

RAPPORT QUALITÉ

Hôpital du Valais

2022



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Filières patients

Filière STEMI: amélioration continue de la prise en charge de l'infarctus avec sus-décalage du segment ST

La filière STEMI revisitée a été mise en œuvre dès le 15 mai 2017. Depuis lors, 723 patients y ont été inclus.

Filière STEMI	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Volume de patients	90	130	127	131	125	120

Nous tirons le bilan général suivant de l'année 2022 :

- Grâce au point de contact unique (cadre des urgences de Sion) depuis l'extérieur et de l'alarme STEMI interne, l'arrivée du patient est anticipée et sa prise en charge se fait de manière plus fluide qu'auparavant tant du côté médico-soignant qu'administratif.
- La communication et la coordination interne entre le personnel des urgences, de salle de cathétérisme et de cardiologie s'est grandement améliorée depuis 2017 et permet une prise en charge plus sécurisée du patient.
- L'amélioration continue de la filière STEMI s'est poursuivie grâce au partage facilité des remarques et préoccupations des différents services impliqués dans la filière de prise en charge et au suivi des incidents relatifs à celle-ci communiqués par les parties prenantes.

La mesure suivante a notamment été planifiée pour début 2023: nomination d'une personne en charge d'effectuer un ECG en salle d'attente des urgences en cas de doute concernant les symptômes.

- À la fin 2022, 94 % des patients (324) ayant répondu au questionnaire de satisfaction de puis 2017 se sont révélés très positifs concernant la prise en charge. La

note moyenne de l'impression générale est 4,66/5.

- Le tableau de bord interne de la filière STEMI accessible à toutes les parties prenantes est régulièrement mis à jour permettant ainsi de monitorer la filière de près grâce au suivi de différents indicateurs dont les délais de prise en charge (durées).

Après analyse des délais en question, il apparaît que :

- a. La moyenne et la médiane du délai « Door to Balloon » (cf tableau 2) a légèrement augmenté par rapport à 2020 et 2021. Cela s'explique par :
 - le délai rallongé du « passage aux urgences » (cf tableau 1) de plusieurs patients arrivés par leurs propres moyens, voir point b.
 - la complexité de certains cas pris en charge (environ 10 % des cas)
- b. Les patients arrivés par leurs propres moyens représentent environ 20 % du total des patients. Quelques-uns de ces patients (4) étaient atteints de symptômes atypiques et ont d'abord été triés en catégories d'urgence secondaire avant qu'un infarctus ne leur soit diagnostiqué ensuite grâce à un ECG. Il est important de préciser que les patients en question ont tous pu être traités avec succès en salle de cathétérisme sans que

leur état de santé ne s'en trouve impacté.

- c. La durée de séjour (cf tableau 4) est restée stable tant en médiane qu'en moyenne.

Voici l'évolution des médianes et moyennes des délais clés ainsi que de la durée de séjour entre 2020 et 2022 (la récolte et l'analyse des données relatives aux délais s'effectuent depuis le 26.02.2018) :

1. Passage aux urgences – Patients arrivés par leurs propres moyens

Moyenne					Médiane				
Provenance	2020	2021	2022	Toutes les années	Provenance	2020	2021	2022	Toutes les années
Patients arrivés par eux-mêmes	00:42:15	00:37:38	00:42:05	00:40:43	Patients arrivés par eux-mêmes	00:32:30	00:37:30	00:37:00	00:36:00

2. Door to Balloon – Tous les patients

Moyenne					Médiane				
Provenance	2020	2021	2022	Toutes les années	Provenance	2020	2021	2022	Toutes les années
Tous les patients	00:34:16	00:35:30	00:37:39	00:35:46	Tous les patients	00:31:00	00:31:00	00:33:30	00:31:30

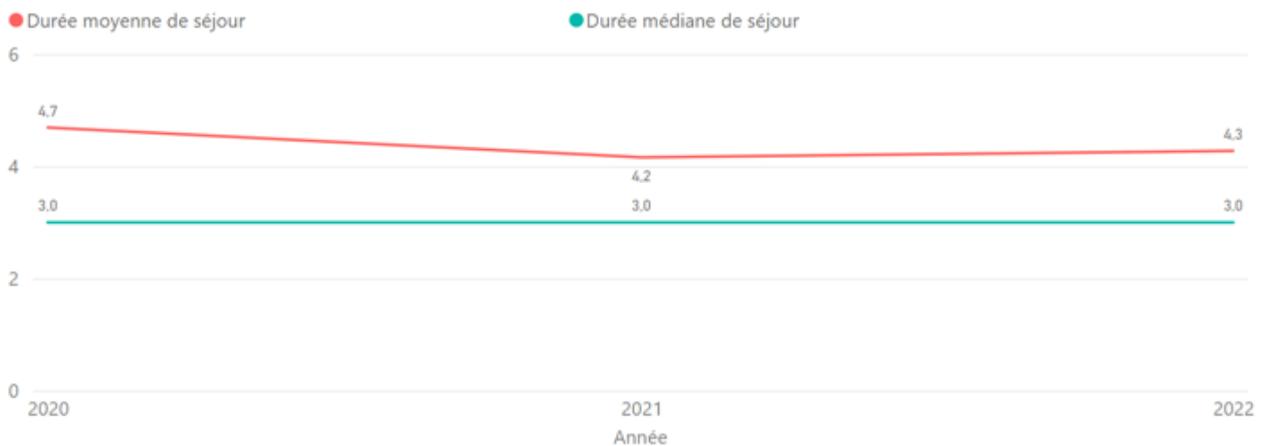
3. System delay – Patients pris en charges par les secours 144

Moyenne					Médiane				
Provenance	2020	2021	2022	Toutes les années	Provenance	2020	2021	2022	Toutes les années
Patients du 144	01:33:04	01:31:27	01:37:54	01:34:01	Patients du 144	01:29:00	01:31:00	01:36:00	01:31:00
Tous les patients	01:33:04	01:31:27	01:37:54	01:34:01	Tous les patients	01:29:00	01:31:00	01:36:00	01:31:00



4. Durée de séjour

Durée moyenne et médiane de séjour par Année (jours)



Filière insuffisance cardiaque: nouvelle filière de prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque (IC) est une pathologie largement répandue et qui entraîne plus de 400 hospitalisations en Valais chaque année. Une prise en charge coordonnée entre les différents acteurs de santé (généralistes, cardiologues, soignants) ainsi qu'un suivi rapproché dès la sortie de l'hôpital est indispensable afin d'améliorer le pronostic et d'éviter une réhospitalisation précoce lors d'un épisode de décompensation cardiaque. Le projet « Éducation thérapeutique et filière d'insuffisance cardiaque » répond à un besoin grandissant face à cette pathologie chronique en relation avec le vieillissement de la population.

Dans ce cadre, le CHVR propose depuis le 12 avril 2021 une prise en charge hospitalière transversale notamment entre les services des urgences, de la médecine et de la cardiologie. Une consultation médico-soignante ambulatoire d'une durée de 30 jours après la sortie de l'hôpital du patient se propose d'assurer une transition optimale vers le retour à domicile et le suivi par le généraliste et le

cardiologue installés.

Éducation thérapeutique et optimisation du traitement médicamenteux

Grâce au concours d'une équipe médico-soignante spécialisée en IC, l'accent est mis sur une éducation thérapeutique systématique impliquant le patient et son entourage, visant à promouvoir une meilleure connaissance de sa pathologie, une meilleure autogestion de la maladie, une meilleure connaissance des symptômes d'alerte et une meilleure compréhension du traitement médicamenteux. Un cours spécifique sur l'IC ainsi qu'une formation dispensée par une diététicienne sont également proposés aux malades.

Le volet médical de la consultation ambulatoire permet un suivi clinique du patient, de ses résultats d'analyses, d'optimiser son traitement médicamenteux et également de prévoir d'autres investigations ou prises en charge si besoin.

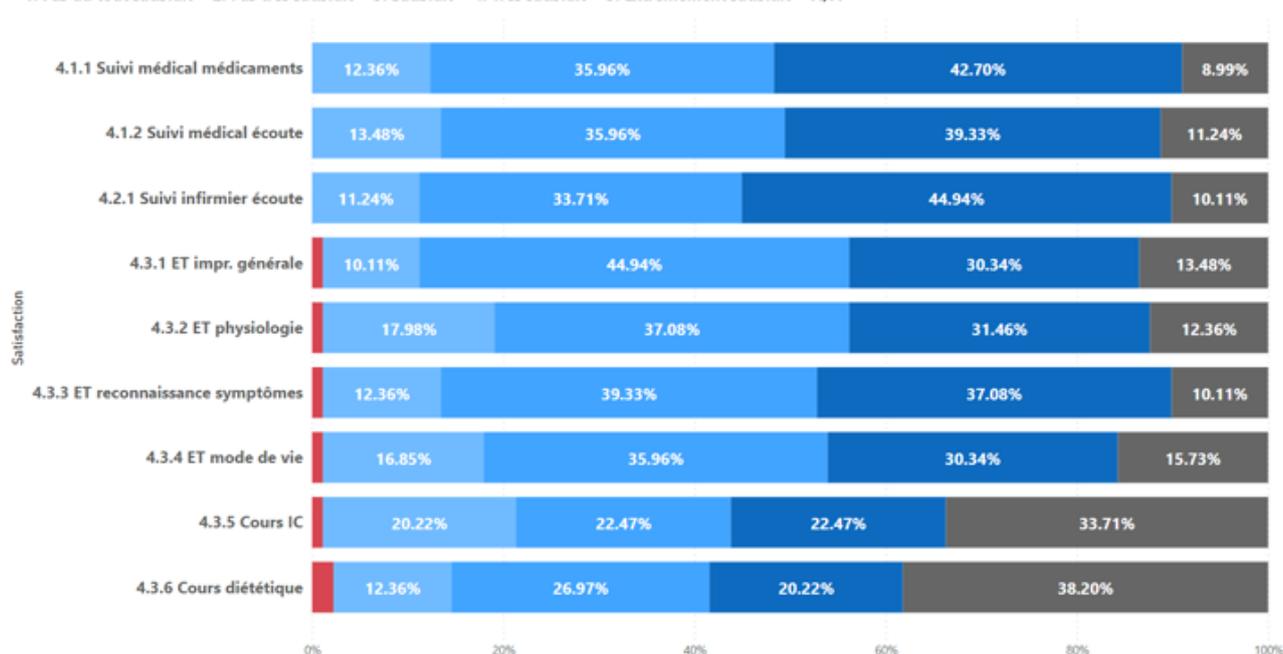
Entre le 12 avril 2021 et fin 2022, 225 patients ont au minimum bénéficié d'un entretien d'éducation thérapeutique en chambre, dont 175 ont été intégrés dans le suivi ambulatoire ; cela représente 78 % des patients identifiés.

Premiers résultats

Questionnaire de satisfaction (89 patients) : premiers résultats très positifs

Satisfaction: répartition des réponses en %

● 1. Pas du tout satisfait ● 2. Pas très satisfait ● 3. Satisfait ● 4. Très satisfait ● 5. Extrêmement satisfait ● N/A



(ET = éducation thérapeutique)

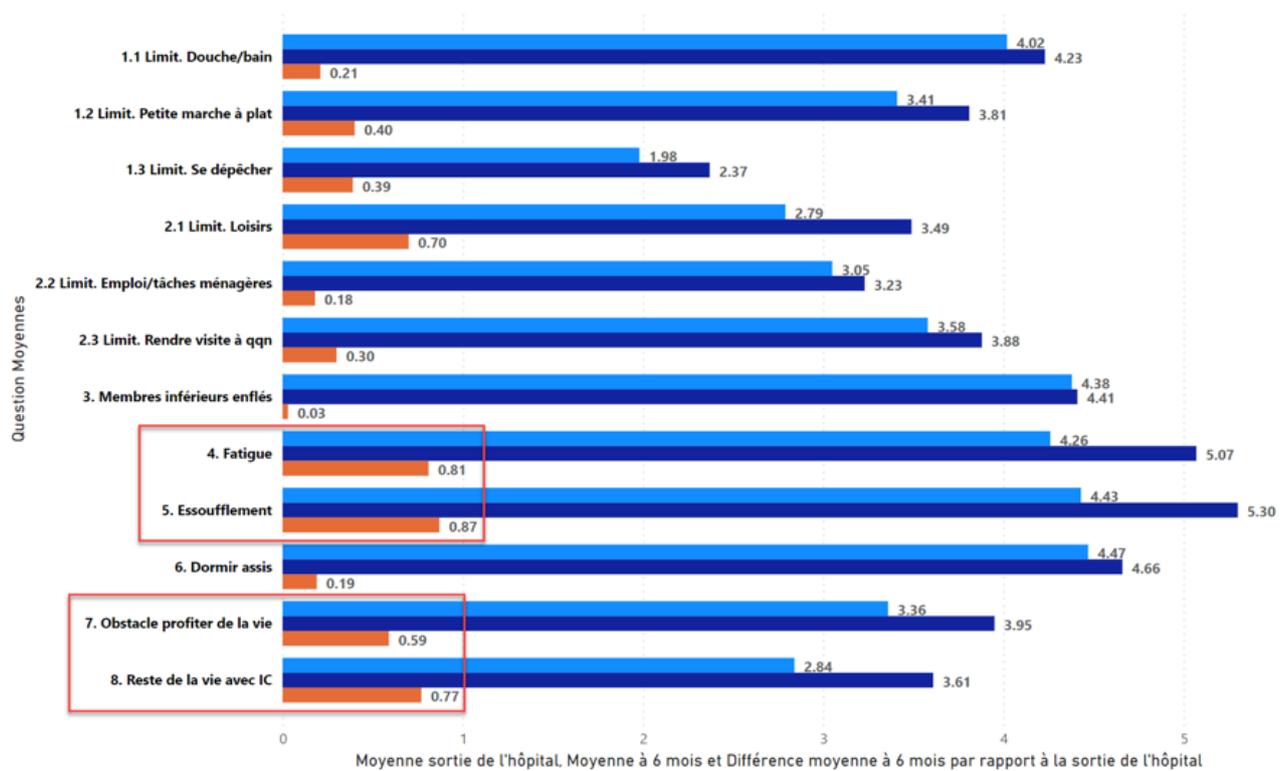
L'impact sur les patients en termes de qualité de vie semble également très positif (2 questionnaires identiques sont proposés au patient respectivement à la sortie de l'hôpital et 6 mois après ainsi qu'un entretien téléphonique individuel 3 mois après le suivi qui est effectué par notre partenaire de projet l'Association « Savoir Patient »).

Questionnaire sur la qualité de vie à la sortie de l'hôpital et 6 mois après (44 patients)

Entre les 2 questionnaires, la majorité de patients ont constaté une amélioration de leur qualité de vie avec un bénéfice particulièrement marqué concernant la fatigue, l'essoufflement et les sentiments vis-à-vis de la maladie.

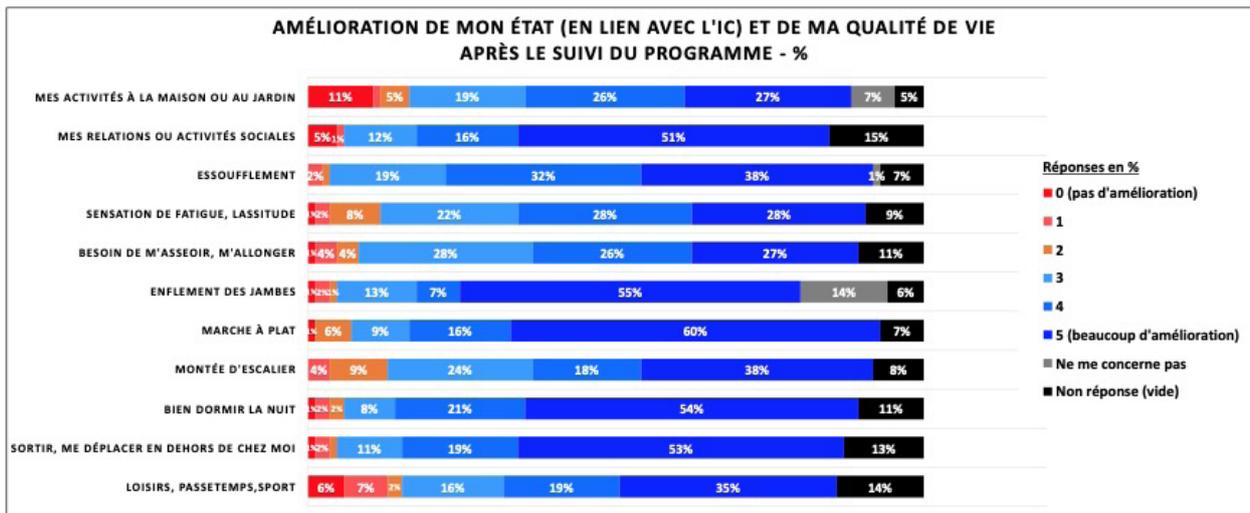
Qualité de vie: moyenne des réponses à 6 mois par rapport à la sortie de l'hôpital

● Moyenne sortie de l'hôpital ● Moyenne à 6 mois ● Différence moyenne à 6 mois par rapport à la sortie de l'hôpital



Entretien individuel par l'Association « Savoir Patient » 3 mois après (85 patients)

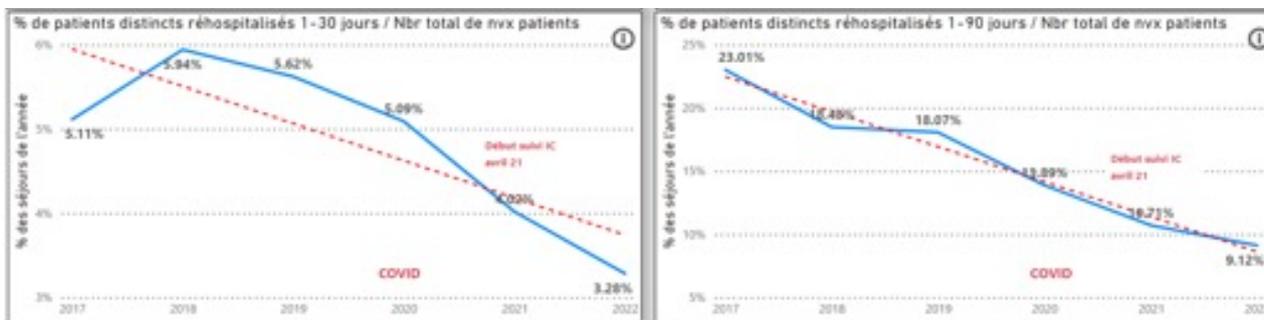
On constate une amélioration de tous les critères de qualité de vie chez plus de 80 % des patients de la filière.



Réhospitalisations à 30 jours et à 90 jours

Enfin, comme relevé à de nombreuses reprises dans la littérature², la tendance des réhospitalisations à 30 jours et à 90 jours des patients avec diagnostic principal d'insuffisance cardiaque est à la baisse depuis l'introduction du suivi ambulatoire qui comprend l'éducation thérapeutique et l'adaptation du traitement.

Il est à noter qu'il est probable que le COVID ait impacté fortement les statistiques de l'année 2020 (baisse générale des hospitalisations). En effet, on peut remarquer que la tendance des réhospitalisations (voir graphiques du bas) en 2019 était plutôt à la stabilité par rapport à 2018 puis qu'une baisse a eu lieu en 2020. Dès lors, l'année de référence avec laquelle comparer l'évolution des réhospitalisations devrait plutôt être 2019 au lieu de 2020.



²Donaho K et al, Protocol-Driven Allied Health Post-Discharge Transition Clinic to.. 2015

Hernandez AF et al, Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission.. 2010

McAlister FA et al, Impact of physician continuity on death or urgent readmission.. 2013

Nyweide DJ et al, Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. 2013

Le projet est d'envergure cantonale avec l'implication du Centre hospitalier du Valais romand (CHVR) et du Spital Zentrum Oberwallis (SZO) et s'adapte aux réalités respectives de chaque centre.

Le SZO, quant à lui, a démarré sa phase pilote en octobre 2022 avec pour le moment une envergure limitée au stationnaire (entretien d'éducation thérapeutique proposé durant le séjour hospitalier).

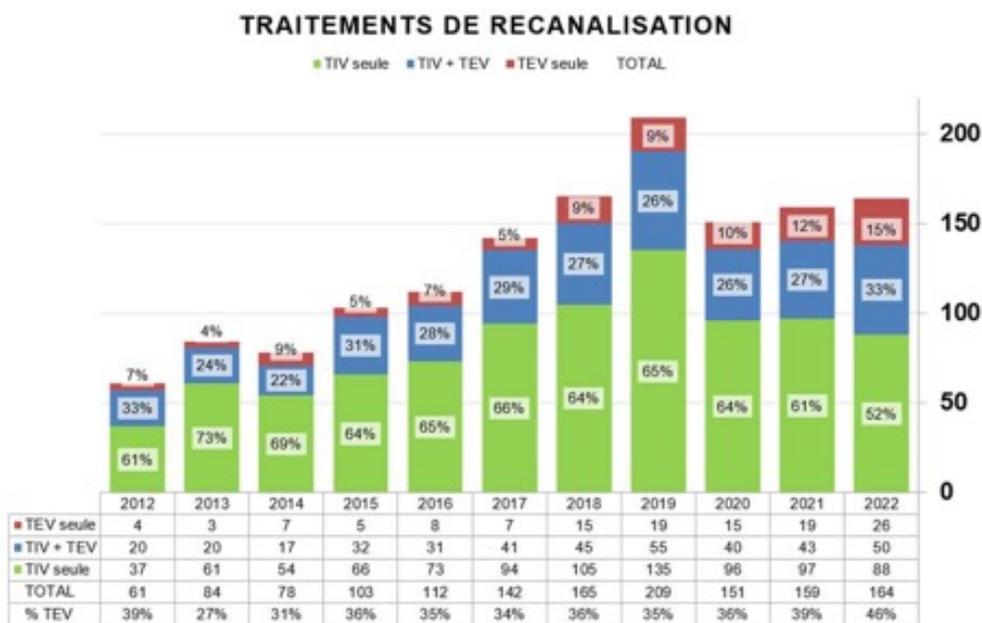
Le projet est mené en collaboration avec le Soutien de projets « Prévention dans le domaine des soins » de Promotion Santé Suisse et a bénéficié à cet égard d'un financement de 200 000 CHF.



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Filière AVC: amélioration continue de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral

Depuis 10 ans, l'Unité cérébrovasculaire de l'HVS s'est largement développée et accueille aujourd'hui à Sion plus de 500 AVC chaque année. Plus de 150 bénéficient d'une recanalisation aiguë, chiffre qui a plus que doublé depuis l'ouverture de l'unité. Parmi les nouveautés, on mentionnera une équipe d'assistance linguistique très appréciée des patients et familles haut-valaisannes, l'acquisition d'un nouveau CT et d'une IRM ultra-performants et la création de 6 nouveaux lits monitorés.



TIV: thrombolyse intraveineuse

TEV: thrombectomie endovasculaire dans un Stroke Center (CHUV, Inselspital, HUG)

En début d'année 2020, un nouveau protocole de prise en charge cantonal de la filière AVC a été mis en place. Ce protocole se veut rapide, efficace et basé sur les dernières preuves scientifiques pour améliorer le pronostic des patients atteints d'un AVC. Il comprend des étapes claires pour l'identification précoce des symptômes, une intervention rapide et des directives pour la réadaptation

et les soins de suivi.

Depuis lors, 1660 patients y ont été inclus.

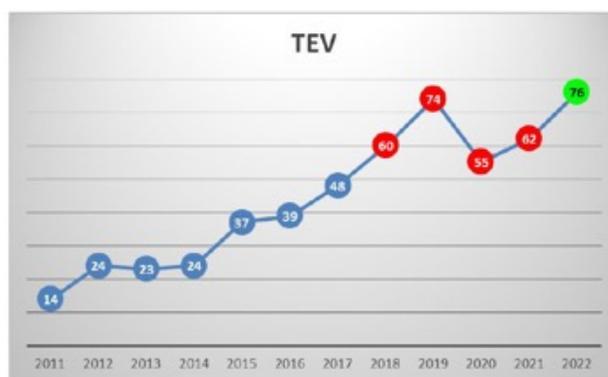
Filière AVC	2020	2021	2022
Volume de patients	566	574	520

Nous tirons le bilan général suivant de l'année 2022 :

- Le numéro de conférence téléphonique unique permettant aux services de premiers secours de se mettre directement en relation avec les urgences et avec le neurologue de garde de Sion, ainsi que l'alarme AVC interne permettent d'anticiper l'arrivée des patients et d'améliorer le flux ainsi que la prise en charge, tant du point de vue médico-soignant qu'administratif.
- La communication et la coordination interne entre le personnel des urgences, de radiologie et neurologie s'est grandement améliorée depuis début 2020 et permet une prise en charge plus sécurisée du patient.
- La filière de prise en charge de l'AVC a continué de s'améliorer grâce à la facilité de partage des remarques et préoccupations des différents services impliqués et à la surveillance des incidents signalés par les parties prenantes.

Une formation régulière pour les urgentistes et radiologues a été mise en place pour la prise en charge des AVC aigus afin de maintenir leur expertise en la matière, d'améliorer la coordination avec les autres professionnels impliqués dans la chaîne de traitement et de garantir une prise en charge efficace et cohérente, ce qui est crucial pour la récupération des patients et la réduction des séquelles à long terme.

Dans les années à venir, l'objectif serait de mettre en place à Sion un centre de neuroradiologie interventionnelle pour les AVC aigus, compte tenu du volume de patients devant bénéficier de ce type de prestations et des indications en faveur de celles-ci qui ne cessent d'augmenter dans la littérature.



- Augmentation significative des cas TEV au cours du temps
- 5 années consécutives > 50 cas/an
- 2022: meilleure année avec 76 cas
-> Réflexion sur l'adaptation d'un Stroke Center en Valais

La création d'un tel centre permettrait de fournir des soins de qualité pour les patients atteints d'AVC en utilisant les techniques les plus avancées de radiologie interventionnelle (thrombectomie³). Les avantages de la création de ce centre seraient nombreux, notamment une réduction du temps de traitement, essentielle pour l'amélioration du pronostic du patient.

Il est important de noter que cette création nécessite des investissements importants en termes de coûts, d'infrastructure et de formation du personnel médical pour l'hôpital. Il nécessite également d'assurer une coordination efficace entre les différents professionnels impliqués dans le traitement des patients atteints d'AVC. La contrepartie bénéfique de cet investissement se traduit par une augmentation de l'expertise dans un domaine en plein essor ayant des répercussions positives sur de nombreux services associés (cardiologie, chirurgie vasculaire, radiologie, soins intensifs et neurochirurgie).

³ La thrombectomie est une intervention médicale qui consiste à retirer un caillot de sang d'un vaisseau sanguin. La thrombectomie est généralement réalisée en utilisant une technique de radiologie interventionnelle qui implique l'insertion d'un cathéter à travers une artère périphérique jusqu'au site du caillot, puis le retrait du caillot à l'aide d'un dispositif spécialisé.

Filière ACR: amélioration continue de la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire

L'amélioration de la filière ACR dans son ensemble passe par :

- La sensibilisation et la formation du grand public: il est important de sensibiliser la population à l'importance de l'ACR et de la formation aux gestes qui sauvent.

A cet égard, un effort important a été mené par le Canton depuis 2018 par l'adoption d'un concept de prise en charge des ACR soutenu notamment par l'Association Cœur Wallis. Celle-ci a été fondée pour promouvoir la prise en charge rapide des arrêts cardio-respiratoires (ACR) en Valais grâce à la création d'un vaste réseau de premiers secouristes bénévoles (Public Responders) au sein de la population, capables de dispenser les premières mesures de réanimation et de défibrillations précoces, en attendant l'arrivée des secours professionnels et pour améliorer ainsi les chances de survie des personnes concernées. Cœur Wallis a également pour but de développer un réseau de défibrillateurs (AED) disponibles 24 h/24 h et répartis sur tout le territoire cantonal. Les efforts afin d'étendre le réseau se poursuivent avec à ce jour 33 vies sauvées, 436 AED distribués et 2610 Public Responders inscrits.

- La formation du personnel de santé: la formation du personnel de santé est également essentielle pour améliorer la prise en charge de l'ACR. Les professionnels de la santé doivent être formés à la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et à l'utilisation des défibrillateurs externes automatisés (DEA). Les formations doivent être régulièrement actualisées pour s'assurer que les professionnels de la santé sont toujours à jour sur les dernières pratiques.

L'HVS propose des formations BLS/ALS à ses collaborateurs ainsi que des actualisations à intervalle régulier.

- La coordination des services d'urgence: les services de secours doivent travailler en étroite collaboration avec les hôpitaux pour faciliter le transfert des patients et la continuité des soins.

La collaboration entre service de secours et service des urgences de l'HVS est fluide. Les patients arrivant à l'hôpital sous réanimation cardio-pulmonaire (RCP) sont transmis à l'équipe des urgences qui poursuit la prise en charge: poursuite de la RCP puis, si indiqué, mise en route de la TTM⁴, de l'ECMO⁵ ou angioplastie coronaire.

- La recherche continue: la recherche continue est essentielle pour améliorer la prise en charge de l'ACR. Les chercheurs doivent continuer à explorer de nouvelles méthodes et technologies pour améliorer la survie des patients en arrêt cardio-respiratoire.

A cet effet, dès 2023, l'hôpital du Valais participera à la récolte de données du registre suisse des arrêts cardiaques extra-hospitaliers (SWISSRECA) sous la houlette de l'IAS (Interassociation de sauvetage). Via la récolte de nombreuses données sur chaque maillon de la chaîne de sauvetage, le but de ce registre de réanimation est de contribuer de manière significative à la compréhension du fonctionnement de l'ensemble du système, permettant ainsi d'apporter des mesures ciblées pour son optimisation.

Financement du canton

Les projets de filières de patients de l'HVS vont bénéficier d'un financement de la part du Canton du Valais à hauteur de 150 000 CHF par année en 2023 et 2024 afin de faciliter leur développement.

⁴Targeted temperature management ou en français contrôle ciblé de la température : il s'agit d'une technique de refroidissement thérapeutique utilisée pour traiter les patients après un arrêt cardiaque ou une lésion cérébrale anoxique. L'objectif principal de la TTM est de réduire les dommages cérébraux qui peuvent survenir après une lésion cérébrale anoxique en contrôlant la température corporelle du patient.

⁵L'ECMO implique l'utilisation d'une machine pour remplacer la fonction du cœur et des poumons en oxygénant le sang en dehors du corps et en le pompant de nouveau dans le corps du patient