a également été enregistrée dans le secteur ambulatoire et au niveau des urgences. »

En plus des consultations spécialisées existantes en endocrinologie / diabétologie, cardiologie pédiatrique, pneumologie pédiatrique, orthopédie pédiatrique et chirurgie pédiatrique, le SZO a pu collaborer avec les spécialistes de l'hôpital pédiatrique universitaire de Bâle pour lancer une nouvelle consultation de rhumatologie pédiatrique. « À notre grand regret, le Dr Nicolas Lutz, chirurgien pédiatrique »

trique, nous a quittés pour rejoindre le CHUV, ce qui laisse un poste vacant à ce niveau. Il devrait toutefois être à nouveau occupé par des spécialistes de l'enfant au cours de l'année à l'avenir.»

Le service de pédiatrie a de nouveau fourni un important travail dans les domaines de la protection de l'enfance (en collaboration avec le Service cantonal de la jeunesse) et de la périnatalogie. La procédure de gestion standardisée des événements critiques se poursuit activement dans tous les services.

Pour la première fois, des places de thérapie au sein du camp « Contrepoids® » contre l'obésité organisé à l'automne ont été proposées à des adolescents du Haut-Valais en collaboration avec le Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) et avec le soutien financier de la section Valais du TCS.

De plus, le chef de service a représenté le Centre hospitalier du Haut-Valais au sein de la commission cantonale sur le thème de la fenêtre à bébé. Il a été obtenu que la commission recommande au Conseil d'Etat une solution neutre sur les plans politique et religieux. Concrètement, une fenêtre à bébé va être installée sur le site de Sion pour le canton du Valais.

L'Institut suisse de formation médicale post-graduée et continue (ISFM) a reconnu le service en tant qu'établissement de formation pour un an de pédiatrie de base, à la condition que le poste de médecin-chef soit pourvu.

Soins: optimisation des processus et formation continue

En 2014, le service de soins femme-enfant a été restructuré avec succès dans le cadre d'un processus commun sous forme d'ateliers et divisé en groupes de compétences

polyvalents et spécialisés. Le poste de cheffe d'unité de soins a été pourvu le 1^{er} octobre 2014. « Conformément à la ligne directrice qu'elle s'est fixée, notre nouvelle cheffe d'unité de soins, Madame Lucia Fülcher, est parvenue à placer la patiente au centre de l'attention et à favoriser et à développer notre méthode de travail actuelle », souligne Arlette Imboden.

La fonction de responsable spécialisé a été élargie, ce qui permet désormais aux trois spécialités (obstétrique/maternité, gynécologie et pédiatrie) de pouvoir s'adresser à leur propre responsable spécialisé des soins. Les attributions du trio chef-fe d'unité de soins, responsable spécialisé-e et formateur-trice pratique ont été revues et adaptées. Afin d'améliorer encore la qualité de la spécialité Pédiatrie, les collaborateurs suivent une formation continue sous forme de modules qui reprend les connaissances de base en pédiatrie.

Information et nouvelles offres

La consultation des sages-femmes s'est bien établie et répond à un réel besoin de la part des patients. Le concept d'infirmières spécialisées en sénologie (Breast Care Nurse) a commencé à être mis au point à l'automne 2014.

Lors de la journée internationale des sages-femmes le 5 mai 2014, les sages-femmes et l'équipe soignante ont organisé une journée portes ouvertes autour du thème de la naissance. Le 25 novembre 2014, le Département femme-enfant a une nouvelle fois été certifié « Hôpital ami des bébés » par l'UNICEF. Ce label de qualité sera ainsi valable pendant trois années supplémentaires.

Département de radiologie, anesthésie, médecine intensive

Urgences et services médico-techniques

Médecin-chef du département :

Dr Hans Kummer et Dr Drazen Sramek

Responsable des soins du département : Kilian Ambord

Avec environ 7000 interventions d'anesthésie – soit 12'400 heures d'anesthésie pour les patients – le volume reste stable par rapport à l'année précédente. Ces prestations d'anesthésie pure représentent environ 50% du travail quotidien de l'équipe.

Les consultations d'anesthésie et le traitement de la douleur ont fait leurs preuves

Avec près de 4000 contacts avec des patients par an, les consultations d'anesthésie à Viège et à Brigue répondent à un réel besoin. « L'échange préalable avec les médecins de famille et les patients est plus intensif et les processus avant, pendant et après l'opération sont plus clairs pour tous. L'anesthésie est mieux préparée et la procédure est ainsi plus sûre pour le patient », explique le Dr Hans Kummer. Le thème de l'anesthésie est aussi intégré à la formation dispensée aux patients dans le cadre du concept de rétablissement rapide (« Rapid Recovery »), lors de la pose d'une endoprothèse de hanche, de genou ou d'épaule. Des consultations d'anesthésie spécifiques, dans lesquelles on explique au patient les différentes méthodes d'anesthésie, le déroulement exact de la procédure et les risques possibles, sont proposées. Le temps mort marqué par l'équipe avant le premier coup de bistouri (« Team-Time-Out ») contribue aussi à la sécurité. Afin d'éviter des erreurs, toutes les informations pertinentes sur le patient sont une nouvelle fois contrôlées de manière précise par les personnes qui travaillent au bloc opératoire (les anesthésistes notamment) à l'aide d'une liste de contrôle.

En 2014, environ 80 nouveaux patients, principalement atteints de douleurs chroniques, ont pu bénéficier d'un

traitement de la douleur. « Nous saluons la collaboration étroite et de plus en plus importante qui s'est instaurée avec nos confrères de psychiatrie et d'orthopédie et les médecins de famille. Ils intègrent le traitement de la douleur dans leur prise en charge globale et complète du patient. »

Des technologies innovantes à Viège et à Brigue

Une nouvelle installation vidéo (vidéo-laryngoscope) sur les deux sites hospitaliers permet une intubation plus sûre des patients anesthésiés dont les voies aériennes sont difficiles à gérer (gestion des voies aériennes également appelée « Critical Airway Management »). Cette surveillance vidéo est utilisée chez l'enfant et l'adulte.

Le nouveau bronchoscope vidéo fournit des images précises de l'ensemble de la zone explorée jusque dans les bronches, pour détecter et évaluer précisément une tumeur pulmonaire, p. ex. Il s'agit par ailleurs d'un important outil de formation pour les médecins assistants : « Nous pouvons suivre leur travail et le contrôler », précise le Dr Hans Kummer.

Reconnaissance du Service de médecine intensive par la FMH

En 2014, le Service de médecine intensive, dirigé par le Dr Meyer zu Bentrup a été reconnu en tant qu'établissement de formation postgrade de catégorie C par la Société suisse de médecine intensive et la FMH, fédération des médecins suisses. « Cela atteste de la qualité de l'offre de prestations du Service de médecine intensive et représente un plus en termes d'attractivité du SZO en tant qu'établissement de formation postgrade spécialisé pour les soignants et les médecins en médecine intensive. »

Service de radiologie: davantage d'examens et un meilleur respect de l'intimité

Avec 40'000 examens radiographiques, la tendance en termes de nombre de prestations du Service de radiologie dans le Haut-Valais reste à la hausse, avec une augmentation légère, mais continue.

Afin d'améliorer la qualité des entretiens avec les patients, une salle de réunion spéciale a été créée. « Cet environnement protégé permet par exemple au radiologue de regarder au calme les clichés d'un scanner (80 coupes) avec le patient et le médecin cadre et de leur communiquer les résultats sans être dérangés. L'intimité est préservée », explique le Dr Drazen Sramek.

Un parc d'appareils renouvelé

Deux scanners de dernière génération sont utilisés sur les sites de Brigue et de Viège. « Avec la forte réduction du dosage permise par ces appareils, qui atteint 50% en moyenne, la radioprotection et ainsi la sécurité des patients sont prises en considération. L'amélioration de la qualité des clichés est conforme à l'exigence élevée de performance du Service de radiologie du Centre hospitalier du Haut-Valais. »

Un nouvel échographe portable destiné aux examens des urgences est utilisé chez les patients non mobiles (patients en état de choc, p. ex.). L'appareil peut être rapidement et simplement transporté auprès du patient, au gré des besoins.

Le Service de soins intensifs dispose aussi d'un dispositif mobile de radiographie entièrement numérique pour ses patients.

Site de Viège: un lieu d'accueil pour les patients en situation d'urgence

Suite à la fermeture du Service des urgences du site de Brigue en février 2014 et à l'ouverture de la maison de garde du Haut-Valais (HANOW), le site de Viège se positionne comme un pôle de compétences et le seul lieu d'accueil pour les patients du Haut-Valais en situation d'urgence et les touristes. « La qualité des soins est garantie, qu'il s'agisse d'urgences graves ou de bagatelles », se réjouit Kilian Ambord. « Accueillir et traiter les patients en situation d'urgence sur un seul site hospitalier présente

des avantages en termes de logistique et de qualité, mais est aussi plus simple pour les patients: ils savent où aller en cas d'urgence. »

La maison de garde HANOW a été ouverte dans les locaux de l'hôpital de Viège en février 2014 en collaboration avec la Société médicale du Valais (SMV). « Une réussite », selon Kilian Ambord. « La proximité spatiale contribue à une meilleure compréhension entre les médecins de famille et les professionnels de l'hôpital. Les patients sont traités plus rapidement et plus efficacement. » Comme les professionnels du Service des urgences, les médecins de famille de garde du HANOW utilisent l'infrastructure de l'hôpital, le parc d'appareils modernes, le personnel d'astreinte et les prestations de radiologie, d'anesthésie, de soins intensifs et du laboratoire. La possibilité d'opérer est garantie sept jours sur sept, 24 heures sur 24. L'équipe médicale et soignante dispose d'un savoir-faire de haut niveau.

Le concept de gestion des flux aux urgences du SZO a été réorganisé afin d'optimiser les procédures et processus – un plus pour les collaborateurs et les patients. Les patients doivent rester aussi brièvement que nécessaire au Service des urgences et être traités le plus rapidement possible – selon leur problème de santé – par le médecin hospitalier spécialiste compétent. Immédiatement après l'arrivée au Service des urgences, un médecin formé pose un diagnostic lors de son premier contact avec le patient afin de l'orienter correctement vers un confrère. Un nouveau poste de directeur médical des urgences a été créé afin de garantir la mise en œuvre des différentes mesures prévues.

Département de chirurgie / urgences

Médecin-chef du département: Dr Thomas Beck

Responsable des soins du département:

Mme Arlette Imboden

L'arrivée du Dr Bernd Wilhelm en tant que médecin-chef a permis de retrouver un équilibre au niveau du fonctionnement du Service de chirurgie du SZO. Le Dr Bernd Wilhelm est un chirurgien général qui dispose d'une importante formation, avec une grande expérience en chirurgie viscérale et traumatologique. Depuis octobre 2014, le service de soins orthopédiques du site de Brigue peut compter sur sa directrice d'unité de soins, Alma Jakupovic, qui assume cette nouvelle mission après de nombreuses années d'activité couronnée de succès en gériatrie.

La situation du département en termes de ressources humaines s'est stabilisée, ce qui garantit une prise en charge complète des patients.

Etablissement de formation continue reconnu

La clinique chirurgicale a une nouvelle fois obtenu de meilleurs résultats que l'année précédente lors de l'enquête menée par la FMH pour évaluer les établissements de formation continue. « La formation systématique des médecins assistants et des médecins chefs est payante. Le SZO apparaît comme un employeur attractif pour les jeunes chirurgiens qui doivent se former. Cela est très important, surtout ces derniers temps, où l'on constate une pénurie de médecins », explique le Dr Thomas Beck.

Activité du service d'urgence

Le service d'urgence complètement rénové du site de Viège est en activité depuis janvier. « La nouvelle infrastructure permet désormais de répondre aux besoins

même en cas d'afflux important de patients en période de pointe, notamment dans le domaine de la traumatologie pendant la saison hivernale.

Suite à la fermeture du service d'urgence de Brigue, les ressources ont été totalement concentrées au sein du nouveau service d'urgence du site de Viège ». Parmi les autres améliorations mises en œuvre citons l'optimisation des processus internes selon le modèle du concept de gestion des flux aux urgences et l'ouverture de la maison de garde des médecins de famille (HANOW).

Service d'orthopédie

On peut rappeler que le Service d'orthopédie de Brigue a été le premier en Suisse à mettre en œuvre, dès 2012, le concept de « Rapid Recovery », c'est-à-dire un « schéma thérapeutique pour une guérison rapide ». Trois ans après l'introduction de ce concept et la pose de plus de 1100 articulations artificielles de la hanche ou du genou, le Dr Andreas Ottersbach, chef du service, dresse un bilan positif: « Le jour même de l'opération, près de 80% des patients sont déjà debout ou peuvent prendre leur repas assis dans leur lit. Près de 70% des patients font leurs premiers pas seulement six heures environ après l'implantation de l'endoprothèse et ce, généralement sans douleur. Le séjour à l'hôpital, qui reste de la même qualité, est considérablement raccourci et le patient rentre plus rapidement chez lui. » Depuis 2014, le concept de « Rapid Recovery » est aussi appliqué pour les endoprothèses d'épaule et pour toutes les autres opérations de l'épaule.

Les documents informatifs destinés aux patients ont été complétés dans le cadre d'un processus interdisciplinaire – qui impliquait différents groupes professionnels comme le personnel soignant, les équipes de physiothérapie et d'anesthésie, ainsi que les médecins et les chirurgiens.

Les patients bénéficiant du concept de « Rapid Recovery » pour une endoprothèse de la hanche ou du genou reçoivent une formation ciblée et des documents informatifs avant l'intervention. Une documentation détaillée a également été créée pour les patients qui sont opérés de l'épaule. Ces actions de communication et de formation ont des répercussions positives sur la satisfaction et la sécurité des patients. L'équipe interdisciplinaire qui pilote le projet surveille les processus lors de réunions et présente, le cas échéant, des propositions d'amélioration.

Interventions médico-chirurgicales en urologie

Des schémas thérapeutiques pluridisciplinaires spécifiques ont été définis pour les interventions chirurgicales majeures (ex. : ablation d'un rein, prostatectomie radicale, cystoprostatectomie avec dérivation urinaire). L'offre pour le traitement des calculs a été élargie : les patients peuvent désormais être traités non seulement par lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO) et par utérocopie souple ou rigide, mais aussi par néphrolithotomie percutanée (NLPC), qui a déjà été pratiquée plusieurs fois avec succès. Cela permet de répondre à l'augmentation de la demande en matière de traitement des calculs. D'une manière générale, les activités hospitalières et ambulatoires sont en hausse.

Apprendre les uns des autres

Des après-midi de formation continue interdisciplinaire ont été organisés au sein du département. Impliquant tous les groupes professionnels, ils visaient à présenter des thèmes intéressants et instructifs relevant des spécialités de la chirurgie, de l'orthopédie, de l'urologie et de l'ORL. « Le patient est toujours au centre de la réflexion. Il faut définir des méthodes permettant d'améliorer la qualité des prestations et la sécurité », précise Arlette Imboden. « Cela élargit l'horizon des collaborateurs des disciplines

étrangères au service et développe leur compréhension. La continuité du processus thérapeutique est favorisée, ce qui améliore la qualité des soins et, au final, la satisfaction du patient ».

Une liste de contrôle chirurgicale pour plus de sécurité

Depuis l'automne 2014, la liste de contrôle de sécurité chirurgicale est utilisée pour chaque patient arrivant en salle d'opération. « Cette procédure standardisée a été développée pour le SZO par une équipe interdisciplinaire d'après le modèle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) », explique Arlette Imboden. « Il faut éviter les erreurs. » Les points principaux, comme l'identité du patient, l'opération à réaliser, l'intégrité du dossier médical, la présence d'un marquage latéral, les allergies, la perte de sang attendue, les instruments spéciaux nécessaires, etc., sont systématiquement contrôlés à partir d'une liste de contrôle lors de cinq étapes décisives – avant le transport du patient en salle d'opération, avant l'introduction du patient en salle d'opération, avant l'anesthésie, avant le premier coup de bistouri et une fois l'opération terminée.

Le modèle de pratique professionnelle : un guide pour la pratique des soins infirmiers

Dans le domaine infirmier, la procédure participative et la culture du leadership ont été renforcées dans la manière de penser au quotidien et en créant un modèle reposant sur trois piliers (directeur d'unité de soins, responsable spécialisé, formateur pratique). Outre l'estime témoignée, on perçoit désormais une ambiance de travail positive et une amélioration de la qualité des soins.

Institut Central des Hôpitaux

Durant l'année 2014, l'Institut Central des Hôpitaux (ICH) a poursuivi ses multiples activités et a à nouveau démontré son utilité pour l'ensemble des partenaires du système sanitaire en Valais et dans le Chablais vaudois.

Ses services ont répondu à un nombre croissant de demandes aussi bien dans les domaines des laboratoires que dans les activités de consultations médicales ou de soutien technique et scientifique. Ils ont su s'adapter, augmenter leurs capacités et modifier si nécessaire leurs structures internes tout en respectant le budget alloué dans un contexte difficile.

M. Christian Willa, directeur administratif, a pris sa retraite en décembre 2014 et sa succession est assurée par M. Olivier Chambovay.

Chimie clinique & toxicologie – Unité de nutrition

Par les différents projets engagés ou réalisés en 2014, le Service de chimie clinique & toxicologie continue de faire face à l'augmentation régulière du nombre d'analyses dans le domaine (+ 7.0 % par rapport à 2013) et à répondre aux demandes de plus en plus spécifiques des différents centres hospitaliers.

L'Unité de nutrition clinique, créée en juin 2014 sous la direction de Mme la Prof. Mette Berger, a été rattachée à l'ICH pour des raisons de transversalité, et plus spécifiquement au Service de chimie clinique & toxicologie.

Génétique médicale

En 2014, le nombre de demandes d'analyses génétiques moléculaires adressées au laboratoire par les médecins privés a augmenté davantage qu'au cours des années précédentes, la majorité des requêtes provenant toujours de

l'extérieur du canton. En parallèle, les consultations ambulatoires en génétique ont pratiquement doublé depuis 2012, notamment en raison de l'engagement à 20% du Dr Armand Bottani, médecin FMH en génétique médicale, en 2013.

Par ailleurs le nombre de consultations en oncogénétique a également connu une augmentation. La nouvelle activité du laboratoire de génétique liée au séquençage d'ADN à haut débit (NGS, pour Next Generation Sequencing) a connu un essor au cours des 6 derniers mois de l'année, tendance nettement confirmée au début 2015.

Hématologie

L'année 2014 a été caractérisée par la poursuite du développement des activités de laboratoire et des activités médicales du Service d'hématologie. Il a notamment finalisé le renouvellement du parc des automates d'hématologie sur l'ensemble des sites, réalisé dans le cadre de la loi sur les marchés publics.

Histocytopathologie

En 2014, le service a de nouveau franchi le cap des 20'000 patients en histologie avec 20'838 cas et a noté un très discret fléchissement de l'activité en cytologie avec 39'728 cas.

Au niveau de l'équipe, le personnel médical est resté stable avec une rotation de trois assistants pendant cette année sur les deux postes de la dotation.

Immunologie et allergologie

En 2014, les activités du service se sont stabilisées, tant pour les consultations cliniques ambulatoires et hospitalières, que pour le laboratoire.

Le développement des prestations ambulatoires d'immunologie allergologie s'est consolidé sur le site de Sion, et sur le site du Chablais. La consultation hospitalière d'allergologie et immunologie clinique a réalisé en 2014, 477 consultations médicales ou téléphoniques (+28% par rapport à 2013) dans le cadre de l'hôpital du Valais ou des partenaires hospitaliers.

En collaboration avec les développeurs Phoenix et les différents partenaires, le formulaire de déclaration des allergies dans le dossier patient informatisé a été mis en place.

Maladies infectieuses

En 2014, le Service des maladies infectieuses a poursuivi et augmenté ses activités cliniques, épidémiologiques et de laboratoire au service des sites hospitaliers de l'HVS, de l'Hôpital du Chablais et des autres partenaires que sont le Service de la santé publique, la CRR-SUVA, les EMS, les CMS, la Clinique bernoise d'altitude et les médecins praticiens.

L'année 2014 a été marquée par l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et l'alerte épidémiologique mondiale donnée par l'OMS ainsi que par l'impact médiatique que ceci a eu dans les pays occidentaux. Le Service des maladies infectieuses a été impliqué en première ligne pour la préparation du canton Valais en cas de nécessité de prendre en charge un patient suspect. La structure et les procédures mises en place ont nécessité une importante participation des infirmières du service et du laboratoire de microbiologie. Un exercice cantonal de simulation a eu lieu le 10 décembre en collaboration avec l'OCVS, les

urgences de l'hôpital de Viège et les soins intensifs de l'hôpital de Sion. Il a eu lieu en présence d'observateurs de l'OFSP, du SSP-VS et du CHUV.

Médecine transfusionnelle

Le Service de médecine transfusionnelle a poursuivi ses activités transversales sur l'ensemble des sites de l'Hôpital du Valais et de l'Hôpital Riviera-Chablais, à Monthey et Aigle. Ces activités comprennent notamment le stockage des produits sanguins, la réalisation des analyses immunohématologiques nécessaires à déterminer la compatibilité entre un donneur et un receveur, ainsi que pour identifier un risque d'incompatibilité foeto-maternelle, la livraison nominative des produits sanguins dans les services de soins et les consultations en hémothérapie et immunohématologie. Le système d'hémovigilance permet par ailleurs d'enregistrer, d'analyser et de déclarer à l'autorité compétente (Swissmedic), tout incident dans la chaîne transfusionnelle.

Une inspection de Swissmedic a eu lieu le 11 septembre 2014 à Sion (laboratoire et sous-stocks de l'hôpital) et à Sierre et le 30 septembre 2014 à Viège et à Brigue.

Médecine légale

Le Service de médecine légale intervient à la demande du Ministère public, notamment pour procéder à des levées de corps, à des examens externes de cadavres ou à des examens cliniques lors de situations particulières.

Les autopsies légales sont réalisées à Lausanne ou à Berne, soit par le médecin responsable du service de l'Institut Central ou son médecin assistant, soit elles sont réalisées sur délégation par les médecins des instituts concernés. Le médecin légiste responsable du service supervise également les recherches en filiation.

Médecine du travail

Dans le cadre de la prévention des risques professionnels dans le secteur sanitaire, le Service de médecine du travail accueille et conseille chaque nouveau collaborateur de l'Hôpital du Valais. Il réalise également les examens préventifs lors de travail de nuit, les suivis d'exposition professionnelle accidentelle, les suivis lors d'absences de longue durée ou d'inaptitude au poste de travail pour raison médicale ainsi que les examens médicaux préventifs des collaborateurs travaillant dans le domaine ionisant et soumis à l'Ordonnance sur la radioprotection ORaP).

La mise en œuvre de l'Ordonnance fédérale sur la protection de la maternité (OProMa) se poursuit à l'HVS avec la mise à disposition d'analyses de risques lors d'activités pénibles et dangereuses.

Le Service de médecine du travail poursuit aussi ses diverses collaborations avec des entreprises établies en Valais : la Clinique romande de réadaptation Suva, le Centre de transfusion sanguine, l'entreprise FXB-Air Glaciers, les Forces motrices valaisannes, ainsi que les entreprises Constellium SA et Novelis SA.

Pharmacie

Plusieurs médicaments originaux ont été remplacés par des génériques en 2014, pour une économie estimée à 100'000 CHF. Le marché pharmaceutique est toutefois resté instable, avec de nombreux produits en rupture de stock ou retirés du commerce. La nature des produits en rupture (soins intensifs, antibiotiques...) et la durée d'indisponibilité ont exigé un travail important au niveau de l'approvisionnement et de l'information (recherche d'alternatives à l'étranger en particulier).

Stérilisation centrale

2014 a vu l'attribution du concours d'architecture et le démarrage concret du projet de construction de la nouvelle Stérilisation centrale à Martigny. Celle-ci prendra en charge le retraitement complet des dispositifs médicaux réutilisables des différents sites de l'Hôpital du Valais et de l'Hôpital Riviera-Chablais.

En parallèle, plusieurs projets majeurs touchant l'organisation du futur service ont été lancés et suivis par un comité de pilotage représentant tous les acteurs et utilisateurs concernés.

Les activités de routine liées aux différents services de stérilisation des sites de l'HVS ont également été poursuivies, renforcées avec l'intégration officielle à l'ICH des équipes des services de stérilisation de Sierre, Sion et Martigny au 1^{er} janvier 2014.

Centrale d'achats

Les activités 2014 du service se sont poursuivies en maintenant toujours en ligne de mire la rigueur et la précision, afin d'assurer des prestations de qualité au meilleur prix.

La centrale d'achats a assumé la responsabilité du déménagement des magasins de l'Hôpital de Sion et de l'ICH, phase finale du projet de fusion qu'il lui a été demandé par la direction.

Biomédical

Le Service biomédical a maintenu ses activités transversales à l'HVS durant l'année 2014, principalement dans les trois secteurs d'activités suivants: les projets liés à l'acquisition de nouveaux dispositifs médicaux pour les sites hospitaliers; la maintenance des dispositifs médicaux ainsi que les contrôles liés; la matériovigilance.

L'outil informatique de maintenance assisté par ordinateur (ServiceNow) a été perfectionné sur tous les sites de l'HVS, permettant la mise à jour complète de l'inventaire des dispositifs médicaux.

L'amélioration du portail commun pour les déclarations de pannes aux services biomédical, technique et informatique a également été mise en place. Le Service biomédical a coordonné la migration de l'inventaire des services techniques sur ServiceNow.

Informatique

Le Service informatique gère le système d'information ainsi que l'ensemble du parc informatique de l'Hôpital du Valais. Il fournit également des prestations d'hébergements et des prestations de support aux EMS/CMS du canton. Suite à la réorientation professionnelle du Dr Alexandre Gnaegi en 2013, M. Patrick Bizeau a repris la direction du Service informatique en septembre 2014.

Le service a obtenu la certification ISO 9001 en décembre 2014 et rejoint ainsi les autres services de l'Institut Central des Hôpitaux.

Un comité de sécurité a également été créé. Celui-ci a pour mission de mettre en œuvre la stratégie institutionnelle en matière de protection et de sécurité des données collectées et traitées au sein de l'Hôpital du Valais. Il est composé de différents représentants issus des principaux secteurs de l'Hôpital: médical, soins, administration, qualité, risques d'entreprise et informatique.

Reconnaissance comme établissement de formation postgraduée par la FMH

Discipline	Centre	Durée formation reconnue	Type de reconnaissance
Anesthésiologie	CHVR	3 ans	A 2
	SZO	2 ans	B
Cardiologie	CHVR	2 ans	B1
Chirurgie	CHVR	4 ans	A
	SZO	3 ans	B3
Chirurgie de la main	CHVR	2 ans	B
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	CHVR	1 an et 1 an pour la traumatologie	C2
	SZO	2 ans et 1 an pour la traumatologie	B2
Chirurgie pédiatrique	CHVR	2 ans	B
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	CHVR	1 an	B
Chirurgie de la main	CHVR	1 an	B
Gynécologie / Obstétrique	SZO	3 ans	B
Histocytopathologie	ICHV	3 ans	B
Hématologie	ICHV	2 ans	B
Maladies infectieuses	ICHV	1 an	B
Médecine intensive	CHVR	3 ans	A
Médecine interne générale	CHVR	3 ans	A
	SZO	2 ans	B
	CHC	1 an	C
Médecine légale	ICHV	1 an	C
Médecine physique et réadaptation	CHVR	1 an	
Néphrologie	CHVR	1 an	B
	SZO	6 mois	C
Neurochirurgie	CHVR	1 an	C
Oncologie médicale	CHVR	2 ans	B
	SZO	2 ans	B
ORL	CHVR	1 an	C
Pédiatrie	CHVR	3 ans	Dont B: 2 ans; H: 1 an; C: 2 ans
	SZO	1 an	B
Psychiatrie psychothérapie hospitalière	CHC	3 ans	A
	SZO	3 ans	A
Psychiatrie psychothérapie ambulatoire	CHC	3 ans	A
	SZO	3 ans	A
Psychiatrie-psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent	CHC	3 ans	B
	SZO	2 ans	C
Psychiatrie-psychothérapie de la personne âgée hospitalière	CHC	2 ans	A
Psychiatrie-psychothérapie de la personne âgée ambulatoire	CHC	2 ans	C
Pneumologie	CHVR	2 ans	B
Radiologie	CHVR	5 ans	A
Radio-oncologie	CHVR	2 ans	B
Urologie	SZO	1 an	C
Urologie opératoire	SZO	1 1/2 ans	C
Formations approfondies			
Chirurgie générale et traumatologie	CHVR	4 ans	ACU 1
	SZO	4 ans	ACU 1
Chirurgie vasculaire	CHVR	2 ans	B
Chirurgie viscérale	CHVR	2 ans	V 2
Gériatrie	CHVR	1 an	B
	SZO	1 an	B
Néonatalogie	CHVR	6 mois	C
Neuroradiologie diagnostique	CHVR	1 an	B
Psychiatrie-psychothérapie de la personne âgée	CHC	2 ans	D-2A
Psychiatrie de consultation et de liaison	CHC	2 ans	D-2CL

Formation soignantes initiales

L'Hôpital du Valais assure une contribution importante à la formation de la relève dans les professions de la santé : notamment pour les formations initiales de type secondaire (Assistante en soins et santé communautaire (ASSC), par exemple) et de type tertiaire (Bachelor en soins infirmiers, sage-femme, physiothérapie, diététique...).

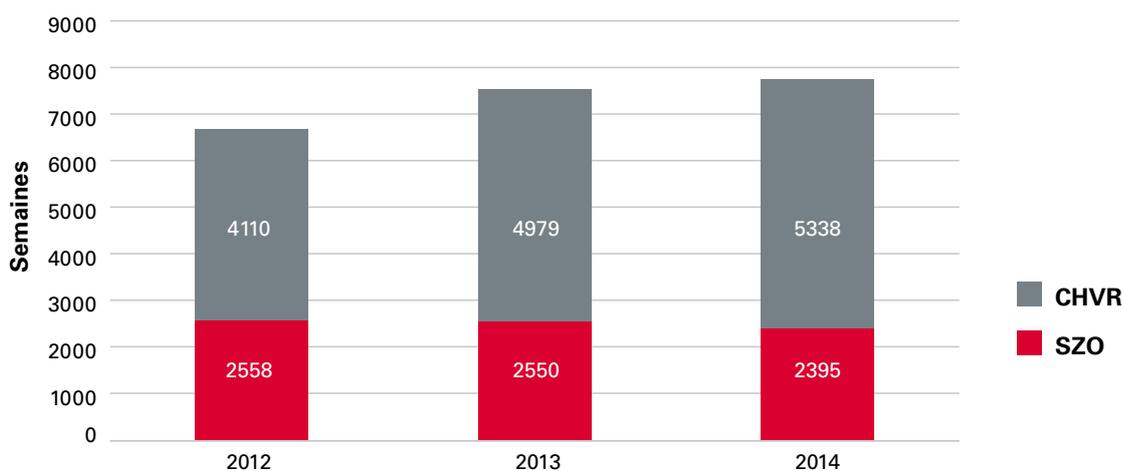
Le modèle de formation préconisé au sein de l'HVS repose sur le binôme Haute école spécialisée (HES) et ASSC. Les pratiques actuelles nécessitent des professionnels qui disposent d'une formation initiale solide. Ils doivent non seulement être à même d'exécuter les actes de manière adéquate, mais aussi, et avant tout, disposer des aptitudes à actualiser leurs savoirs ainsi qu'une faculté à faire évoluer l'organisation des soins.

Les études qui confirment l'importance du niveau de formation et l'incidence des niveaux de connaissances sur la qualité des soins sont nombreuses. Amputer les struc-

tures des potentiels de recherche et compétences qui garantissent l'évolution de nos pratiques – une des caractéristiques de la formation HES – semble délétère et pourrait induire une régression du niveau de soin actuel.

Le souci de l'adéquation de l'encadrement des personnes en formation au sein de l'HVS, avec les situations de santé et de soins se complexifiant, exige une attention particulière pour le développement des attitudes relationnelles et techniques des professionnels en devenir. Ainsi, l'Hôpital du Valais assure une fonction extrêmement importante dans la formation des étudiants et apprentis en permettant une mise en pratique des savoirs théoriques avec une pratique clinique actualisée et encadrée par des professionnels formés et attentifs à faire ces liens.

Nombre de semaines de formation pour les soignants (2012 – 2014)



Conventions avec les centres universitaires

Toutes les conventions avec les centres universitaires sont en révision pour 2014.

Conventions VD-GE-VS	Statut / signature	Référent
Ingénierie biomédicale et achats d'équipement	18 mai 2009	Pascal Tritz
Néphrologie pédiatrique	09 juillet 2008	Prof. René Tabin
Transplantation (Centres universitaires de transplantations CUTR)	4 octobre 2005	Multidisciplinaire

Conventions BE-VS	Statut / signature	Référent
Convention cadre	02.09.2014	Prof. Eric Bonvin
Onkologie	08.04.2014	Dr Reinhard Zenhäusern
Zusatz Fachbereich Anästhesiologie	08.04.2014	Dr Hans Kummer
Zusatz Fachbereich Gynäkoonkologie	08.04.2014	Dr. Marcel Schmid
Zusatz Fachbereich Allgemeine Innere Medizin	08.04.2014	Dr Marcel Schmid
Zusatz Fachbereich Medizinische Onkologie	08.04.2014	Dr Reinhard Zenhäusern
Zusatz Organisation und Koordination der mit Organspenden von hirntoten Patienten verbundenen Tätigkeiten	08.04.2014	
Zusatz Fachbereich Pädiatrie	08.04.2014	Dr Simon Fluri
Zusatz Fachbereich pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie	08.04.2014	Dr Simon Fluri
Zusatz Fachbereich pädiatrische Kardiologie	08.04.2014	
Zusatz Fachbereich pädiatrische Pneumologie und Dermatologie	08.04.2014	
Zusatz Fachbereich Teleradiologie	08.04.2014	Dr Drazen Sramek
Blockpraktika Pädiatrie und Gynäkologie	08.04.2014	Dr Franziska Zen Ruffinen Dr Simon Fluri
Blockpraktika Pädiatrie	08.04.2014	Dr Simon Fluri

Conventions BS-BE-VS	Statut / signature	Référent
Pédiatrische Rheumatologie	03.11.2014	Dr Simon Fluri

Conventions BS-VS	Statut / signature	Référent
Konsiliartätigkeit Kinder-Orthopädie	20.04.2012	Dr Simon Fluri
Traumaregister	09.07.2014	Prof Eric Bonvin

Conventions GE-VS	Statut / signature	Référent
Convention cadre	26 mars 2009 (révision 2015)	Prof. Eric Bonvin
Allergologie pédiatrique	22 mars 2004	Prof. René Tabin
Alimentation et mouvement	15 février 2011	Prof. René Tabin
Cardiologie pédiatrique	12 octobre 2006	Prof. René Tabin
Consultations spécialisées de pneumologie pédiatrique	8 mars 2011	Prof. René Tabin
Génétique médicale	04 octobre 2005	Dr Pierre Hutter
Génétique prédictive en oncologie	22 janvier 2007	Dr Sandro Anchisi Dr Véronique Membrez
Maladies respiratoires	21 février 1997	Prof. Jean-Marie Tschopp
Médecine interne	13 janvier 2010	Dr Pierre-Auguste Petignat
Orthopédie	04 octobre 2005	Dr Yvan Arlettz
Radiologie	04 août 2008	Dr Christophe Constantin
Radio-oncologie	25 novembre 2004	Dr Kaouthar Khanfir
Troubles du sommeil — Pneumologie	28 mai 2002	Prof. Jean-Marie Tschopp

Convention CHUV-HUG-HVS	Statut/signature	Référent
Transplantation- néphro. pédiatrique	9.7.2008	Dr Tabin
Transplantation d'organes	4.10.2005	Dr Georges Dupuis
Ingénierie biomédicale	183.05.2009	Dr Raymond Pernet

Conventions VD-VS	Statut / signature	Référent
Convention cadre	2 septembre 2008	Dr Benoît Delaloye
Anesthésiologie	13 juin 1996	Prof. Patrick Ravussin
Cardiologie	En signature	Dr Grégoire Girod
Chirurgie cardiaque	En signature	Dr Dominique Deley
Formation post-diplôme en soins intensifs du personnel infirmier	27 octobre 2010	M Mario Desmedt
Médecine intensive chirurgicale	13 juin 1996	Dr Raymond Friolet
Médecine intensive médicale	9 février 1999	Dr Raymond Friolet
Néonatalogie	27 octobre 2010	Prof. René Tabin
Néphrologie et transplantation rénale	29 septembre 2015	Dr Daniel Teta
Neurochirurgie	25 octobre 2004	Dr Marc Morard
Neurosciences cliniques	En cours de signature	Prof. Joseph Ghika
ORL et chirurgie cervico-faciale	04 août 2008	Dr Kishore Sandu
ORL convention de formation des médecins assistants CHUV-HFR-HVS	9 Juin 2015	Dr Salim Bouaied
Pédiatrie	27 octobre 2010	Prof. René Tabin
Recherche en paternité	27 janvier 2009	Dr Bettina Schrag
Santé mentale et psychiatrie	27 octobre 2010	Prof. Eric Bonvin
Urgences préhospitalières	14 octobre 1997	Dr Daniel Fishman
UNIL – Enseignement prégradué	22.05.2015	Prof. Eric Bonvin

Titres universitaires

Nom	Titre	Départements / Services
Dr Johnny Beney	Privat-docent, Université de Genève	Pharmacie, ICH
Dr Mette M Berger	Professeuse Associée, Université de Lausanne	DG & Nutrition ICH
Dr Pierre Olivier Bridevaux	Professeur titulaire, Université de Genève	Pneumologie, CHVR
Dr Eric Bonvin	Professeur titulaire, Université de Lausanne	DG
Dr Pierre-François Cuénoud	Chargé de cours, Université de Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr Eric Dayer	Privat-docent, Université de Genève	Immuno-allergologie, ICH
Dr Joseph-André Ghika	Professeur associé, Université de Lausanne	Neurologie, Médecine interne, CHVR
Dr Grégoire Girod	Maître d'enseignement et de recherche, Université de Lausanne	Cardiologie, Médecine interne, CHVR
Dr Claude Haller	Maître d'enseignement et de recherche, Université de Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr Kaouthar Khanfir	Chargée de cours, Université de Lausanne	Oncologie, CHVR
Dr Patrick Ravussin	Professeur titulaire, Université de Lausanne	Anesthésie et réanimation, CHVR
Dr Philippe Rey-Bellet	Chargé de cours, Université de Genève	Psychiatrie, CHVR
Dr Michel Rossier	Privat-docent & Maître d'enseignement et de recherche, Université de Genève	Chimie clinique & Toxicologie, ICH
Dr Christophe Sierro	Chargé de cours, Université de Lausanne	Cardiologie, Médecine interne, CHVR
Dr Nicolas Troillet	Professeur titulaire, Université de Lausanne	Maladies infectieuses, ICH
Dr René Tabin	Professeur titulaire, Université de Genève	Pédiatrie, CHVR
Dr Daniel Uebelhart	Privat-docent, Université de Genève Privat-docent, Université de Zürich	Médecine physique et réhabilitation, Médecine interne, CHVR

ICH: Certification ISO 9001

Domaine	Année de certification	Norme actuelle	Renouvellement
Le système couvre les activités suivantes : Laboratoires d'analyses médicales; Histocytopathologie; Service des maladies infectieuses et épidémiologie; Consul- tations d'immuno-allergologie; Médecine du travail; Centrale d'achats; Pharmacie; Administration; Service informatique.	2000	ISO 9001 :2012	4 ^e renouvellement de la certification de l'ICH en 2012. Prochain renouvellement : Décembre 2015 Validité de la certification : 29 janvier 2016

Évolution du domaine de certification

Centrale d'achat, les laboratoires d'immuno-pathologie et pathologie moléculaire	2011	ISO 9001 :2008	En 2014 l'audit de suivi a été effectué avec la nouvelle version de la norme : ISO 9001 :2012
Pharmacie (site de Sion)	2011	RQPH	
Médecine du travail Consultations d'immuno-allergologie	2012	ISO 9001 :2008	
Pharmacie des sites hospitaliers	2012	RQPH	
Service informatique	2014	ISO 9001 :2012	

ICH: Accréditation des laboratoires

Domaine	Année d'accréditation	Norme actuelle	Renouvellement
Les laboratoires d'essais de l'ICH sont accrédités pour les domaines suivants : Chimie clinique, toxicologie clinique et forensique, hématologie, hémostase, immuno-hématologie. Bactériologie, sérologie, maladies infectieuses, allergologie, immunologie clinique, cytopathologie, histocytopathologie et génétique.	2001	ISO/CEI 17025 : version 2005 ISO 15189 : version 2015	3 ^e renouvellement en nov. 2010 et janvier 2011. Prochain renouvellement en septembre et octobre 2015 Validité de l'accréditation : 25 février 2016.

ICHV: Labels, Reconnaissances

- Reconnaissance annuelle Qualab pour les laboratoires (contrôles externes de qualité)
- Reconnaissance de l'Office fédéral de la santé publique comme centre de traitement et de dépistage pour le VIH
- Reconnaissance de l'Office fédéral de la santé publique comme centre de vaccination contre la fièvre jaune
- Reconnaissance de l'OFROU (Office Fédéral des Routes) en tant que laboratoire d'analyse de l'éthanol dans le sang (toxicologie légale)
- Autorisation de Swissmedic pour le commerce de gros de sang ou de produits sanguins labiles prêts à l'emploi en Suisse sans libération pour le marché.

Délivré par Swissmedic Portée: Service d'hématologie Validité: 26 mars 2018

HVS: Labels, Reconnaissances

- Adhérent à la solution du branche H+ pour la santé et la sécurité au travail (CHVR, site de Martigny)
- Baby Friendly Hospital (SZO, site de Viège)
- Hôpital sans fumée (Cipret Valais)
- Fourchette verte
- Hôpital Promoteur de la santé
- Hôpital formateur
- Reconnaissance pour le traitement des blessés graves (CHVR, site de Sion)
- REKOLE®
- Qualité en soins palliatifs, Palliative.ch (SZO, site de Brigue, première Suisse)





Préparation de
cytostatiques à l'Institut
Central des Hôpitaux.

Anesthésiologie

1. Rivaroxaban; Nouvelles recommandations pour l'anesthésiologie en janvier 2015, version longue. Spahn DR, Borgeat A, Ravussin P, Kern CH, Korte W. Website SSAR 5: 1-8, 2015

CHAPITRE DE LIVRE

1. Supratentorial masses : anesthetic considerations. Bruder N, Ravussin P, Schoettker P. In: Cottrell J, Young W (eds) : Anesthesia and Neurosurgery, 6th ed. Philadelphia: Mosby, 2016, (in press)

Biomédical

1. Guide des bonnes pratiques pour la gestion des contrats de maintenance des dispositifs médicaux. Beutler HR, Brouwer S, Consonni S, De Maeyer M, Kluth C, Regard P, Römmelt U, Thoma M, Tritz P, Wäfler F. IHS Ingénieur Hôpital Suisse, 2014

Cardiologie

1. Very long-term follow-up after percutaneous closure of patent foramen ovale. Eeckhout E, Martin S, Delabays A, Michel P, Girod G. EuroIntervention. 2014 Jan 17. pii: 20140117a-05
2. Acute multivessel revascularization improves 1-year outcome in ST-elevation myocardial infarction : a nationwide study cohort from the AMIS Plus registry. Jeger R, Jaguszewski M, Nallamothu BN, Lüscher TF, Urban P, Pedrazzini GB, Erne P, Radovanovic D; AMIS Plus Investigators. Int J Cardiol. 2014 Mar 1;172(1):76-81
3. Acute coronary syndrome: current disease management. Girod G. Rev Med Suisse. 2014 Jan 29;10(415):292-3
4. Modifying effect of dual antiplatelet therapy on incidence of stent thrombosis according to implanted drug-eluting stent type. Camenzind E, Boersma E, Wijns W, Mauri L, Rademaker-Havinga T, Ordoubadi FF, Suttorp MJ, Al Kurdi M, Steg PG; PROTECT Steering Committee and Investigators. Eur Heart J. 2014 Aug 1;35(29):1932-48

5. Drug-eluting stents compared to bare-metal stents improve short-term survival in patients with acute myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention : a nationwide prospective analysis of the AMIS Plus registry. Jaguszewski M, Radovanovic D, Nallamothu BK, Urban P, Erne P; AMIS Plus Investigators. Kardiol Pol. 2014;72(4):315-23
6. Validity of Charlson Comorbidity Index in patients hospitalised with acute coronary syndrome. Insights from the nationwide AMIS Plus registry 2002-2012. Radovanovic D, Seifert B, Urban P, Eberli FR, Rickli H, Bertel O, Puhan MA, Erne P; AMIS Plus Investigators. Heart. 2014 Feb;100(4):288-94.
7. Initial Experience with Respiratory Self-Navigated Post Contrast Whole-Heart Coronary MRA in Patients. D. Piccini, P. Monney, C. Sierro, S. Coppo, G. Bonanno, R. van Heeswijk, J. Chaptinel, G. Vincenti, J. de Blois, S. Koestner, T. Rutz, A. Littmann, M. Zenge, J. Schwitter, M. Stuber. Radiology 2014; 270:378-386.
8. Relationship between time of day and periprocedural myocardial infarction after elective angioplasty Fournier S1, Puricel S, Morawiec B, Eeckhout E, Mangiacapra F, Trana C, Taponnier M, Iglesias JF, Michiels V, Stauffer JC, Beggah A, Monney P, Gobet S, Vogt P, Cook S, Muller O. Chronobiol Int. 2014 Mar;31(2):206-13.
9. Respiratory self-navigated postcontrast whole-heart coronary MR angiography : initial experience in patients. Piccini D, Monney P, Sierro C, Coppo S, Bonanno G, van Heeswijk RB, Chaptinel J, Vincenti G, de Blois J, Koestner SC, Rutz T, Littmann A, Zenge MO, Schwitter J, Stuber M. Radiology. 2014 Feb; 270(2):378-86.

11. Endocardial Ablation to Eliminate Epicardial Arrhythmia Substrate in Scar-Related Ventricular Tachycardia. Komatsu Y, Daly M, Sacher F, Cochet H, Denis A, Derval N, Jesel L, Zellerhoff S, Lim H, Jadidi AS, Nault I, Shah A, Roten L, Pascale P, Scherr D, Aurillac-Lavignolle V, Hocini M, Haïssaguerre M, Jais P J Am Coll Cardiol 2014;63:1416-26
12. Intermittent atrial tachycardia promotes repolarization alternans and conduction slowing during rapid rates, and increases susceptibility to atrial fibrillation in a free-behaving sheep model. Monigatti-Tenkorang J, Jousset F, Pascale P, Vesin J-M, Ruchat P, Fromer M, Narayan S, Pruvot E J Cardiovasc Electrophysiol 2014;25:418-27
13. Indications à la stimulation cardiaque dans la syncope vasovagale. Graf D, Pascale P, Carroz P, Pruvot E. Rev Med Suisse 2014;10:1186-9
14. Pulmonary veins to left atrium cycle length gradient predicts procedural and clinical outcomes of persistent atrial fibrillation ablation. Pascale P, Shah AJ, Roten L, Scherr D, Komatsu Y, Ramoul K, Daly M, Denis A, Derval N, Sacher F, Hocini M, Jaïs P, Haïssaguerre M. Circ Arrhythm Electrophysiol 2014;7:473-82
15. Adenosine reveals dormant conduction of an arrhythmogenic thoracic vein despite absence of previous ablation Pascale P, Shah AJ, Knecht S. Europace 2014;16:819
16. Pacing in vasovagal syncope. D.Graf, P. Pascale, P.Carroz, E.Pruvot.Revue Médicale Suisse 5/2014;10(432):1186-9.

CHAPITRE DE LIVRE

1. Catheter Ablation for Long-Standing Persistent AF Hocini M, Shah AJ, Miyazaki S, Rivar L, Jadidi AS, Scherr D, Wilton SB, Roten L, Pascale P, Pedersen M, Derval N, Knecht S, Sacher F, Jaïs P, and Haïssaguerre M. Practical Electrophysiology. Editors: Jasbir S. Sra, Masood Akhtar, Andrea Natale, David J Wilber.
2. ECG of Early Repolarization. Shah AJ, Hocini M, Rivard L, Miyazaki S, Jadidi AS, Scherr D, Wilton SB, Roten L, Pascale P, Pedersen M, Derval N, Knecht S, Sacher F, Jaïs P, and Haïssaguerre M. Practical Electrophysiology. Editors: Jasbir S. Sra, Masood Akhtar, Andrea Natale, David J Wilber.

Chimie Clinique – Toxicologie

1. Rossier MF, Donzé N. Troponine ultrasensible et infarctus du myocarde : Peut-on encore espérer améliorer le diagnostic? Pipette 2014; 5/14: 9-10

Chirurgie Cardiaque

1. ST-segment-elevation myocardial infarction patients randomized to a pharmaco-invasive strategy or primary percutaneous coronary intervention: Strategic Reperfusion Early After Myocardial Infarction (STREAM) 1-year mortality follow-up. Sinnaeve PR, Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P, Wilcox R, Lambert Y, Danays T, Soulat L, Halvorsen S, Ortiz FR, Vandenberghe K, Regelin A, Bluhmki E, Bogaerts K, Van de Werf F; STREAM investigators. Circulation. 2014 Sep 30;130(14):1139-45.
2. 'Fast-implantable' aortic valve implantation and concomitant mitral procedures. Ferrari E, Siniscalchi G, Marinakis S, Berdajs D, von Segesser L. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2014 Oct;19(4):682-4.
3. The influence of drugs used in cardiac anaesthesia and critical care on multiple electrode aggregometry: an in-vitro volunteer study. Morisoli AP, Gronchi F, Ferrari E, Blanc C, Frascarolo P, Angelillo-Scherrer A, Marcucci C. Eur J Anaesthesiol. 2014 Sep;31(9):499-504.
4. Transcatheter aortic valve implantation in failed bioprosthetic surgical valves. Dvir D, Webb JG, Bleiziffer S, Pasic M, Waksman R, Kodali S, Barbanti M, Latib A, Schaefer U, Rodés-Cabau J, Treede H, Piazza N, Hildick-Smith D, Himbert D, Walther T, Hengstenberg C, Nissen H, Bekeredjian R, Presbitero P, Ferrari E, Segev A, de Weger A, Windecker S, Moat NE, Napodano M, Wilbring M, Cerillo AG, Brecker S, Tchetché D, Lefèvre T, De Marco F, Fiorina C, Petronio AS, Teles RC, Testa L, Laborde JC, Leon MB, Kornowski R; Valve-in-Valve International Data Registry Investigators. JAMA. 2014 Jul;312(2):162-70.

5. Computational fluid dynamics of the right ventricular outflow tract and of the pulmonary artery: a bench model of flow dynamics. Mosbahi S, Mickaily-Huber E, Charbonnier D, Hullin R, Burki M, Ferrari E, von Segesser LK, Berdajs DA. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2014 Oct;19(4):611-6.
6. Cardiac biomarkers in Takotsubo cardiomyopathy. Doyen D, Mocerri P, Chiche O, Schouver E, Cerboni P, Chaussade C, Mansencal N, Ferrari E. *Int J Cardiol.* 2014 Jul 1;174(3):798-801.
7. Ross procedure: is the root replacement technique superior to the sub-coronary implantation technique? Long-term results. Berdajs DA, Muradbegovic M, Haselbach D, Kofmehl R, Steurer J, Ferrari E, Held U, von Segesser LK. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2014 Dec;46(6):944-51.
8. Tako-Tsubo cardiomyopathy presenting with cardiogenic shock successfully treated with milrinone: a case report. Doyen D, Dellamonica J, Mocerri P, Moschietto S, Hyvernats H, Ferrari E, Bernardin G. *Heart Lung.* 2014 Jul-Aug;43(4):331-3.
9. Imaging in pulmonary hypertension: Focus on the role of echocardiography. Mocerri P, Baudouy D, Chiche O, Cerboni P, Bouvier P, Chaussade C, Ferrari E. *Arch Cardiovasc Dis.* 2014 Apr;107(4):261-71.
10. Extracorporeal membrane oxygenation support in acardia. Marinakis S, Ferrari E, Delay D, Tozzi P, Berdajs D, Niclauss L, Rolf T, von Segesser LK. *ASAIO J.* 2014 May-Jun;60(3):348-50.
11. Caval collapse during cardiopulmonary bypass: a reproducible bench model. Li L, Abdel-Sayed S, Berdajs D, Tozzi P, von Segesser LK, Ferrari E. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2014 Aug;46(2):306-12.
12. Urgent reoperative transapical valve-in-valve shortly after a transapical aortic valve implantation. Ferrari E, Locca D, Marcucci C, Jeanrenaud X. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2014 Oct;46(4):748-50.
13. Procedural volume and outcomes with radial or femoral access for coronary angiography and intervention. Jolly SS, Cairns J, Yusuf S, Niemela K, Steg PG, Worthley M, Ferrari E, Cantor WJ, Fung A, Valettas N, Rokoss M, Olivecrona GK, Widimsky P, Cheema AN, Gao P, Mehta SR; RIVAL Investigators. *J Am Coll Cardiol.* 2014 Mar 18;63(10):954-63.

Dermatologie

1. Mutations in POGlut1, encoding protein O-glucosyltransferase 1, cause autosomal-dominant Dowling-Degos disease. Basmanav FB, Oprisoreanu AM, Pasternack SM, Thiele H, Fritz G, Wenzel J, Größer L, Wehner M, Wolf S, Fagerberg C, Bygum A, Altmüller J, Rütten A, Parmentier L, El Shabrawi-Caelen L, Hafner C, Nürnberg P, Kruse R, Schoch S, Hanneken S, Betz RC. *Am J Hum Genet.* 2014 Jan 2;94(1):135-43.

Génétique médicale

1. Kovac MB, Kovacova M, Bachraty H, Bachrata K, Piscuoglio S, Hutter P, Ilencikova D, Bartosova Z, Tomlinson I, Roethlisberger B, Heinimann K. High-resolution breakpoint analysis provides evidence for the sequence-directed nature of genome rearrangements in hereditary disorders. *Hum Mutat.* 2014; 36:250-9.

Gériatrie

1. Too old, too expensive? The impact of health costs on senior citizens in Switzerland. Coutaz M. *Eur Geriatr Med*, 2014; 5: 39-42.
2. Acute bacterial parotitis in the frail elderly subject: a harbinger of death? Coutaz M. *J Am Med Dir Assoc*, 2014;15: 369-70.
3. Traitement oncologique chez les seniors: un luxe? Coutaz M. *Info Onkologie&Hématologie*, 2014; 2: 9-5.
4. Fracture de hanche: pourquoi faire appel au gériatre? Coutaz M. *Rev Med Suisse* 2014;10: 2087-9.
5. Refeeding Syndrome: Unrecognized in Geriatric Medicine. Coutaz M, Gay N. *J Am Med Dir Assoc*, 2014; 15:847-9.
6. Population pharmacokinetic approach to evaluate the effect of CYP2D6, CYP3A, ABCB1, POR and NR1I2 genotypes on donepezil clearance. Noetzli M, Guidi M, Ebbing K, Eyer S, Wilhelm L, Michon A, Thomazic V, Stancu I, Alnawaqil AM, Bula C, Zumbach S, Gaillard M, Giannakopoulos P, von Gunten A, Csajka C, Eap CB. *Br J Clin Pharmacol*, 2014;78(1):135-44.
7. Assureurs-maladie Pas très rassurant. Morisod J. *Info@geriatrie* 2014; 2 :1.

Hématologie

1. Goodyer M, McCarthy D, O'Laoide R. Massive splenomegaly in post-polycythaemic myelofibrosis causing overactive bladder syndrome. **British Journal of Haematology** 2014 Aug;166(3):310.
2. O'Connell N, Goodyer M, Gleeson M, Storey L, Williams M, Cotter M, O'Marcaigh A, Smith O. Successful treatment with rituximab and mycophenolate mofetil of refractory autoimmune hemolytic anemia post-hematopoietic stem cell transplant for dyskeratosis congenita due to TINF2 mutation. **Pediatric Transplantation** 2014 Feb;18(1):E22-4

Immunologie

1. Ribi C., Trendelenburg M., Gayet-Ageron A., Cohen C., Dayer E., Eisenberg U., Hauser T., Hunziker T., Leimgruber A., Lindner G., Koenig K., Otto P., Spetini F., Stoll T., Von Kempis J., Chizzolini C., Swiss Systemic Lupus Erythematosus Cohort Study Group – cross-sectional analysis of clinical characteristics and treatments in Switzerland, **Swiss Medical Weekly**, 2014;144:13990

Maladies infectieuses

1. Staszewicz W, Eisenring MC, Bettschart V, Harbarth S, Troillet N. Thirteen years of surgical site infection surveillance in Swiss hospitals. **Journal of Hospital Infection** 2014;88:40-7
2. Orasch C, Marchetti O, Garbino J, Schrenzel J, Zimmerli S, Mühlethaler K, Pfyffer G, Ruef C, Fehr J, Zbinden R, Calandra T, Bille J and the Fungal Infection Network of Switzerland (FUNGINOS) (incl. Bally F, Troillet N, Tissières L). Candida species distribution and antifungal susceptibility testing according to European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing and new vs. old Clinical and Laboratory Standards Institute clinical breakpoints: a 6-year prospective candidaemia survey from the fungal infection network of Switzerland. **Clinical Microbiology and Infection** 2014;20:698-705
3. Troillet N. Infections transmises par les chats et les chiens. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1859-63
4. Troillet N, Widmer A. Surveillance épidémiologique et prévention de l'infection du site opératoire. **Swiss-noso** 2014 (www.swissnoso.ch/fr/bulletin/)
5. Troillet N, Praz G. Rendu public des taux d'infections du site chirurgical: science et transparence. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1851.
6. Guinat M, Rusca M, Stalder M, Praz G. Eosinophilie: de la néoplasie à l'anguillulose. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1853-8
7. Henriksen S, Tylden GD, Dumoulin A, Sharma BN, Hirsch HH, Rinaldo CH. The human fetal glial cell line SVG p12 contains infectious BK polyomavirus. **Journal of Virology** 2014;88:7556-68

8. Mannonen L, Loginov R, Helanterä I, Dumoulin A, Vilchez RA, Cobb B, Hirsch HH, Lautenschlager I. Comparison of two quantitative real-time CMV-PCR tests calibrated against the 1st WHO international standard for viral load monitoring of renal transplant patients. **Journal of Medical Virology** 2014;86:576-84
9. Dumoulin A. Diagnostic moléculaire des maladies infectieuses pour la pratique ambulatoire. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1866-70
10. Lautenschlager I, Jahnukainen T, Kardas P, Lohi J, Auvinen E, Mannonen L, Dumoulin A, Hirsch HH, Jalanko H. A case of primary JC polyoma-virus infection-associated nephropathy. **American Journal of Transplantation** 2014 ; 14:2887-92
11. Hasse B, Bernasconi E, Furrer H, Eyer MM, Kovari H. HIV und Komorbidität. **Therapeutische Umschau** 2014;71:483-9
12. Eyer M, Sendi P. Infections de prothèses articulaires: aspects pratiques à l'attention du médecin de premier recours. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1871-5
13. Eyer MM, Constantinescu M, Sendi P. Primary sternal tuberculosis: a case report and review of the literature. **JMM Case Reports** 2014;DOI 10.1099/jmmcr.0.002063
14. Bally F, Quach A. Chlamydia: du dépistage de la population au dépistage individuel répété. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1882-6
15. Croxatto A, Rieille N, Kernif T, Bitam I, Aeby S, Péter O, Greub G. Presence of Chlamydiales DNA in ticks and fleas suggests that ticks are carriers of Chlamydiae. **Ticks and Tick-Borne Diseases** 2014;5:359-65
16. Rieille N, Bressanelli S, Freire CC, Arcioni S, Gern L, Péter O, Voordouw MJ. Prevalence and phylogenetic analysis of tick-borne encephalitis virus (TBEV) in field-collected ticks (*Ixodes ricinus*) in southern Switzerland. **Parasites and Vectors** 2014;7:443
17. Bellini C, Magouras I, Chapuis-Taillard C, Clerc O, Masserey E, Peduto G, Péter O, Schaerrer S, Schuepbach G, Greub G. Q fever outbreak in the terraced vineyards of Lavaux, Switzerland. **New Microbes and New Infections** 2014 ;2:93-9

Médecines alternatives

1. Graz B, Savoy M, Buclin T, Bonvin E. Dysmenorrhea: patience, pills or hot-water bottle? *Rev Med Suisse*. 2014 Nov 26;10(452):2285-8.

Médecine intensive

1. Deep accidental hypothermia with core temperature below 24°C presenting with vital signs. Pasquier M, Zurrón N, Weith B, Turini P, Dami F, Carron PN, Paal P. *High Alt Med Biol*. 2014 Apr;15(1):58-63.

Médecine Interne

1. β -Lactam monotherapy vs β -lactam-macrolide combination treatment in moderately severe community-acquired pneumonia: a randomized noninferiority trial. Garin N, Genné D, Carballo S, Chuard C, Eich G, Hugli O, Lamy O, Nendaz M, Petignat PA, Perneger T, Rutschmann O, Seravalli L, Harbarth S, Perrier A. *JAMA Intern Med*. 2014 Dec;174(12):1894-901.

Médecine légale

1. Palmiere C, Jatón K, Lobrinus A, Schrag B, Greub G. Post-mortem diagnosis of malaria. **New Microbes and New Infections** 2014;2:154-5
2. Fracasso T, Schrag B, Sabatasso S, Lobrinus JA, Schmelting A, Mangin P. Different degrees of ischaemic injury in the right and left ventricle in cases of severe, nonfatal, pulmonary embolism. **International Journal of Legal Medicine**. 2014; Oct 17
3. Schrag B, Uldin T, Mangin P, Bochud F, Froidevaux P. Dating human skeletal remains using ⁹⁰Sr and ²¹⁰Pb: case studies. **Forensic Science International** 2014 Jan;234:190.e1-6

Médecine transfusionnelle

1. Tirefort Y, Pham XC, Ibrahim YL, Lecompte TP, Matthes T, Prins C, Cortes B, Bernimoulin M, Chalandon Y, Samii K. A rare case of primary cutaneous follicle centre lymphoma presenting as a giant tumour of the scalp and combined with JAK2V617F positive essential thrombocythaemia. **Biomarker Research**. 2014 Apr 1;2(1):7

Neurologie

1. Small-cell lung carcinoma presenting as paraneoplastic autoimmune optic neuritis with retinitis. Passarin O, Reymond S, Michel A, Ghika JA, Guex-Crosier Y. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2014 Apr;231(4):453-4

Nutrition clinique

1. Carnitine Deficiency in Chronic Critical Illness. Bonafé L, Berger MM, Que YA, Mechanick JI, *Curr Opin Clin Nutr Metab*, 2014; 17: 200-209.
2. Chronic Critical Illness Nutritional Requirements – More, Less, or Just Different? Editorial Mechanick JI, Berger MM, *Curr Opin Clin Nutr Metab*, 2014; 17:162-163.
3. The 2013 Arvid Wretling lecture: Evolving concepts in parenteral nutrition. Berger MM, *Clinical Nutrition*, 2014: 33(4):563-570.
4. Pragmatic approach to nutrition in the ICU: Expert opinion regarding which calorie protein target. Singer P, Hiesmayr M, Biolo G, Felbinger TW, Berger MM, Goeters C, Kondrup J, Wunder C, Pichard C, *Clin Nutr* 2014: 33(2):246-51.
5. Parenteral nutrition in the intensive care unit: cautious use improves outcome. Thibault R, Claudia P. Heidegger CP, Berger MM, Claude Pichard C, *Swiss Med Wkly.* 2014: 2020;144:w13997.

CHAPITRE DE LIVRE

1. Nutrition therapy in major burns. Berger MM In: *Nutrition in ICU patients.* Eds: A.Rümelin K.Mayer, Springer Verlag, 2014

Oncologie

1. Douleur et cancer: quels sont nos moyens? Anchisi S. *Rev Med Suisse* 2014;10:288-289.
2. Are cancer patients willing to travel more or further away for a slightly more efficient therapy? Groux Ph, Anchisi S, Szucs Th. *Cancer and Clinical Oncology* 2014;1:36-42.
3. How do gender, age and travel time impact on the need for social support of patients to have access to cancer treatment? Groux Ph, Anchisi S, Szucs Th. *Cancer and Clinical Oncology* 2014;2:27-35.

Orthopédie – Traumatologie

1. Ergebnisoptimierung mit Rapid Recovery-Konzept und minimalinvasiver Hüftendoprothetik Ottersbach A, Ferschl J, Pankert K, Cremer C. *Berliner Seminare, Ausgabe 2/2014*

Pédiatrie & Chirurgie Pédiatrique

1. Ecrans de fumée! (suite). Tabin R. *Paediatrica* 2014;25(3): 44
2. Interview avec le Professeur Umberto Simeoni. Tabin R. *Paediatrica* 2014;25(5): 18-19
3. Prise en charge des maladies rares — nous sommes tous concernés? Tabin R. *Forum médical suisse* 2014;14(1-2): 17-16
4. Douleurs abdominales chez l'enfant. Tabin R. *Revue médicale Suisse*, janvier 2014, 299-300.

6. Pediatric gastroenteritis in the emergency department: practice evaluation in Belgium, France, The Netherlands and Switzerland. Pelc R, Redant S, Julliard S, Llor J, Lorrot M, Oostenbrink R, Gajdos V, Angoulvant F. *BMC Pediatr.* 2014 May 16;14:125.

CHAPITRE DE LIVRE

1. Cyanose. Tabin R, Roth M. Urgences pédiatriques, 7 Néonatalogie, 7.7.7. in *Vade-Mecum de Pédiatrie* 4^e édition

Pharmacie

1. Guignard B, Beney J, Panchaud A, Csajka C, de Denus S. Cas Clinique n°1 : insuffisance cardiaque. *PharmaJournal* 2014;7:5-8
2. Panchaud A, Guignard B, Beney J, Baud D, Csajka C, Ferreira E. Cas Clinique n°2 : épilepsie et grossesse. *PharmaJournal* 2014;12:5-7
3. Beney J, Panchaud A, Guignard B, Csajka C. Cas Clinique n°3 : médicament et rein. *PharmaJournal* 2014;21:5-7
4. Reutemann B, Beney J, Jordan-von Gunten V, Roulet L. Prise en charge médicamenteuse des patients insuffisants rénaux chroniques hospitalisés en soins aigus dans un hôpital régional suisse. *Néphrologie & Thérapeutique.* 2014 Dec 24. pii: S1769-7255(14)00633-6
5. Roulet L, Ballereau F, Lapeyre-Mestre M, Joris-Frasseren M, Asseray N. [Developing a Terminology in the French Language for Clinical Practice and Research in Drug Safety.]. *Thérapie.* 2014 Dec 24
6. Roulet L, Asseray N, Ballereau F. Establishing a pharmacy presence in the emergency department: opportunities and challenges in the French setting. *International Journal of Clinical Pharmacy.* 2014;36:471-5
7. Roulet L, Ballereau F, Hardouin JB, Chiffolleau A, Potel G, Asseray N. Adverse drug event nonrecognition in emergency departments: an exploratory study on factors related to patients and drugs. *Journal of Emergency Medicine.* 2014;46:857-64

8. Humbert-Delaloye V, Pannatier A. Compatibilités physico-chimiques : nouvelles données. *PharmaJournal* 2014;11:5-8

Pneumologie

1. Gex G, Pralong JA, Combescure C, Seijo L, Rochat T, Soccac PM. Diagnostic yield and safety of electromagnetic navigation bronchoscopy for lung nodules: a systematic review and meta-analysis. *Respiration* 2014;87:165-76

Psychiatrie

1. Effectiveness of a brief group cognitive behavioral therapy for auditory verbal hallucinations: a 6-month follow-up study. Zanello A, Mohr S, Merlo MC, Huguelet P, Rey-Bellet P. *J Nerv Ment Dis.* 2014 Feb;202(2):144-53.
2. Short term effect of supported employment/education on negative symptoms changes in first episode psychosis. Tettamanti M., Badan Bâ M., Zbinden E., Curtis L., Giannakopoulos P, Rey-Bellet Ph. & Merlo M.C.G. Soumis à la *Revue Psychiatric Services*
3. Editorial *Revue Psychothérapies* 2014/2, volume 34, Rey-Bellet Ph.
4. Editorial *Revue Psychothérapies* 2014/3, volume 34, Rey-Bellet Ph.

CHAPITRE DE LIVRE:

1. L'héritage vivant de René Diatkine 2014, sous la direction de Florence Quartier et Alain Casanova. Edition PUF, Rey-Bellet Ph.

Radiologie

1. San Millán D Kohler R, Enlarged CSF spaces in pseudotumor cerebri. *AJR American Journal of Roentgenology* 2014;203(4):W457-8
2. Robert T, San Millán Ruiz D, Martínez Manas R, Morard M. Cervical intramedullary metastasis from cerebral glioblastoma multiforme. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2014;123:61-3

3. Robert T, Duc C, San Millán Ruíz D Morard M. Solitary fibrous tumour with intramedullary component: Case report and review of the literature. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2014;48(2):144-9

Radio-oncologie

1. The interplay between radiation and the immune system in the field of post-radical pneumonitis and fibrosis and why it is important to understand it. Tsoutsou PG. *Expert Opin Pharmacother*. 2014 Sep;15(13):1781-3. doi: 10.1517/14656566.2014.938049.
2. Observation of surface Dirac cone in high-quality ultrathin epitaxial Bi₂Se₃ topological insulator on AlN(0001) dielectric. Tsipas P, Xenogiannopoulou E, Kassavetis S, Tsoutsou D, Golias E, Bazioti C, Dimitrakopoulos GP, Komninou P, Liang H, Caymax M, Dimoulas A. *ACS Nano*. 2014 Jul 22;8(7):6614-9. doi: 10.1021/nn502397x.
3. Radiotherapy options after breast-conserving surgery: how can selection of patients be refined? Tsoutsou PG, Jeanneret Sozzi W, Ozsahin M, Delaloye JF, Bourhis J. *J Clin Oncol*. 2013 Dec 20;31(36):4570-1

Anesthésiologie

1. 10th Expert meeting « Rivaroxaban » – OCT 13, Bern, Ravussin P. Member of the round table

Biomedical

1. Congrès annuel des Ingénieurs Hospitaliers Suisse — 25 Avril 14, Notwill. Tritz P. Outil d'auto-évaluation pour mesurer la qualité des prestations d'un service biomédical

Cardiologie

1. Congrès de la société Suisse de cardiologie et de la société Suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique 2014. St. Perruchoud Fluri, M. Tapponnier, P. Carroz, Ch. Sierro, P.-Y. Lovey, G. Girod. Recurrent intracardiac thrombus as a complication of essential thrombocytopenia: a case report.
2. ASIA PCR 2014. Singapore. J-F. Iglesias, C. Trana, M. Tapponnier, C. Roguelov, D. Locca, O. Muller, P. Vogt, E. Eeckhout. Implementation of a regional network to reduce reperfusion times in the management of patients with STEMI undergoing primary PCI intervention: the Lausanne experience.
3. ASIA PCR 2014. Singapore. M. Tapponnier. From a doubtful indication to a Swiss complication cascade.
4. Cardiostim 18-21 JUIN 14, Nice. Roten L, Derval N, Maury P, Rollin A, Sacher F, Pascale P, Scherr D, Ruidavets JB, Ferrières J, Komatsu Y, Ramoul K, Daly M, Denis A, Shah A, Lim H, Yamashita S, Mahida S, Berte B, Hocini M, Jais P, Haïssaguerre M. Benign versus malignant inferolateral early repolarization: the T wave makes the difference.
5. Cardiostim 18-21 JUIN 14, Nice. Buttu A, Vesin JM, Forclaz A, Pascale P, Maury P, Rollin A, Roten L, Pruvot E. Long-standing persistent atrial fibrillation terminating within the left atrium displays high temporal bi-atrial stability of activation wavefront.
6. Cardiostim 18-21 JUIN 14, Nice. Sadron M, Maury P, Sacher F, Lellouche N, Pascale P, Duparc A, Mondoly P, Rollin A, Derval N, Cardin C, Jais P, Hocini M, Delay M,

Haïssaguerre M. Premature ventricular beat-induced cardiomyopathy characteristics and prognosis factor for recovery after radio-frequency ablation.

7. Heart Rythm 2014 E.J.Cantor, P.Carroz, R.J.S Schilling. Primary Pacing Service: can we reduce waiting times for patients with complete heart block.

Chimie clinique/Toxicologie

1. Mannic T, Pagano S, Virzi J, Python M, Frias M, James RW, Montecucco F, Rossier MF, Vuilleumier N. A potential mechanism of action for coupled anti-Apolipoprotein A1 IgGs-aldosterone induced chronotropic effects in cardiac cells, XXII^e Réunion des Groupes de Recherche en Endocrinologie des Universités de la Région Rhône-Alpes (Association G2L2), Grenoble (France), 23 mai 2014
2. Mannic T, Pagano S, Mouffok M, Virzi J, Python M, Frias M, James RW, Montecucco F, Rossier MF, Vuilleumier N. How anti-Apolipoprotein A-1 IgGs sensitize aldosterone chronotropic effects in cardiac cells, AGLA & Cardiovascular Biology Meeting, Fribourg, January 16-17, 2014
3. Cariello C, Beloeil N, Zäch S, Métrailler M, Augsburg M, Rossier MF, Donzé N. Evaluation of a multi cassette test for drug screening, Meeting of the Swiss Society for Clinical Chemistry, Basel, October 29-31, 2014

Dermatologie

1. L.Parmentier: Journées Dermatologiques de Paris – 09 dec 2014. Moniteur: Workshop de dermatochirurgie. Niveau avancé

Gériatrie

1. Département de Médecine Interne - 25.02.2014, Hôpital La Providence, Neuchâtel. Coutaz M. Too old, Too expensive?
2. European and Swiss Congress of Internal Medicine - 14.05.2014, Geneva. Coutaz M. Diabetes mellitus in older people: targets goals of treatment, less is more?

3. 74. Jahreskongress Swiss Orthopaedics, Hauptthema II -27.06.2014, St-Gallen. Coutaz M. Die proximale Femurfraktur. Muss ein Geriater hinzugezogen werden ?
4. Journée de perfectionnement Alzheimer-Suisse - 11.11.2014, Lausanne. Coutaz M. Vivre seul à la maison quand on est atteint d'une démence : Un challenge pour le médecin.
5. Médecine de la personne âgée pour médecins de famille- 19.06.2014, CHUV. Morisod J. « Docteur, ma mère perd du poids... »
6. Matinales de formation continue - 17.10.2014, Centre Universitaire de Traitement et de Réadaptation Sylvana, CHUV. Eyer S. Situations cliniques de patients confus à l'hôpital.
7. HES-SO Valais-Wallis, Axe santé, Workshop Âge - 18.11.2014, Sierre. Eyer S. Prévention cognitive à l'âge avancé.

Informatique

1. Fontannaz D, Hinnens M. Prescription de chimiothérapies : informatisation et sécurisation du processus Giseh, conférence de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers, Liège 2014
2. Michelet C. eHealth project im Kanton Wallis. eHealth Summit, Bern 2014
3. Michelet C. eHealth project im Kanton Wallis : Infomed : premiers retours sur la mise en oeuvre du dossier patient partagé. Prix „Best paper“, eHealth Summit, Bern 2014

Maladies infectieuses

1. Eisenring MC, Kuster S, Sax H, Troillet N, and Swissnoso. Heterogeneous quality of surgical site infection surveillance in Switzerland. Joint Annual Meeting of the Swiss Societies for Infectious Diseases, Hospital Hygiene, and Tropical and Travel Medicine, Aarau 2014
2. Marimuthu K, Eisenring MC, Harbarth S, Troillet N. Epidemiology of Staphylococcus aureus and non-Staphylococcus aureus surgical site infection in Switzerland. Joint Annual Meeting of the Swiss Societies for Infectious Diseases, Hospital Hygiene, and Tropical and Travel Medicine, Aarau 2014
3. Vuichard D, Troillet N, Eisenring MC, Dangel M, Zanetti G, Widmer AF, Swissnoso. Standards of infection control to prevent surgical site infections in Switzerland: a cross-sectional survey in 82 hospitals. Joint Annual Meeting of the Swiss Societies for Infectious Diseases, Hospital Hygiene, and Tropical and Travel Medicine, Aarau 2014
4. Crouzy F, Troillet N. HIV and gonalgia. Joint Annual Meeting of the Swiss Societies for Infectious Diseases, Hospital Hygiene, and Tropical and Travel Medicine, Aarau 2014
5. Duca I, Tissières Lovey L, Bonnet Pierroz A, Dumoulin A, Praz G. Evaluation of the Fast-Track Diagnostics (FTD) bacterial gastroenteritis real-time multiplex PCR for the detection of the main pathogens in stool samples. Annual Assembly of the Swiss Society of Microbiology, Fribourg 2014
6. Vuichard D, Troillet N, Eisenring MC, Dangel M, Zanetti G, Widmer AF, Swissnoso. Standards of infection control to prevent surgical site infections in Switzerland: a cross-sectional survey in 82 hospitals. European Congress on Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Barcelona 2014
7. Gavalda J, Peghin M, Hirsch HH, Codina G, Dumoulin A, Len O, Sole J, Rello J, Roman A, Pahissa A. Epidemiology of respiratory viruses (RV) and relationship with chronic lung allograft dysfunction (CLAD) in lung transplant recipients (LTR). European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Barcelona 2014
8. Péter O, Lienhard R, Vonlanthen R, Bonnet-Pierroz A, Béguelin C, Schaller A, Genne D. Usefulness of quantitative IgG assays Borrelia VLSE LIAISON® and the new VIDAS® Lyme for serological follow-up of patients with Lyme borreliosis. European Congress on Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Barcelona 2014

9. Péter O. Spirochetosis and other tick-borne infections. Espiroquetas, III International congress on leptospirosis, syphilis and borreliosis, La Havane 2014
10. Marimuthu K, Eisenring MC, Troillet N, Harbarth S. Epidemiology of Staphylococcus aureus surgical site infection in Switzerland. Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Washington 2014

Médecine interne

1. Y. Muller, R. Oppliger, R. Breguet, P. Meyer, L. Rubbia-Brandt, P.-A. Petignat, E. Dayer, J. Seebach. Congrès SSAI, Basel mars 2015. Double Osler: Coincidence of type I hereditary angioedema and hemorrhagic telangiectasia (Rendu- Osler-Weber- syndrome)
2. Y. Muller, R. Oppliger, R. Breguet, P. Meyer, L. Rubbia-Brandt, P.-A. Petignat, E. Dayer, J. Seebach. ESCIM Genève 2014. Double Osler: Coincidence of type I hereditary angioedema and hemorrhagic telangiectasia (Rendu- Osler-Weber- syndrome)
3. G Sibailly, V von Gunten*, PA Petignat, J Beney, Abstract ESCP 22-23 may 2014 Palermo, Italy, Pharmaceutical medication history: feasibility and impact on medication reconciliation documents at discharge
4. L. Bochatay, J. Beney, V. Jordan-von Gunten, PA Petignat, L. Roulet; 2^e congrès Suisse des pharmaciens, novembre 2014, Interlaken. Drug Use Evaluation of Conventional Versus New Oral Anticoagulants at Discharge from a Department of Internal Medicine
5. P-A Petignat, 8 novembre 2014, Bussigny, Séminaire « Ouverture d'un cabinet médical »
3. Berger MM, 14-15.03.14, Taipei Taiwan, FRANC Asia, Clinical nutrition therapy in ICU patients: Update on the clinical evidence, Hot topics from Europe, Micronutrients: Are we missing the concept? Meet the experts: interactive ICU case.
4. Berger MM, 22-23 05 15, Bad Homburg, Germany, FRANC'13 (Fresenius Kabi Advanced Nutrition course): lecturer Early & accurate nutrition support in the ICU Role of pharmaconutrition in acute disease Intensivists: Making metabolic and nutritional decisions through the course of illness
5. Berger MM, 27.05.14, Zürich, Groundround surgery USZ: lecturer: What is new in the nutrition of the surgical patient?
6. Berger MM., 17.06.14, Copenhagen, Symposium – Nutrition for the ICU patient: Combined enteral/ par-enteral feeding: boon or bane? Lipids as an integral part of feeding: what's the significance of fish oil?
7. Berger MM, 6-9.09.14, Geneva, 36th ESPEN congress: scientific chair and lecturer LLL course: indication to specific substrates Micronutrients in health and disease
8. Berger MM, 29.09.14 Barcelona, ESICM Congress (lectures +chairs – not detailed) Special nutrients, selenium, glamin and fish oil (Refresher course) Dose adaptations in micronutrients Role models, mentors and mentoring Satellite Fresenius: Early and accurate nutrition support in the ICU patient
9. Berger MM., 10.10.14 Bari — Italy, International Symposium: Energy Substrates in Clinical Nutrition (lecturer) Early versus late supplemental parenteral nutrition in ICU patients
10. Berger MM., 20.11.14 Yverdon, Symposium Fresenius: Oncologie quoi de Neuf? Lecturer: Le jeune en oncologie
11. Berger MM., 28-29.11.14 Nice, Cours européen d'enseignement d'anesthésie réanimation Nutrition en réanimation et en périopératoire Prise en charge initiale des brûlés
12. Berger MM., 17.12.14 Montana, Quadrimed: Nutrition hospitalière — une prise en charge multidisciplinaire

Nutrition

1. Berger MM, 23.01.14 Paris, DIU Nutrition – Prof Goulet – Hôpital Necker: Besoins et apports en Eléments traces et Vitamines en nutrition clinique.
2. Berger MM, 24.01.14, Physiol Unil, Nutrition Clinique – Calorimétrie indirecte: lecturer: Applications de la calorimétrie indirecte aux soins intensifs,

Oncologie

1. 50^e congress ASCO – 30 mai -3 Juin 2014, Chicago : Rochlitz C, von Moos R, Bigler M, Zaman K, Anchisi S, Küng M, Na KJ, Bärtschi D, Borner M, Rordorf T, Rauch D, Müller A, Vetter M, Bernhard J, Trojan A, Hasler-Strub U, Winterhalder R. Safety and tolerability of bevacizumab plus paclitaxel vs. bevacizumab plus metronomic cyclophosphamide and capecitabine as first-line therapy in patients with HER2-negative metastatic or locally recurrent breast cancer. A multicenter, randomized phase III trial. SAKK 24/09:
2. Interdisziplinäre Fortbildungsplattform Onko.Geriatrie, 22 November 2014 Zürich-Oerlikon. Anchisi S. Polypharmazie.

Orthopédie – Traumatologie

1. 24 meeting of American Association of hip and knee surgeons AAHKS in Dallas 5.-8.11.2014. Ottersbach A. Présentation des in Zusammenarbeit mit der Firma Condor, DE in Brig entwickelten Rotex-tables auf dem Stand von Schaerer US
2. Process optimized minimally invasive total hip replacement : current state and future directions Ottersbach A, Ferschl J, Pankert K, Cremer C. Posterbeitrag Jubiläumskongress „Orthopaedics – today and future“ 24./25.9.2014 Uni Basel

Pédiatrie & Chirurgie Pédiatrique

1. Brülhart D, Dubuis A, Tabin R, Khanh Huynh. Exposition des enfants à la fumée passive : une campagne innovante. 8^e congrès de la Société française de tabacologie, 6-7 NOV14, Paris
2. Talar dome fracture with ankle sprain, a rare but potentially debilitating lesion not to be missed. Kaseje N, Genin B, Produit S, Lutz N. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
3. Heroin intoxication of a 2-month old infant. Kolly S, Tabin R, Cheseaux JJ, Russo M, Donzé N, Llor J. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144
4. Cleft palate : isolated or syndromic? Colin-Benoît E, Bottani A, Marcoz JP, Llor J, Cheseaux JJ, Tabin R. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.

5. Fever in children unvaccinated don't forget epiglottitis. Richard A, Llor J, Cheseaux JJ, Favre JB, Russo M. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144
6. Peripheral facial paralysis in herpes infection. Regelin N, Cheseaux JJ, Tabin R, Russo M, Llor J, Marcoz JP. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
7. Painful Neuropathy in pediatric Lyme disease – causality or coincidence? Pfeifer U, Russo M, Roulet Perez E, Cheseaux JJ, Llor J, Tabin R, Marcoz JP. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
8. Chronic Inflammatory Demyelinating polyradiculoneuropathy or Guillain Barré syndrome? Joyeux S, Llor J, Cheseaux JJ, Russo M, Tabin R, Poloni C, Marcoz JP : Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
9. Playing with a tissue pack. Vonnez JL, Cheseaux JJ, Marcoz JP, Tabin R, Berclaz R, Llor J. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
10. Nicotin Intoxication in an adolescent. Hensen M, Llor J, Cheseaux JJ, Russo M, Marcoz JP, Tabin R. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
11. A case of familial primary congenital glaucoma. Joyeux S, Boldea R, Bottani A, Llor J, Cheseaux JJ, Tabin R. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
12. Facial trauma : don't forget nasal septal hematoma. Plati C, Bouayed S, Cheseaux JJ, Llor J, Russo M, Tabin R. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.

Pharmacie

1. Sibailly G, von Gunten V, Petignat P.A, Beney J. Pharmaceutical medication history : feasibility and impact on medication reconciliation documents at discharge. Communication orale et poster présenté lors de l'European Society of Clinical Pharmacy -International Workshop on the Safe transition of pharmacotherapy, Palerme 2014
2. Bochatay L, Beney J, Jordan-von Gunten V, Petignat PA, Roulet L. Drug use evaluation of conventional versus new oral anticoagulants at discharge from a department of internal medicine. 43rd ESCP Symposium "Patient Safety - Bridging the Gaps", Copenhagen 2014

3. Berthaut V, Folch C, Roulet L, Beney J. Propositions de stratégies pour améliorer la sécurité d'utilisation des insulines en milieu hospitalier. 2^e congrès suisse des pharmaciens, Interlaken 2014
4. Corbel A, Baud D, Beney J, Lepigeon K, Chaouch A, Losguardi D, Rabu M, Scherer A, Csajka, Panchaud A. Développement et validation d'un outil d'anamnèse médicamenteuse adapté aux patientes d'obstétrique. 2^e congrès suisse des pharmaciens, Interlaken 2014

Radiologie

1. San Millán D: The role of the venous system in neurological disorders. ANIC course, Barcelona, Spain, 6 décembre 2014
2. San Millán D: The role of the venous system and chronic venous hypertension in neurological disorders VPH-Dare meeting, Venise, Lido Italie, 20-21 mars 2014
3. San Millán D: The role of the venous system in neurological disorders. VPH-Dare microvascular – venous pathway meeting, Hirslanden Klinik Zurich, 14 janvier 2014

