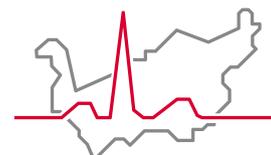


Rapport qualité

Hôpital du Valais (RSV)

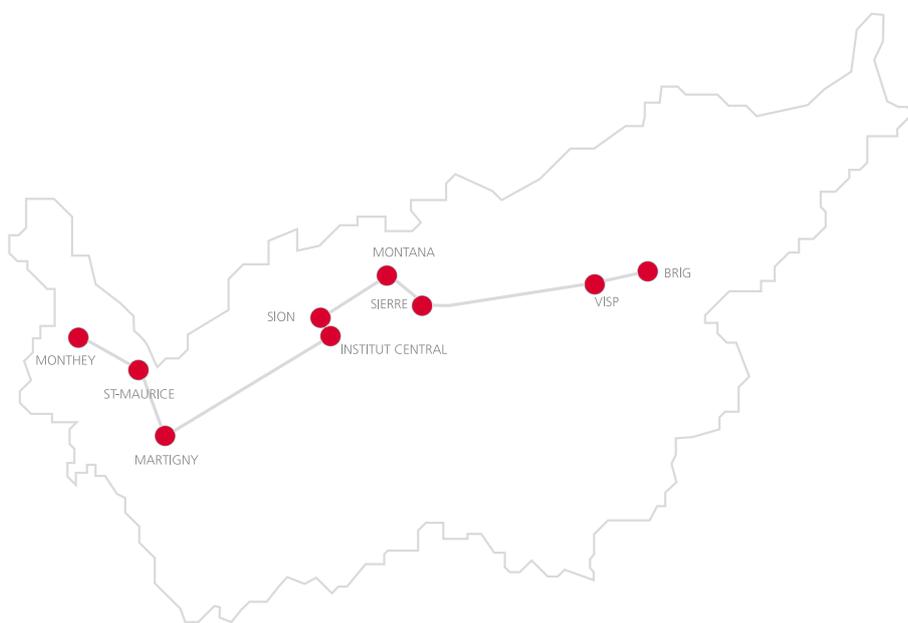
2012



Hôpital du Valais
Spital Wallis



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



Impressum

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

Graphisme: Eddy Pelfini Graphic Design, Sion.

Photos: Thomas Andenmatten, Joakim Faiss.

Impression: Valmedia AG, Viège.

Sion, août 2013.

Ont participé à l'élaboration de ce rapport:

Léonard Allégroz, Frank Bally, Svetlana Banjanac, Mario Desmedt, Joakim Faiss,
Nicolas Troillet, Peter Urben, Suzanne Vuille

04	1. Introduction
06	2. Indicateurs relatifs à l'activité
14	3. Indicateurs relatifs aux collaborateurs
20	4. Indicateurs qualité
56	5. Autres indicateurs
66	6. Formations et conventions
72	7. Accréditations, certifications, labels
74	8. Programme de développement des pratiques médico-soignantes de l'Hôpital du Valais
75	9. Conclusion et perspectives
76	10. Publications scientifiques effectuées par des collaborateurs de l'HVS en 2012

1. INTRODUCTION

La mission première de l'Hôpital du Valais est de répondre aux besoins des patients en leur prodiguant des soins de qualité, adaptés à leur état et garantissant au mieux leur sécurité.

L'Hôpital du Valais réunit et coordonne les compétences de professionnels de la santé en vue de répondre aux besoins sanitaires des patients dans le canton. Il dispose d'une charte qui exprime les valeurs sur lesquelles se fonde cette démarche commune. Cette dernière oriente l'ensemble des actions, des comportements et des moyens déployés pour permettre aux soignants de soigner.

Comment refléter toute l'humanité des actes de nos professionnels de santé dans un rapport qualité? Un document qui, par définition, contient chiffres et graphiques alors que le quotidien de nos professionnels est celui d'individus passionnés qui investissent les liens dynamiques entre la santé, l'environnement, le soin et la personne.

Les infections nososocomiales, le taux de prévalence des escarres, le top 10 de nos DRG, la durée moyenne de séjour en chirurgie, le temps de prise en charge aux urgences, le nombre de journées d'hospitalisations inappropriées, l'augmentation des journées d'hospitalisations en médecine, le nombre de plaintes reçues ou encore les consultations à l'espace d'écoute, tous ces indicateurs peuvent illustrer un aspect de la qualité des prestations assurées par l'Hôpital du Valais.

L'interprétation des indicateurs invite toutefois à la prudence. Un taux de mortalité pour une pathologie donnée, sans pondération des comorbidités ou sans intégration des éléments contextuels, permet-il réellement de classer une institution ou de qualifier le travail de l'ensemble de professionnels qui la constitue? L'on entend souvent «avec les statistiques on peut tout dire». Un indicateur peut être le fruit de nombreux biais et ruiner la légitimité des résultats obtenus. Il peut aussi – même biaisé – initier des réflexions et des concertations entre professionnels, induire une interrogation quant aux pratiques existantes.

L'Hôpital du Valais a adhéré en 2011 au contrat national en matière de qualité proposé par l'Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les Hôpitaux et Cliniques (ANQ - www.anq.ch). L'ANQ, propose et demande la réalisation d'un plan de mesures d'indicateurs permettant des comparaisons entre divers établissements de soins. En 2012, l'Hôpital du Valais a renforcé sa participation à ce programme dont les indicateurs et le plan de mesures structurent ce rapport.

«Rendre l'excellence visible» est souvent difficile pour les soignants. Le quotidien est régi par des guides de bonnes pratiques, des recommandations de sociétés ou organes professionnels de référence, des référentiels et des collectes de données imposées, des standards de soins actualisés, etc. Ces pratiques sont introduites, accompagnées et suivies. Ceci fait aussi partie de la «qualité».

Tout au long de l'année, le Service de communication met en lumière de nouvelles prestations ou des activités qui cherchent à impliquer le patient, à coordonner les interventions des différents professionnels, à intégrer de nouvelles technologies et savoirs. Magazine Contact (www.hopitalvs.ch/contact-mag), site internet (www.hopitalvs.ch) et rapport de gestion (www.hopitalvs.ch/rapports) témoignent également d'un grand dynamisme et le souci constant du bien-être de nos patients.

En 2012, nos collaborateurs ont encore élaboré la nouvelle stratégie «qualité» (lire le chapitre 8). Cette stratégie intitulée «programme de développement des pratiques médico-soignantes de l'Hôpital du Valais – une démarche pour la qualité des soins et la sécurité des patients en soutien de la mise en œuvre du concept d'établissement» a été validée par le Conseil d'administration.

Bonne lecture.

Mais encore...

Derrière chaque chiffre se cache une histoire. Ainsi, l'hôpital de Sion a enregistré **1656** naissances en 2012, soit **1656** fois une personne venue au monde. Ce sont aussi **18** naissances de jumeaux. A chaque fois un soignant a dû trouver les mots et gestes pour accompagner, rassurer et conseiller. Les collaborateurs des admissions ont aiguillé parents et proches et à chaque fois les mécanismes de protection des données se sont activés. On peut encore signaler les nombreuses fois que l'aide de salle d'accouchement a vérifié l'état des stocks de matériel, les **1648** joies d'un premier bain, les **800** échanges entre individus à la consultation en périnatalité, les **220** futures mamans en situation de vulnérabilité accompagnées par les sages-femmes spécialisées, les **1470** mamans parties en confiance et qui ont poursuivi l'allaitement maternel, les **270** futurs parents qui ont suivi des cours de préparation à la naissance (et **26** professionnelles qui se sont mobilisées pour donner les cours) et les **1250** surveillances de périurales. Le chiffre **1656** voile aussi **8** morts fœtales in-utéro (décès de nouveau-né).

2.1 Activité stationnaire et ambulatoire

Définition du stationnaire selon l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie:

Art. 3 Traitement hospitalier

Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi, les séjours:

- a. d'au moins 24 heures;
- b. de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit;
- c. à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital;
- d. dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital;
- e. en cas de décès.

Définition de l'ambulatoire selon l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie:

Art. 5 Traitement ambulatoire

Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49, al. 6, de la loi les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également réputés traitement ambulatoire.

Activités stationnaires

Activités		2011	2012	Différence (N)	Différence (%)
Médecine	Journées	100'066	107'669	7'603	7.6%
	Sorties	11'887	12'609	722	6.1%
	Durée moyenne de séjour (jours)	8.30	8.50	0.20	2.4%
Chirurgie	Journées	87'586	87'900	314	0.4%
	Sorties	12'488	12'920	432	3.5%
	Durée moyenne de séjour (jours)	7.05	6.82	-0.23	-3.3%
Gynécologie-Obstétrique	Journées	19'844	19'930	86	0.4%
	Sorties	3'874	3'906	32	0.8%
	Durée moyenne de séjour (jours)	5.14	5.09	-0.04	-0.8%
Pédiatrie	Journées	20'395	19'889	-506	2.5%
	Sorties	4'421	4'421	0	0.0%
	Durée moyenne de séjour (jours)	4.55	4.42	-0.14	-3.0%
Oncologie	Journées	1'555	926	-629	-40.5%
	Sorties	332	263	-69	-20.8%
	Durée moyenne de séjour (jours)	5.56	4.65	-0.90	-16.3%
Gériatrie	Journées	77'050	81'195	4'145	5.4%
	Sorties	2'748	2'796	48	1.7%
	Durée moyenne de séjour (jours)	27.94	29.09	-1.15	4.1%
Psychiatrie	Journées	61'844	61'831	-13	0.0%
	Sorties	2'117	2'256	139	6.6%
	Durée moyenne de séjour (jours)	31.17	27.30	-3.86	-12.4%
Réadaptation	Journées	21'671	19'063	-2'608	-12.0%
	Sorties	1'223	1'013	-210	-17.2%
	Durée moyenne de séjour (jours)	17.57	18.84	1.27	7.2%

Activités ambulatoires

Activités		2011	2012	Différence (N)	Différence (%)
Somatique aigu	Visites ambulatoires	282'077	311'883	29'806	10.6%
Non somatique aigu	Visites ambulatoires	95'594	102'928	7'334	7.7%
ICHV (infectiologie, hématologie, immuno-allergologie, génétique, médecine légale)	Visites ambulatoires	10'785	12'914	2129	19.7%
Total		388'456	427'725	32'269	10.1%

Ces données diffèrent de celles utilisées pour la facturation. L'activité est en 2011 en APDRG version 6 et en 2012 en Swiss DRG version 1 non regroupée. Dans ce rapport, le Centre valaisan de pneumologie (CVP) a été intégré au total du CHCVs et de l'Hôpital du Valais. Journées maladies et durée moyenne de séjour (DMS) selon la définition SwissDRG. L'année 2011 a été retraitée selon cette nouvelle définition. Hôpital du Chablais non compris.

Commentaires

La tendance générale est à la diminution de la durée moyenne de séjour et à l'augmentation de journées d'hospitalisation et de l'activité ambulatoire. Cela signifie notamment une augmentation des entrées, de la charge administrative, une concentration de l'activité et des actes, une augmentation de l'intensité du travail et de l'échange des informations, une diminution des moments de récupération pour les patients et collaborateurs, etc.

À titre d'exemple, le virage ambulatoire est bien visible dans le domaine de l'oncologie où la durée moyenne de séjour et les journées d'hospitalisation étaient en forte diminution en 2012. L'activité ambulatoire en oncologie a augmenté quant à elle de 5%. Ce phénomène est également perceptible en psychiatrie, la durée moyenne de séjour régressant de 12.4% tandis que l'activité ambulatoire a connu une progression de 7.9%. C'est l'exemple type d'une évolution de nos structures et de la prise en charge. La création des Centres de compétences en psychiatrie et psychothérapie (CCPP) a initié un déplacement de l'activité hospitalière vers l'ambulatoire. Complémentaires à l'activité hospitalière, les CCPP ont quitté les murs de l'hôpital pour investir les villes de Sion, Sierre, Martigny et Monthey, et y offrir leurs compétences spécifiques.

Mais encore...

Aujourd'hui la croissance de l'activité signifie certes une reconnaissance par la population de la qualité de nos prestations. Mais elle implique aussi une pression importante sur nos infrastructures déjà limitées. De nombreuses recherches démontrent l'impact de l'infrastructure sur la qualité et la sécurité des prestations. En ce début d'année – et le phénomène se produit toujours plus souvent – 390 situations de suroccupation des chambres ont été dénombrées. Dans des chambres à un ou deux lits, il a fallu à plusieurs reprises placer deux, respectivement trois lits. Cela représente 390 situations délicates et inconfortables pour nos patients et nos collaborateurs.

Mais encore...

Le bloc opératoire constitue un autre bon exemple. Le programme électif — c'est-à-dire les interventions planifiées — se réalise le soir, la nuit et le weekend. Ceci témoigne d'une grande flexibilité des équipes, des chirurgiens, des instrumentistes, des aides du bloc opératoire, des membres de l'équipe d'anesthésie, etc. En outre, cette situation exige un grand travail d'organisation et d'ajustement de la part des cadres. Cette exploitation de l'infrastructure inadaptée aux volumes de travail réalisés est une source d'insatisfaction pour les patients et les collaborateurs. L'ajustement et la construction d'infrastructures adaptées deviennent une nécessité absolue et d'une urgence extrême.



2.2 Degré de gravité des cas

Introduction

Le degré de gravité moyen des pathologies prises en charge par un hôpital peut être évalué par l'indice de «case-mix» ou «case mix index» (CMI).

Cet indice est dérivé des DRG («diagnosis related groups») qui servent à la facturation des séjours hospitaliers en fonction de la lourdeur des cas. Plus un hôpital prend en charge des patients qui souffrent de pathologies lourdes, plus son CMI est élevé. Le CMI impacte directement la charge en soin dans les unités.

Case mix index moyen du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) et du Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO)

	CHVR		SZO	
	2011	2012	2011	2012
Nombre de sorties codées	21'520	22'255	10'873	10'986
Case mix index (CMI) facturé ¹	0.975	1.017	0.770	0.802

¹ Tous les cas ne sont pas codés au moment du bouclage (estimation + 0.2%).

Commentaires

En raison de l'introduction du nouveau système tarifaire SwissDRG au 1.1.2012, une comparaison avec les années précédentes n'est possible que de façon très limitée. Les données de sortie mentionnées concernent le nombre de dossiers facturés (total des sorties moins les regroupements de dossiers) conformément aux règles de SwissDRG. En 2012, le nombre de sorties avant les regroupements de dossiers était de 34'119 patients, soit 3,4% de plus que la valeur de l'année précédente (cf. chapitre 2.1).

Avec une valeur de 0,946, le Case mix index (CMI) des dossiers traités pour l'année 2012 excède les simulations effectuées au préalable. Une comparaison directe avec les valeurs des années précédentes est impossible en raison de la nouvelle structure tarifaire.

Mais encore...

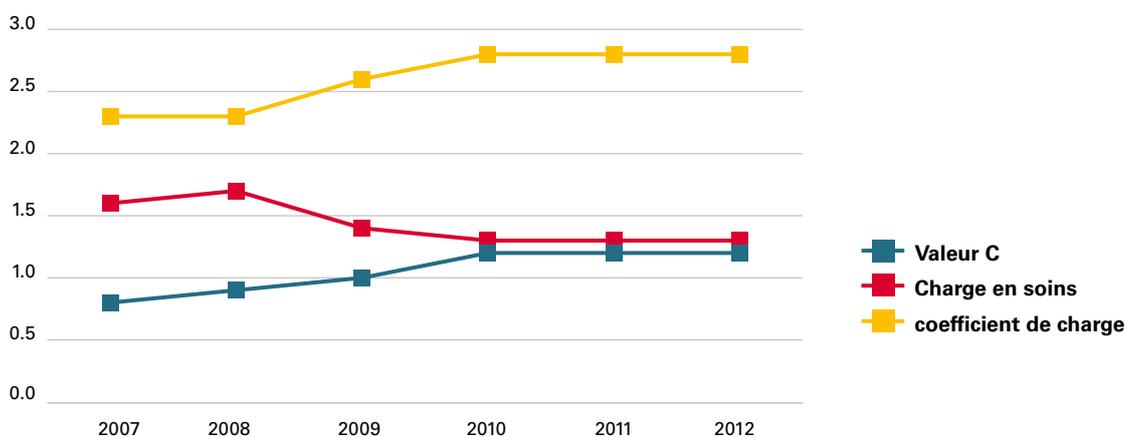
La charge en soin est directement liée à l'évolution de l'activité et la «lourdeur des cas».

Les activités de soin sont saisies dans le LEP, abréviation de l'allemand «Leistungserfassung und Prozessdokumentation im Gesundheitswesen», soit «saisie des prestations et documentation des processus dans le domaine de la santé».

Ce catalogue de prestations permet de distinguer les soins directs et les activités accessoires (valeur C dans le tableau ci-après). En croisant les informations saisies, des indications sont obtenues sur la charge en soins, l'adéquation de la dotation et l'organisation de l'unité de soin.

Résultats

Évolution annuelle des valeurs clés pour une unité de chirurgie, 2007-2012



Valeur C: travail accessoire (administratif)

Coefficient de charge: illustre l'adéquation de la charge de travail et dotation en personnel. L'adéquation se situe au niveau 1. En dessous de ce point, il s'agit d'une surdotation en personnel, en dessus, d'une sous-dotation.

Dans l'unité de chirurgie observée, on constate une sous-dotation en personnel. Bien que la charge en soins en heures par patient se stabilise, et que le travail d'organisation du service (diminution de la valeur C) ait porté ses fruits, il est constaté une forte tension entre activité et dotation en personnel présente. De plus, cette sous-dotation persiste dans le temps, ce qui est délétère pour la qualité des prestations et le bien-être des collaborateurs. L'augmentation de la charge en soins est un phénomène perceptible dans la majorité de nos unités de soins.

Mais encore...

Certaines typologies de prise en charge nécessitent une infrastructure et un dispositif de suivi extrêmement pointus. C'est typiquement le cas pour la prise en charge des blessés graves. L'Hôpital du Valais est l'un des douze «Trauma center» de Suisse, reconnu comme tel par la Conférence suisse de directrices et directeurs cantonaux de la Santé (CDS).

«Le pronostic des blessés graves dépend de façon cruciale de la rapidité de la prise en charge, de son caractère adapté à la pathologie présentée par le patient et axée sur ses priorités. L'évacuation rapide vers un centre de traumatologie, à savoir un hôpital disposant des moyens structurels et humains appropriés, est donc de toute première importance» (rapport CDS, 2010).

Cette reconnaissance impose un volume d'activité minimal. En d'autres termes une expérience et expertise mise à l'épreuve à haute fréquence. Concrètement cela implique, par année, un minimum de 250 patients nécessitant une prise en charge initiale dans une salle de déchocage et un nombre de polytraumatisés supérieur à 1'000 cas par année. L'infrastructure exigée comprend notamment des services d'urgences pluridisciplinaires, une équipe de traumatologie pouvant intervenir 24/24h, un service des soins intensifs reconnus par la société suisse de médecine intensive, un service de neurochirurgie, des TRM et des équipements radiologiques accessibles et disponibles 24/24h, une banque de sang avec capacité de transfusion massive disponible 24/24h.

Les exigences en termes de personnel sont également importantes. Il s'agit d'équipes soignantes au bénéfice d'une formation en soins d'urgence 24/24h dans le service, de même pour les spécialistes en chirurgie/orthopédie/médecine d'urgence, anesthésistes, entre autres.

Cette activité est strictement contrôlée par un registre national commun de traumatologie. Ce dernier relève notamment les intervalles entre l'entrée en salle de déchocage et la fin des examens d'imagerie médicale, la fin du diagnostic, l'établissement du plan thérapeutique, le passage du patient en salle d'opération, l'entrée aux soins intensifs, etc. Ensuite «l'outcome» à long terme (6 ou 12 mois) est recueilli en coopération avec les assureurs-accidents.

Ce dispositif impose enfin des réunions interdisciplinaires régulières dans le cadre d'un cercle qualité «polytraumatisés». Voici une activité courante pour notre institution régie par des normes, suivie et contrôlée. C'est aussi de la «qualité»

Les effectifs de l'Hôpital du Valais ont connu une progression entre 2011 et 2012 de l'ordre de 4%. Des secteurs ont été renforcés en raison notamment de l'augmentation de l'activité. En effet, entre 2011 et 2012, le nombre de journées malades a augmenté de 3% et le nombre de sorties «patients hospitalisés» de 3.4%. L'activité ambulatoire a également progressé en termes de consultation (+9.8%) et en termes d'activité des laboratoires (+8.3%).

Ces augmentations d'activité expliquent partiellement l'évolution des effectifs entre 2011 et 2012. A cela s'ajoute l'introduction des Swiss DRG au début 2012 justifiant l'augmentation du personnel administratif, principalement dans le service du codage. Par ailleurs, l'HVS a intégré l'équipe des ambulanciers de la société Alpha Rhône basée à Martigny (société mise en faillite au printemps 2012).

Evolution des effectifs par catégorie professionnelle

Professions	EPT 2011	EPT 2012	Ecart 2011/2012
Médecins et médecins honoraires	432	458	6%
Personnel soignant	1'465	1'519	4%
Personnel médico-technique	334	340	2%
Personnel médico-thérapeutique	118	125	6%
Services sociaux	15	15	2%
Personnel de maison et de cuisine	494	499	1%
Services logistiques et techniques	70	75	7%
Personnel administratif	494	528	7%
Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques par des tiers	7	3	-53%
Somme	3'429	3'562	4%

Les chiffres sont arrondis à l'unité supérieure. Les services sociaux présentent en réalité une progression des EPT de 1,79%, soit une progression de 15 EPT en 2011 à 15,27 EPT en 2012.

Les catégories professionnelles se basent sur la classification définie par l'office fédéral de la statistique comme suit:

- personnel soignant: infirmiers-ères, assistants-es en soins et santé communautaire, aide-soignants-es;
- personnel médico-technique: techniciens-nes en radiologie, laborantins-es, techniciens-nes en salle d'opération;
- personnel médico-thérapeutique: physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens-nes;
- personnel administratif: personnel administratif et personnel d'encadrement de l'Hôpital (inclus les cadres soignants).

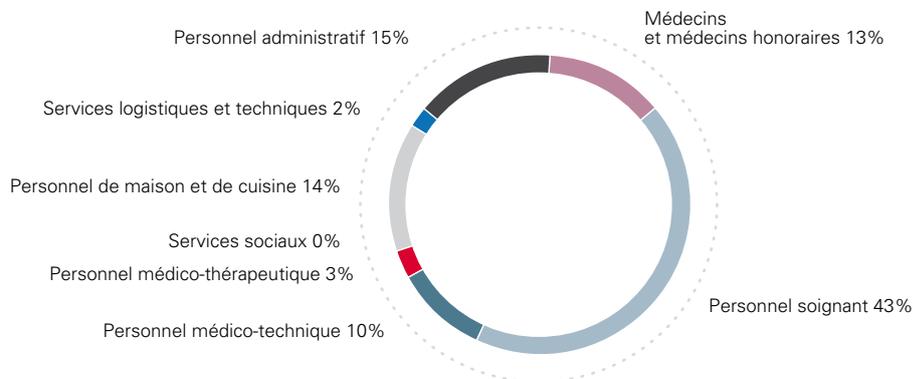


Catégories professionnelles de l'Hôpital du Valais

La proportion cumulée du personnel médico-soignant incluant les soignants, le personnel médical, le personnel médico-technique et le personnel médico thérapeutique

s'élève à 70% et à 30% pour le personnel administratif, hôtelier, logistique et technique.

Répartition des catégories professionnelles (EPT 2012)



Taux de rotation

Le taux de rotation permet de mesurer la mobilité du personnel. L'Hôpital du Valais enregistre un taux de rotation de 7.07% en 2012. 338 personnes ont quitté leur emploi en 2012 dont un quart des départs sont dus à l'atteinte de l'âge légal de la retraite ou à la prise de la préretraite. Durant les 5 prochaines années, 295 personnes atteindront l'âge légal de la retraite, parmi elles 42 médecins et 102 soignants.

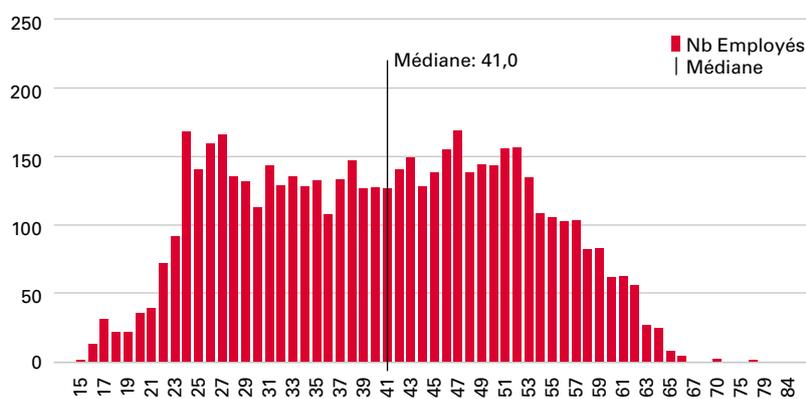
Taux de rotation des collaborateurs de l'HVS,
par catégorie professionnelle, 2011 - 2012

Catégorie professionnelle	Taux de rotation 2011	Taux de rotation 2012
Médecins (inclus médecins honoraires)	7.74%	9.47%
Personnel soignant	6.29%	7.95%
Personnel médico-technique	4.66%	3.49%
Personnel médico-thérapeutique	13.73%	9.74%
Services sociaux	11.63%	12.20%
Personnel de maison et de cuisine	5.01%	4.89%
Services logistiques et techniques	4.13%	4.60%
Personnel administratif	6.61%	6.50%
Total	6.38%	7.07%

La démographie

L'âge médian des collaborateurs de l'Hôpital du Valais s'élève à 41 ans. La moyenne d'âge a baissé entre 2011 et 2012 de 2 ½ ans. Elle s'élève à 40.52 ans en 2012.

Distribution des collaborateurs de l'HVS selon leur âge



La moyenne d'âge des collaborateurs par catégories professionnelles montrent un rajeunissement des équipes au niveau des médecins et du personnel administratif.

Moyenne d'âge des collaborateurs de l'HVS par catégorie professionnelle, 2011 - 2012

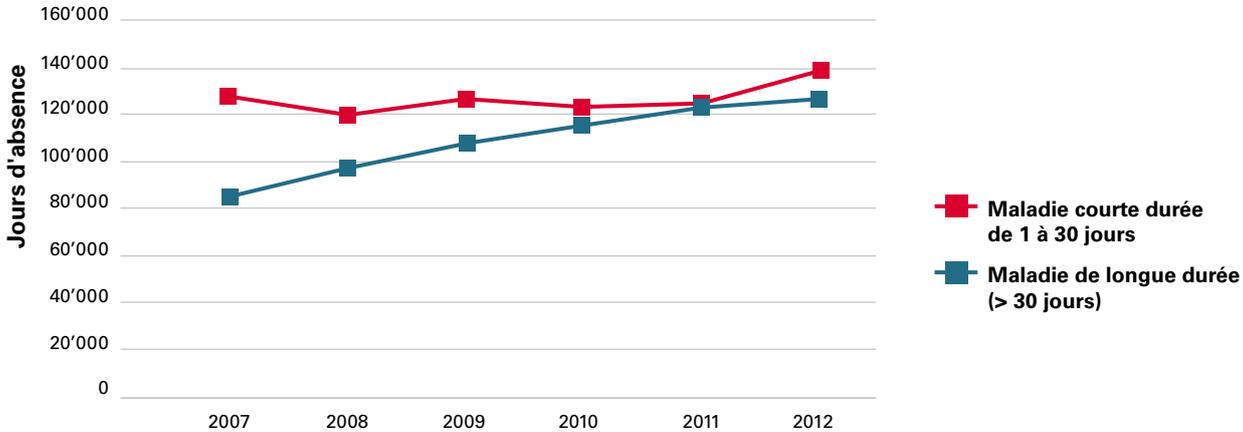
Catégorie professionnelle	2011	2012
Médecins	48.18	39.52
Personnel soignant	41.43	40.35
Personnel médico-technique	41.97	40.07
Personnel médico-thérapeutique	39.34	38.36
Services sociaux	53.74	51.40
Personnel de maison et de cuisine	46.08	46.05
Services logistiques et techniques	40.37	44.02
Personnel administratif	44.02	37.96
Total	42.99	40.52

Les absences maladies et accidents

Le taux d'absence maladies et accidents s'élève à 4.25% en 2012. Le tableau ci-après montre l'évolution des maladies de courte et de longue durée.

Un travail sur la gestion des absences maladie de courte et de longue durée se poursuit, notamment avec le soutien des responsables d'équipes et du service de la médecine du travail, en collaboration avec l'office AI et les assureurs.

Evolution des journées d'absence des collaborateurs de l'HVS, 2007 - 2012



3.1 Conclusion

Il n'est pas toujours aisé de concilier d'une part les contraintes en termes d'activité et de finances, prescrites par nos partenaires et, d'autre part, les besoins en soins toujours grandissant de la population. Cet équilibre passe aussi par une allocation des ressources ciblée, privilégiant l'activité médico-soignante dans un but de maintien de la

qualité des soins offerte au patient. La direction de l'HVS se mobilise pour que dans ses réflexions, la devise de l'hôpital, «l'être humain au centre», soit vécue au quotidien par les patients et les collaborateurs.



4. INDICATEURS QUALITÉ

4.1 ANQ

Introduction

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 CIQ et l'Association inter cantonale 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'Association Nationale pour le Développement de la Qualité dans les Hôpitaux et Cliniques (ANQ).

Pour 2012, l'HVS a participé au plan de mesures proposé pour les soins aigus et la psychiatrie. Le plan de mesures ANQ pour la réadaptation étant mise en œuvre en 2013.

Plan de mesures d'indicateurs ANQ

Mesures ANQ - soins aigus	Mesures ANQ - Psychiatrie	Mesures ANQ - Réadaptation
Satisfaction patients	Satisfaction des patients	Satisfaction des patients
Taux de réhospitalisations	Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) (évaluation tiers)	International Classification of Functioning (ICF)
Taux de réopérations	Brief Symptom Checklist (BSCL) (auto-évaluation)	Functional Independence Measurement (FIM), Indice de Barthel étendu (EBI) (n)
Infections post-opératoires	Mesures de contrainte	Health Assessment Questionnaire (HAQ) (m)
Prévalence escarres	Health of the Nation Outcomes Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) (pédopsychiatrie)	Test de marche 6 minutes
Prévalence chutes		Bicyclette ergométrie
Implants SIRIS		Mac new Heart
		Chronic Respiratory (CRQ)
		Feeling thermomètre

4.2 Satisfaction des patients

4.2.1 ANQ satisfaction des patients

Introduction

La satisfaction des patients, si elle ne reflète pas nécessairement la qualité objective des soins, constitue un outil essentiel d'évaluation et fait partie intégrante du plan de mesure national de l'ANQ qui a élaboré un questionnaire national limité à 5 questions primordiales. En 2011 et 2012, l'HVS a participé à l'enquête de satisfaction des patients, organisée par l'ANQ.

Cette étude a eu lieu du 1er au 30 novembre 2012. Elle consistait à envoyer un questionnaire standardisé à tous les patients de plus de 18 ans, domiciliés en Suisse et sortant d'un hôpital de soins aigus qui avait adhéré au contrat national qualité proposé par l'ANQ.

Les cinq questions suivantes étaient posées, auxquelles le patient pouvait attribuer une note entre 0 (mauvais) et 10 (excellent):

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 infirmier(ères), 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 2011-2012, ANQ

	CH		HVS	
	2011	2012	2011	2012
Retour à l'hôpital	9.17	9.18	8.91	8.95
Qualité du traitement	9.03	9.03	8.8	8.83
Médecin: réponses compréhensibles	9.09	9.09	8.82	8.97
Soins: réponses compréhensibles	8.99	9.00	8.77	8.9
Traitement avec respect	9.4	9.41	9.2	9.26

Résultats

Taux de réponse et caractéristiques démographiques des patients interrogés

	Brig		Martigny		Sierre		Sion		Viège		CH		HVS	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Age (valeur moyenne)	65.5	65.5	66.8	65.2	66.3	62.2	57.6	54.7	57	59.7	61.5	60	62.6	61.4
Age (écart type)	16.1	14.7	19	18.3	14.9	18	19.6	19.9	19.4	18.8	18.1	18.8	17.8	17.9
Femmes (nombre)	27	21	53	61	44	53	226	214	141	121	17743	18582	98.2	94
Homme (nombre)	38	36	55	69	81	80	165	171	112	109	15128	15075	90.2	93
Questionnaires envoyés (nombre)	133	115	284	275	322	323	893	896	545	471	67605	70605	2177	2080
Questionnaires renvoyés (nombre)	67	59	110	131	125	134	394	387	256	230	33300	34055	952	941
Taux de réponse en pourcentage	50.4	51.3	38.7	47.6	38.8	41.5	44.1	43.20	47	48.8	49.3	48.2	43.8	46.5

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

	Brig		Martigny		Sierre		Sion		Viège		CH		HVS	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Retour à l'hôpital	9.09	9.19	8.55	8.7	8.99	9.04	9.02	8.74	8.89	9.09	9.17	9.18	8.91	8.95
Qualité du traitement	9	8.98	8.64	8.8	9.02	8.89	8.93	8.64	8.8	8.85	9.03	9.03	8.88	8.83
Médecin: réponses compréhensibles	8.88	9.44	8.61	8.82	8.92	9.04	8.83	8.54	8.86	9	9.09	9.09	8.82	8.97
Soins : réponses compréhensibles	8.81	9.27	8.46	8.8	8.78	8.66	8.79	8.74	9.01	9.03	8.99	9	8.77	8.9
Traitement avec respect	9.1	9.27	8.95	9.2	9.36	9.2	9.27	9.1	9.32	9.51	9.4	9.41	9.2	9.26

Commentaires

Sous réserve d'un taux de réponse un peu bas (46.49% pour l'ensemble de l'HVS), 80 à 90% des patients donnent une appréciation entre 8 et 10 pour les 5 questions, ce qui constitue sans doute un bon résultat pour l'HVS, même s'il est légèrement inférieur à la moyenne des hôpitaux suisses. En regard de l'enquête de l'année 2011, les résultats de l'HVS ont évolué positivement.

4.2.2 Enquête de satisfaction des patients en physiothérapie et en ergothérapie ambulatoires

Introduction

En 2012, le projet pilote «Enquête des patients en physiothérapie et en ergothérapie ambulatoires» a été mené. Les objectifs étaient de mesurer la satisfaction des patients, d'identifier leurs besoins et de les prioriser, de mettre en place et suivre les mesures d'amélioration des prestations. Pour ce faire un questionnaire unique, bilingue et scientifiquement soutenu, a été utilisé.

Résultats

Les résultats sont exprimés par des indices d'insatisfaction. Les zones vertes indiquent des résultats nettement meilleurs que la moyenne suisse, les grises des résultats égaux ou légèrement meilleurs que les scores suisses. Les zones jaunes indiquent les scores légèrement moins bons que la moyenne nationale. Enfin, les zones bleues témoignent de scores moins bons que la moyenne suisse.

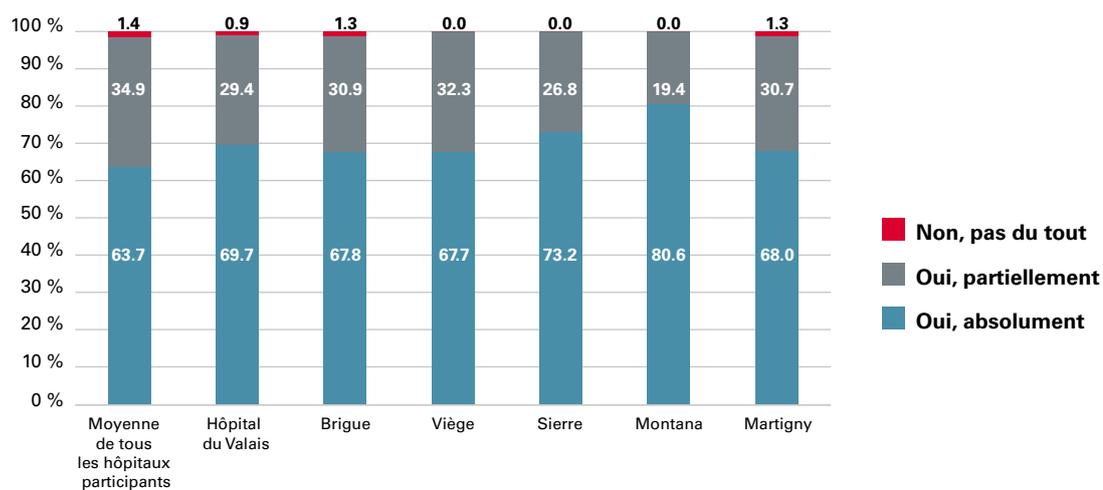
Site	Indice d'insatisfaction des patients en physiothérapie et ergothérapie ambulatoire selon les axes évalués				
	Organisation	Informations générales	Infrastructure	Thérapeute	Exercices à domicile
HVS	6.5	11.5	12.4	6.9	10.5
Brigue	6.7	13.7	12.2	9.1	3.2
Viège	5.3	12.1	14.6	6.4	9.3
Sierre	6.8	12.4	7.7	6.0	7.8
Montana	4.6	6.0	9.7	4.7	8.8
Martigny	7.1	8.7	15.5	4.4	8.5

Légende des couleurs du tableau

- Supérieur au-delà du quartile de la valeur moyenne nationale
- Egale ou légèrement supérieure à la valeur moyenne nationale
- Légèrement inférieure à la valeur moyenne nationale
- Inférieure au-delà du quartile de la valeur moyenne nationale

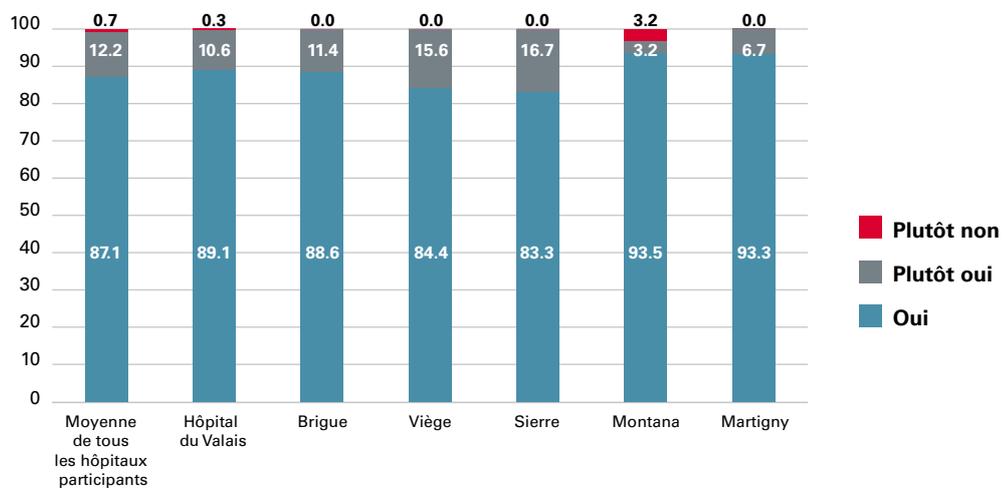
Autres résultats de physiothérapie

Succès de la thérapie



Constat: Les résultats sont supérieurs à la moyenne suisse au niveau HVS, avec un plus grand pourcentage de réponses à «oui, absolument» sur le succès de la thérapie.

Recommandation du service à d'autres personnes



Constat: Les résultats sont comparables à la moyenne suisse.

Commentaires

Les appréciations de l'activité ambulatoire de la physiothérapie laissent apparaître de bons résultats et des pistes d'amélioration. De manière générale, l'organisation du travail est considérée comme très bonne. Pour certains sites les informations transmises font un peu défaut, pour d'autres l'infrastructure laisse à désirer. Quant à la satisfaction concernant le traitement et son efficacité – point central d'un traitement en ambulatoire, nos résultats sont supérieurs à la moyenne suisse. Pour la question «est-ce que vous recommanderiez notre service?», les scores s'alignent sur les moyennes suisses. Il est à relever que ce projet était transversal, reliant les professionnels du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) et du Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO).



4.2.3 Votre avis nous intéresse

Enquête interne de satisfaction des patients

Introduction

Parallèlement aux mesures nationales de la satisfaction, les patients sont régulièrement invités à donner leur appréciation sur les prestations par des enquêtes de satisfaction internes.

Taux de réponse aux enquêtes de satisfaction internes, CHVR 2012

2012	Nbre de questionnaires envoyés	Nbre de questionnaires reçus	% de réponse
Février	1923	684	36
Avril (pédiatrie)	100	52	52
Juillet	1836	600	33
Aout (pédiatrie)	94	39	41
Octobre – novembre	1720	604	35
Novembre (pédiatrie)	102	33	32

Distribution des remarques de patients, CHVR 2012

Types de remarques	CHVR
Communications, informations	102
Infrastructures	61
Repas	38
Savoir-être, comportement	32
Coordination, organisation	31
Prise en charge, compétence	22
Collaboration entre services	21
Problème de langue	12
Temps d'attente, disponibilité	12
Propreté des locaux, hygiène	8
Prise en charge de la douleur	6
Organisation, attribution des lits	6
Qualité literie/quantité	2



Commentaires

Bien que le taux de réponse de 35% pour 2012 reste relativement faible, ce retour se situe nettement au-dessus de celui de l'année 2011 (17%).

Quant à la nature des récriminations récoltées dans ce cadre, on constate qu'environ 60% portent sur des soucis de communications et d'information, de l'infrastructure et de repas.

Habituellement, ces éléments sont traités et partagés lors d'une revue de direction. Les mesures d'ajustement sont ensuite mises en place.

4.3 Taux de réadmission potentiellement évitables

Introduction

L'indicateur de 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). Récemment, les algorithmes ont été affinés à divers niveaux, ce qui rend une comparaison avec les données des années précédentes caduques.

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. En 2012, 148 hôpitaux, contre 120 en 2011 et 84 en 2010 ont participé à cette mesure.

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.

Résultats

	2011		2012	
	Taux observé % Données 2010	Taux attendu % (IC 95%) Données 2010	Taux observé % Données 2011	Taux attendu % (IC 95 %) Données 2011
SZO	4.57	4.54 (4.19-4.88)	4.30	4.30 (3.90-4.70)
CHVR	5.31	5.30 (4.93-5.67)	5.03	4.79 (4.34-5.23)

Commentaires

Le taux observé pour les deux centres de l'Hôpital du Valais est situé dans l'intervalle de confiance à 95% des valeurs attendues.

Pour le CHVR, les taux de réadmissions observés entre 2006 et 2012 (4.6%, 4.9%, 4.7%, 5.4%, 5.31%, 5.03%) sont significativement inférieurs à ceux prédits pour de telles populations de patients, de même que pour le SZO pour les années 2006, 2007 et 2008 (4.1%, 4.4%, 4.5%). Le taux de réadmission observé au SZO en 2009 est légèrement supérieur à celui prédit. Pour 2010 et 2011 (4.57% et 4.30%) les taux relevés sont à nouveau inférieurs aux taux attendus.

Les résultats de 2012 ne montrent que de faibles variations par rapport à ceux de 2011. Les résultats d'environ 85% des hôpitaux suisses sont conformes aux attentes. C'est également le cas pour l'HVS, tandis que 15% des établissements présentent davantage de réhospitalisations qu'attendu. Le taux observé dans les hôpitaux suisses est globalement de 4.34%, mais peut varier considérablement d'un hôpital à l'autre, parce que tous les patients ne présentent pas le même risque de réhospitalisation.

4.4 Taux de réopération

Introduction

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.

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. un score B.

Résultats

Taux observés et attendus de réopérations dans les sites hospitaliers de l'HVS en 2011

Site hospitalier	Opérations éligibles	Taux observé - 2011	Taux attendu - 2011 (Intervalle de confiance)	Score
SZO-1	1165	1.63%	2.22% (1.95-2.50)	A
SZO-2	3487	1.46%	2.37% (2.07-2.66)	A
CHVR-1	1589	1.20%	2.29% (1.93-2.65)	A
CHVR-2	6727	3.57%	3.28% (2.92-3.65)	B
CHVR-3	1273	1.49%	2.32% (2.05-2.59)	A

Pour l'HVS, on dénote pour 4 sites hospitaliers un score A, et pour un site un score B. Ces résultats sont donc bons.



4.5 Taux de mortalité

Introduction

La mortalité intrahospitalière peut avoir des causes multiples, qui peuvent être liées à la gravité de la maladie ayant motivé l'admission ou à des complications, évitables ou non, survenues après l'admission. Désormais, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) effectue un recensement de la mortalité dans les hôpitaux suisses, par type de maladie ou d'intervention et compare les taux observés dans chaque hôpital à ceux auxquels on s'attendrait dans une population hospitalisée pour les mêmes motifs et similaire en termes d'âge et de répartition des sexes.

Les résultats de ces analyses sont publiés sur le site Internet de l'OFSP avec un décalage de 2 ans (www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/01157/index.html?lang=fr). Seuls les principaux résultats sont présentés ici.

Résultats

Taux observés et attendus (%) de mortalité intrahospitalière au CHVR et au SZO pour quelques maladies et interventions, 2009-2010

Diagnostic principal	Centre	2009			2010		
		Nombre de cas	Taux observé (%)	Taux attendu (%)	Nombre de cas	Taux observé (%)	Taux attendu (%)
Infarctus du myocarde	CHVR	363	6.9	6.2	447	6.5	5.7
	SZO	99	8.1	6.8	101	5.9	6.2
Insuffisance cardiaque	CHVR	344	5.8	8.4	422	7.6	9.2
	SZO	87	11.5	7.7	114	9.6	7.8
Accident vasculaire cérébral	CHVR	275	12.7	11.5	390	13.3	11.7
	SZO	98	10.2	13.3	122	7.4	12.0
Pneumonie	CHVR	473	4.2	6.0	469	2.8	5.4
	SZO	194	5.2	5.1	201	7.5	4.7
Opérations majeures du colon et du rectum	CHVR	172	4.7	6.0	151	7.9	5.2
	SZO	69	7.2	6.7	67	4.5	4.5
Opérations majeures du pancréas	CHVR	23	4.3	8.5	17	0.0	9.8
	SZO	0	0	0	0	0	0
Fracture du col du fémur	CHVR	137	4.4	3.9	226	2.7	3.9
	SZO	55	1.8	4.0	78	3.8	3.8
Respiration artificielle	CHVR	78	41.0	33.3	132	29.5	32.0
	SZO	10	30.0	26.8	11	9.1	29.5
Etats septiques	CHVR	149	17.4	18.3	165	21.2	18.0
	SZO	73	20.5	17.4	76	28.9	18.2

Commentaire

Sachant que la gravité des cas et les comorbidités des patients pouvant varier d'un hôpital à l'autre et qu'elles ont un effet majeur sur la mortalité, il est délicat d'établir des prédictions de mortalité (taux attendus) en ne tenant compte que de l'âge et du sexe des patients.

Toutefois, lorsque des tendances temporelles au sein d'un même hôpital semblent se manifester, une analyse détaillée de la situation, comprenant une revue des dossiers, doit avoir lieu par les personnes impliquées dans la prise en charge des patients.

4.6 Traitements spécifiques

Introduction

Les données hospitalières suisses, recensées par l'Office fédéral de la statistique, permettent à l'Office fédéral de la santé publique d'établir les proportions d'interventions chirurgicales ou obstétricales fréquentes réalisées de façon non invasive, peu invasive ou invasive et de comparer les résultats d'un hôpital particulier avec ceux auxquels l'on se serait attendu en comparaison de l'ensemble des hôpitaux suisses.

Les résultats présentés ici concernent les 5 interventions suivantes:

- 1) ablations de la vésicule biliaire (cholécystectomies) effectuées par voie laparoscopique plutôt que par incision large de la paroi abdominale,
- 2) ablations de l'utérus (hystérectomies) effectuées par voie laparoscopique ou vaginale plutôt que par incision large de la paroi abdominale,
- 3) accouchements effectués par voie vaginale avec ou sans épisiotomie et avec ou sans déchirure périnéale,
- 4) accouchements par césarienne.

Résultats

Proportions (%) observées et attendues d'interventions réalisées selon diverses modalités au CHVR et au SZO

Type d'intervention		2009			2010		
		Nombre de cas	Valeur observée (%)	Valeur attendue (%)	Nombre de cas	Valeur observée (%)	Valeur attendue (%)
Cholécystectomie laparoscopique	CHVR	228	95.0	93.1	219	96.5	93.6
	SZO	78	84.8	93.1	93	91.2	93.6
Hystérectomie laparoscopique / vaginale	CHVR	54	52.9	73.0	54	52.4	71.8
	SZO	51	68.9	73.0	65	72.2	71.8
Accouchements par voie vaginale avec déchirure périnéale	CHVR	22	1.9	2.9	29	2.3	3.1
	SZO	17	3.9	2.9	31	6.5	3.1
Accouchements par voie vaginale avec épisiotomie	CHVR	370	32.2	28.9	347	27.7	27.9
	SZO	75	17.2	28.9	67	14.1	27.9
Accouchements par césarienne	CHVR	408	26.2	32.5	399	24.2	32.6
	SZO	192	30.6	32.5	197	29.3	32.6

Commentaire

Pour ce qui concerne l'obstétrique, la proportion d'accouchements par césarienne est plus basse à l'HVS que ce à quoi l'on pourrait s'attendre en comparaison des autres hôpitaux suisses.

Les cholécystectomies (ablations de la vésicule biliaire) sont plus souvent effectuées par voie peu invasive (laparoscopie) au CHVR qu'ailleurs en Suisse, tandis qu'elles le sont un peu moins souvent au SZO.

Tout en donnant des indications utiles, ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence au vu de petits nombres de cas recensés dans certaines interventions et du manque d'indications quant aux motifs ayant entraîné une technique chirurgicale plutôt qu'une autre.



4.7 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 (ICHV) depuis 1998. Certains sont des indicateurs de résultats (enquêtes de prévalence, incidence des infections du site opératoire et des bactériémies), d'autres sont des indicateurs de processus (adhésion des collaborateurs à l'hygiène des mains, utilisation des antibiotiques, couverture vaccinale contre la grippe).

4.7.1 Enquête de prévalence des infections nosocomiales

Introduction

Une enquête de prévalence consiste à obtenir une «photographie» de la situation qui prévaut à un moment donné.

Suite aux 7 enquêtes déjà effectuées entre 1999 et 2009, une nouvelle enquête a été réalisée du 23 avril au 3 mai 2012 par le Service des maladies infectieuses de l'ICHV, au CHVR, au SZO et à l'Hôpital du Chablais.

Tous les patients hospitalisés un jour donné en médecine interne, chirurgie, gynécologie-obstétrique, aux soins continus et aux soins intensifs ont été inclus dans l'enquête. Tous ont fait l'objet d'une revue détaillée de dossier, et le cas échéant de questions posées aux médecins et soignants qui les suivaient, dans le but de mettre en évidence une éventuelle infection nosocomiale qui serait survenue durant leur séjour hospitalier. Les diagnostics d'infection nosocomiale ont été posés selon les critères internationaux des Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, adaptés à la Suisse par Swissnoso. Toute suspicion de diagnostic a été validée par un médecin infectiologue.

Résultats

Taux de prévalence des infections nosocomiales par département/service, enquête de prévalence HVS 2012

Département/service	Patients inclus (N)	Patients avec infection nosocomiale (N)	Taux de prévalence (%)
Médecine	190	20	10.5
Chirurgie-orthopédie	157	13	8.3
Gynécologie-obstétrique	38	0	0.0
Soins intensifs/continus	28	10	35.7
Total	413	43	10.4

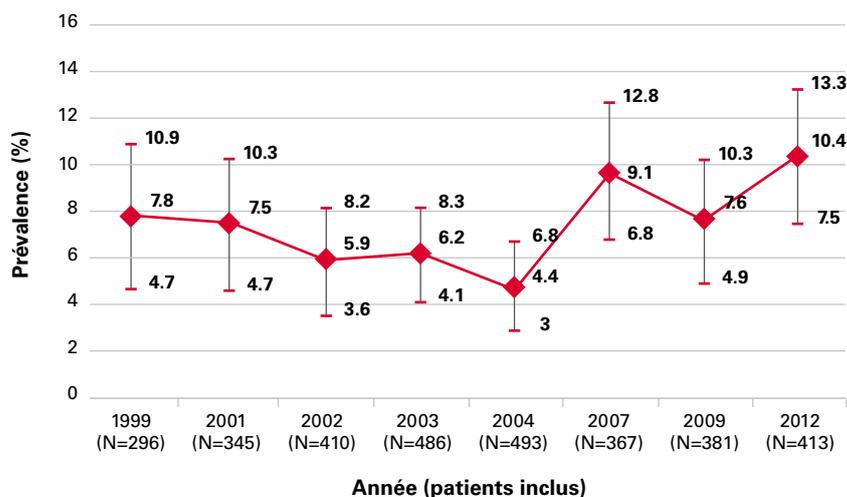
Résultats

Types d'infections nosocomiales diagnostiquées, enquête de prévalence HVS 2012

Type d'infection	Nombre d'infections ¹
Infection du site opératoire	13
Pneumonie	11
Bactériémie	7
Infection urinaire	7
Infection gastro-intestinale	7
Autres	8

¹ Un patient peut présenter plusieurs infections

Évolution du taux de prévalence des infections nosocomiales lors des enquêtes effectuées à l'HVS, avec intervalle de confiance à 95%



Commentaire

Une enquête de prévalence n'offrant qu'un aperçu limité dans le temps, ses résultats doivent être interprétés avec prudence. En effet, la situation peut varier d'une semaine ou d'un mois à l'autre.

Les données générées par une telle enquête sont toutefois utiles pour sensibiliser les soignants au problème des infections nosocomiales et les inciter à prendre toutes les mesures utiles pour les prévenir au mieux. Ces résultats sont donc communiqués aux directions médicales et des soins afin qu'elles les fassent suivre dans les équipes.

Bien qu'une certaine tendance à l'augmentation du taux de prévalence des infections nosocomiales soit observée sur le graphique ci-dessus, les intervalles de confiance relativement larges indiquent que cette tendance n'est pas statistiquement significative. Si elle le devenait, elle ne signifierait pas nécessairement un défaut de qualité dans les soins, mais pourrait aussi correspondre à une augmentation de la gravité des situations prises en charge au fil des années.

4.7.2 Incidence des infections du site opératoire

Introduction

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 (ou dans l'année en cas d'implantation d'un corps étranger), 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.

En Valais, une surveillance prospective des infections du site opératoire est effectuée depuis mars 1998. Cette surveillance s'est progressivement étendue à d'autres hôpitaux suisses et permet des comparaisons interhospitalières. Dès juin 2009, ce programme, toujours supervisé par l'ICHV, s'est étendu à la Suisse entière sous l'égide de Swissnoso (Association suisse d'experts en infections nosocomiales) et de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). En 2011, le programme ICHV et le programme SwissNOSO ont fusionné. Le programme comprend actuellement à l'HVS 4 interventions digestives (appendicectomie, cholécystectomie, chirurgie du colon, cures de hernie) et 2 interventions d'orthopédie (premières prothèses de hanches et de genoux posées électivement).

Les données présentées ici correspondent à celles recensées par le programme originel de l'ICHV jusqu'en 2010 et à celles recensées par le programme national Swissnoso/ANQ dès 2011. Pour les interventions d'orthopédie, l'implantation de prothèses nécessitant un suivi d'une année, les données présentées, couvrent la période s'étendant de 2002, début de la surveillance dans ce domaine, à fin 2010.

La méthode utilisée pour cette surveillance 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

Appendicectomies

Année	HVS ¹			Autres ²			p ³
	N inf ⁴	N suivis ⁵	%	N inf ⁴	N suivis ⁵	%	
2004	16	141	11.4	9	219	4.1	0.01
2005	17	143	11.9	11	216	5.1	0.03
2006	5	81	6.2	15	222	6.8	1.0
2007	11	164	6.7	20	218	9.2	0.5
2008	9	108	8.3	18	231	7.8	0.8
2009	14	172	8.1	5	50	10.0	0.8
2010	12	176	6.8	11	156	7.1	1.0
2011	7	146	4.8	60	1598	3.8	0.7
2012	8	168	4.8	97	1865	5.1	0.8

Cholécystectomies

Année	HVS			Autres			P
	N inf	N suivis	%	N inf	N suivis	%	
2004	5	182	2.8	11	257	4.3	0.5
2005	7	223	3.1	3	251	0.9	0.2
2006	3	114	2.6	6	278	2.2	0.7
2007	1	174	0.6	8	250	3.2	0.09
2008	5	205	2.4	11	301	3.7	0.6
2009	4	224	1.8	3	88	3.4	0.4
2010	4	214	1.9	3	92	3.3	0.4
2011	4	150	2.7	99	3269	3.0	1.0
2012	4	159	2.5	100	4278	2.3	0.8

¹ Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) et Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO).

² CHUV et Hôpital du Chablais de 2004 à 2010. Ensemble des hôpitaux suisses participant au programme Swissnoso/ANQ dès 2011.

³ P: probabilité que la différence observée entre l'Hôpital du Valais et les autres soit due au hasard (différence statistiquement significative, non due au hasard, lorsque P est plus petit que 0.05).

⁴ Nombre d'infections détectées

⁵ Nombre de patients suivis.

Chirurgie du colon

Année	HVS			Autres			P
	N inf	N suivis	%	N inf	N suivis	%	
2004	22	88	25.0	25	141	17.7	0.2
2005	30	114	26.3	37	221	16.7	0.04
2006	15	66	22.7	40	216	18.5	0.5
2007	23	113	20.3	36	158	22.8	0.7
2008	19	78	24.4	41	159	25.8	0.9
2009	34	130	26.2	6	23	26.1	1.0
2010	30	117	25.6	42	120	35.0	0.12
2011	18	113	15.9	642	5029	12.8	0.4
2012	24	101	23.8	695	5125	13.6	0.003

Cures de hernie

Année	HVS			Autres			P
	N inf	N suivis	%	N inf	N suivis	%	
2004	5	219	2.3	7	302	2.3	1.0
2005	3	233	1.3	6	361	1.7	1.0
2006	0	145	0.0	5	453	1.1	0.3
2007	4	132	3.0	4	384	1.0	0.1
2008	4	252	1.6	17	373	4.6	0.04
2009	4	278	1.4	2	98	2.0	0.7
2010	2	196	1.0	9	265	3.4	0.1
2011	5	187	2.7	49	4211	1.2	0.08
2012	6	157	3.8	60	4297	1.4	0.03

Chirurgie orthopédique

Année	HVS			Autres			P
	N inf ¹	N suivis	%	N inf ¹	N suivis	%	
Prothèses de hanches 2002-2009	11	908	1.2	8	1179	0.7	0.2
Prothèses de hanches 2010	3	109	2.8	45	7156	0.6	0.03
Prothèses de genoux 2002-2009	9	555	1.6	1	782	0.1	0.002
Prothèses de genoux 2010	0	55	0.0	18	3383	0.5	1.0

¹ Seules les infections touchant la prothèse sont recensées

Commentaire

Les résultats présentés à la page précédente sont bruts, c'est-à-dire qu'ils ne tiennent pas compte de divers facteurs qui pourraient influencer de façon différente la survenue d'infection du site opératoire selon l'hôpital considéré.

En 2012 les taux d'infections à l'HVS après cure de hernie, après chirurgie du colon et après une première prothèse de hanche étaient supérieurs à ceux autres hôpitaux suisses. Six des 6 infections diagnostiquées après des cures de hernie et 12 des 24 infections diagnostiquées après chirurgie du colon étaient superficielles, donc peu graves et ne nécessitant pas de nouvelle intervention. Les taux d'infection après les autres interventions suivies (opérations de l'appendice, de la vésicule biliaire, et prothèses de genoux) n'étaient pas significativement différents de ceux des autres hôpitaux.

Ces résultats restent similaires lorsque des ajustements statistiques sont effectués pour tenir compte d'éventuelles différences entre les hôpitaux pour ce qui concerne la gravité des cas traités (casemix).

Contrairement à ce qui est pratiqué dans d'autres pays, un suivi systématique après la sortie est effectué pour le recensement des infections postchirurgicales en Suisse et à l'HVS. Ceci peut expliquer pourquoi certains taux observés en Suisse paraissent supérieurs à ceux mesurés ailleurs.

Les résultats de cette surveillance sont communiqués aux directions médicales qui les transmettent aux services concernés afin qu'ils prennent si nécessaire des mesures correctrices.



4.7.3 Incidence des bactériémies nosocomiales

Introduction

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'ICHV 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 2007 au 31 décembre 2012 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.

Après élimination des contaminations, un épisode de bactériémie est défini comme la présence d'au moins une paire d'hémocultures positive sur une période de trois jours (7 jours pour des infections fongiques). L'épisode est considéré nosocomial lorsque l'hémoculture a été prélevée plus de 48 heures après l'admission ou chez un patient en hémodialyse chronique. Il est qualifié de primaire lorsqu'aucun site particulier d'infection n'est reconnu comme étant à son origine et il est associé à un cathéter intraveineux lorsqu'un tel cathéter est en place lors de l'épisode, qu'il présente des signes locaux d'infection ou que sa mise en culture est positive. Les épisodes de bactériémies nosocomiales sont calculés par 1'000 journées d'hospitalisation.

Résultats

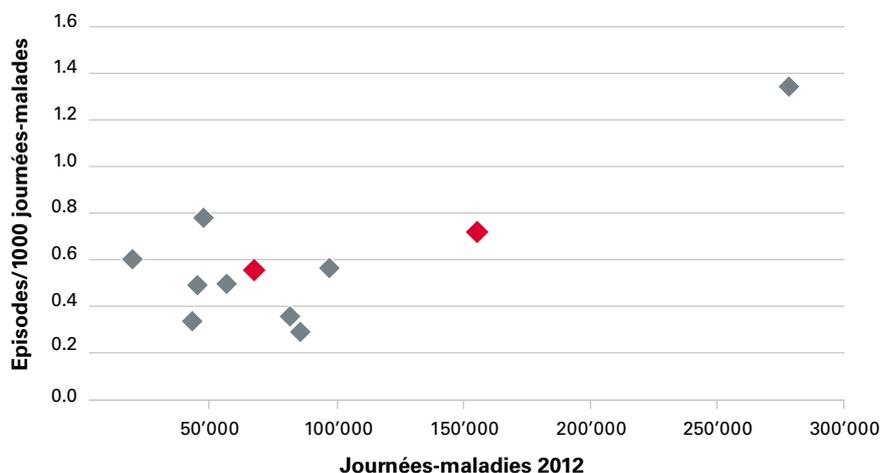
Nombre de paires d'hémocultures prélevées par 1'000 journées-malades, par centre hospitalier et par année

Année	Paires prélevées, N (Paires/1000 journées-malades)	
	Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR)	Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO)
2007	6587 (46.3)	1212 (18.5)
2008	6686 (47.8)	1422 (21.6)
2009	7694 (53.1)	1544 (24.8)
2010	7795 (55.3)	1683 (26.1)
2011	11 213 (76.1)	2167 (33.2)
2012	9499 (61.0)	1982 (29.2)

Nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales par 1'000 journées-malades, par centre hospitalier et par année

Année	Episodes nosocomiaux, N (Episodes/1000 journées-malades)		
	CHVR	SZO	Hôpital du Valais (CHVR + SZO)
2007	77 (0.54)	24 (0.37)	101 (0.47)
2008	86 (0.61)	23 (0.35)	109 (0.53)
2009	113 (0.78)	29 (0.47)	142 (0.69)
2010	128 (0.91)	29 (0.45)	157 (0.76)
2011	136 (0.92)	18 (0.28)	154 (0.72)
2012	115 (0.74)	38 (0.56)	153 (0.68)

Corrélation entre l'activité en 2012 (représentée par les journées-malades de 11 hôpitaux suisses romands) et l'incidence des bactériémies nosocomiales. (CHVR et SZO sont représentés en rouge)



Commentaire

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.

En 2012, l'incidence des bactériémies nosocomiales au CHVR était plus basse qu'en 2011. Elle avait augmenté au SZO, mais restait comparable à celle observée dans d'autres hôpitaux suisses de taille similaire (cf. graphique ci-dessus)

Une partie au moins de ces bactériémies, en particulier parmi celles associées à des cathéters intravasculaires, pourrait être prévenue par l'application stricte des mesures d'hygiène lors de l'implantation et de l'utilisation de ces cathéters. Globalement 10 à 20 % de l'ensemble des bactériémies nosocomiales détectées par la surveillance sont associés à des cathéters intravasculaires.

De façon à mieux mettre en évidence d'éventuels problèmes dans l'utilisation des cathéters intravasculaires, l'incidence des bactériémies devrait être calculée en fonction des jours d'utilisation de ces cathéters. Malheureusement ces données ne sont pas encore disponibles à l'Hôpital du Valais et dans les hôpitaux romands qui participent à un système de surveillance similaire à celui de l'ICHV.

4.7.4 Surveillance des bactéries multi-résistantes (BMR)

Introduction

Les bactéries multi-résistantes (BMR) posent des problèmes de santé publique dans le monde entier. Elles sont de plus en plus souvent responsables d'infections et le nombre des 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.

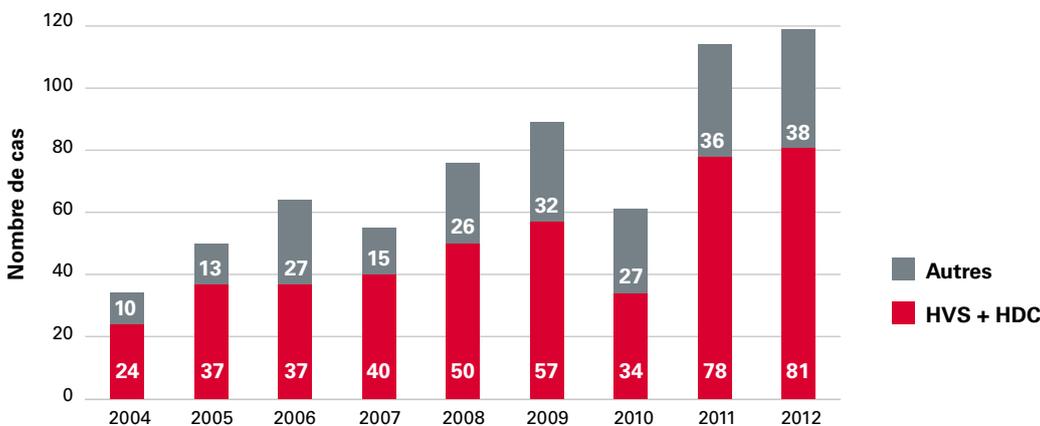
Plusieurs de ces BMR font l'objet d'une surveillance prospective par le Service des maladies infectieuses de l'ICHV. Il s'agit notamment des staphylocoques dorés multi-résistants (MRSA), des bactéries productrices d'enzymes capables de détruire tous les antibiotiques appartenant à la famille des bêta-lactames (ESBL) 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, de bactéries productrices d'ESBL et de Clostridium difficile par le laboratoire des maladies infectieuses de l'ICHV. 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. À la demande du médecin cantonal, tous les MRSA mis en évidence en Valais, à l'ICHV ou dans d'autres laboratoires, sont déclarés au Service des Maladies infectieuses qui les recense et s'assure de la prise des mesures adéquates pour éviter leur dissémination.

Résultats

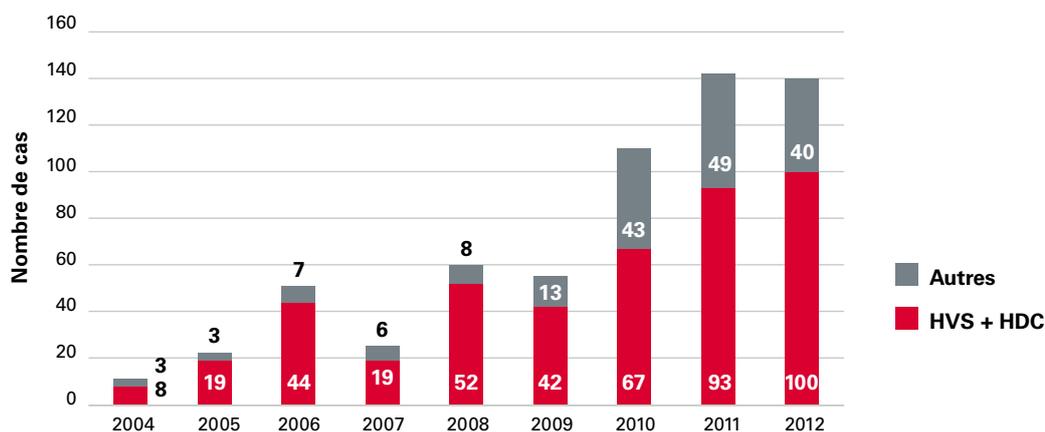
Evolution du nombre annuel de nouveaux patients porteurs de staphylocoques multi-résistants (MRSA) en Valais:



HVS + HDC. Hôpital du Valais + Hôpital du Chablais

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

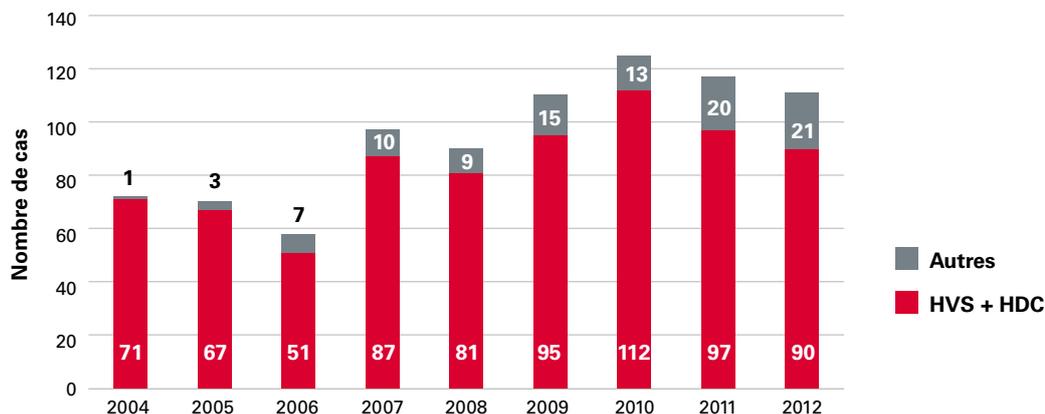
Evolution du nombre annuel de nouveaux patients porteurs de bactéries productrices d'enzymes capables de détruire la famille des antibiotiques dits bêta-lactames (ESBL) en Valais:



HVS + HDC: Hôpital du Valais + Hôpital du Chablais

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

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)



Commentaire

Les porteurs de bactéries multi-résistantes sont de plus en plus souvent identifiés en Suisse et à l'étranger. 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 particulier des isolements qui constituent toutefois une surcharge de travail substantielle pour les soignants.

L'importance croissante du milieu extra-hospitalier est devenue particulièrement visible pour les *Escherichia coli* productrices d'enzyme de type ESBL. Ces bactéries sont actuellement présentes en grande quantité chez les animaux d'élevage et dans la viande. Les personnes deviennent donc porteuses indépendamment de tout séjour à l'hôpital et celui-ci ne constitue plus le risque principal. C'est pourquoi les mesures de prévention concernant ces bactéries lors de séjours hospitaliers ont été allégées.

Après avoir touché d'autres pays, de nouveaux défis commencent à se présenter en Suisse. Il s'agit des entérocoques résistants à la vancomycine et des entérobactéries productrices de carbapénémases. Ces bactéries résistantes à presque tous les antibiotiques disponibles peuvent disséminer entre hôpitaux ou de la population générale à l'hôpital. Des dépistages systématiques à l'admission ont été mis en place pour reconnaître les porteurs lors de transferts d'hôpitaux ou de pays à haut risque.

4.7.5 Consommation des antibiotiques

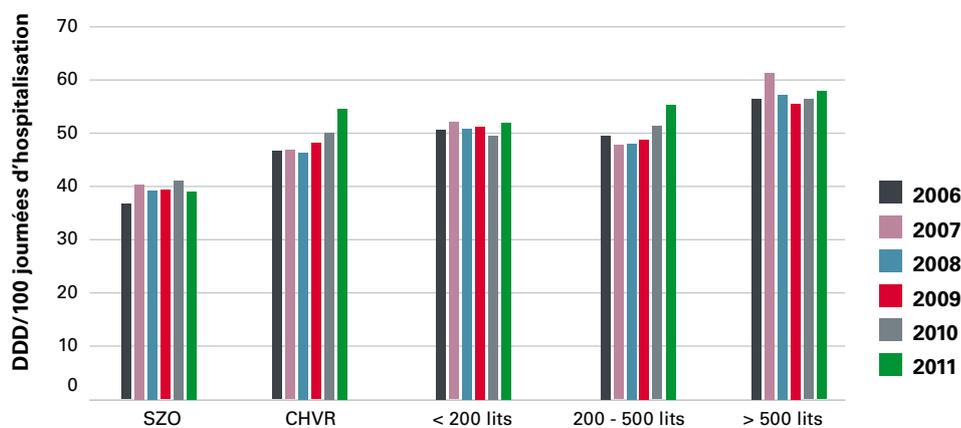
Introduction

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 le cas échéant des corrections.

Suite à des mesures effectuées dès la fin des années 1990 par la Pharmacie et le Service des maladies infectieuses de l'ICHV, 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 internationalement (Defined Daily Dosage - DDD). Les données de l'année 2012 ne seront disponibles qu'au cours du 2^e semestre 2013.

Consommation d'antibiotiques au SZO et au CHVR (soins somatiques aigus), comparativement à une soixantaine d'autres hôpitaux suisses catégorisés selon leur taille (nombre de lits), 2006-2011



Commentaire

Comme le graphique ci-dessus le montre pour les années 2006-2011, la consommation globale d'antibiotiques a tendance à augmenter au CHVR de façon superposable à celle observée dans d'autres hôpitaux suisses de taille similaire. Elle est plus basse au SZO.

4.7.6 Couverture vaccinale contre la grippe

Introduction

La vaccination contre la grippe est recommandée par les autorités de santé publique pour toute personne en contact avec les malades, en particulier les professionnels de la santé. Il est en effet démontré que la vaccination de ces personnes empêche la transmission de la grippe

aux patients soignés et leur épargne des complications potentiellement graves. À l'HVS et à l'Hôpital du Chablais, le Service des maladies infectieuses de l'Institut Central réalise annuellement des campagnes de promotion de ce vaccin.

Résultats

Couverture vaccinale contre la grippe 2004-2013 pour les infirmières et les médecins de l'HVS:

	Médecins (%)	Infirmiers, infirmières (%)
2004-2005	61	23
2005-2006	70	37
2006-2007	52	27
2007-2008	56	26
2008-2009	56	29
2009-2010, vaccin pandémique	64	47
2009-2010, vaccin saisonnier	54	29
2010-2011	47	20
2011-2012	46	19
2012-2013	50	27

Commentaire

Comme dans la plupart des hôpitaux suisses et étrangers, le taux de vaccination contre la grippe reste insuffisant dans les hôpitaux valaisans, malgré une amélioration pour la saison 2012-2013 par rapport à la précédente. Ceci malgré tous les efforts déployés et la gratuité du vaccin pour les collaborateurs. Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), un taux de 70% devrait être atteint. Les campagnes annuelles se poursuivent afin d'améliorer le taux de couverture.

4.8 Prévalence des escarres et des chutes

Introduction

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

L'escarre est une «plaie de pression», consécutive à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée.

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 ou de chutes durant leur séjour.

Résultats

Dispositif de prévention des escarres au sein de l'hôpital

	Moyenne HVS	Moyenne Nationale
Personne de compétence dans le domaine des escarre	100.0%	61.1%
Coll. multidiscipl. trait. patient-e-s avec (risque) des escarres	100.0%	47.4%
Surveillance systématique de l'application de la directive/recomm.	100.0%	66.4%
Saisie et documentation du risque d'escarres	100.0%	86.7%
Documentation des mesures de prévention/traitement	100.0%	94.0%
Disponibilité du matériel de prévention et traitement (24h)	100.0%	96.6%
Brochure d'information	0.0%	7.9%
Inform. sur le/la pat. liées aux escarres en cas de transfert	100.0%	87.8%
Total	87.5%	68.5%

Résultats

Taux de prévalence d'escarres en 2012 (HVS et moyenne nationale)

	Moyenne HVS	Moyenne Nationale
Nombre de participant-e-s	n=420	n=7899
Patient-e-s à risque d'escarres:		
Risque élevé	8.6%	8.9%
Risque faible	45.9%	39.3%
Pas de risque	45.5%	51.7%
Prévalence des escarres		
En total	11.9%	7.6%
En total sans catégorie 1	4.5%	3.2%
Survenues au sein de l'institution (sans catégorie 1)	2.2%	1.7%
Risque élevé	17.8%	11.5%
Risque faible	0.8%	1.4%
Pas de risque	0.0%	0.2%

Caractéristiques des patients avec chutes

	Moyenne HVS	Moyenne Nationale
Nombre de participant-e-s au module chutes (15 CHVS+9SZO+4 CHC)	n=28	n=329
	6.60%	4.16%
Sexe:		
Masculin	50.0%	51.1%
Féminin	50.0%	48.9%
Âge des patient-e-s (en moyenne)	79.6	72.3
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure (en jours)	33.3	20.7
Echelle de la dépendance aux soins (EDS):		
Dépendance complète	0.0%	6.4%
Dépendance prépondérante	28.5%	22.6%
Dépendance partielle	21.4%	24.7%
Indépendance prépondérante	21.4%	26.2%
Indépendance complète	28.6%	20.1%

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

	Moyenne HVS	Moyenne Nationale
Nombre de participant-e-s au module chutes	n=25	n=310
Tranche horaire: 07.01 - 14.00 heures	20.00%	36.10%
Tranche horaire: 14.01 - 22.00 heures	40.00%	26.10%
Tranche horaire: 22.01 - 07.00 heures	40.00%	37.70%

Commentaire

Le taux de prévalence des escarres pour l'HVS (2012), sur un échantillon de 420 patients, est de 11.9%. C'est-à-dire sur 100 patients hospitalisés, près de 12 patients montrent des signes d'escarres. 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.). Il est aussi important de signaler l'existence de différents stades d'escarre:

- le stade 1, rougeur ne blanchissant pas sous la pression du doigt,
- le stade 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,
- le stade 3, nécrose: plaie profonde avec plaque de nécrose recouvrant en général des tissus sous-jacents dévitalisés,
- le stade 4, ulcère: plaie ouverte profonde, résultant le plus souvent d'une escarre de stade 3 après élimination des tissus nécrotiques.

En faisant abstraction des escarres de type 1, on constate un taux de 4.5%. Pour les escarres dites nosocomiales - c'est-à-dire survenues à l'hôpital - on relève 2.2%. Ainsi l'Hôpital du Valais se situe légèrement au-dessus de la moyenne suisse.

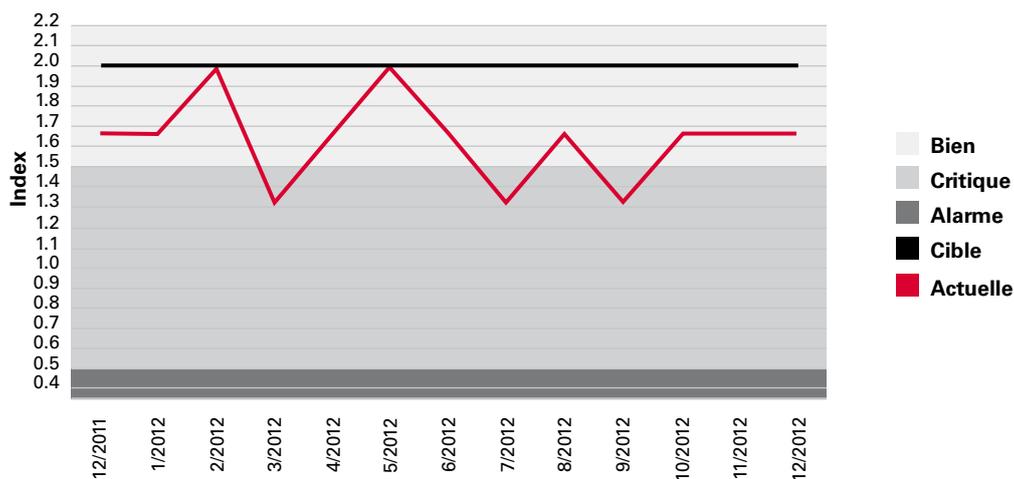
Bien qu'excellent dans son intention, ce type de mesure, qui demande d'importantes ressources humaines, révèle plusieurs problèmes:

- la remise des résultats est relativement tardive, ce qui ne facilite pas leur exploitation pratique
- La méthode et les modules évoluent d'année en année
- Tous les hôpitaux pourraient ne pas faire les mêmes efforts pour détecter les escarres et les chutes, ce qui rend problématique les comparaisons entre établissements.

Pour évaluer les risques d'escarre à l'HVS, l'infirmière assurant l'accueil du patient dans l'unité réalise un bilan à l'aide de l'échelle «Braden» afin de mettre en place les mesures préventives appropriées. La proportion de patients pour lesquels cette démarche a été effectuée

dans les 12 heures suivant l'admission est suivie et figure dans le Management information system (MIS). À titre d'exemple, le graphique ci-après montre l'évolution de cet indicateur au Centre Hospitalier du Haut-Valais.

Indicateur de l'évaluation des risques d'escarre effectuée dans les 12 heures après l'admission, départements de chirurgie, médecine interne et gériatrie du SZO



Mais encore...

Pour lutter contre les escarres, l'Hôpital du Valais a renforcé son dispositif de surface thérapeutique. Ces surfaces – des matelas assurant un soulagement de la pression par l'alternance et la faible perte d'air tout en stimulant la circulation périphérique – ont représenté un investissement

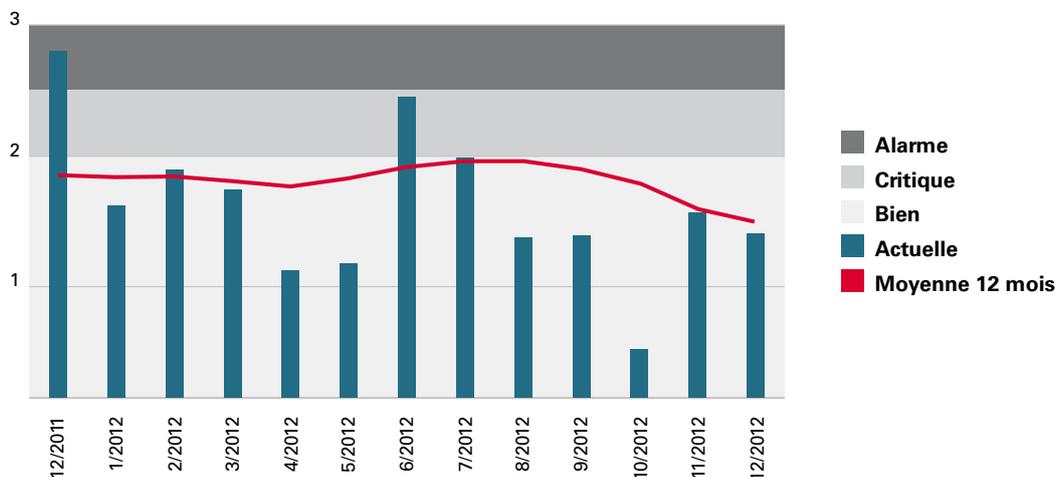
de CHF 420'000 environ. Cela représente une cinquantaine de surface en circulation continue.

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

Dans l'échantillon observé (420), 25 patients ont été concernés par une chute, dans la majorité des situations sans lésions importantes. Pour deux personnes la chute a occasionné une fracture. La majorité des chutes surviennent aux moments où la dotation en personnel est la plus faible, soit le soir et la nuit.

Le taux de chutes par 1000 journées-malades est suivi depuis 2011 à l'HVS. Le suivi de cet indicateur permet de sensibiliser les professionnels à cet événement indésirable tout en s'assurant que les mesures préventives adéquates soient mises en place. Le graphique suivant présente à titre d'exemple le taux mensuel de chutes dans le département de chirurgie du CHVR en 2012.

Évolution mensuelle du nombre de chutes par 1000 journées-malades dans le département de chirurgie du CHVR en 2012.



5.1 Par le Management information system (MIS)

En 2010 l'Hôpital du Valais a mis en place un système d'information pour la gestion (Management information system – MIS). Une trentaine d'indicateurs sont actualisés et suivis une fois par mois. Pour chaque indicateur une valeur cible a été arrêtée, liée à un objectif stratégique. Dès que cette valeur est atteinte, l'indicateur est visualisé en vert. S'il est partiellement atteint, en orange, et si la valeur cible n'est pas atteinte du tout, l'indicateur passe au rouge.

5.1.1 Délai d'attente aux urgences

Introduction

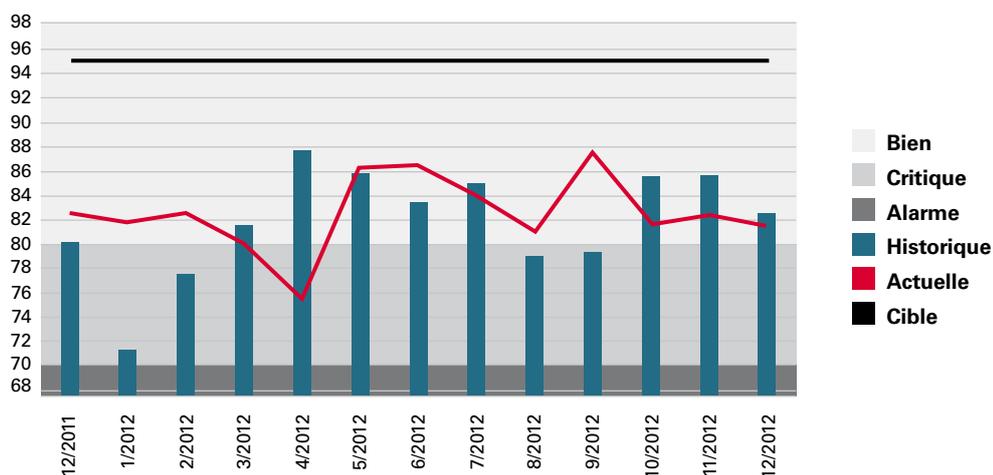
Le délai d'attente aux urgences (durée entre l'heure d'arrivée et l'heure de prise en charge) est mesuré sur le site de Sion depuis 2008 et sur le site de Viège depuis 2011. Une échelle de triage et de gravité mise au point en Valais (l'échelle valaisanne de triage et de gravité — ELVG) permet de définir des délais maximaux acceptables en fonction du type d'urgence. Ainsi, un patient se présentant avec des douleurs thoraciques susceptibles de correspondre à un infarctus du myocarde doit être pris en charge sans aucun délai (degré 1). En revanche, une foulure d'un doigt, par exemple, pourra attendre plus longtemps en fonction de l'occupation du service, sans que cela soit considéré comme anormal. L'échelle définit 5 degrés de gravité. Ils sont présentés ci-dessous avec le délai maximal de prise en charge considéré comme acceptable:

- Degrés de gravité 1: prise en charge immédiate
- Degré de gravité 2 (urgent): 20 minutes
- Degré de gravité 3 (semi-urgent): 60 minutes
- Degré de gravité 4 (non urgent): 120 minutes
- Degré de gravité 5 (non urgent): 180 minutes

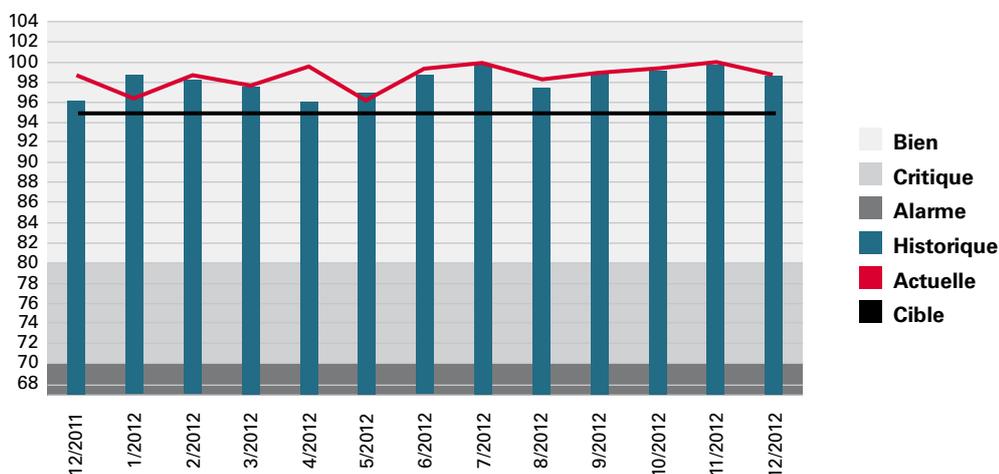
Résultats

Les graphiques ci-après visualisent l'évolution de la prise en charge des patients de degré de gravité 2, pour lesquels le délai de prise en charge ne devrait pas dépasser 20 minutes, à Sion et à Viège. La courbe rouge représente les valeurs de l'année 2012. Les barres bleues correspondent aux valeurs de l'année 2011.

Proportion (%) de patients pris en charge dans les délais fixés, Sion 2011-2012 (degré de gravité 2: 20 minutes)



Proportion (%) de patients pris en charge dans les délais fixés, Viège 2011-2012 (degré de gravité 2: 20 minutes)



Commentaire

À l'exception du mois d'avril 2012 pour le CHVR, on constate une évolution stable à un haut niveau (courbe rouge) par rapport à l'année précédente (barres bleues). En effet, selon les mois de l'année passée, de 80% à près

de 90% des patients présentant des pathologies de degré de gravité 2 ont été pris en charge dans les 20 minutes suivant leur arrivée aux urgences.



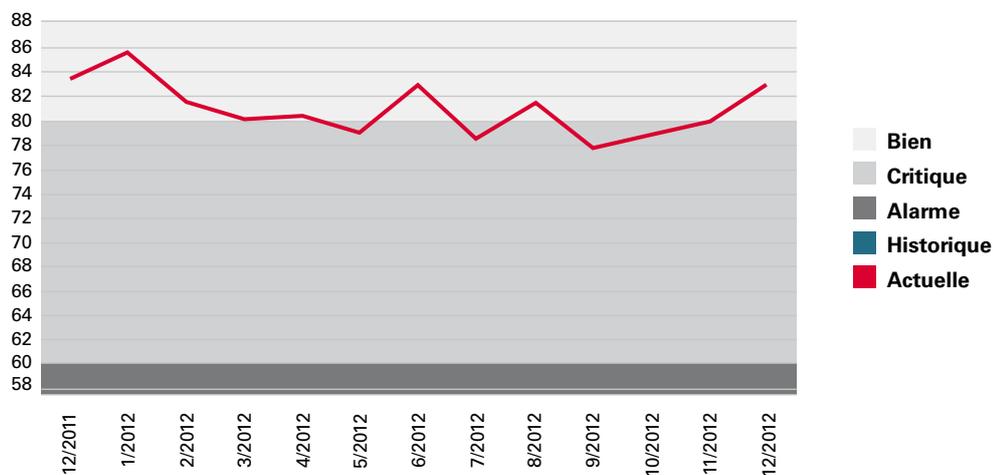
5.1.2 Taux de finalisation du dossier médical 24 heures après l'arrivée à l'hôpital

Introduction

Un patient admis à l'hôpital doit rapidement faire l'objet d'une évaluation médicale et infirmière. Et cette évaluation doit être écrite et consultable 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. 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, département de chirurgie du CHVR 2012



Commentaire

Entre 78 et 86% des patients admis dans le département de chirurgie du CHVR ont vu leur dossier médical d'entrée complété dans les 24 heures en 2012.

Cet indicateur est régulièrement suivi dans tous les départements de l'HVS. Il peut être croisé avec d'autres données nécessaires à la conduite telles que le délai de transmission de la lettre de sortie au médecin traitant ou le délai de transmission du dossier médical au codage. Ces indicateurs sont également suivis dans le MIS.

5.2 Circuit des médicaments

Suite à l'audit réalisé en décembre 2011 dans le cadre de la démarche avec les partenaires de la Fédération Hospitalière de France (FHF), un plan d'action a été établi en mars 2012. Il traite des points suivants:

- communication du plan d'action
- amélioration de la prescription
- gestion des médicaments personnels des patients
- gestion des pharmacies des unités de soins
- conservation des médicaments thermosensibles
- sécurisation des chariots d'urgence
- conditions de préparation des médicaments dans les unités
- sécurisation de l'administration.

Les délais de mise en œuvre des points ci-dessus ont été repoussés. En revanche, divers travaux sont en cours ou ont été finalisés: projet de directive institutionnelle de gestion des médicaments personnels, mise à jour des modalités de gestion des pharmacies d'unité de soins, projet d'e-learning pour la gestion des pharmacies d'unité de soins, mise à jour des protocoles d'hygiène pour la préparation des médicaments, projet d'étiquette pour l'ajout de médicaments, projet de création d'une liste de médicaments à haut risque (High Alert Medications), implémentation du bracelet d'identification du patient, suppression progressive des transcriptions.

Ces éléments seront présentés à la future équipe de gestion de la qualité et des risques de l'HVS afin que la démarche se poursuive dans ce nouveau contexte.

5.3 Système de déclarations des incidents

Introduction

La déclaration des incidents ou événements indésirables est régie par la loi cantonale valaisanne sur la Santé publique et son ordonnance d'application.

Pour rappel, le système de déclaration et de gestion des incidents médico-hospitaliers a été déployé dans l'ensemble de l'Hôpital du Valais dès le 1er janvier 2010, selon un processus standardisé. Il répond aux exigences de la loi sur la santé du 14 février 2008, qui définit «les incidents médico-hospitaliers à déclarer comme tout événement, action, comportement ou dysfonctionnement qui aurait pu provoquer – ou a provoqué – la mort ou une atteinte grave ou durable à la santé d'une personne, qui lui a causé une atteinte légère et temporaire à la santé ou d'autres désagréments ou qui a affecté la bonne administration des soins ou le fonctionnement adéquat d'un service.»

De plus les systèmes nationaux de vigilances (matériovigilance, hémovigilance et pharmacovigilance) sont systématiquement activés en cas d'incident, selon les directives de Swissmedic.

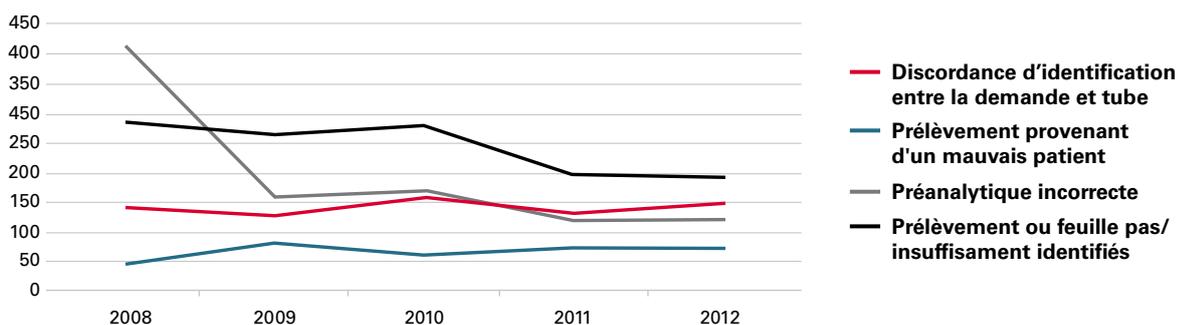
Résultats

Les résultats présentés ci-dessous à titre d'exemple correspondent aux déclarations faites par le personnel des laboratoires de l'ICHV pour l'HVS (graphique 1), aux déclarations effectuées par les collaborateurs du CHCVR (tableau 1 et graphique 2) et aux incidents de matériovigilance pour l'ensemble de l'HVS (tableau 2).

Déclarations concernant l'HVS effectuées par le personnel de l'ICHV Tous les services

Répartition des 4 types principaux	2008	2009	2010	2011	2012
Discordance d'identification entre la demande et tube	143	130	159	134	147
Prélèvement provenant d'un mauvais patient	47	83	63	75	73
Préanalytique incorrecte	410	159	171	121	122
Prélèvement ou feuille pas/insuffisamment identifiés	284	265	278	198	192
	884	637	671	528	534

Déclarations concernant l'HVS effectuées par le personnel ICHV

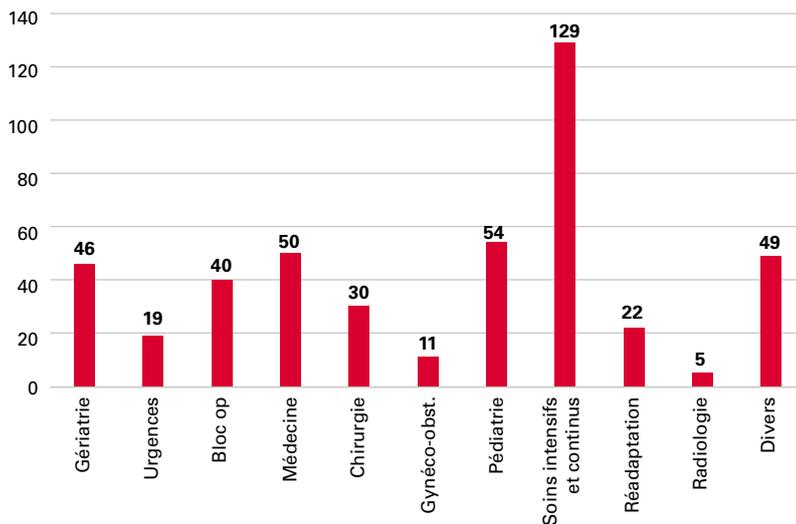


Informations générales concernant les incidents: CHVR 2012

Nombre d'annonces d'incidents du 01.01.2012 au 31.12.2012: 637

464	annonces (gravité 0-4)
155	réclamations
18	annonces auprès de swsismedic
62%	des annonces sont des incidents bagatelles (gravité 0-1)

Répartition des annonces des événements indésirables signalés au CHVR, par département.



- La moyenne du délai de traitement est de 26 jours: le délai de 30 jours est respecté. En 2011, le délai de traitement était de 57 jours.
- Pour 2012, 92% des réclamations ont été clôturées. 14.2% des réclamations aboutissent à une déclaration RC (22 pour 2012). Coût 2012: 2 cas = CHF 10'000
- Le plus grand nombre de réclamations concerne la Chirurgie (34), suivi de la Médecine (32), puis des Urgences (30)
- Les traitements des incidents concernant les départements de pédiatrie, soins intensifs, médecine et un service de gériatrie sont assurés par des cercles de qualité. Pour les autres services par les responsables concernés.
- Les incidents médico-hospitaliers sont présentés lors de la Revue de Direction où sont décidées les mesures d'améliorations pour le centre.

Activités de matériovigilance (HVS 2012)

	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

Commentaire

Les erreurs de type «préanalytique incorrecte» signalées par l'ICHV peuvent affecter la qualité des résultats des analyses de laboratoire. Elles ont diminué drastiquement au cours des années récentes grâce à la mobilisation de ressources importantes pour l'application de mesures correctrices et pour la formation des équipes infirmières sur tous les sites hospitaliers.

En 2012, le système de matériovigilance a géré 28 annonces d'incident liés à un dispositif médical, dont 6 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).

Les équipes ont pris en charge 4 rappels venant de Swissmedic considérés comme importants et ayant nécessité une organisation pluridisciplinaire et multisite. On peut relever que 2012 a permis une maturation du système qualité de matériovigilance, appréciée par Swissmedic qui traite désormais avec un interlocuteur unique pour tout l'HVS.

En 2012 l'Hôpital du Valais a par ailleurs poursuivi ses travaux pour la coordination des vigilances réglementées

et le mode de recensement et d'observation des événements indésirables a été actualisé et testé par des unités disposant d'un cercle qualité. Les «feedbacks» obtenus ont fourni les informations nécessaires pour initier l'informatisation d'une procédure de recensement centralisé pour l'HVS.

De plus, la direction générale a demandé la mise en place de formations spécifiques sur la gestion des événements indésirables, données par la fondation pour la sécurité des patients. Ces formations couvrent l'analyse systémique des erreurs, la communication avec les patients et leurs proches et comprennent un atelier interactif, au cours duquel les principaux aspects de la communication avec le patient et ses proches à la suite d'un incident sont abordés et discutés.

La difficulté à identifier convenablement les patients constitue une source majeure, reconnue et documentée dans la littérature médicale, d'erreurs de transfusion, de médication, d'exams et d'interventions chirurgicales. En 2012, l'Hôpital du Valais a introduit le bracelet d'identification systématique (en milieu somatique).

Mais encore...

«Les erreurs de traitement affectent bien sûr en premier lieu les patients. Elles ont toutefois également des répercussions sur les collaborateurs, en particulier ceux qui se trouvent impliqués. Diverses études montrent en effet qu'ils peuvent subir des contrecoups importants, allant d'insomnies au burnout et à la dépression.

Les collaborateurs concernés sont touchés non seulement sur un plan personnel, mais aussi sur celui de leurs performances et de la qualité de leur travail. Si les séquelles de leur implication dans un incident ne sont pas traitées de manière systématique et constructive, un grave cercle vicieux peut en résulter au niveau individuel, susceptible de s'étendre et d'entraîner des répercussions au niveau stratégique, au sein de l'établissement.

Une gestion active, réfléchie et anticipée, contribuant à atténuer ou à éviter ces conséquences, constitue donc une tâche centrale pour les cadres.» (Fondation pour la sécurité des patients)



5.4. Maintenance biomédicale

Afin de garantir la traçabilité des dispositifs médicaux comme exigé par l'ordonnance fédérale sur les dispositifs médicaux (DM) appelée ODim (<http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995459/index.html>), l'unité de maintenance biomédicale de l'HVS a mis en place un nouveau système de gestion d'inventaire (GMAO) appelée ServiceNow depuis la fin de l'année 2011. Aujourd'hui,

environ 80% des DM du parc de l'HVS ont un suivi garanti (par apport à 20% en 2010) grâce à cette nouvelle GMAO bilingue avec une nomenclature uniforme et un système de référencement unique pour chaque DM des sites composant l'HVS.

Recensement des dispositifs médicaux dans le nouveau système de gestion d'inventaire, 2010-2013 (HVS dans sa globalité, CHVR et SZO)

	Site	Nombre de DM	Étude 2010 (%)	Étude mars 2012 (%)	Étude mai 2013 (%)
HVS		8428	19	73	77
CHVR		5358	23	88	93
	CVP	300	22	91	98
	Hôpital de Martigny	968	61	96	99
	Clinique St-Claire	127	0	90	95
	Hôpital de Sierre	824	30	91	99
	Hôpital de Sion	2546	44	85	95
	Hôpital de Malévoz	165	0	94	94
	Clinique de St-Amé	428	3	70	70
SZO		3070	4	22	22
	Spital Brig	1810	6	20	20
	Spital Visp	1260	1	23	23

L'inventaire des DM a été actualisé sur l'ensemble des sites du CHVR (Clinique de St-Amé et bloc opératoire de l'Hôpital de Sion à terminer); ce qui représente le nouvel étiquetage de chaque dispositif et la mise à jour des différentes informations (date achat, coût d'investissement et d'exploitation, suivi des pannes et des révisions, contrats de maintenance liée, etc.). La migration des DM du SZO sur la nouvelle GMAO était planifiée pour juin 2013. La mise à jour de cet inventaire suivra avec pour objectif d'avoir la base de données complète de l'HVS à jour pour fin 2013.

De plus, le portail de déclaration des pannes pour les utilisateurs de DM est en place. L'ensemble des ICS et des ICUS du CHVR ont été formés à son utilisation (ou sont en cours de formation).

L'unité de maintenance biomédicale a pris en charge sur le CHVR env. 1400 pannes durant l'année 2012 et env. 530 depuis le début de l'année 2013.

6. FORMATIONS ET CONVENTIONS

6.1 Reconnaissances comme établissements de formation postgraduée par la FMH

Ce tableau montre les services de l'Hôpital du Valais qui bénéficient d'une reconnaissance de la FMH pour la formation de médecins spécialistes.

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
Gynécologie / Obstétrique	CHVR	3 ans	B
	SZO	3 ans	B
Histocytologie	ICHV	3 ans	B
Hématologie	ICHV	2 ans	B
Infectiologie	ICHV	1 an	B
Médecine intensive	CHVR	3 ans	A
Médecine interne générale	CHVR	3 ans	A
	SZO	2 ans	B
	CHC	1 an	B
Médecine interne ambulatoire	SZO	6 mois	Cat. II
Médecine physique et réadaptation	CHVR	1 an	Réadap. gériatrique
	CHC	1 an	Réadap. gériatrique
Néphrologie	CHVR	1 an	B
Neurochirurgie	CHVR	1 an	C
Oncologie médicale	CHVR	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	3 ans	B
Psychiatrie-psychothérapie de la personne âgée hospitalière	CHC	3 ans	C
	SZO	3 ans	A
Psychiatrie-psychothérapie de la personne âgée ambulatoire	CHC	2 ans	C
	SZO	3 ans	A
Pneumologie	CHVR	2 ans	B
Radiologie	CHVR	5 ans	A
Radio-oncologie	CHVR	2 ans	B
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	CHC	1 an	B
	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

Pharmacie ICHV reconnue pour la formation de pharmacien hospitalier (FPH)

Laboratoires ICHV reconnus pour la formation post-graduée de chef de laboratoire (FAMH)

6.2 Formations soignantes initiales (secondaire et tertiaire)

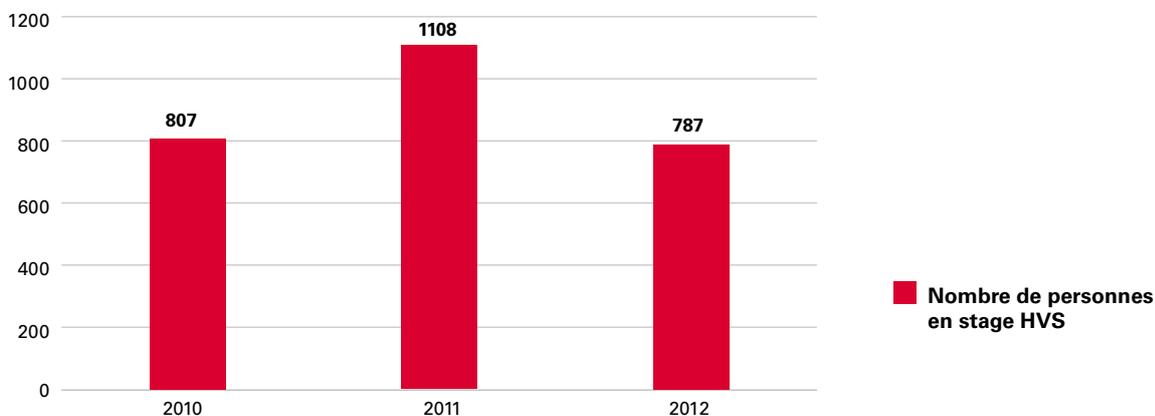
Introduction

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

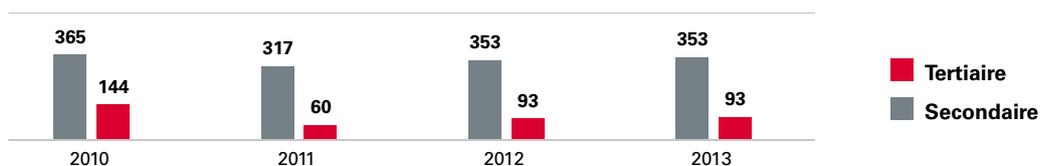
Résultats

Dans les départements infirmiers et médico-techniques, 783 personnes ont bénéficié des structures de l'HVS en 2012. Cela implique un encadrement conséquent 2530 journées consacrées pour 2012, ce qui correspond à environ 13 EPT. L'équivalent d'environ 9 EPT est dévolu à l'encadrement des formations de niveau tertiaire et d'environ 3 EPT aux formations de niveau secondaire. Cette vision chiffrée de l'encadrement est conforme aux prescriptions données par les lieux de formation, mais en dessous du travail réel fourni par les équipes soignantes.

Nombre de personnes en stage à l'HVS (médecins non compris), 2010-2012



Evolution des stages de niveau tertiaire et secondaire





Commentaires

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.

Le modèle de formation préconisé au sein de l'HVS repose sur le binôme Haute école spécialisée (HES) et assistante en soins et santé communautaire (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 adéquatement, mais avant tout disposer des aptitudes à actualiser leurs savoirs ainsi qu'une faculté à faire évoluer l'organisation des soins.

Les études qui indiquent l'importance du niveau de formation, de l'incidence des niveaux de connaissances sur la qualité des soins sont nombreuses. Amputer les structures 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 binôme HES-ASSC est un bon modèle: les champs d'activité des profils tertiaire et secondaire sont complémentaires et induisent une émulation vers le haut.

6.3 Conventions avec les centres universitaires

Ce tableau recense les conventions de collaboration que l'Hôpital du Valais a signées avec des centres universitaires, la date de signature et les référents internes.

Conventions VD-GE-VS	Statut / signature	Référent
Ingénierie biomédicale et achats d'équipement	18 mai 2009	Pascal Tritz
Néphrologie pédiatrique	9 juillet 2008	Dr René Tabin
Transplantation (Centres universitaires de transplantations CUTR)	2 octobre 2005	Multidisciplinaire

Conventions BE-VS	Statut / signature	Référent
Convention cadre	2008	Dr Benoît Delaloye
Oncologie	1999	Dr Reinhard Zenhäusern
Kooperations-Rahmenvertrag	3.10.2008	Dr Marcel Schmid
Zusatz Fachbereich Anästhesiologie	en cours	
Zusatz Fachbereich Gynäkoonkologie	1.11.2008	Dr Marcel Schmid
Zusatz Fachbereich Allgemeine Innere Medizin	3.10.2008	Dr Marcel Schmid
Zusatz Fachbereich Medizinische Onkologie	2.12.1999	Dr Reinhard Zenhäusern
Zusatz Organisation und Koordination der mit Organspenden von hirntoten Patienten verbundenen Tätigkeiten	en cours	
Zusatz Fachbereich Pädiatrie	22.12.2008	Dr Simon Fluri
Zusatz Fachbereich pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie	31.05.2005	Dr Simon Fluri
Zusatz Fachbereich pädiatrische Kardiologie	en cours	
Zusatz Fachbereich pädiatrische Pneumologie und Dermatologie	en cours	
Zusatz Fachbereich Teleradiologie	30.09.2011	Dr Drazen Sramek
Blockpraktika Pädiatrie und Gynäkologie	29.08.2011	Dr Franziska Zen Ruffinen / Dr Simon Fluri
Blockpraktika Pädiatrie	16.11.2009	Dr Simon Fluri

Conventions BS-BE-VS	Statut / signature	Référent
Pédiatrische Rheumatologie	en cours	

Conventions BS-VS	Statut / signature	Référent
Konsiliartätigkeit Kinder-Orthopädie	20.04.2012	Dr Simon Fluri

Conventions GE-VS	Statut / signature	Référent
Convention cadre	26 mars 2009	Prof. Eric Bonvin
Allergologie pédiatrique	22 mars 2004	Prof. René Tabin
Alimentation et mouvement	8 mars 2011	Prof. René Tabin
Cardiologie pédiatrique	12 octobre 2006	Prof. René Tabin
Chirurgie	4 octobre 2005	Prof. Vincent Bettschart
Chirurgie plastique et reconstructive	4 octobre 2005	Dr Pierre Schertenleib
Chirurgie thoracique	22 décembre 2009	Prof. John Robert / Dr Michel Christodoulou
Consultations spécialisées de pneumologie pédiatrique	8 mars 2011	Dr René Tabin
Génétique médicale	4 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
ORL et chirurgie cervico-faciale	4 août 2008	Dr Kishore Sandu
Orthopédie	4 octobre 2005	Dr Yvan Arlettaz
Radiologie	4 août 2008	Dr Christophe Constantin
Radio-oncologie	25 novembre 2004	Dr Kaouthar Khanfir
Troubles du sommeil	28 mai 2002	Prof. Jean-Marie Tschopp

Conventions VD-VS

	Statut / signature	Référent
Convention cadre	2 septembre 2008	Dr Benoît Delaloye
Anesthésiologie	13 juin 1996	Prof. Patrick Ravussin
Cardiologie	13 juin 1996	Dr Grégoire Girod
Chirurgie cardiaque	17 mai 2011	PD Dr Enrico Ferrari
Formation postdiplôme 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	11 novembre 2011	Prof. Pascal Meier
Neurochirurgie	25 octobre 2004	Dr Marc Morard
Neurosciences cliniques	En cours de signature	Prof. Joseph Ghika
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



6.4 Titres universitaires

Titres universitaires
des cadres médico-scientifiques de l'HVS

Nom	Titre	Départements / Services
Dr Johnny Beney	Privat-docent, Université de Genève	Pharmacie, ICHV
Dr Vincent Bettchart	Professeur titulaire, Université de Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr Eric Bonvin	Professeur titulaire, Université de Lausanne	Institutions Psychiatriques du Valais Romand
Dr Pierre-François Cuénoud	Chargé de cours, Université de Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr Enrico Ferrari	Privat-docent & Maître d'enseignement et de recherche, Université de Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr Daniel Fishman	Chargé de cours, Université de Lausanne	Urgences, CHVR
Dr Joseph-André Ghika	Professeur associé, Université de Lausanne	Médecine interne, CHVR
Dr Grégoire Girod	Maître d'enseignement et de recherche, Université de Lausanne	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 Pascal Meier	Professeur titulaire, Université de Lausanne	Médecine interne, CHVR
Dr Patrick Ravussin	Professeur titulaire, Université de Lausanne	Anesthésie et réanimation, CHVR
Dr Michel Rossier	Privat-docent & Maître d'enseignement et de recherche, Université de Genève	Chimie clinique & Toxicologie, ICHV
Dr Patrick Ruedin	Privat-docent, Université de Genève	Médecine interne, CHVR
Dr Christophe Sierro	Chargé de cours, Université de Lausanne	Médecine interne, CHVR
Dr Nicolas Troillet	Professeur titulaire, Université de Lausanne	Maladies infectieuses, ICHV
Dr Jean-Marie Tschopp	Professeur associé, Université de Genève	Médecine interne, CHVR
Dr René Tabin	Professeur titulaire, Université de Genève	Pédiatrie

7. ACCRÉDITATIONS, CERTIFICATIONS, LABELS

7.1 Accréditations & Certificats

ICHV: 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; Consultations d'immuno-allergologie; Médecine du travail; Centrale d'achats; Pharmacie; Administration	2000	ISO 9001:2008	4 ^e renouvellement de la certification de l'ICHV en 2012. Prochain audit de suivi: 2013 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
Pharmacie (site de Sion)	2011	Référentiel qualité pour la pharmacie hospitalière (RQPH)
Médecine du travail Consultations d'immuno-allergologie	2012	ISO 9001:2008
Pharmacie des sites hospitaliers	2012	Référentiel qualité pour la pharmacie hospitalière (RQPH)

ICHV: Accréditation des laboratoires

Domaine	Année d'accréditation	Norme actuelle	Renouvellement
Les laboratoires d'essais de l'ICHV 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 2007	3 ^e renouvellement en nov. 2010 et janvier 2011. Prochain audit de suivi: 2014 Prochain renouvellement en 2016 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 Swissmédic 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 2014

Hôpital du Valais: Labels, Reconnaissances

- Adhérent à la solution de branche H+ pour la santé et la sécurité au travail (Audit externe passé avec succès en 2009 à l'ICHV et en 2010 au CHC site de Martigny), Audit MSST au CHCVs site de Martigny
- Baby friendly Hospital (SZO)
- Aeskulap (SZO)
- Hôpital sans fumée (Cipret valais)
- Fourchette verte
- Hôpital Promoteur de la Santé
- Hôpital formateur
- Reconnaissance de l'hôpital de Sion pour le traitement des blessés graves

7.2 Gestion documentaire GED

Disposer du bon document dans sa bonne version au bon moment est une problématique majeure dans une institution d'une taille aussi importante que l'HVS, et de surplus en mouvance constante.

Assurer la qualité et la sécurité des prestations implique par ailleurs d'harmoniser au mieux les pratiques des professionnels dans les différents secteurs d'activité. Il est donc essentiel que les collaborateurs aient accès facilement aux documents dont ils ont besoin et répondant aux recommandations de bonnes pratiques et basés sur les connaissances scientifiques récentes.

Le projet de mise en place d'un système documentaire partagé sur l'ensemble des sites de l'Hôpital du Valais a été poursuivi et bénéficie d'un pilotage au niveau de la Direction Générale.

Enfin, les modalités de gestion des documents devront être optimisées depuis leur création jusqu'à leur destruction en précisant les responsabilités des différents acteurs. Un groupe de travail a élaboré les fondements de notre gestion documentaire, il a également rédigé un cahier des charges, procédé à un appel d'offres, analysé les différentes soumissions puis proposé à la direction le produit répondant le mieux à nos besoins. Cette proposition a été validée et le logiciel a été acquis. Les travaux d'introduction se poursuivent sur l'année 2013.

8. PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES MÉDICO-SOIGNANTES DE L'HÔPITAL DU VALAIS

Classiquement «la qualité» est confondue avec une certification ou une accréditation. Pour être bon, il faut être certifié. La certification est néanmoins une mode qui vient du monde industriel. Certaines activités se prêtent très bien à une certification. Lorsque l'on fournit des prestations à des tiers, une accréditation devient même une obligation (ex. stérilisation, laboratoires, pharmacies, etc.). Le cœur des démarches de certification reste la mise en commun des compétences et la mise en perspective des pratiques, des prestations offertes. Une évaluation, une analyse suivie de discussions interprofessionnelles permettent de porter les prestations à un plus haut niveau d'efficience, de service.

Nombreuses sont les institutions sanitaires qui reviennent sur la nécessité d'obtenir un certificat ISO (ou autre) pour l'ensemble de leur organisation. Ces démarches s'avèrent coûteuses et n'apportent pas nécessairement une plus-value «au lit des malades». Elles rendent difficile l'intégration des spécificités, imposent un langage étranger aux cliniciens. Elles consomment beaucoup de ressources et génèrent souvent une organisation en parallèle. Cette déconnexion de la «vraie vie» et le travail réel induit chez les cliniciens un certain rejet pour ce qui est libellé «démarche qualité». Ce d'autant plus que le travail des cliniciens intègre déjà des systématiques de planification, d'action, de vérification, d'ajustement (le fameux PDCA de Deming). Une démarche de certification est alors vécue comme occultant les bons réflexes et les pratiques existantes. L'Hôpital du Valais dispose de cercles qualité, de colloques morbidités-mortalités, de centres qui sont reconnus et certifiés, de standards de bonnes pratiques, etc. Le souci de la qualité des prestations est l'affaire de tous pour répondre au mieux aux besoins des patients, de leurs proches et des collaborateurs. Pour rendre visible et renforcer les bonnes pratiques existantes l'HVS a fait évoluer sa stratégie «qualité & sécurité» et a établi un programme de développement des pratiques médico-soignantes qui constitue une démarche pour la qualité des soins et la sécurité des patients en soutien de la mise en œuvre du concept d'établissement.

Comme son nom l'indique, ce programme est principalement focalisé sur les actions dans le domaine médico-

soignant. Il vise à renforcer et à développer la qualité des prestations.

Fondé sur l'implication de l'ensemble des collaborateurs par une démarche participative et transversale, le dispositif d'amélioration de la qualité des prestations ne doit pas constituer une fin en soi, ni une contrainte, mais doit répondre aux besoins des collaborateurs afin de leur permettre de prendre en charge les patients et leurs proches dans des conditions optimales.

Dans ce sens, chaque collaborateur est à la base de la démarche et bénéficie d'un soutien approprié.

Ce programme s'articule, en cohérence avec le concept d'établissement, autour de 6 grands axes:

1. Permettre aux soignants de soigner
2. Structurer et faire vivre une démarche participative et transversale
3. Renforcer la sécurité des patients
4. Structurer et renforcer les relations avec les patients, leurs proches et les médecins traitants
5. Mieux évaluer pour s'améliorer
6. Renforcer la visibilité des projets et des résultats liés à la qualité.

Parallèlement aux actions qui doivent être entreprises au plus près du terrain, la démarche qualité doit s'inscrire dans les initiatives cantonales et fédérales. Ces actions devront être poursuivies et renforcées dans les différents domaines:

- Mesure et transmission d'indicateurs (ANQ, Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM), registres divers, etc.)
- Travaux universitaires
- Partages d'expériences
- Organisation et participation à des colloques et des congrès
- Benchmarking

Ces différentes actions permettront à l'Hôpital du Valais d'être visible dans le paysage de la qualité au niveau fédéral et de participer à la dynamique initiée au niveau national, voire international.

Le soin peut durer une fraction de seconde, mais être d'une puissance inouïe. Cela explique pourquoi la mesure adéquate du soin restera une mission difficile.

Pour la 3^e année consécutive, ce rapport de l'Hôpital du Valais présente de façon transparente des activités et des résultats en lien avec la qualité. Il est en effet essentiel de prendre conscience que la qualité ne se proclame pas, mais qu'elle se mesure. Procéder à des mesures, des évaluations, des analyses et des mises en perspective engendrer en soi des améliorations. Toutefois, l'HVS souhaite aller au-delà d'un recensement d'indicateurs, qu'ils soient exigés ou non par des instances externes, pour renforcer une réelle culture de développement des pratiques en son sein.

Il est important de souligner que le développement des pratiques, le travail libellé «qualité» ou «sécurité» ne sont pas étrangers au quotidien de nos collaborateurs. Chaque métier, chaque profession, est régi par des règles de bonnes pratiques. Il est donc important, comme première mesure dite «qualité» ou «sécurité», de permettre aux collaborateurs d'exercer convenablement leur profession. Offrir un environnement de travail favorable aux pratiques de soin est aussi un choix stratégique explicite.

Si au sein des différentes professions les règles et procédures de bonnes pratiques sont explicites, c'est souvent dans leurs interactions qu'une certaine perte survient. Penser les projets ensemble, mettre «la gestion», «la clinique» et «la formation» autour de la même table lorsque les orientations sont esquissées constitue un vrai défi. Or, cette mise en commun interprofessionnelle offre des leviers importants pour assurer la nécessaire transformation de notre organisation. Inscire le séjour hospitalier comme une étape sur la trajectoire des patients, des individus implique des changements de paradigmes.

Rendre visible l'excellence présente peut contribuer au repérage et l'affirmation des ressources et compétences utiles aux patients. Avec son entourage, le patient devient partenaire dans sa prise en soin. Ce virage est engagé, il questionnera nos pratiques et modalités de fonctionnement.

L'Hôpital du Valais fait au quotidien preuve de sa capacité d'adaptation. Que ce soit à l'échelle d'une unité, au niveau des collaborateurs, d'une consultation, d'un service rendu, de l'ouverture d'une nouvelle activité, ou du passage de 10 hôpitaux à 3 puis 2 centres hospitaliers, toujours accompagnés d'un Institut Central, cette flexibilité est présente. Nous la considérons comme un atout et une force pour notre institution, notre région et les patients.

10. PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES EFFECTUÉES PAR DES COLLABORATEURS DE L'HVS EN 2012

10.1 Articles de journaux médicaux et chapitres de livres

Anesthésiologie

1. Grape S, Walker S, Ravussin P. Hypothermie accidentelle: prise en charge initiale sur le lieu de l'accident et aux urgences. **Forum Médical Suisse** 2012;12: 199-202
2. Grape S, Ravussin P, Rossi A, Kern C, Steiner LA. Postoperative cognitive dysfunction. **Trends in Anaesthesia and Critical Care** 2012;2:98-103
3. Grape S, Ravussin P. PRO / CON debate on osmotherapy: PRO osmotherapy. **Journal of Neurosurgical Anesthesiology** 2012;24:401-12
4. Spahn DR, Borgeat A, Ravussin P, Kern CH, Korte W. Rivaroxaban; Nouvelles recommandations pour l'anesthésiologie en 2012. **Website SSAR** 2012;5:1-2
5. Spahn DR, Borgeat A, Ravussin P, Kern CH, Korte W. Apixaban: Recommandations pour l'anesthésiologie en 2012. **Website SSAR** 2012;5:1-2
6. Bruder N, Ravussin P. Anesthesia for supratentorial tumors. In: Newfield P, Cottrell J (eds): **Handbook of neuroanesthesia**, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012;115-35

Chimie clinique et toxicologie

7. Rossier MF, Pagano S, Python M, Maturana AD, James RW, Mach F, Roux-Lombard P, Vuilleumier N. Antiapolipoprotein A-1 IgG chronotropic effects require nongenomic action of aldosterone on L-type calcium channels. **Endocrinology** 2012;153:1269-78
8. Allantaz F, Cheng D, Bergauer T, Ravindran P, Rossier MF, Ebeling M, Badi L, Reis B, Bitter H, d'Asaro M, Chiappe A, Sridhar S, Duran Pacheco G, Burczynski ME, Hochstrasser D, Vonderscher J, Matthes T. Expression profiling of human immune cell subsets identifies miRNA-mRNA regulatory relationships correlated with cell type specific expression. **PLoS ONE. Public Library of Science** 2012;7:e29979

9. Gex-Fabry M, Jermann F, Kosel M, Rossier MF, Van der Linden M, Bertschy G, Bondolfi G, Aubry J-M. Salivary cortisol profiles in patients remitted from recurrent depression: one-year follow-up of a mindfulness-based cognitive therapy trial. **Journal of Psychiatry Research** 2012;46:80-6
10. Desmeules J, Pigué V, Besson M, Chabert J, Rapiti E, Rebsamen M, Rossier MF, Curtin F, Dayer P, Cedraschi C. Psychological distress in fibromyalgia patients: a role for Catechol-O-Methyl-Transferase Val158Met polymorphism. **Health Psychology** 2012;31:242-9
11. Rossier MF. Journées Internationales de Biologie 2012. **Pipette** 2012;6:19
12. Risch L, Rossier MF, Riesen WF, Nydegger U. Le pour et le contre d'un screening de la 25 hydroxy-vitamine D. **Pipette** 2012;3:14-5
13. Rossier MF. Les perturbateurs endocriniens: quel rôle pour le laboratoire médical? **Pipette** 2012;3:10-1
14. Donzé N. Is the brain a dreamer? **TIAFT Bulletin** 2012;42(2):46-7
15. Donzé N, Augsburger M. Toxicologie clinique et toxicologie forensique: les deux faces d'une même discipline. **Pipette** 2012;4:10-2

Chirurgie cardiaque

16. Ferrari E. Transapical aortic "valve-in-valve" procedure for degenerated stented bioprosthesis. **European Journal Cardio-Thoracic Surgery** 2012;41:485-490
17. Ferrari E, Gronchi F, Qanadli SD, von Segesser LK. Transapical aortic valve implantation through a chronic apical aneurysm. **Interactive Cardiovasc Thoracic Surgery** 2012;14:367-9
18. Berdajs D, Ferrari E. Surgical treatment for heart myxomas. **Multimedia Manual of Cardio-Thoracic Surgery** 2012;doi:10.1093
19. Ferrari E, Niclauss L, Berdajs D, von Segesser LK. Modified "dumbbell" technique: a simple intuitive method to position balloon-expandable stent-valves. **European Journal Cardio-Thoracic Surgery** 2012;42:e163-5

20. Ferrari E. Transcatheter aortic "valve-in-valve" for degenerated bioprostheses: Choosing the right TAVI valve. **Annals of Cardiothoracic Surgery** 2012;1:260-2
21. Berdajs D, Marinakis S, Kessler U, Muradbegovic M, Ferrari E, von Segesser LK. Impaired left ventricular function as a predictive factor for mid-term survival in octogenarians after primary coronary artery bypass surgery. **Swiss Medical Weekly** 2012;142:w13704
22. Ferrari E. External eSVS Mesh for vein grafting. **European Association For Cardio-Thoracic Surgery Daily News** 2012
23. Niclauss L, Delay D, Ruchat P, von Segesser LK. Reduction aortoplasty: safe and durable treatment for borderline dilatation in selected patients. **Journal of Heart Valve Disease** 2012;21:584-90
24. Niclauss L, Delay D, von Segesser LK. Recovery of paraplegia after type B dissection due to spinal collateral recruitment. **Journal of Vascular Surgery** 2012;56:205-7

Chirurgie plastique et reconstructive

25. Nisa L, Imobertseg N, Schertenleib P, Giger R. Combined use of free and pedicled flaps for stomal recurrence after total laryngectomy. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery** 2012;65:e226-8

Dermatologie

26. Kempf W, Kazakov DV, Schermesser M, Buechner SA, Parmentier L, Wysocki A, Palmedo G, Häusermann P. Unilesional follicular mycosis fungoides: report of two cases with progression to tumor stage and review of the literature. **Journal of Cutaneous Pathology** 2012;39:853-60
27. Fiechter S, Skaria A, Nievergelt H, Anex R, Borradori L, Parmentier L. Facial basal cell carcinomas recurring after photodynamic therapy: a retrospective analysis of histological subtypes. **Dermatology** 2012;224:346-51

28. Dalle S, Parmentier L, Moscarella E, Phan A, Argenziano G, Thomas L. Dermoscopy of Merkel cell carcinoma. **Dermatology** 2012;224:140-4

Génétique

29. Mathers JC, Movahedi M, Macrae F, et al (CAPP2 Investigators, incl. Hutter P). Long-term effect of resistant starch on cancer risk in carriers of hereditary colorectal cancer: an analysis from the CAPP2 randomised controlled trial. **Lancet Oncology** 2012;13:1242-9

Gériatrie

30. Coutaz M, Iglésias K, Morisod J. Is there a risk of orthostatic hypotension associated with antihypertensive therapy in geriatric inpatients? **European Geriatric Medicine** 2012;3:1-4
31. Coutaz M, Morisod J. Je suis vieux, malade donc j'EXIT? **Revue Médicale Suisse** 2012;8:1886-9
32. Morisod J. La fin du Mini-Mental-Status? **info@geriatrie** 2012;3:1
33. Eyer S. Prévenir et prendre en charge le délirium postopératoire chez la personne âgée. **info@gériatrie** 2012;3:20
34. Biselx S. Une approche prometteuse dans la prévention des chutes à domicile (The LiFE study). **info@geriatrie** 2012;3:21

Gynécologie et obstétrique

35. Huber D, Duc C, Schneider N, Fournier D. Ultrasound-guided fine needle aspiration cytology in staging clinically node-negative invasive breast cancer. **Gynecological Surgery** 2012;9:185-91

Immuno-allergologie

36. Arlettaz L, Abdou M, Pardon F, Dayer E. Eosinophilic fasciitis (Shulman disease). **Revue Médicale Suisse** 2012;8:854-8

Maladies infectieuses

37. Troillet N, Praz G. Les micro-organismes et nous: qui est en charge? **Revue Médicale Suisse** 2012;8:1899
38. Bally F, Troillet N. Infections sexuellement transmissibles en Suisse: un paysage en transformation. **Revue Médicale Suisse** 2012;8:1901-6
39. Amos Aegerter V, Bally F. Prévention et traitement des diarrhées dues aux antibiotiques: rôle des probiotiques. **Revue Médicale Suisse** 2012;8:1907-10
40. Rieille N, Bally F, Péter O. Encéphalite à tiques: Premier cas autochtone et surveillance épidémiologique dans le canton du Valais. **Revue Médicale Suisse** 2012;8:1916-20
41. Fischer L, Garin N, Péter O et Praz G. La fièvre Q: une cause d'état fébrile sans foyer en Suisse. **Revue Médicale Suisse** 2012;8:1921-4
42. Rieille N, Bally F, Péter O. Encéphalite à tiques: premier cas autochtone et surveillance épidémiologique dans le canton du Valais. **Revue Médicale Suisse** 2012;8:1916-20
43. Berthod D, Pouget R, San Millan D, Troillet N. Entérobactéries résistantes: explosion des bêta-lactamases à spectre élargi. **Revue Médicale Suisse** 2012;8:1925-29
44. Eperon G, Péter O, Socolovschi C, Loutan L et Parola P. Rickettsioses d'importation. **Revue Médicale Suisse** 2012;8:978-85
45. Gervaz P, Bandiera-Clerc C, Buchs N, Eisenring MC, Troillet N, Perneger T, Harbarth S. Scoring system to predict the risk of surgical-site infection after colorectal resection. **British Journal of Surgery** 2012;99:589-95
46. Bucher Praz C, Dessimoz C, Bally F, Raymond S, Troillet N. Guillain-Barré syndrome associated with primary parvovirus B infection in a HIV-1-infected patient. **Case Reports in Medicine** 2012;ID 140780

Médecine interne

47. Parillo S, Troillet N, Genoud D, Abbet P. Neurotoxicité des anti-infectieux. **Revue Médicale Suisse** 2012;8:1912-15

Néphrologie

48. Guessous I, Dudler V, Glatz N, Theler JM, Zoller O, Paccaud F, Burnier M, Bochud M. Vitamin D levels and associated factors: a population-based study in Switzerland. Swiss Survey on Salt Group (incl. Meier P). **Swiss Medical Weekly** 2012;142:w13719
49. Chertow GM, Block GA, Correa-Rotter R, Drüeke TB, Floege J, Goodman WG, Herzog CA, Kubo Y, London GM, Mahaffey KW, Mix TC, Moe SM, Trotman ML, Wheeler DC, Parfrey PS. Effect of cinacalcet on cardiovascular disease in patients undergoing dialysis. EVOLVE Trial Investigators (incl. Meier P), **New England Journal of Medicine** 2012;367:2482-94
50. Fumeaux C, Schmidtko J, Meier P. Hypomagnesemia and proton pump inhibitors. **Revue Médicale Suisse** 2012;11:8:806-10

Neurologie

51. Ghika J. Syndrome anésique aigu: AVC thalamopolaire. **Revue Médicale Suisse** 2012;8:784-5
52. Economou NT, Manconi M, Ghika J, Raimondi M, Bassetti CL. Development of Parkinson and Alzheimer diseases in two cases of narcolepsy-catalepsy. **European Neurology** 2012;67:48-50
53. Fornari E, Maeder P, Meuli R, Ghika J, Knyazeva MG. Demyelination of superficial white matter in early Alzheimer's disease: a magnetization transfer imaging study. **Neurobiology of Aging** 2012;33:428. e7-19
54. Ghika J, Bassetti C, Calabrese P, Gutzwiller F. Diagnostic différentiel et cas pièges. In: La démence. Etiologie, évolution et options thérapeutiques. La situation en Suisse. **LigaturStuttgart** 2012;101-13
55. Momjian-Mayor I, Kuzmanovic I, Momjian S, Bonvin C, Albanese S, Bichsel D, Comelli M, Pereira VM, Lovblad KO, Stajzel RF. Accuracy of a novel risk index combining degree of stenosis of the carotid artery and plaque surface echogenicity. **Stroke** 2012;43:1260-5
56. Ghika J, Caplan L, van Gijn JC. Abnormal movements. In: Caplan LR, Van Gijn J (eds): **Stroke syndromes**, Cambridge University Press 2012:144-58

Oncologie et hématologie

57. Pesce G, Klingbiel D, Ribbi K, Zouhair A, von Moos R, Schlaeppi M, Caspar Cg, Fischer N, Anchisi S, Peters S et al. Outcome, quality of life and cognitive function of patients with brain metastases from non-small cell lung cancer treated with whole brain radiotherapy combined with gefitinib or temozolomide. A randomised phase II trial of the Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK 70/03). **European Journal of Cancer** 2012;48:377-84
58. Krahenbuhl T, Portmann L, Anchisi S. Cancers différenciés de la thyroïde: prise en charge et place des nouvelles thérapies ciblées. **Revue Médicale Suisse** 2012;8:1112-7
59. Anchisi A, Foley RA, Palazzo-Crettol C, Anchisi S. Chimiothérapie orale chez les 70 ans et plus: points de vue croisés entre usagers et médecins. **Journal d'Oncogériatrie** 2012;3:317-24
60. Fernandez P, Solenthaler M, Spertini O, Quarroz S, Rovo A, Lovey PY, Leoncini L, Ruault-Jungblut S, D'Asaro M, Schaad O, Docquier M, Descombes P, Matthes T, Swiss Cytometry Society. Using digital RNA counting and flow cytometry to compare mRNA with protein expression in acute leukemias. **PLoS One** 2012;7:e49010

Orthopédie et traumatologie

61. Gebel P, Oszwald M, Ishaque B, Ahmed G, Blessing R, Thorey F, Ottersbach A. Process optimized minimally invasive total hip replacement. **Orthopedic Reviews (Pavia)** 2012;4:e3. doi: 10.4081
62. Pyttel M, Krappel FA.: Die Sinusvenenthrombose als Komplikation nach single-shot periduraler Injektion: Ein Fallbericht mit Darstellung der Literatur. **Orthopädisch-Unfallchirurgische Praxis** 2012;1: 26-9
63. Krappel FA, Müller H, Krappel A, Seemann B, Baumgarten C.: Bildgebende Diagnostik bei Ischialgie: zu früh, zu viel, die Falsche? Eine Analyse zum Einsatz von Schnittbildverfahren. **Orthopädisch-Unfallchirurgische Praxis** 2012;1: 14-8

Oto-rhino-laryngologie et chirurgie maxillo-faciale

64. Alshammari J, Monnier P, Daniel RT, Sandu K. Clival chordoma with an atypical presentation: a case report. **Journal of Medical Case Reports** 2012;29;6:410
65. Mohammed D, Jaber A, Philippe Monnier, Kishore Sandu. Lymphoepithelial carcinoma in the maxillary sinus: a case report. **Journal of Medical Case Reports** 2012;6:416

Pédiatrie

66. Tabin R, Gervais A. Maladies infectieuses: quelques travaux récents. **Forum Médical Suisse** 2012;12:18-9
67. Tabin R, Farpour-Lambert N, Maggio A., Moix J.-B, Dupuis G, Belli D. Eviter l'obésité à l'âge adulte. Un partenariat entre divers acteurs pour agir dès la petite enfance. **Forum Médical Suisse** 2012;12:449-54
68. Crisinel PA, Posfay-Barbe KM, Aebi C, Cheseaux JJ, Kahlert C, Rudin C, Nadal D, Siegrist CA; Swiss Mother and Child HIV Cohort Study of Switzerland. Determinants of hepatitis A vaccine immunity in a cohort of human immunodeficiency virus-infected children living in Switzerland. **Clinical and Vaccine Immunology** 2012;19:1751-7
69. L'Huillier AG, Ferry T, Courvoisier DS, Aebi C, Cheseaux JJ, Kind C, Rudin C, Nadal D, Hirschel B, Sottas C, Siegrist CA, Posfay-Barbe KM, Pediatric Infectious Diseases Group of Switzerland; Group of Switzerland (PIGS), Swiss HIV Cohort Study (SHCS), Swiss Mother & Child HIV Cohort Study (MoCHiV). Impaired antibody memory to varicella zoster virus in HIV-infected children: low antibody levels and avidity. **HIV Medicine** 2012;13:54-61

Pharmacie

70. Benoit E, Eckert P, Beney J. Medication errors on intensive care units: don't underestimate the risks due to transcription. **Journal de Pharmacie de Belgique** 2012;1:28-35

71. Sidler-Moix AL, Mercier T, Decosterd LA, Di Paolo ER, Berger-Gryllaki M, Cotting J, Pannatier A. A highly sensitive LC-tandem MS assay for the measurement in plasma and in urine of salbutamol administered by nebulization during mechanical ventilation in healthy volunteers. **Biomed Chromatography** 2012;26:672-80
72. Roulet L, Asseray N, Foucher N, Potel G, Lapeyre-Mestre M, Ballereau F. Etude des comportements d'automédication chez les patients admis dans un service d'urgences médicales. **Thérapie** 2012;67:447-55
73. Roulet L, Asseray N, Dary M, Chiffolleau A, Potel G, Ballereau F. Implementing a clinical pharmacy survey of adverse drug events in a French emergency department. **International Journal of Clinical Pharmacy** 2012;34:902-10
74. Roulet L, Vernaz N, Giostra E, Gasche Y, Desmeules J. Effets indésirables des inhibiteurs de la pompe à proton: faut-il craindre de les prescrire au long cours? **Revue de Médecine Interne** 2012;33:439-45
75. Benoit E, Eckert P, Theytaz C, Joris-Frasseren M, Faouzi M, Beney J. Streamlining the medication process improves safety in the intensive care unit. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica** 2012;56:966-75
76. Roulet L, Ballereau F, Asseray N. Clinical decision rules to improve the detection of adverse drug events in emergency department patients. **Academy of Emergency Medicine** 2012;19:1313
- Pneumologie**
77. Mehta AJ, Schindler C, Perez L, Probst-Hensch N, Schwartz J, Brändl O, Karrer W, Tschopp JM, Rochat T, Künzli N; SAPALDIA Team. Acute respiratory health effects of urban air pollutants in adults with different patterns of underlying respiratory disease. **Swiss Medical Weekly** 2012;142:w13681
78. Tschopp JM, Hug MC, Petignat PA, Della Bianca P. General internal medicine: towards a cross-disciplinary continuing education. **Revue Médicale Suisse** 2012;8:779-80
79. Mehta AJ, Miedinger D, Keidel D, Bettschart R, Bircher A, Bridevaux PO, Curjuric I, Kromhout H, Rochat T, Rothe T, Russi EW, Schikowski T, Schindler C, Schwartz J, Turk A, Vermeulen R, Probst-Hensch N, Künzli N; SAPALDIA Team. Occupational exposure to dusts, gases, and fumes and incidence of chronic obstructive pulmonary disease in the Swiss Cohort Study on Air Pollution and Lung and Heart Diseases in Adults. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine** 2012;185:1292-300
80. Grundy S, Bentley A, Tschopp JM. Primary spontaneous pneumothorax: a diffuse disease of the pleura. **Respiration** 2012;83:185-9
- Psychiatrie**
81. Klein G. Le suicide à l'hôpital psychiatrique: l'enfermement le prévient-il? **Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie** 2012;163:85-91
82. Bonvin E. L'hypnose thérapeutique – un art relationnel jouant de l'attention dans l'intention de soigner. **Swiss Archives of Neurology and Psychiatry** 2012;163:286-92
83. Bonvin E. Le placement à des fins d'assistance dans le nouveau droit de protection de la personne. Quel cadre et quels enjeux pour le médecin impliqué dans la décision? Forum **Medical Suisse** 2012;12:725-7
84. Rodondi PY, Graz B, Bonvin E. Faut-il collaborer avec les médecines alternatives? **Revue Médicale Suisse** 2012;8:224-5
85. Bonvin E. La psychopathologie est-elle soluble dans l'hypnose? In: Benhaiem JM, Roustang F (eds): **L'hypnose ou les portes de la guérison**. Odile Jacob 2012;145-74
86. Bonvin E. Place de l'hypnose dans le champ des psychothérapies. In: Salem G, Bonvin E (eds): **Soigner par l'hypnose**, 5^e édition. Elsevier Masson 2012:159-176

87. Bonvin E. La sophrologie remplace-t-elle l'hypnose?. In: Salem G, Bonvin E (eds): **Soigner par l'hypnose**, 5^e édition. Elsevier Masson 2012:177-215
88. Bonvin E. L'hypnose et la mémoire. In: Salem G, Bonvin E (eds): **Soigner par l'hypnose**, 5^e édition. Elsevier Masson 2012:243-78
89. Bonvin E. Eclairage sur l'usage de l'hypnose dans le traitement des personnes souffrant de psychose chronique et leur réhabilitation psychosociale. In: Salem G, Bonvin E (eds): **Soigner par l'hypnose**, 5^e édition. Elsevier Masson 2012:279-83

Radiothérapie

90. Khanfir K, Kallel A, Villette S, Belkacemi Y, Vautravers C, Nguyen TD, Miller R, Li YX, Taghian A, Goldberg H, Poortmans P, Boersma LJ, Veas HJ, Senkus-Konefka E, Igdem S, Ozsahin M, Jeanneret Sozzi W. Management of adenoid cystic carcinoma of the breast: A Rare Cancer Network study. **International Journal of Radiation Oncology Biology Physics** 2012;82:2118-24
91. Boujelbene N, Khabir A, Boujelbene N, Jeanneret Socci W, Mirimanoff RO, Khanfir K. Clinical review: Breast adenoid cystic carcinoma. **Breast** 2012;21:124-7
92. Elloumi F, Boujelbene N, Ghorbal L, Boujelbene N, Khanfir K, Mirimanoff RO, Daoud J. Les esthésioneuroblastomes olfactifs. **Bulletin du Cancer** 2012;99:1197-207

Soins infirmiers

93. Desmedt M, De Geest S, Schubert M, Schwendimann R, Ausserhofer D. A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research, **Swiss Medical Weekly** 2012;142:w13733

Soins intensifs

94. Pasquier M, Schaller MD, Abdou M, Eckert P. Pulmonary metastatic calcification. **Revue des Maladies Respiratoires** 2012;29:775-84

10.2 Présentations effectuées à des congrès scientifiques par des collaborateurs de l'HVS en 2012

Anesthésiologie

1. Ravussin P. Transtracheal ventilation: the state of the art. **2nd Winter Days of Laryngology**, Montana 2012
2. Ravussin P. Workshop on transtracheal ventilation. **4^e cours FLAVA**, Genève 2012
3. Ravussin P. Jet Ventilation. **26^e Congrès de l'Association d'Anesthésie et de Réanimation en ORL**, Namur 2012

Cardiologie

4. Sierro C, Roux Y, Qanadli S, Girod G. Do not forget Kawasaki disease. **Congrès de la Société Suisse de Cardiologie**, Zürich 2012
5. Monney P, Trana C, Muller O, Pellaton C, De Blois J, Sierro C, Locca D. Unusual ECG presentation of right ventricular infarction: correlation with delayed gadolinium enhancement cardiac magnetic resonance. **Congrès de la Société Suisse de Cardiologie**, Zürich 2012
6. Locca D, van Heeswijk R, De Blois J, Feliciano H, Bonnanno G, Coppo S, Monney P, Sierro C, Jeanrenaud X, Lauriers N, Stuber M, Vogt P, Schwitler J. First in man clinical application of quantitative edema assessment using Free-Breathing 3T T2-mapping in patients with subacute ST elevation myocardial infarction (STEMI). **Congrès de la Société Suisse de Cardiologie**, Zürich 2012
7. Sierro C, Perrin L, de Blois J, Beigelman C, Locca D, Monney P, Jeanrenaud X, Schwitler J. Giant right atrial appendage aneurysm. **Congrès de la Société Suisse de Cardiologie**, Zürich 2012

Chimie clinique et toxicologie

8. Mannic T, Mouffok M, Python M, Yoshida T, Maturana A, Vuilleumier N, Rossier MF. La déhydroépiandrostérone (DHEA) inhibe les réponses chronotropes et hypertrophiques de l'aldostérone dans les cardiomyocytes ventriculaires de rat isolés. **XX^e Réunion des Groupes de Recherche en Endocrinologie des Universités de la Région Rhône-Alpes**, Lyon 2012
9. Donzé N, Fornerod L, Chiolero A, Bonvin R, Rossier MF, Augsburg M. Toxicology in Emergency Room in the Valais Hospital between 2007 and 2011. **Meeting of the Society of Forensic Toxicologists**, Boston 2012
10. Cordero MI, Sancho Rossignol A, Suardi F, Dayer AG, Rossier MF, Moser D, Daven S, Pfister S, Walker M, Weil S, Ansermet F, Rusconi Serpa S, Schechter DS. Behavioral and neurobiological effects of intimate partner violence. Comparison between a human cohort and an animal model. **National Centres of Competence in Research**, Villars 2012
11. Rossier MF, Beloeil N, Hediger Bonfantini J, Dahoun S, Stricker R, Dayer E, Irion O, Hochstrasser DF, Kern I. Validation of the Cobas®/SSDW® system for trisomy 21 screening in the first trimester of pregnancy: Comparison with the Kryptor®/FastScreen® combination. **Swiss MedLab**, Bern 2012
12. Donzé N, Fornerod L, Chiolero A, Bonvin R, Rossier MF, Augsburg M. Toxicology in Emergency Room in the Valais Hospital between 2007 and 2011. **Swiss MedLab**, Bern 2012

Chirurgie cardiaque

13. Ferrari E, Berdajs D, Niclauss L, Roumy A, Von Segesser LK. Transapical Aortic Valve Replacement In Patients With Extreme-Risk Surgical Profiles: Operative Outcome And Mid-Term Results. **48th Society of Thoracic Surgeons Annual Meeting**, Fort Lauderdale (USA) 2012
14. Ferrari E, Tozzi P, Locca D, Roguelov C, Eeckhout E, Berdajs D, Roumy A, Vogt P, von Segesser LK. Transcatheter aortic valve replacement in a single center: usefulness of accurate preoperative plans to prevent complications and to determine bailout strategies. **20th Annual Meeting of the Asian Society for Cardiovascular and Thoracic Surgery, Bali**, Indonesia 2012
15. Rolf T, Tozzi P, Ferrari E, Bianchi R, Shanouda S, von Segesser LK. Absences as leading symptoms for cardiac tumor. **The International Conference on Heart & Brain**, Paris 2012
16. Rolf T, Smith C, Ferrari E, Tozzi P, Marcucci C, von Segesser LK. Aortic dissection in pregnancy: overview and recent recommendations of management. **92nd Annual Meeting of the American Association for Thoracic Surgery**, San Francisco, 2012
17. Spicher A, Vogt P, Milano G, Ferrari E, Tozzi P, Ruchat P, Hurni M, von Segesser LK, Vassalli G. High aldehyde dehydrogenase activity (ALDH) identifies human adult cardiac progenitor cells with cardiomyogenic potential: Roles of ALDH isoforms and retinoic acid in cardiac progenitor function. **Annual Congress of the Swiss Society of Cardiology**, Lausanne 2012
18. Roumy A, Ferrari E, Qanadli SD, Marcucci C, Jeanrenaud X, von Segesser LK. Aortic annulus assessment before transcatheter aortic valve implantation: comparison of imaging and perioperative measurements. **Annual Congress of the Swiss Society of Cardiology**, Lausanne 2012
19. Marinakis S, Ferrari E, Tozzi P, Delay D, Van Steenberghe M, Roumy A, Rolf T, von Segesser LK. How to deal with pulmonary venous return in acardia. **Annual Congress of the Swiss Society of Cardiology**, Lausanne 2012
20. Delay D, Niclauss L, Ruchat P, Ferrari E, Tozzi P, Hurni M, von Segesser LK. Early experience with the St Jude Trifecta aortic bioprosthesis. **Annual Congress of the Swiss Society of Cardiology**, Lausanne 2012

21. Dvir D, Webb J, Pasic M, Bleiziffer S, Waksman R, Schäfer U, Colombo A, Rodes-Cabau J, Treede H, Hildick-Smith D, Descoutures F, Walther T, Hengstenberg C, Nissen H, Bekeredjian R, Ferrari E, Windecker S, Brecker S, Laborde JC, Kornowski R. Transcatheter aortic valve replacement for degenerative bioprosthetic surgical valves: results from the global valve-in-valve registry. **24th Annual Scientific Symposium of the Cardiovascular Research Foundation (Transcatheter Cardiovascular Research)**, Miami, 2012
22. Tozzi P, Locca D, Gronchi F, Ferrari E, Hayoz, von Segesser LK, Hullin R. Active mitral ring for continual post-surgery remote and reversible correction of residual mitral regurgitation on the beating heart. **Annual Meeting of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery**, Barcelona 2012

Chirurgie générale et thoracique

23. Danzer D, Becquemin JP. Long SFA Lesion. Endoscopic venous harvesting and bypass is the best option. **99^e Congrès Annuel de la Société Suisse de Chirurgie**, Davos 2012
24. Danzer D, Cross J, Becquemin JP. Fenestrated and branched EVAR are worthwhile AGAINST. **99^e Congrès Annuel de la Société Suisse de Chirurgie**, Davos 2012
25. Perentes JY, Delay D, Bettschart V, Christodoulou M. A novel jugulo-atrial shunt for superior vena cava replacement in a case of a locally invasive thymoma. **99^e Congrès Annuel de la Société Suisse de Chirurgie**, Davos 2012
26. Perentes JY, Delay D, Bettschart V, Christodoulou M. Open heart wound three days after a blunt chest trauma: report of a case. **99^e Congrès Annuel de la Société Suisse de Chirurgie**, Davos 2012

Gériatrie

27. Coutaz M. I am old and sick, therefore I "exit"? **Meeting Annuel de la Société Suisse de Médecine Interne et Professionnelle de Gériatrie**, Basel 2012

Informatique médicale

28. Gnaegi A, Sidler A-L, Ritz A, Fontannaz D, Beney J. Continuité du traitement médicamenteux hôpital-ville. **Congrès Annuel de la Société Suisse d'Informatique Médicale**, Berne 2012
29. Gnaegi A, Schaer R. Enjeux et limites d'un itinéraire clinique informatisé. **Congrès de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers**, Québec 2012
30. Wieser P, Michelet C, Gnaegi A. Infomed: un projet d'échange électronique de données médicales. **Congrès de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers**, Québec 2012
31. Fontannaz D, Del Bianco M. Flux du patient: Impact du projet Gestion des Flux sur les logiciels informatiques – interaction entre les logiciels. **Congrès de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers**, Québec 2012

Maladies infectieuses

32. Rieille N, Gern L, Péter O. Survey on tick borne encephalitis in Canton Valais (Switzerland), **European Congress Clinical Microbiology and Infectious Diseases**, London 2012
33. Rieille M, Bally F, Dupuis G, Péter O. Human tick-borne encephalitis (TBE) as tool for the detection of new foci of virus infected ticks: the example of the first documented case in Valais. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Microbiologie**, St-Gall 2012
34. Troillet N. Surveillance des infections du site chirurgical en Suisse. **Congrès Annuel des Sociétés Suisses d'Infectiologie et d'Hygiène Hospitalière**, St Gall 2012

Oncologie et hématologie

35. Ruhstaller T, Ribi K, Sun H, Schmitz SF, Borner M, Winkler A, Mueller A, von Rohr L, Winterhalder RC, Rochlitz C, Von Moos R, Anchisi S, Caspar CB, Zaman K, Bodmer A, Beyeler M, Berardi S, Thurlimann B, Templeton A. Prevention of palmoplantar erythrodysesthesia (PPE) with an antiperspirant in breast cancer patients treated with pegylated liposomal doxorubicin (PLD), a placebo-controlled, double blinded, phase III trial (SAKK 92/08). **Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology**, Chicago 2012
36. Anchisi A, Foley RA, Palazzo-Crettol C et Anchisi S. Chimiothérapie orale chez les 70 ans et plus: les zones d'ombres d'un traitement simple. **8^e Journées Nationales d'Echange de Pratiques en Onco-Gériatrie**, Nantes 2012
37. Anchisi S, Konzelmann I, Chiolero A. Cancer colorectal chez les patients de 70 ans et plus en Valais (2006-2009). **8^e Journées Nationales d'Echange de Pratiques en Onco-Gériatrie**, Nantes 2012
38. Konzelmann I, Anchisi S, Bettschart V, Bulliard JL, Duc C, Cereda JM, Zenhäusern R, Chiolero A. Assessing the epidemiology and pattern of care of colorectal cancer in Valais, Switzerland. **Conférence Suisse de Santé Publique**, Lausanne 2012
39. Konzelmann I, Anchisi S, Bettschart V, Bulliard JL, Duc C, Cereda JM, Zenhäusern R, Chiolero A. Assessing the epidemiology and pattern of care of colorectal cancer in Valais, Switzerland. **Congrès de l'Association Internationale des Registres de Cancres**, Cork (Irlande) 2012
40. Groux Ph, Anchisi S and Zenhäusern R. Need for support by cancer league to get access to an oncology treatment: a patient survey in Valais. **Symposium "Health Service Research in Switzerland"**, 2012
41. Zaman K, Dahmane E, Perey L, Bodmer A, Anchisi S, Wolfer A, Galmiche M, Stravodimou A, Buclin T, Eap C, Decosterd L, Csajka C and Leyvraz S. Tamoxifen

dose escalation based on endoxifen level: a prospective trial with genotyping, phenotyping and pharmacokinetics over 4 months. **Breast Cancer Symposium**, San Antonio 2012

Orthopédie et traumatologie

42. Pyttel M, Krappel FA Brandenburg L.: Degenerative Spinalkanalstenose bei Patienten > 70 Jahre: Dekompression und Fusion oder Dekompression und interspinöser Spreizer? **60. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden**, Baden-Baden 2012
43. Krappel FA. Behandlung des Anschlusssegmentes: Interspinöser Spreizer oder pedikelgestütztes Verfahren? **60. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden**, Baden-Baden 2012
44. Brandenburg L, Krappel FA Pyttel M.: ISG Syndrom nach langstreckigen Spondylodesen- Ergebnisse nach Infiltration, Sklerosierung und Koagulation. **60. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden**, Baden-Baden 2012
45. Krappel FA, Ottensarendt J. Halten Kurzschaffprothesen was sie versprechen? Analyse kurzfristiger Ergebnisse der Pipino- und Mayo Prothese. **60. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden**, Baden-Baden 2012
46. Pape HC, Krappel FA. Wirbelsäulenfrakturen. **61. Jahrestagung Norddeutsche Orthopäden und Unfallchirurgenvereinigung e.V.**, Hamburg 2012

Oto-rhino-laryngologie et chirurgie maxillo-faciale

47. Nisa L, La Macchia R, Boujelbene N, Escher A, Khanfir K, Giger R. Correlation between subjective evaluation of symptoms and objective findings in early recurrent head and neck cancer. **116th Annual Meeting of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery**, Washington DC 2012

48. Nisa L, Escher A, Boujelbene N, Holtz F, Khanfir K, Sandu K, Giger R. Correlation between subjective evaluation of symptoms and objective findings in early recurrent head and neck cancer. **99^e Assemblée de printemps de la Société Suisse d'ORL**, Berne 2012
49. Ikonomidis C, Sandu K, Hamedani M, Pasche P. Endoscopic trans-ethmoidal approach to the orbital apex. Anatomical landmarks, clinical applications. **Congrès Suisse d'ORL**, Berne 2012
50. Leishman C, Jaquet Y, Sandu K, Monnier P. Traitement endoscopique des diastèmes Laryngo-trachéo-esophagiennes. **Congrès Suisse d'ORL**, Berne 2012
51. Holtz F, Nisa L, Sandu K. Paralysie cordale bilatérale en adduction chez le nouveau-né: série de cas et revue de la littérature. **Congrès Suisse d'ORL**, Berne 2012
52. Brachet P, Sandu K. Abord combiné de décompression de nerf facial lors de fracture du rocher. **Congrès Suisse d'ORL**, Berne 2012
53. Nisa I, Holtz F, Boujelbene N, Khanfir K, Sandu K, Giger R. Corrélation entre les symptômes et l'examen clinique dans les récurrences précoces des cancers cervico-faciaux. **Congrès Suisse d'ORL**, Berne 2012
54. Sandu K. Bell Pharma Oration. **Laryngology Update (Reliance Hospital)**, Bombay 2012
55. Sandu K. Chief speaker. **3rd International Voice Conference**, Lucknow (India) 2
- Pédiatrie et chirurgie pédiatrique**
56. Pelca R, Redant S, Llor J, Oostenbrink R. Angoulvant F. Résultats d'une enquête multicentrique sur les pratiques des urgences pédiatriques concernant la gastro-entérite aiguë. **Journées du Groupe Francophone de Réanimation et des Urgences Pédiatriques**, Paris 2012
57. Andrey V, Bettschart V, Constantin C, Tabin R, Llor J, Cheseaux JJ, Produit S, Genin B. Traumatic aortic rupture treated by endovascular stent in an 11-year-old polytraumatized boy. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Pédiatrie**, Lucerne 2012
58. Kondyli M, Llor J, Giroud Rivier A, Cheseaux JJ, Marcoz JP, Russo M, Tabin R. An atypical form of Crohn's Disease. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Pédiatrie**, Lucerne 2012
59. Melhem M, Marcoz JP, Cheseaux JJ, Llor J, Tabin R. Giardiasis with protein losing enteropathy. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Pédiatrie**, Lucerne 2012
60. Tabin R, Zala L, Mivelaz B, Diebold P, Cheseaux JJ, Llor J, Frick N. Collaboration between the «Centre Médico-Chirurgical Pédiatrique PERSIS» (CMCPP), Ouahigouya, Burkina Faso and the departments of pediatrics of the CHCVs and CHC, Switzerland. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Pédiatrie**, Lucerne 2012
61. Melhem M, Marcoz JP, Cheseaux JJ, Llor J, Tabin R. Seizures, a clinical presentation of intraventricular hemorrhage in a full term newborn. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Pédiatrie**, Lucerne 2012
62. Taddeo I, Regelin N, Cheseaux JJ, Llor J, Russo M, Tabin R. Neonatal skull fracture and subdural hematoma after maternal aspirin treatment: casual association? **Congrès Annuel de la Société Suisse de Néonatalogie**, Aarau 2012
63. Schicker F, Cheseaux JJ, Llor J, Marcoz JP, Russo M, Tabin R. Fomepizole treatment of severe pediatric Ethylene Glycol poisoning. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Pédiatrie**, Lucerne 2012
64. Tabin R. Accident de car en Valais. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Pédiatrie**, Lucerne 2012
65. Genin B. Accident de car à Sierre. Le chirurgien et l'organisation d'un service d'urgence. **Assemblée Annuelle de la Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique**, Lucerne 2012
66. Russo M, Schicker F, Roux Y, Andrey V, Besson S, Boulos T, Cheseaux JJ, Kondyli M, Llor J, Marcoz JP, Martinez A, Melhem M, Sekarski N, Tabin R. Four days fever and diarrhoea in an adolescent: Kawasaki disease? **Congrès Annuel de la Société Suisse de Pédiatrie**, Lucerne 2012

67. Dapo A, Llor J, Marcoz JP, Cheseaux JJ, Tabin R. Neonatal distress syndrome due to congenital vocal cords paralysis. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Pédiatrie**, Lucerne 2012
68. Taddeo I, Regelin N, Cheseaux JJ, Llor J, Russo M, Tabin R. Neonatal skull fracture and subdural hematoma after maternal aspirin treatment: casual association? **Congrès Annuel de la Société Suisse de Pédiatrie**, Lucerne 2012
69. Martinez-Esteve Melnikova A, Longchamp A, Cheseaux JJ, Llor J, Marcoz JP, Genin B, Produit S, Tabin R. Deep suppurative neck infections in children. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Pédiatrie**, Lucerne 2012

Pharmacie

70. Grandjean C, Meier P, Beney J. Gestion du traitement médicamenteux des troubles du métabolisme phosphocalcique chez les patients hémodialysés: un rôle pour le pharmacien? **Congrès de l'Association Suisse des Pharmaciens de l'Administration et des Hôpitaux et de la Société Suisse des Pharmaciens**, Baden 2012
71. Grandjean C, Benoit E. Analyse de la gestion des médicaments entamés à la pharmacie d'hôpital. **Congrès de l'Association Suisse des Pharmaciens de l'Administration et des Hôpitaux et de la Société Suisse des Pharmaciens**, Baden 2012
72. Grandjean C, Beney J, Benoit E. Mise au point d'un outil d'évaluation des fournisseurs par une pharmacie d'hôpital. **Congrès de l'Association Suisse des Pharmaciens de l'Administration et des Hôpitaux et de la Société Suisse des Pharmaciens**, Baden 2012
73. Senhaji S, Beney J. Gestion des traitements personnels des patients à l'hôpital: bilan des réponses à une question posée sur le forum GSASA. **Congrès de l'Association Suisse des Pharmaciens de l'Administration et des Hôpitaux et de la Société Suisse des Pharmaciens**, Baden 2012
74. Mejdi S, Beney J, Aymon A, von Gunten V. Mise au point d'un programme destiné à documenter les interventions du pharmacien clinicien. **Congrès de l'Association Suisse des Pharmaciens de l'Administration et des Hôpitaux et de la Société Suisse des Pharmaciens**, Baden 2012
75. Martignoni S, von Gunten V, Beney J. Utilisation de la fiche d'intervention de la GSASA: constat et propositions. **Congrès de l'Association Suisse des Pharmaciens de l'Administration et des Hôpitaux et de la Société Suisse des Pharmaciens**, Baden 2012
76. Fringeli J, von Gunten V, Meier P, Gnaegi A, Beney J. Continuité des traitements médicamenteux des patients hospitalisés: apport de l'informatique? **Congrès de l'Association Suisse des Pharmaciens de l'Administration et des Hôpitaux et de la Société Suisse des Pharmaciens**, Baden 2012
77. Von Gunten V, Pernoux S, Weibel M-L, Sierro C, Petignat P-A, Girod G, Merle G, Beney J. Post-myocardial infarction treatment at discharge: evaluation of adherence to newly implemented guidelines. **Congrès de l'association Suisse des pharmaciens d'administration et des hôpitaux**, Baden 2012.
78. Von Gunten V, Pernoux S, Weibel ML, Sierro C, Petignat PA, Girod G, Merle G, Beney J. Post-myocardial infarction treatment at discharge: evaluation of adherence to newly implemented guidelines. **41st European Society of Clinical Pharmacy Symposium**, Barcelone 2012

Psychiatrie

79. Golay F, Ametepe L. Traiter les troubles dissociatifs d'origine traumatique, **Congrès Encéphale**, Paris 2012
80. Aymon Graf J, Dorsaz S. Le groupe thérapeutique «Retraite au quotidien». **XL^e Colloque des Hôpitaux de Jour Psychiatriques**, Lausanne 2012
81. Desbaillets M. Soutien et accompagnement de la famille. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie**, Interlaken 2012

82. Justiniano I. Sortir de la violence. **Congrès Annuel de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie**, Interlaken 2012
83. Justiniano I. Gestion de l'agressivité. **Congrès Bisannuel de la Société Suisse de Gériatrie**, Fribourg 2012
84. Monay V, Comment M. Interdisciplinarité: soins infirmiers – ergothérapie, même combat! **XL^e Colloque des Hôpitaux de Jour Psychiatriques**, Lausanne 2012
85. Gauthier C. Les contrôles du matériel à l'entrée en stérilisation, **Journée de la Société Suisse de Stérilisation Hospitalière**, Sion 2012
86. Burato Gutierrez V. Soins intégraux: un nouveau modèle d'organisation des soins infirmiers au sein de l'Hôpital du Valais. **Congrès National des Professionnels de la Gériatrie**, Paris 2012
87. Burato Gutierrez V. Soins intégraux: un nouveau modèle d'organisation des soins infirmiers au sein de l'Hôpital du Valais. **Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériatrie**, Paris 2012

Radiothérapie

85. Loos G, Boujelbene N, Khanfir K. Lung and heart dose volume analysis in radiotherapy treatment for breast cancer. **16^e Assemblée Annuelle de la Société Suisse de Radio-Oncologie**, Winterthur 2012

Soins infirmiers

86. Hertzog H. Lorsque la clinique aborde l'informatique, **25^e Conférence annuelle de la Société Suisse d'Informatique Médicale**, Berne 2012
87. Hertzog H. Dossier Patient Informatisé (DPI), une approche clinique et informatique de l'outil. **Journée Romande LEP**, Sierre 2012
88. Hertzog H. PCAP-Suisse Patient Care Analytics Platform. LEP Anwenderkonferenz Deutschweiz, Olten 2012
89. Ley S, Glur J. Oser le soin sans contention: une posture soignante. Congrès Annuel de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie, Interlaken 2012
90. Ley S, Glur J, Bianchi F, Schaffert B. Pflege ohne Freiheits — Einschränkung — ein Risiko? **Congrès des Soins Infirmiers**, Interlaken 2012
91. Desmedt M. Au-delà des hôpitaux aimants. Congrès de l'Association Suisse des Infirmières, mai 2012
92. Desmedt M. des «World-Café» pour développer un modèle de pratique professionnelle, **Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers H+ compétence**, 2012

