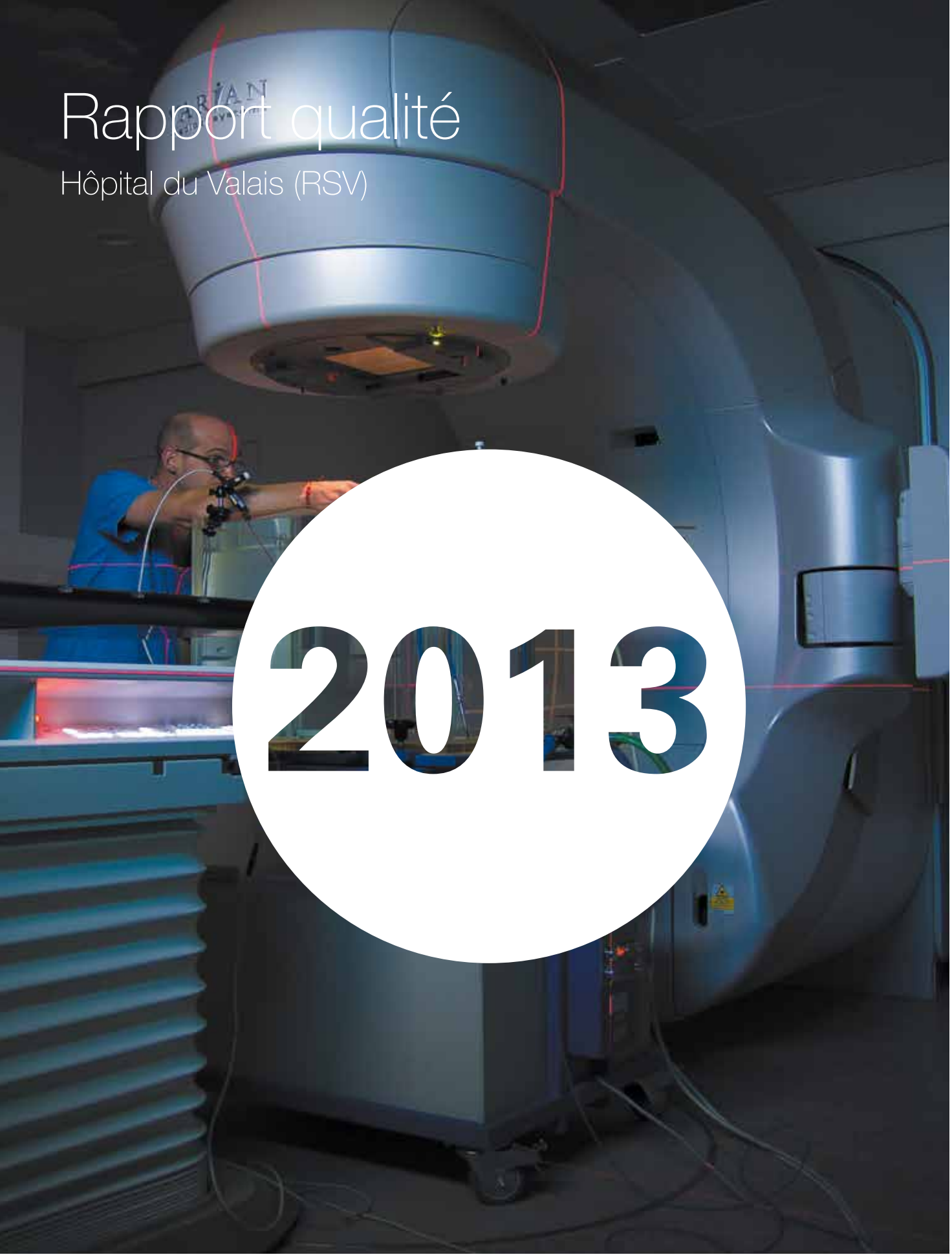


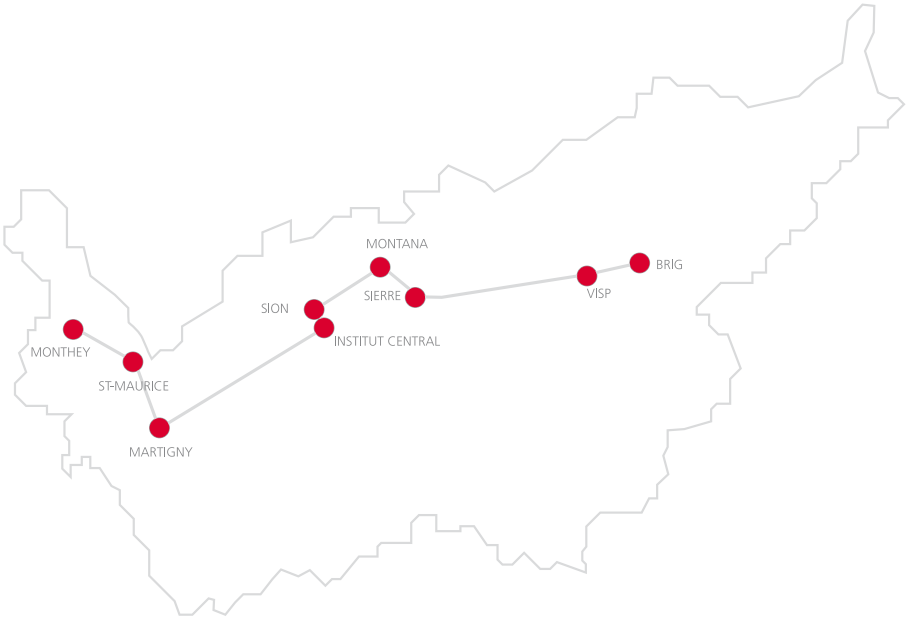
Rapport qualité

Hôpital du Valais (RSV)

2013

Hôpital du Valais
Spital Wallis

www.hopitalvs.ch



Impressum
Editeur: Hôpital du Valais (RSV), Direction générale, Service de communication, 1950 Sion.
Graphisme: Eddy Pelfini Graphic Design, Sion.
Photos: Arnaud Pellissier, Richard Kuonen, Joakim Faiss.
Impression: Valmedia AG, Viège.
Sion, décembre 2014.

Ont participé à l'élaboration de ce rapport:
Pierre Turini, Els De Waele, Mario Desmedt, Nicolas Troillet, Mette Berger,
Johnny Beney, Joakim Faiss.

1 Institut Central

9 sites hospitaliers

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

SOMMAIRE

08 **1. Introduction**

09 **2. Permettre aux soignants de soigner**

12 **3. Structurer et faire vivre une démarche participative et transversale**

17 **4. Renforcer la qualité et la sécurité des soins**

22 **5. Structurer et renforcer les relations avec les patients, leurs proches et les médecins traitants**

24 **6. Mieux évaluer pour s'améliorer**

62 **7. Renforcer la visibilité des projets et les résultats liés à la qualité**

64 **8. Formations et conventions**

69 **9. Accréditations, certifications, labels**

70 **10. Publications scientifiques effectuées par des collaborateurs de l'HVS en 2013**

L'HÔPITAL DU VALAIS EN BREF

2004

Fusion de 10 hôpitaux et cliniques – Naissance du Réseau Santé Valais (RSV) – Hôpital du Valais

5'000

Principal employeur du canton: 5'000 collaboratrices et collaborateurs

40'000

patients hospitalisés

440'000

visites ambulatoires

800
personnes en formation dans les départements infirmiers et médico-techniques

30
Reconnaissances FMH comme établissement de formation postgraduée dans plus de 30 disciplines médicales

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

50
Plus de 50 conventions et accords de collaboration avec
- le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- l'Hôpital de l'Ile à Berne

1. INTRODUCTION

Une tendance aujourd'hui largement répandue consiste à réduire la qualité à une certification ou à une accréditation: «On n'est bon que si l'on est certifié». Si ces certifications et accréditations sont obligatoires dans certains domaines, comme les laboratoires, la pharmacie ou la stérilisation, et représentent indéniablement des gages de qualité, elles n'en sont pas pour autant l'unique chemin vers cette dernière.

De nombreuses institutions sanitaires s'orientent à présent vers d'autres démarches qualité que celle d'une certification (ISO ou autre) de l'ensemble de leur organisation. Une certification s'avère coûteuses et n'apporte pas nécessairement une plus-value «au lit du patient». Elle rend souvent difficile l'intégration des spécificités des différentes activités cliniques et utilise un langage étranger au monde médico-soignant. Il en résulte parfois une déconnexion du travail «sur le terrain» pouvant induire une attitude de rejet. Ce d'autant plus que le travail des cliniciens intègre déjà des systématiques de planification, d'action, de vérification et d'ajustement. Pour ces raisons bien des collaborateurs perçoivent une démarche de certification comme une contestation des pratiques existantes et des bons réflexes.

L'Hôpital du Valais a fait évoluer sa stratégie «qualité et sécurité» dans le but de renforcer les bonnes pratiques existantes et de les rendre visibles. Il a ainsi développé un programme de développement des pratiques médico-soignantes qui constitue une véritable démarche qualité visant la qualité des soins et la sécurité des patients. Son plan d'actions a été développé autour de six 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.

Ce programme est conçu comme une démarche participative et transversale qui implique l'ensemble des collaborateurs. En ciblant l'optimisation des conditions de prise en charge des patients et de leurs proches, il favorise l'implication des collaborateurs dans le processus de l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Le rapport qualité 2013 est présenté ci-après en suivant les six axes du programme de développement des pratiques médico-soignantes de l'Hôpital du Valais.

2.1 Créer un environnement favorable aux pratiques de soins

Une démarche participative et de concertation large au sein des professions soignantes (infirmières/ers, physiothérapeutes et personnel médico-technique) a abouti à la conception du Modèle de pratique professionnelle (MPP) de l'Hôpital du Valais. Ce modèle est un projet de soin qui répond à deux exigences fondamentales: permettre aux soignants de soigner et faire émerger la dimension humaine du soin. Si une présentation complète de ce modèle dépasse le cadre de ce rapport qualité, certains de ses thèmes méritent d'être exposés dans ce chapître.

Dans le cadre du MPP un modèle de structure d'encadrement a été choisi: le «4 Beine Modèle» qui définit, pour toute unité de soins, une structure d'encadrement combinant 3 fonctions soignantes et 1 fonction médicale:

- une/un infirmère/er cheffe/f d'unité de soins (ICUS)
- une/un clinicenne/en
- une/un praticienne/en formatrice/eur (PF)
- un référant médical.

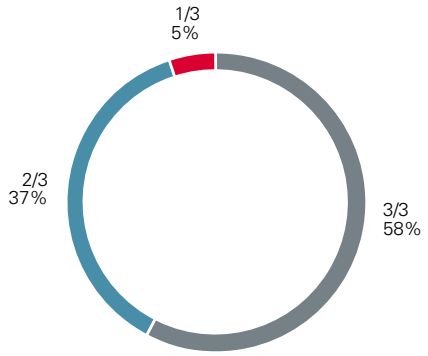
Ce modèle permet:

- D'appliquer les principes des «hôpitaux aimants» («magnet hospitals»: hôpitaux rendus attractifs par de hauts standards en termes de soins infirmiers et par un bon environnement de travail pour les soignants). Ces principes consistent en l'implication des collaborateurs, la création d'un environnement favorable aux pratiques de soins, la pratique d'une gouvernance de type «leadership transformationnel» (transformation de l'organisation sur la base de l'exemplarité du leader et non sur celle de l'autorité), le suivi d'indicateurs et les ajustements qui en découlent.
- De garantir des moyens d'actions et de réponses rapides pour les initiatives d'amélioration continue: la gestion des risques en est un exemple.
- De clarifier les rôles, les responsabilités et permettre de formaliser les statuts, le taux d'activité attribué à des missions spécifiques.
- De refléter concrètement comment l'organisation s'adapte aux besoins spécifiques de la population soignée.
- De contribuer à évaluer et harmoniser les pratiques de soin.
- D'offrir des perspectives pour des trajectoires professionnelles attrayantes.

Mise en œuvre du «4 Beine Modèle»

Le bilan réalisé fin 2013 a montré que dans 58% des unités les trois fonctions soignantes sont implémentées, dans 37% des unités deux des fonctions soignantes sont implémentées et dans 5% une seule des fonctions soignantes est implémentée.

Réalisation 4 Beine Modèle à l'Hôpital du Valais (2012-2013)



Pour chacune de ces trois fonctions trois éléments doivent être clarifiés: la classe salariale, les taux d'activités et le cursus de formation attendu.

En ce qui concerne les taux d'activité, la direction détermine pour chaque fonction deux missions principales et leur attribue des pourcentages d'activité:

MISSION FONCTION	Gestion	Développement des pratiques	Pédagogie	Clinique
ICUS	Max. 40%			Min. 40%
Clinicienne/en		Max. 30%		Min. 30%
PF			Max. 20%	Min. 60%

2.2 Intégrer les données probantes dans la conception de l'organisation

Des soignants qui ne dispensent pas des soins ou qui assument des tâches les éloignant des patients et de leur entourage est une source de frustration importante. Un sondage a montré que certains de nos soignants consacrent moins de 50% de leur temps de présence à des activités à valeur ajoutée pour le patient ou sa famille. Cette situation n'est pas acceptable.

Objectifs 80/20

La Direction des soins a proposé l'objectif 80/20. Cela implique que pour la majorité de nos soignants 80% de leur temps de présence soit dédié à des activités à valeur ajoutée pour les patients et leur entourage. Cet objectif peut être atteint par:

1. Une réorganisation des activités de soins (par ex. l'introduction des visites infirmières permet de diminuer le temps des remises de service et de passer ainsi plus de temps en présence des patients; autre ex. retravailler les horaires).
2. Une réallocation des ressources. Des différences substantielles en termes de dotation et d'organisation des activités ont été constatées au sein des départements et ceci pour des prestations similaires.
3. Des postes supplémentaires. Le nombre exact d'équivalents plein temps (EPT) nécessaires sera déterminé par le biais d'une harmonisation des règles de calcul de la dotation en personnel. L'objectif étant une mise en adéquation de la dotation en personnel à l'activité présente.

Sur la base d'un profil d'activités issu d'un outil de saisie des prestations des soins infirmiers (le LEP, pour «Leistungserfassung in der Pflege»), la configuration idéale d'une équipe a été déterminée. Pour l'Hôpital du Valais, il s'agissait particulièrement d'accompagner l'arrivée des assistantes en soins et santé communautaire (ASSC). Par conséquent, la première analyse s'est portée sur le nombre optimal d'infirmière HES (Haute école spécialisée) et d'ASSC. Ensuite, il s'agissait de mettre en œuvre et d'introduire progressivement cette répartition optimale. Cet ajustement est dépendant d'une rotation naturelle et nécessite du temps. D'autres contingences induisent une certaine lenteur. De plus les activités évoluent rapidement. Ceci implique une évaluation régulière de la configuration optimale d'une équipe.

3. STRUCTURER ET FAIRE VIVRE UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE ET TRANSVERSALE

3.1 Créer un réseau de professionnels activés et compétents

En août 2013, Mme Els De Waele et le Dr Pierre Turini ont été nommés respectivement coordinatrice soignante et coordinateur médical de l'unité «Qualité des soins et sécurité des patients» de l'état-major de la Direction générale. Ce binôme «soignant – médical», mais aussi «germanophone - francophone» a été nommé à la tête du programme de développement des pratiques médico-soignantes de l'Hôpital du Valais (HVS). Cette nomination illustre la volonté de la Direction générale d'inscrire les projets de cette démarche dans une dynamique interprofessionnelle.

En décembre 2013, la création d'un Service qualité de Hôpital du Valais a été approuvée par la Direction générale. Ce service fait partie de l'état major de la Direction générale. Le Service qualité de l'HVS est constitué des coordinateurs et des équipes qualité (managers qualité, responsables qualité et agents qualité) de chaque centre hospitalier (Centre Hospitalier du Valais Romand et Centre Hospitalier du Haut-Valais). Ces équipes ont un lien fonctionnel avec les coordinateurs et un lien hiérarchique avec le directeur de centre hospitalier.

Les tâches et responsabilités principales du Service qualité sont:

- la mise en place du programme de développement des pratiques médico-soignantes de l'Hôpital du Valais
- la mise en place un Management de la Qualité, en étroite collaboration avec les centres
- la gestion des risques cliniques
- l'harmonisation progressive des pratiques de la qualité des soins et de la sécurité des patients au sein de l'HVS

3.2 Susciter un engagement actif des professionnels de terrain

Dans le Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR), les cercles qualité de médecine interne, gériatrie, pédiatrie et soins intensifs sont actifs. Chaque cercle qualité se compose d'un cadre médical, d'un cadre infirmier, d'un à deux collaborateurs des soins infirmiers et d'un représentant de la qualité. Ils se réunissent toutes les 4 à 6 semaines. Pendant les séances de 90 minutes, les membres de ces cercles analysent et traitent les incidents indésirables qui ont été signalés dans leur service. L'objectif de ce traitement en cercle qualité est d'anticiper, prévenir les incidents et favoriser «l'apprentissage institutionnel» ainsi que de repenser le statut et l'évaluation de l'erreur. Le traitement des incidents inclut la définition des actions d'améliorations nécessaires.

Le Département de médecine interne / gériatrie du Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO) organise tous les trois mois un «colloque des complications» qui dure environ 45 minutes. Médecins et personnel soignant y discutent des situations liées aux patients, avec pour but de décider de mesures concrètes et de les appliquer au quotidien.

La plus-value de ces colloques réside dans la présence de toutes les personnes concernées (médecin-chef, médecin-chef adjoint, chef de clinique, assistants, infirmière cheffe de service, infirmière cheffe d'unité de soins, management de la qualité et développement des pratiques soignantes) qui peuvent discuter concrètement de situations liées à leur pratique.

Un tel colloque est un excellent moyen d'établir une «culture de l'erreur» factuelle et de permettre aux médecins et infirmières d'en tirer les enseignements utiles.

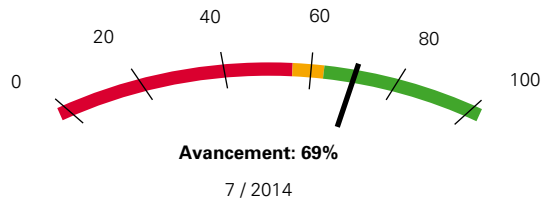
Le système de management qualité de l'Institut Central (ICHV) est soutenu par les commissions de management qualité de tous les laboratoires, l'histopathologie et la pharmacie. Les commissions sont réunies par l'Unité de management qualité trois à quatre fois par année pour évaluer la qualité des secteurs concernés et l'améliorer. Les répondants qualité qui font partie des commissions assurent la mise en place des actions d'amélioration de la qualité dans leurs secteurs d'activité. Les sujets principaux de ces commissions sont le retour d'information sur la qualité, sécurité et risques par l'Unité de management qualité, la préparation des audits de certification et d'accréditation ainsi que le retour sur les audits (interne et externe) et les incidents.

3.3 Mettre en œuvre des plans d'action institutionnels

Pour la Direction des soins, le suivi de la mise en œuvre des plans d'action se fait dans le cadre des séances de la Direction des soins et du collège des soins. Ce dernier espace réunit l'ensemble des responsables des soins et les directeurs des soins. Ils suivent notamment la mise en œuvre du modèle de pratique profesionnelle, l'actualisation du dossier des soins et la mise en place du 4 Beine modèle (cf. supra)

L'ensemble des projets d'envergure mené par la Direction des soins est mis en visibilité sur le Management Information System (MIS). Cette plateforme informatique est rendue accessible aux différents responsbales. La figure ci-contre situe l'avancement de l'actualisation du dossier de soin.

Projet: Mise en place du Module de soins - CHVR



Pour illustrer les incidences pratiques de ces projets:

Le renforcement de l'accueil est un élément d'action issu du modèle de pratique professionnelle. Cette étape du séjour du patient est particulèrement importante. Il est attendu des soignants de réaliser dans les 12 heures un recueil de données complet, comprenant notamment l'évaluation des besoins, des risques, la présence des directives anticipées, la pose d'un diagnostic infirmier, les interventions et l'infirmière de référence. En moyenne pour la Suisse (RN4Cast, 2011) deux patients sur trois ne bénéficient pas d'un accueil complet. Avec l'introduction du nouveau dossier de soin l'Hôpital du Valais a constaté une amélioration significative. L'HVS considère l'objectif comme atteint dès que les résulats dépassent 80% des entrées bénéficiant d'un entrée complète dans les 12 heures. A savoir aussi qu'il n'est pas toujours aisé, facile ni possible de réaliser un accueil complet dans les 12 heures. Certaines situations ne permettent pas de le réaliser rapidement.

Ci-dessous un extrait de notre tableau de suivi:

Unité	Semaine depuis l'introduction du nouveau dossier de soins	Nombre d'entrées	Nombre < 12 heures	Nombre > 12 heures	%
Unité 1	1	13		1	
	2	13		2	
	3	13	11	2	84.6%
	4	15	15		100.0%
	5	16	16		100.0%
	6	13	11	2	84.6%
		83	**53**	**7**	**63.9%**
Unité 2	1	10			
	2	12	6	4	50.0%
	3	11	8	2	72.7%
	4	9	8	1	88.9%
	5	10	8	2	80.0%
	6	13	11	1	84.6%
		65	**41**	**10**	**63.1%**

3.4 Associer les usagers et les partenaires externes à la démarche

L'Hôpital du Valais a mis sur pied deux forums d'échange et de discussion avec les associations de patients et de proches: l'un au mois de mai 2013 et l'autre au mois de novembre 2013. Ces espaces de rencontre ont réunis plus d'une dizaine d'associations de patients et de proches, dont la fondation «Sécurité des patients Suisse» et l'Organisation suisse des patients, des représentants du Service de la santé publique et le médiateur cantonal, ainsi que les membres de la Direction de l'Hôpital du Valais. Ces matinées de discussion et d'échange ont permis d'aborder plusieurs thèmes comme le dossier médical, l'espace d'écoute, le consentement et l'information aux patients et aux proches, les placements à fin d'assistance (PAFA) ou le traitement des réclamations. Elles ont également permis aux associations de faire part aux représentants de l'Hôpital de leurs besoins, attentes et autres propositions d'améliorations. Cette plateforme régulière permet d'engager un partenariat entre l'hôpital et la population, en créant des liens de confiance et une compréhension des perceptions et attentes réciproques, ainsi qu'en facilitant le dialogue entre ces derniers.

3.5 Mettre en place une gestion transversale et partagée de la documentation

L'hôpital du Valais a choisi un logiciel de gestion électronique des documents (GED) en fin 2012. Le but d'une GED commune est de pouvoir gérer sur la même plateforme tous les documents de l'Hôpital du Valais, utiliser les mêmes modèles, le même cycle de vie (de la création à la destruction d'un document), éviter les doublons et faciliter l'accès à la documentation pour tous les collaborateurs-trices de l'HVS.

L'ICHV a été désigné comme pilote de ce projet avec l'objectif de paramétrer le nouvel outil informatique et de migrer toute la documentation de l'ICHV afin de préparer les migrations documentaires des autres centres (SZO et CHVR).

En juillet 2013 le projet pilote a été lancé avec le fournisseur du Logiciel «Intraqual Doc». «Intraqual Doc» est un logiciel qui permet des applications adaptées à l'HVS compte tenu, notamment, de sa structure, du bilinguisme et des différences d'activités entre les centres hospitaliers et l'ICHV. Suite à la préparation de la reprise des documents de l'ICHV et la réalisation des formations des collaborateurs, la nouvelle plateforme de gestion électronique des documents a été mise en production avec succès le 1 novembre 2013.

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

La culture de la sécurité a été promue essentiellement par trois approches: les récoltes de données qualité/sécurité, la déclaration des incidents et la formation.

Les récoltes de données qualité/sécurité

Dans le cadre des exigences pour la pratique de plusieurs disciplines médicales, des récoltes de données sont effectuées régulièrement. A titre d'exemple on peut citer celles pour la reconnaissance d'une spécialité médicale (anesthésie, médecine intensive, neurologie-unité de traitement des accidents vasculaires cérébraux aigus, néphrologie-dialyse, cardiologie-réadaptation cardiaque et soins palliatifs) ou d'une activité spécialisée (prise en charge des blessés graves assurant la reconnaissance en tant que «trauma center»). Elles comprennent notamment des mesures des complications qui, suite à des comparaisons à d'autres années ou à d'autres centres en Suisse, peuvent motiver des analyses et des prises de mesures d'amélioration.

Les déclarations des incidents indésirables

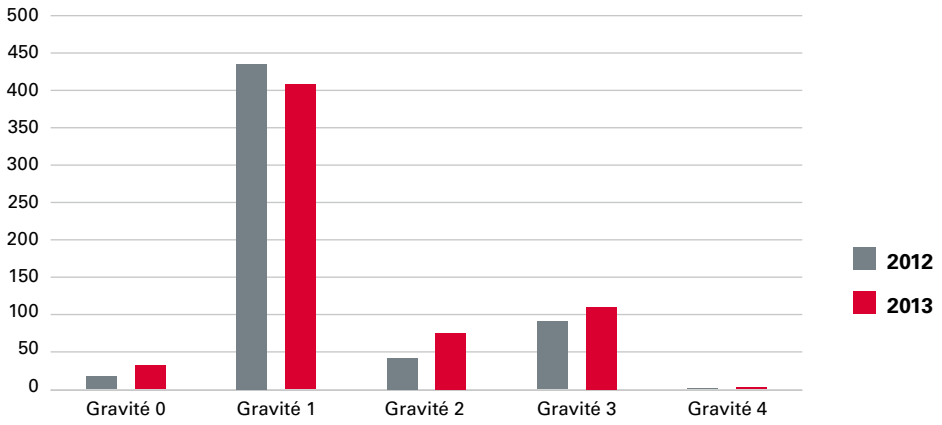
La déclaration des incidents ou évènements indésirables est régie par la loi cantonale valaisanne sur la santé et son ordonnance d'application. Le système de déclaration et de gestion des incidents médico-hospitaliers a été déployé dans l'ensemble de l'Hôpital du Valais depuis quelques années et dès 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 (matériovigilane, hémovigilance et pharmacovigilance) sont systématiquement activés en cas d'incident, selon les directives de Swissmedic.

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

Résultats

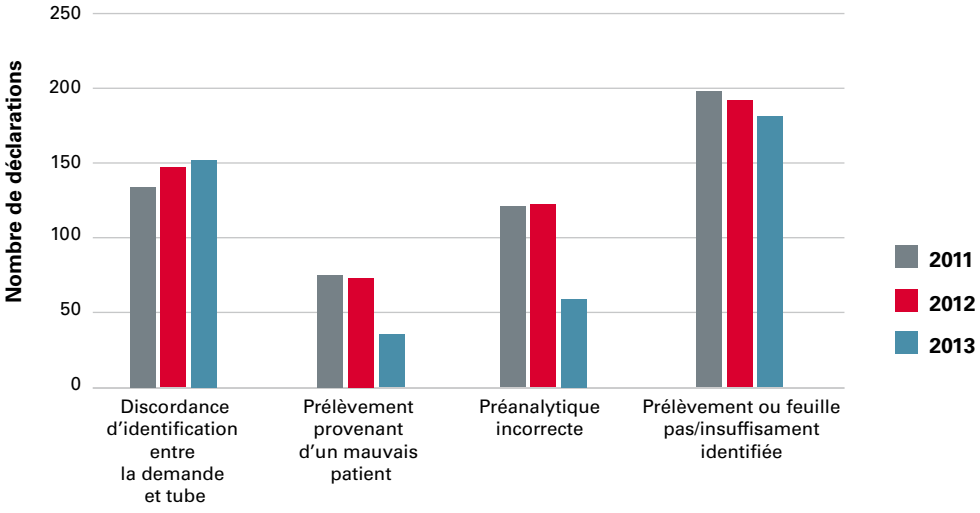
Nombre d'annonce des incidents médico-hospitaliers 2012 – 2013, HVS



Gravité 0 – les incidents, constituant de simples bagatelles
Gravité 1 – les incidents qui ont affecté la bonne administration des soins ou le fonctionnement adéquat d'un service
Gravité 2 – les incidents qui auraient pu provoquer la mort ou une atteinte grave ou durable à la santé d'une personne
Gravité 3 – les incidents ayant causé une atteint légère et temporaire ou d'autres désagréments à la santé d'une personne
Gravité 4 – les incidents ayant provoqué la mort ou causé une atteinte grave ou durable à la santé d'une personne

La grande majorité des incidents signalés sont d'un bas degré de gravité. Ces chiffres sont à rapporter au nombre total de patients hospitalisés: en 2013 sur 40 000 patients hospitalisés, 2 incidents de gravité 4 (0.005%) et 110 incidents de gravité 3 (0.27%) ont été signalés. Ces données n'étant pas couramment publiées, on peut difficilement les comparer à d'autres hôpitaux en Suisse. En revanche une comparaison d'une année à l'autre dans notre institution est possible. En comparaison avec 91 de gravité 3 en 2012, la différence minime de 0.04% ne paraît pas significative. Toutefois si cette augmentation devait se confirmer, cela posera la question de savoir si c'est en raison d'une augmentation des déclarations d'incidents ou d'une augmentation des incidents eux-mêmes. Il sera extrêmement difficile de répondre à cette question, si bien que la question principale sera de savoir si nous développons et appliquons systématiquement des mesures d'amélioration et cela dans des délais adéquats. Ce type d'information sera disponible dès mise en production du nouvel outil de saisie des incidents (cf ci-dessous).

Déclarations concernant l'HVS effectuées par le personnel de l'ICHV
Répartition par types principaux



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

Activités de matériovigilance

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

En 2013, le système de matériovigilance a géré 24 annonces d'incident liés à un dispositif médical, dont 3 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). Beaucoup de ces annonces sont encore liées à une mauvaise utilisation des dispositifs.

Suite à la liste de diffusion hebdomadaire de Swissmedic, les équipes ont pris en charge 10 rappels considérés comme importants et ayant nécessité une organisation pluridisciplinaire (biomédical, magasins centraux, équipe soignante, laboratoire, informatique,…) et multisite.

On peut relever que, tout comme en 2012, 2013 a vu une maturation du système qualité de matériovigilance, appréciée par Swissmedic qui traite avec un interlocuteur unique pour tout l'HVS.

Le système de déclaration des incidents est encore hétérogène au sein de l'HVS. Les modalités pratiques de déclaration et de traitement des incidents varient d'un centre à l'autre. Un projet a été lancé en décembre 2013 afin d'uniformiser le système de déclaration pour tout l'HVS sur la base d'un outil informatique. Ce dernier permettra d'obtenir aisément une vue d'ensemble des incidents et de suivre précisément leur traitement. La mise en place d'une base de données uniforme permettra l'exploitation ciblée des données. A travers ce projet nous visons également la facilitation de la déclaration, le renforcement de l'exploitation des données au profit des retours d'expériences et le renforcement de la culture sécurité institutionnelle.

La formation

En 2013 une attention particulière a été portée au processus de déclaration des incidents. Dans ce cadre, des cours ont été donnés en collaboration avec la fondation Sécurité des patients Suisse. Les thèmes abordés ont été la communication avec le patient et ses proches à la suite d'un incident et la gestion constructive des erreurs dans les établissements de santé.

4.2 Poursuivre la sécurisation du circuit médicaments

La fabrication centralisée des cytostatiques a été mise en place pour les sites de Martigny (avril) et de Sierre (octobre).

Les actions proposées dans le plan d'audit de la FHF 2012 concernant le circuit du médicament ont été progressivement menées. Le document concernant les modalités de gestion des pharmacies d'unité de soins a été actualisé et est utilisé pour les contrôles réguliers réalisés par le service de pharmacie. Les 126 unités de soins de l'HVS ont été contrôlées entre 2012 et 2013. Un projet de e-Learning pour la gestion des pharmacies d'unité de soins a été établi et a été déposé récemment auprès de la Direction des soins de l'HVS.

Un projet de nouvelle étiquette pour l'ajout de médicaments dans les perfusions a été testé. Il s'agit d'une révision de l'étiquette qui est utilisée sur les perfusions lorsque des médicaments y sont ajoutés pour bien identifier à qui la perfusion est destinée et de mentionner les champs qui doivent être remplis.

Les patients sont désormais équipés de bracelets d'identification. La suppression des transcriptions se poursuit et est facilitée par la mise en place d'une mise à jour du logiciel Phoenix.

Une liste de médicaments à risque a été établie sur la base de la littérature et des déclarations d'incident au sein de l'HVS entre 2010 et 2012. Elle a été transmise aux coordinateurs Qualité & Sécurité des patients de l'HVS. Les classes de médicament prioritaires sont les opiacés/stupéfiants, les anticoagulants et les insulines. Cette dernière classe de médicament a été retenue pour une analyse à réaliser en 2014.

5. STRUCTURER ET RENFORCER LES RELATIONS AVEC LES PATIENTS, LEURS PROCHES ET LES MÉDECINS TRAITANTS

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

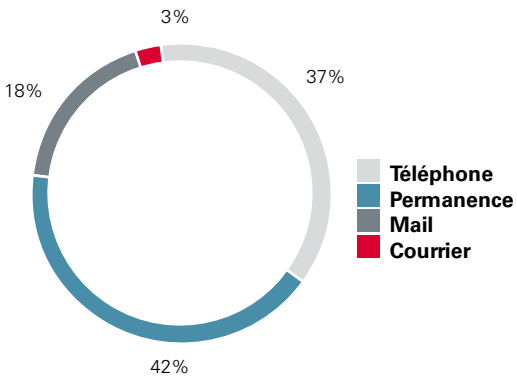
L'Espace d'écoute

L'Espace d'écoute est né de la volonté conjointe du Département des finances, des institutions et de la santé du Canton et du Conseil d'administration de l'Hôpital du Valais, afin de développer le dialogue avec les usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations fournies par l'Hôpital du Valais. Ainsi, les témoignages recueillis dans le cadre de cette structure sont également un moyen d'identifier les besoins et d'alimenter constamment la réflexion pour des mesures d'amélioration dans le déroulement de la prise en charge. Il convient également de préciser que la mission première de l'Espace d'écoute est de permettre aux usagers de trouver un apaisement dans la prise en considération de leurs doléances et des solutions concrètes à leurs difficultés par des conseils et une orientation.

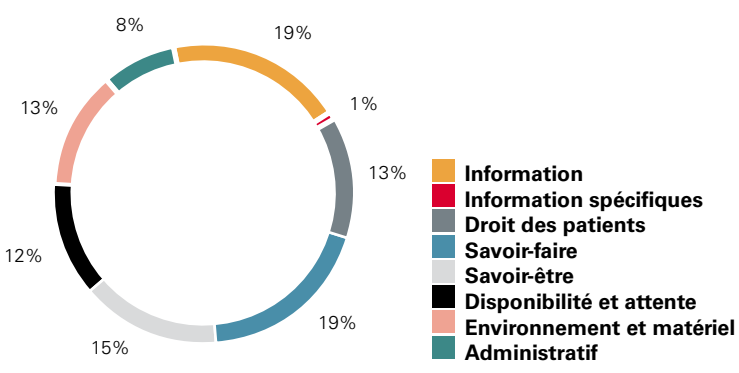
Au 31 décembre 2013, l'Espace d'écoute a traité 116 situations. Les patients ainsi que leurs proches prennent contact avec l'Espace d'écoute par téléphone (37%) ou se rendent sur place durant les heures de permanence (42%). Les mails (18%) ainsi que les courriers (3%) représentent quant à eux un plus petit pourcentage.

La répartition des motifs de consultation à l'Espace d'écoute est assez homogène. Une grande partie des situations traitées recouvre un besoin d'informations qui se concentre principalement sur des questions portant sur la nature de la maladie ou le déroulement des traitements. Une deuxième partie des situations concerne le «savoir-faire». Cette thématique comprend la qualité de la prise en charge, de l'organisation et de la coordination des soins. Les questions qui tournent autour du «savoir-être» sont la troisième raison qui incite les patients à consulter l'Espace d'écoute. Le savoir-être englobe chez les usagers la perception de déficiences relationnelles chez les soignants. Des autres raisons pour que les usagers prennent contact avec l'Espace d'écoute sont les droits des patients; la disponibilité, l'attente et le délai d'intervention; l'environnement et le matériel; les doléances reliées à des procédures administratives.

Espace d'écoute:
Prise de contact



Espace d'écoute:
Motifs de consultation



L'Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) est née de la fusion de la société nationale KIQ (Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung) 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'ANQ.

Pour 2013, l'HVS a participé au plan de mesures proposé pour les soins aigus (HVS) et psychiatrie (uniquement CHVR). Dans le plan de mesures ANQ pour la réadaptation, seule une mesure de la satisfaction des patients a été effectuée en 2013. Les autres mesures du plan de mesures ANQ (réadaptation; psychiatrie au SZO) seront mises en œuvre en 2014.

6.1 Développer et piloter des projets d'évaluation des pratiques professionnelles

L'introduction et le renforcement des standards ainsi que les bonnes pratiques contribuent à l'évaluation des pratiques professionnelles. En 2009, un «standard douleur» a été élaboré au sein de l'Hôpital du Valais. En 2013, la Direction des soins a indiqué la nécessité d'actualiser le standard et a initié les travaux pour actualiser les standards de douleurs, des escarres et des chutes qui inclure les éléments de prévention, intervention ainsi que d'évaluation de l'efficacité de l'intervention. Plusieurs groupes de travail se sont engagés pour évaluer de l'état des connaissances des collaborateurs, la vérification de l'état des données probantes sur la thématique pour en suite actualiter ou développer les standards. Les travaux d'actualisation les standards se sont poursuivis en 2014.

6.2 Evaluer la satisfaction des patients

Soins aigus

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 limité à 5 questions primordiales. Depuis quelques années, l'HVS participe à l'enquête de satisfaction des patients organisée par l'ANQ.

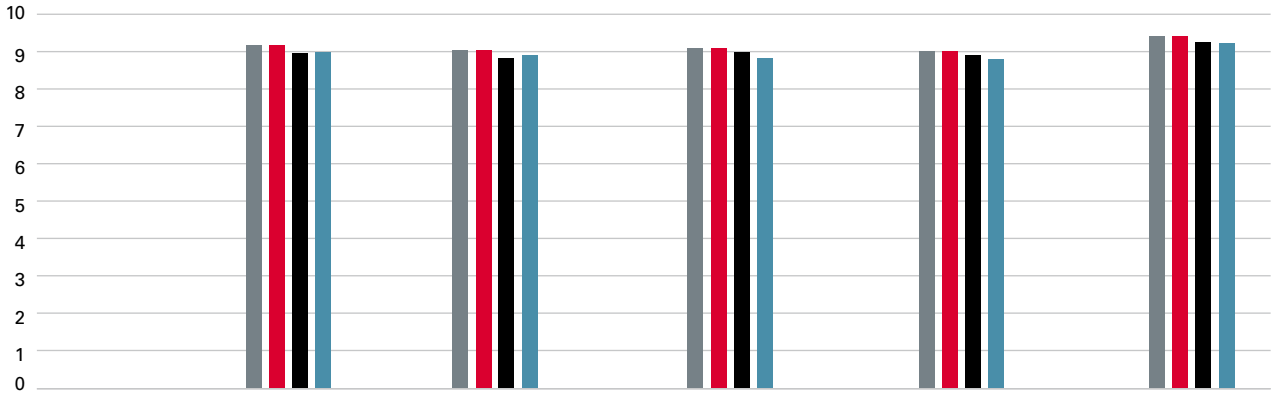
Cette étude a eu lieu du 1er au 30 septembre 2013. Elle consistait à envoyer un questionnaire standardisé à tous les patients de plus de 18 ans, domiciliés en Suisse et sortant de l'hôpital à Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny ou Saint-Maurice.

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 infirmiers-ières, 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

Evolution de la satisfaction des patients 2012 -2013, ANQ (valeur maximale = 10)



	Retour à l'hôpital	Qualité du traitement	Médecin: réponses compréhensibles	Soins: réponses compréhensibles	Traitement avec respect
CH 2012	9.18	9.03	9.09	9	9.41
CH 2013	9.17	9.03	9.08	9.01	9.41
HVS 2012	8.95	8.83	8.97	8.9	9.26
HVS 2013	8.99	8.89	8.81	8.8	9.23

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

	Brig		Martigny		Sierre		Sion		Viège		HVS		CH	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Retour à l'hôpital	9.19	9.69	8.7	8.92	9.04	8.9	8.74	8.82	9.09	8.66	8.95	8.99	9.18	9.17
Qualité du traitement	8.98	9.43	8.8	8.8	8.89	8.84	8.64	8.77	8.85	8.61	8.83	8.89	9.03	9.03
Médecin: réponses compréhensibles	9.44	9.55	8.82	8.61	9.04	8.39	8.54	8.66	9	8.85	8.97	8.81	9.09	9.08
Soins: réponses compréhensibles	9.27	9.23	8.8	8.39	8.66	8.83	8.74	8.7	9.03	8.87	8.9	8.8	9	9.01
Traitement avec respect	9.27	9.53	9.2	9.28	9.2	9.19	9.1	9.01	9.51	9.15	9.26	9.23	9.41	9.41

Les résultats expriment une appréciation entre 8.5 et 9 pour les cinq questions, ce qui constitue un bon résultat pour l'HVS, même s'il est légèrement inférieur à la moyenne des hôpitaux suisses. En regard de l'enquête de l'année 2012, on constate une amélioration légère sur les questions 1 et 2 qui concerne le retour à l'hôpital et la qualité du traitement. Les questions 3 et 4 montrent un résultat légèrement moins satisfaisant qu'en 2012: elles concernent les réponses compréhensibles aux questions des patients par les médecins et/ou les infirmiers-(ières).

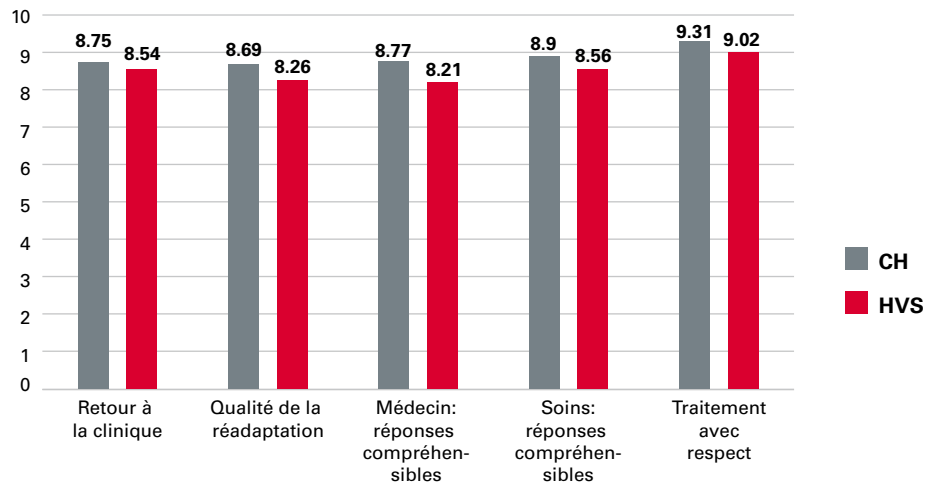
Réadaptation

La satisfaction des patients en réadaptations a été évaluée comme première mesure du plan de mesure ANQ pour la réadaptation. Le questionnaire national, élaboré par l'ANQ, inclut 5 questions, identiques à celles posées aux patients traités en milieu de soins aigus. Le questionnaire standardisé à été envoyé à tous les patients de plus de 18 ans, domiciliés en Suisse et sortant du Centre Valaisan de Pneumologie à Montana. Pour cette étude du 1er avril au 31 mai 2013, 170 questionnaires on été envoyés et le taux de retour a été de 56.5%.

Bien que les résultats soient inférieurs à la moyenne suisse des cliniques en réadaptation, ils expriment une appréciation entre 8.2 et 9 pour les cinq questions, ce qui constitue un bon résultat pour l'HVS. Pour les questions 2 et 3 (qualité de la réadaptation et réponses aux questions des patients par les médecins), la différence avec la moyenne suisse est plus grande que dans les autres domaines.

Résultats

Taux de satisfaction des patients en réadaptation 2013, ANQ (valeur maximale = 10)



Enquête interne de satisfaction des patients
«Votre avis nous intéresse»

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

Taux de réponses aux enquêtes internes de satisfaction, CHVR

	2012	2013	Pédiatrie 2012	Pédiatrie 2013
Questionnaires envoyés (Nombre)	5479	3120	296	209
Questionnaires retournés (nombre)	1888	1584	124	105
Taux de réponse (%)	34.6	33.3	41.6	26

Le taux de réponse a baissé légèrement en comparaison de celui de l'année 2012 et il reste relativement faible. En revanche le taux de remarques sur les questionnaires retournés montre une forte augmentation.

Quant à la nature des récriminations récoltées dans ce cadre, on constate qu'environ 25% portent sur des soucis de prise en charge et 25% sur le comportement des professionnels. Les soucis concernant la communication et l'information, l'infrastructure et les repas constituent 30% des remarques en 2013, alors qu'elles représentaient encore 60% des récriminations en 2012.

Baby Friendly Hospital

Dans le cadre de la certification du «Baby Friendly Hospital», l'unité de l'obstétrique de Viège a renouvelé le questionnaire de sondage de la satisfaction des patients de leur service. Pour améliorer la plus-value du questionnaire existant, un nouveau questionnaire a été développé en collaboration avec le service du Management Qualité. Depuis mai 2013, le nouveau questionnaire est distrubué à toutes les patientes hospitalisées dans l'unité de l'obstétrique.

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

1 Comment les infirmières et les sages-femmes ont-elles répondu à vos questions?
1a A la naissance.
1b Après la naissance et jusqu'à la sortie.

2 Les instructions et informations des infirmières et des sages-femmes en rapport avec les soins à votre enfant vous ont-elles été utiles?

3 Les instructions et informations des infirmières et des sages-femmes en rapport avec l'alimentation de votre enfant vous ont-elles été utiles?

4 Vos préoccupations ont-elles été prises en compte par des infirmières et des sages-femmes?

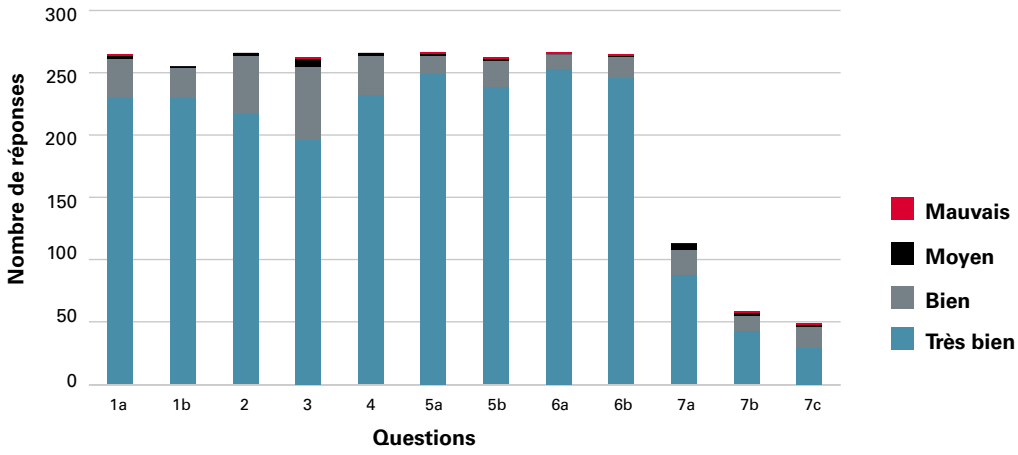
5 Les infirmières et sages-femmes vous ont-elles traitée de manière amicale ?
5a A la naissance.
5b Après la naissance et jusqu'à la sortie.

6 Les infirmières et sages-femmes vous ont-elles traitée de manière respectueuse?
6a A la naissance.
6b Après la naissance et jusqu'à la sortie.

7 Comment avez-vous vécu les offres suivantes?
7a Conseillère en allaitement
7b Conseils diététiques: nutrition et allaitement
7c Physiothérapie: informations sur le plancher pelvien

Résultats

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



Bien que le taux de réponses de 71% pour 2013 soit très haut, tous les questionnaires retournés n'étaient pas remplis complètement, ce qui explique que toutes les questions n'ont pas un nombre de réponses semblable (cf 7a à 7c par rapport au reste). Le graphique n'inclut que les questions auxquelles la patiente pouvait attribuer une appréciation entre «très bien» et «mauvais» et exclut les questions à réponse ouverte. Pour la plupart des questions, 85% des patients donnent une appréciation «très bien». Même si les appréciations en réponse à la question trois sont légèrement moins bonnes que les autres, on considère qu'une évaluation «très bien» sur 70% des réponses est un bon résultat.

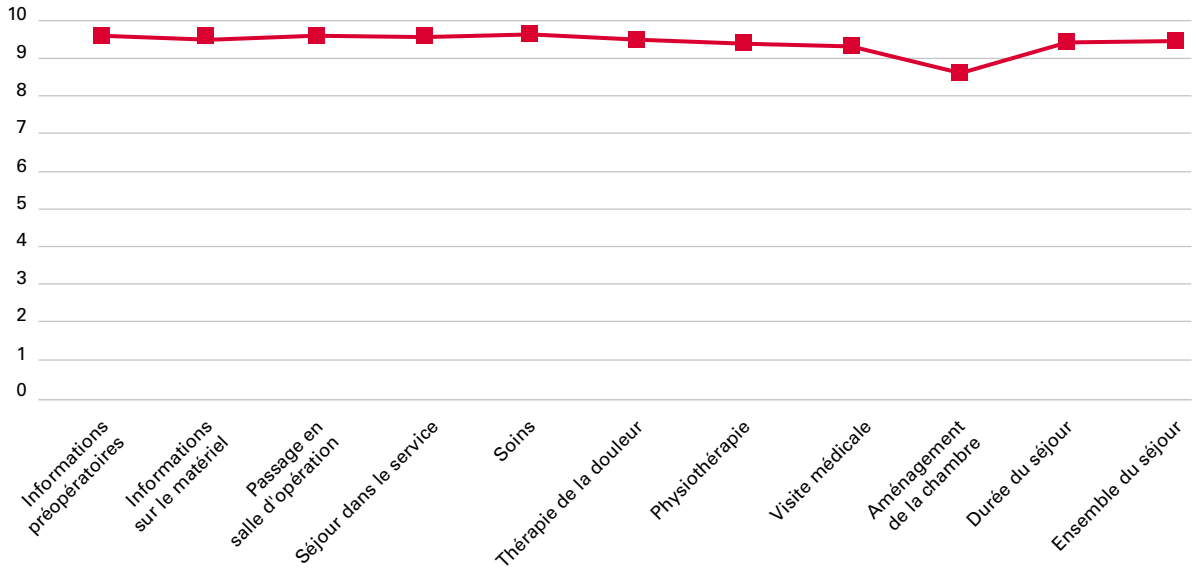
En fonction de la nature des récriminations et des autres remarques récoltées dans le cadre de cette enquête, on constate un besoin d'amélioration des instructions des soins, de la communication autour des soins du nouveau-né et des prestations de l'anesthésie. Des actions d'amélioration ciblées ont été mises en place. Les remarques concernant la prise en charge, la gentillesse et les repas montrent un degré de satisfaction plutôt haut.

Rapid Recovery

L'Hôpital de Brigue est le premier établissement suisse à avoir introduit concept de «rapid recovery» ou «convalescence rapide». Après la pose d'une prothèse de genou ou de hanche, ce concept permet au patient de rapidement retrouver son environnement habituel. Cela a été rendu possible par un examen approfondi des méthodes de travail traditionnelles et un renforcement de l'interdisciplinarité de la prise en charge. Le but étant de réduire la durée d'hospitalisation tout en améliorant le processus de guérison et la satisfaction du patient.

Aux questions posées dans le cadre de ce sondage les patients pouvaient attribuer une note entre 0 (pas satisfait) et 10 (très satisfait). Différents aspects des soins sont évalués dans le questionnaire (par exemple information pré-opératoire, traitement de la douleur, soins infirmiers, physiothérapie, …), ainsi que des aspects de logistique (par exemple chambre, matériel d'information). Le tableau ci-dessous montre les évaluations obtenues qui sont comprises entre 9 et 9.5 pour toutes les questions sauf l'aménagment des chambres (8.5). Ceci correspond à un haut degré de satisfaction.

Satisfaction des patients après la pose d'une prothèse de genou ou de hanche (valeur maximale = 10)



6.3 Développer et exploiter les indicateurs qualité

6.3.1 Taux de mortalité (OFSP) (données 2011)

L'OFSP publie chaque année des statistiques de mortalité en rapport avec 41 maladies et opérations. Ces statistiques concernent tous les hôpitaux de Suisse et permettent des comparaisons avec une moyenne nationale. La publication de ces statistiques a lieu avec deux ans de retard, si bien que les chiffres publiés en 2013 concernent l'année 2011. La totalité de ces statistiques peut être consultée sous: http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html.

Bien que la mortalité soit une donnée clairement définie et facile à mesurer, de vifs débats ont lieu concernant son utilisation comme indicateur qualité. La présentation des ces données sous le chapitre indicateurs qualité est donc sujette à caution.

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

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

SMR (Standardized Mortality Rate) = ratio standardisé de mortalité
C'est le rapport entre le nombre de décès observé et le nombre de décès attendu. Ce ratio est qualifié de standardisé car il est ajusté pour l'âge et le sexe du patient, mais pas pour les comorbidités (cf définition nombre de décès attendus). Le SMR peut être trompeur en cas de petits échantillons ou de mortalité attendue très faible: un seul décès observé en plus de ceux attendus peut alors induire une augmentation disproportionnée de SMR. A l'inverse, lorsque les nombres de décès observés et attendus sont importants, une différence franche entre le nombre absolu de décès observés et attendus influence peu le SMR.

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

A noter que dans le tableau ci-dessous les nombres de décès attendus ont été calculés car ils ne sont pas fournis par l'OFSP. Ils ont été arrondis à la décimale, car «0.4 décès» ne fait pas de sens. La catégorie «opération dilatation aorte non rupturée» illustre bien une telle situation: le SMR est à 1.2, mais le nombre de décès observés en plus de ceux attendus est de 0.4 (2 décès observés et 1.6 décès attendus).

Résultats

Mortalité intrahospitalière 2008 – 2011, CHVR et SZO: taux observé et attendu (%) et SMR

		2008-2010						2011					
Catégorie maladie / opération	**Centre**	**Nb cas**	**décès observés % I nb**		**décès attendus % I nb**		**SMR**	**Nb cas**	**décès observés % I nb**		**décès attendus % I nb**		**SMR**
MALADIES CARDIAQUES													
Infarctus myocardique (âge > 19)	CHVR	1123	6.2%	70	6.2%	70	1.0	390	7.4%	29	5.6%	22	1.3
	SZO	302	7.6%	23	7.1%	21	1.1	82	9.8%	8	6.9%	6	1.4
Insuffisance cardiaque (âge > 19)	CHVR	1125	6.5%	73	8.8%	99	0.7	409	8.3%	34	8.8%	36	0.9
	SZO	303	9.6%	29	8.0%	24	1.2	132	14.4%	19	8.6%	11	1.7
Cathétérisme cardiaque gauche en cas d'infarctus (âge > 19)	CHVR	848	2.4%	20	3.2%	27	0.7	300	6.3%	19	3.1%	9	2.0
	SZO			0		0				0		0	
Remplacement isolé de la valve aortique à cœur ouvert sans autre opération du cœur	CHVR	160	3.8%	6	2.2%	4	1.7	59	1.7%	1	3.0%	2	0.6
	SZO			0		0				0		0	
Op. des vaisseaux coronaires uniquement, sans infarctus myocardique (âge > 19)	CHVR	239	2.5%	6	1.5%	4	1.7	49	2.0%	1	1.5%	1	1.3
	SZO			0		0				0		0	
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (ATTAQUE CEREBRALE)													
Accident vasculaire cérébral, toutes les formes (âge > 19)	CHVR	953	13.1%	125	12.0%	114	1.1	423	9.7%	41	10.4%	44	0.9
	SZO	293	9.2%	27	13.0%	38	0.7	123	4.1%	5	10.1%	12	0.4
MALADIES PULMONAIRES													
Pneumonie	CHVR	1388	3.8%	53	5.9%	82	0.6	513	4.3%	22	5.9%	30	0.7
	SZO	590	6.1%	36	5.1%	30	1.2	222	1.4%	3	5.2%	12	0.3
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	CHVR	433	1.4%	6	3.2%	14	0.4	226	3.1%	7	3.5%	8	0.9
	SZO	211	9.0%	19	3.9%	8	2.3	64	4.7%	3	4.5%	3	1.0
Op.: résections pulmonaires ou bronchiques majeures	CHVR	151	0.7%	1	2.8%	4	0.2	67	0.0%	0	2.4%	2	0.0
	SZO			0		0				0		0	
OPERATIONS DES ORGANES ABDOMINAUX													
Cholécystectomie pour calculs biliaires & cholécystite	CHVR	712	0.0%	0	0.3%	2	0.0	207	0.5%	1	0.4%	1	1.3
	SZO	305	0.0%	0	0.2%	1	0.0	107	0.0%	0	0.1%	0	0.0
Herniotomie sans op. intestin	CHVR	929	0.3%	3	0.1%	1	2.5	248	1.6%	4	0.1%	0	16.7
	SZO	548	0.0%	0	0.1%	1	0.0	197	0.0%	0	0.1%	0	0.0
Op. majeures du côlon et du rectum (op. colorectales)	CHVR	477	6.1%	29	5.3%	25	1.2	154	10.4%	16	5.0%	8	2.1
	SZO	224	4.9%	11	5.3%	12	0.9	77	2.6%	2	5.2%	4	0.5
Op. du pancréas	CHVR	57	3.5%	2	7.2%	4	0.5	15	20.0%	3	6.6%	1	3.1
	SZO			0		0				0		0	

		2008-2010						2011					
Catégorie maladie / opération	**Centre**	**Nb cas**	**décès observés % I nb**		**décès attendus % I nb**		**SMR**	**Nb cas**	**décès observés % I nb**		**décès attendus % I nb**		**SMR**
OPERATIONS DES VAISSEAUX													
Op. des vaisseaux extra-crâniens (op. carotides)	CHVR	67	1.5%	1	0.5%	0	2.9	37	0.0%	0	0.8%	0	0.0
	SZO			0		0				0		0	
Op. dilatation aorte non rupturée (anévrisme aorte) par voie abdominale à ciel ouvert	CHVR	72	1.4%	1	4.7%	3	0.3	41	4.9%	2	3.9%	2	1.2
	SZO			0		0				0		0	
Op. artères bassin/jambes en cas d'embolie/thrombose artères	CHVR	60	1.7%	1	4.4%	3	0.4	58	5.2%	3	5.4%	3	1.0
	SZO			0		0				0		0	
MALADIES DES VOIES URINAIRES													
Ablation complète du rein (néphrectomie totale)	CHVR	81	2.5%	2	2.0%	2	1.2	21	0.0%	0	1.0%	0	0.0
	SZO			0		0				0		0	
AFFECTIONS ORTHOPEDIQUES ET TRAUMATOLOGIQUES													
1ère implantation d'endoprothèse totale de hanche (sans fracture)	CHVR	470	0.0%	0	0.2%	1	0.0	132	0.8%	1	0.3%	0	3.0
	SZO	441	0.2%	1	0.1%	0	1.6	178	0.0%	0	0.2%	0	0.0
Remplacement de l'articulation (endoprothèse totale) du genou	CHVR	253	0.0%	0	0.1%	0	0.0	67	0.0%	0	0.1%	0	0.0
	SZO	411	0.0%	0	0.1%	0	0.0	144	0.0%	0	0.1%	0	0.0
Fracture du col du fémur (âge > 19)	CHVR	504	3.2%	16	4.0%	20	0.8	195	1.5%	3	2.9%	6	0.5
	SZO	185	2.7%	5	3.5%	6	0.8	97	3.1%	3	2.2%	2	1.4
Fracture du trochanter (âge > 19)	CHVR	373	2.1%	8	3.5%	13	0.6	192	2.6%	5	3.0%	6	0.9
	SZO	168	3.0%	5	3.2%	5	0.9	87	2.3%	2	2.6%	2	0.9

Les chiffres **en vert** identifient un SMR > 1.2 avec un très faible nombre de décès au-dessus de ce qui est attendu (nombre de décès observés – nombre de décès attendus ≤ 1).

Les chiffres **en orange** identifient un SMR > 1.2 avec un faible nombre de décès au dessus de ce qui est attendu (nombre de décès observés – nombre de décès attendus ≤ 2) et ne correspondant pas à une tendance par comparaison à l'année d'avant ou à l'agrégation des années précédentes.

Pour ces deux types de situation des analyses détaillées n'ont pas été effectuées, mais une attention particulière sera portée à l'évolution du SMR sur l'année suivante afin d'exclure qu'il ne s'agisse d'une tendance à la hausse de la mortalité. A noter qu'il s'agit de situations où la petite taille des collectifs impose une grande prudence dans l'attribution de la signification aux valeurs statistiques.

Les chiffres **en rouge** identifient un SMR > 1 avec un nombre de décès observé franchement plus élevé qu'attendu (nombre de décès observé – nombre de décès attendu ≥ 5), ainsi que tous les SMR > 1.2 ne remplissant pas les conditions définies ci-dessus. Ce sont ces cas qui ont été analysés en détail ci-dessous, car ils paraissent davantage susceptibles de refléter un problème de prise en charge («non-qualité»).

Infarctus myocardique et cathétérisme cardiaque gauche (= coronarographie) en cas d'infarctus au CHVR: SMR = 1.3 et 2.0

Deux raisons expliquent ces SMR élevés: en 2011 beaucoup plus de patients ayant eu un arrêt cardio-respiratoire (ACR) extrahospitalier ont été coronarographiés (3x plus que les années précédentes). Or ces patients ont une mortalité très élevée quel que soit le traitement cardiologique administré (le décès est alors souvent dû à une cause neurologique, à savoir le manque d'apport d'oxygène au cerveau pendant l'ACR). De plus, un nombre nettement plus important de patients en état très critique (état de choc cardiogène) dès l'entrée à l'hôpital ont été coronarographiés. Ces patients ont également une mortalité beaucoup plus élevée que la moyenne. En conclusion, sur les 390 patients traités, les sept décès observés en plus de ceux attendus s'expliquent par la gravité de l'état de santé des patients décédés. Des recommandations de pratique clinique ont été conçues et appliquées dès janvier 2012 afin d'affiner l'indication à la coronarographie pour les patients ayant subi un ACR. L'effet de ces recommandations sur les statistiques de mortalité pourra être évalué lors de l'analyse des données 2012.

Insuffisance cardiaque au SZO: SMR = 1.7

Les données sont difficiles à interpréter dans la mesure où la grande majorité de ces patients sont des patients très âgés chez qui le décès est attendu : une attitude palliative (soins de confort) empêche de juger de la qualité du traitement de l'insuffisance cardiaque.

Herniotomie sans opération d'intestin au CHVR: SMR = 16.7

La mortalité attendue étant très basse (0.1%), 4 décès survenus parmi 248 patients font monter le SMR à 16.7. Il est important de réaliser que cette très basse mortalité attendue concerne les herniotomies électives (prévues à l'avance). Or les quatre patients décédés ont été opérés en urgence. De plus ils étaient très âgés (entre 80 et 89 ans pour deux patients et plus de 90 ans pour deux patients) et souffraient de nombreuses ou lourdes comorbidités. La mortalité décrite dans la littérature médicale suite à de telles opérations en urgence est de 5% pour les patients âgés de 80 à 89 ans et de 15.7% pour les patients âgés de plus de 90 ans.

Opérations colorectales majeures au CHVR: SMR = 2.1

Un avis de pair a été sollicité, c'est-à-dire que les cas des patients décédés ont été soumis à l'appréciation d'un chirurgien de même spécialité mais externe à l'HVS (professeur universitaire). Ce dernier conclut que l'excès de mortalité est expliqué par la sévérité des cas opérés (leurs comorbidités et leur état de santé à l'entrée à l'hôpital) et non par une mauvaise prise en charge. A noter qu'un tel excès de mortalité n'est pas retrouvé dans la période 2008-2010. Il sera important de voir l'évolution de la mortalité dans ce domaine en 2012 pour voir si l'excès de mortalité persiste et, si c'est le cas, si c'est toujours la gravité de l'état des patients qui l'explique.

Opérations de pancréas au CHVR: SMR = 3.1

Il s'agit ici de deux décès observés en plus de celui attendu. Cet excès de décès n'est pas retrouvé pour la période 2008-2010 (pour 2008-2010 SMR = 0.5). Ce domaine est particulièrement sensible puisque faisant partie de la médecine hautement spécialisée (MHS) et dépendant d'une masse critique (exigence d'un nombre minimal d'opérations). Les opérations du pancréas ont été étudiées dans le cadre d'une expertise externe commandée par le Service de santé publique du Valais. Cette expertise concerne toute la chirurgie viscérale hautement spécialisée (œsophage, foie, rectum et pancréas) et a été réalisée par le

professeur Jean-Jacques Houben. Ce dernier a conclu, qu'en ce qui concerne les opérations du pancréas effectuées au CHVR en 2011 et 2012, le nombre de patients pourrait être suffisant à condition de renforcer la validation des indications opératoires. Il conclut cependant que la mortalité est supérieure à la moyenne (suisse ou internationale) et il met en question le bilan médico-chirurgical préopératoire, certaines indications opératoires et le support nutritionnel.

A travers cette expertise, le professeur Jean-Jacques Houben identifie les forces et les faiblesses de l'HVS dans le domaine de la chirurgie viscérale hautement spécialisée. Il souligne en particulier l'importance de la prise en considération de tous les intervenants (de la direction aux infirmières, en passant par les médecins spécialisés et les chirurgiens). En ce sens il a effectué une analyse systémique visant l'amélioration et non une démarche cherchant un coupable à stigmatiser. L'expert conclut qu'il est justifié, c'est-à-dire nécessaire et possible, de poursuivre ce type de chirurgie en Valais (mises à part les opérations de l'œsophage dont les résultats ont été excellents mais dont le nombre est insuffisant). Il propose des pistes d'amélioration qui ont été suivies à travers cinq mesures prises par l'Hôpital du Valais en 2014:

1. Avec la mise en place du système de visioconférence, tous les cas de patients valaisans concernant la chirurgie MHS sont désormais discutés lors de colloques multidisciplinaires avec les spécialistes du CHUV. Les plans thérapeutiques et leur suivi y sont déterminés.
2. Un comité de pilotage médical multidisciplinaire a été constitué.
3. Des postes pour renforcer la MHS ont été mis au concours.
4. Le service d'anesthésie et de réanimation s'est adapté aux exigences de la MHS en se spécialisant par secteur d'activités.
5. L'Hôpital du Valais poursuit son projet de concept d'établissement par le développement d'un projet médico-soignant intégrant la MHS et visant à fédérer l'ensemble de ses collaborateurs. Ce processus trouvera son aboutissement d'ici la fin 2014.

6.3.2 Taux de réhospitalisations et réopérations potentiellement évitables

Taux de réadmission potentiellement évitable

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

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

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

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

Résultats

Taux de réadmission potentiellement évitable par site hospitalier (données 2012 et 2013)

Site hospitalier	Taux de réadmission (nb)		Sorties éligibles (nb)		Taux observé (%)		Taux attendu % (Intervalle de confiance 95%)		Score	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Brig	83	95	1241	1270	6.69%	7.48%	5.21% (4.74-5.67)	5.75% (5.29-6.20)	C	C
Visp	228	246	6028	7225	3.78%	3.40%	4.14% (3.75-4.52)	4.33% (3.98-4.68)	B	A
Sierre	140	163	2587	3270	5.41%	4.98%	5.33% (4.83-5.82)	5.5% (5.07-5.92)	B	A
Sion	395	487	8920	10651	4.43%	4.57%	4.3% (3.90-4.71)	4.57% (4.21-4.94)	B	B
Martigny	141	146	2110	2988	6.68%	4.89%	5.82% (5.29-6.36)	5.96%(5.51-6.41)	C	A

Le taux observé pour les sites hospitaliers, sauf le site de Brigue, est situé dans ou en-dessous de l'intervalle de confiance à 95% des valeurs attendues. A noter que la taille des collectifs est plus petite pour le site de Brigue, ce qui doit rendre prudent dans l'interprétation des résultats (la part de variation due au hasard peut alors davantage influencer les statistiques). Les résultats de 2013 montrent une amélioration légère par rapport à ceux de 2012 pour les sites de Viège, Sierre et Martigny. Sur le site de Brigue et de Sion on constate une augmentation légère du taux observé.

Taux de réopérations potentiellement évitables

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

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

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

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

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

Résultats

Taux de réopération potentiellement évitable par site hospitalier (données 2012 et 2013)

Site hospitalier	Nombre de réopérations		Opérations éligibles (nb)		Taux observé (%)		Taux attendu % (Intervalle de confiance 95%)		Score	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Brig	19	22	1165	922	1.63%	2.39%	2.22% (1.95-2.50)	2.06 (1.85-2.28)	A	C
Visp	51	59	3487	3628	1.46%	1.60%	2.37% (2.07-2.66)	2.46 (2.22-2.71)	A	A
Sierre	19	29	1589	1739	1.20%	1.67%	2.29% (1.93-2.65)	2.58 (2.25-2.90)	A	A
Sion	240	251	6727	6706	3.57%	3.74%	3.28% (2.92-3.65)	3.7 (3.36-4.04)	B	B
Martigny	19	26	1273	1351	1.49%	1.92%	2.32% (2.05-2.59)	2.5 (2.24-2.76)	A	A

Les résultats 2013 montrent une augmentation légère du taux observé sur tous les sites, mais ils restent dans ou en-dessous de l'intervalle de confiance à 95% des valeurs attendues, sauf le site de Brigue. Pour l'entier de l'HVS les résultats peuvent être considérés comme bons.

Dans l'interprétation d'un changement du taux observé d'une année à l'autre, il faut tenir compte de la taille des collectifs. Une faible augmentation du nombre de réopérations (par exemple, à l'hôpital de Brigue, trois opérations en plus) peuvent entraîner une forte augmentation du taux observé (par exemple, à l'hôpital de Brigue, de 1.63 à 2.39).

6.3.3 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 et l'utilisation des antibiotiques).

6.3.3.1 Incidence des infections du site opératoire

Les infections du site opératoire (infections de plaies chirurgicales) sont parmi les infections nosocomiales les plus fréquentes. Elles sont définies comme les infections qui surviennent dans le mois qui suit une intervention chirurgicale (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.

La méthode utilisée pour cette surveillance effectuée par le Service des maladies infectieuses de l'ICHV 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). L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) prévoit de rendre prochainement publiques ces résultats.

Résultats

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

		2011-2012					2013				
Type de procédure	**Centre**	**Nb opéra-tions**	**infections observés %**	**IC 95%**	**SIR**	**IC 95%**	**Nb opéra-tions**	**infections observés %**	**IC 95%**	**SIR**	**IC 95%**
Appendectomie > = 16 ans	CHVR	170	7.6%	4.1-12.7	1.98	1.1-3.4%	111	11.7%	6.4-19.2	3.13	1.7-5.4
	SZO	70	1.4%	0-7.7	0.3	0-1.7%	54	0.0%	0-6.6	-	-
Appendectomie < 16 ans	CHVR	51	2.0%	0-10.4	0.33	0-1.8%	20	5.0%	0.1-24.9	0.83	0-4.6
	SZO	23	0.0%	0-14.8	-	-	11	0.0%	0-28.5	-	-
Cholécystecomie	CHVR	212	3.3%	1.3-6.7	1.13	0.5-2.3%	192	4.7%	2.2-8.7	1.91	0.9-3.6
	SZO	97	1.0%	0-5.6	0.45	0-2.5%	102	1.0%	0-5.3	0.4	0-2.2%
Cure de hernie > = 16 ans	CHVR	140	4.3%	1.6-9.1	3.21	1.2-7%	156	3.2%	1.0-7.3	3.87	1.2-9.0
	SZO	168	3.0%	1.0-6.8	2.5	0.8-5.8%	126	0.8%	0-4.3	0.83	0-4.6
Cure de hernie < 16 ans	CHVR	28	0.0%	0-12.3	-	-	16	0.0%	0-20.6	-	-
	SZO	7	0.0%	0-41	-	-	5	0.0%	0-52.2	-	-
Chirurgie du colon	CHVR	113	17.7%	11.2-26.0	1.4	0.9-2.2%	71	23.9%	14.6-35.5	1.56	0.9-2.5
	SZO	101	21.8%	14.2-31.1	1.89	1.2-2.9%	63	22.2%	12.7-34.5	1.72	0.9-2.9
Toute chirugie cardiaque:	CHVR	-	-	-	-	-	46	17.4%	7.8-31.4	4.01	1.7-7.9
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tout pontage coronarien (PAC) sans autre chirurgie cardiaque	CHVR	-	-	-	-	-	18	11.1%	1.4-34.7	2.14	0.2-7.7
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prothèse totale de hanche	CHVR	92	4.3%	1.2-10.8	2.64	0.7-6.8%	82	2.4%	0.3-8.5	1.97	0.2-7.1
	SZO	16	0.0%	0-20.6	-	-	116	0.0%	0-3.1	-	-
Prothèse totale de genou	CHVR	41	0.0%	0-8.6	-	-	57	1.8%	0-9.4	1.64	0-9.1%
	SZO	14	7.1%	0.2-33.9	5.08	0.1-28.3%	98	3.1%	0.6-8.7	3.3	0.7-9.6%

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

Les **taux observés d'infections** présentés ci-dessus 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. Bien que les intervalles de confiance à 95% (IC 95%) soient assez larges et dénotent que les variations entre les années 2011-12 et 2013 sont souvent potentiellement dues au hasard, on constate une augmentation des taux pour la chirurgie du côlon au SZO et pour les appendicectomies, les cholécystectomies, la chirurgie du côlon et les prothèses de genoux au CHVR. Les taux sont en diminution pour les appendicectomies, les cures de hernies et les prothèses de genou au SZO et pour cures de hernies, et les prothèses de hanches au CHVR.

Tout comme le SMR pour la mortalité (cf. 6.3.1), le **SIR (ratio standardisé d'infections)** représente le rapport entre ce qui est observé dans l'hôpital en question et ce qui y serait attendu, compte tenu de ses catégories de risques et au vu de ce qui est observé ailleurs dans les mêmes catégories de risques. Un SIR à 1 signifie que l'hôpital ne diffère pas de ceux auxquels il est comparé. Un SIR supérieur ou inférieur à 1 signifie que l'hôpital diffère des autres vers le haut (plus d'infections que ce qui serait attendu) ou vers le bas (moins d'infections que ce qui serait attendu). Si la limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95% du SIR est supérieure à 1, la différence vers le haut avec les autres peut être considérée comme statistiquement significative. En 2013, ceci est le cas au CHVR pour les appendicectomies, les cures de hernies et la chirurgie cardiaque.

Ces résultats sont communiqués chaque année aux directions des centres hospitaliers, à leur commission d'hygiène hospitalière et aux chirurgiens afin qu'ils analysent si nécessaire leur mesures de prévention et y apportent d'éventuelles corrections.

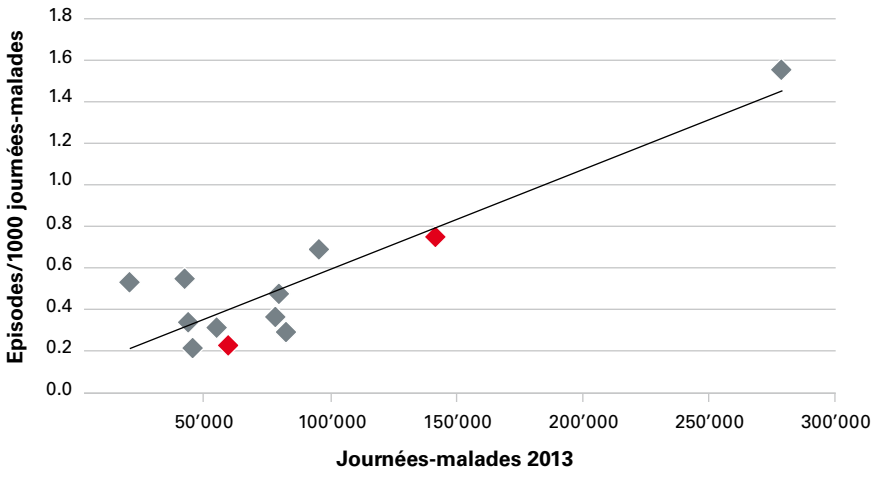
6.3.3.2 Incidence des bactériémies nosocomiales

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

La surveillance des bactériémies est effectuée par le Service des maladies infectieuses de l'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 1er janvier 2007 au 31 décembre 2013 pour le CHVR et le SZO. Ils sont comparés à ceux obtenus par un système similaire utilisé dans d'autres hôpitaux suisses romands. Ne sont analysées que les données des patients somatiques aigus, à l'exclusion de la gériatrie, de la réhabilitation et de la psychiatrie. Les épisodes de bactériémies nosocomiales sont calculés par 1'000 journées d'hospitalisation.

Résultats

Corrélation entre l'activité en 2013 (représentée par les journées-malades de 12 hôpitaux suisses romands) et l'incidence des bactériémies nosocomiales. (CHVR et SZO en rouge)



Les hôpitaux les plus grands (dont la taille est reflétée par le nombre annuel de journées-malades dans la figure ci-dessus) ont habituellement une incidence de bactériémies nosocomiales plus élevée que les établissements plus petits. Ceci s'explique par le type d'activités et la gravité des cas hospitalisés dans les plus grands hôpitaux.

Le SZO et le CHVR se positionnent logiquement dans le graphique ci-dessus.

6.3.3.3 Surveillance des bactéries multi-résistantes (BMR)

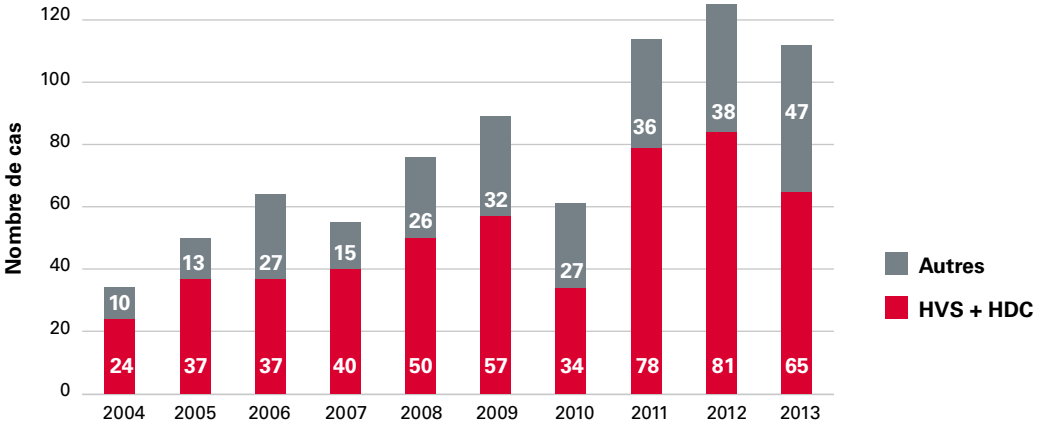
Les bactéries multi-résistantes (BMR) posent des problèmes de santé publique dans le monde entier. Elles sont de plus en plus souvent responsables d'infections et le nombre des antibiotiques efficaces pour les combattre devient de plus en plus limité. Naguère mises en évidence essentiellement chez des 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) et des Clostridium difficile qui causent des diarrhées potentiellement graves chez les patients déjà traités par antibiotiques. Chaque fois qu'un patient est reconnu porteur d'une de ces bactéries, une alerte est donnée, un isolement est mis en place, une investigation épidémiologique entreprise et un traitement spécifique est initié.

Les graphiques ci-après mettent en évidence le nombre annuel de nouveaux patients reconnus porteurs de MRSA et de Clostridium difficile par le laboratoire des maladies infectieuses de l'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.

Résultats

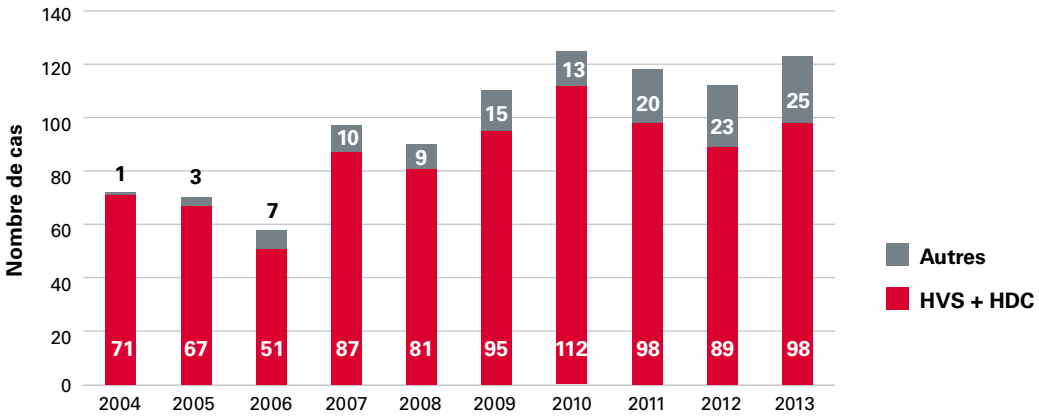
Évolution du nombre annuel de nouveaux patients porteurs de ou infectés par des staphylocoques multi-résistants (MRSA) en Valais



HVS + HDC. Hôpital du Valais + Hôpital du Chablais
Autres: CRR-SUVA, EMS, CMS, cabinets médicaux (déclaration obligatoire des laboratoires valaisans)

Résultats

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



HVS + HDC: Hôpital du Valais + Hôpital du Chablais
Autres: CRR-SUVA, EMS, CMS, cabinets médicaux (recensement non exhaustif)

Pour la grande majorité de ces cas, aucun lien entre eux n'est mis en évidence, ce qui constitue un argument en faveur de l'efficacité des mesures mises en place, en particulier des isolements qui constituent toutefois une surcharge de travail substantielle pour les soignants.

6.3.3.4 Consommation des antibiotiques

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

Consommation globale des hôpitaux de taille similaire (2012)

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

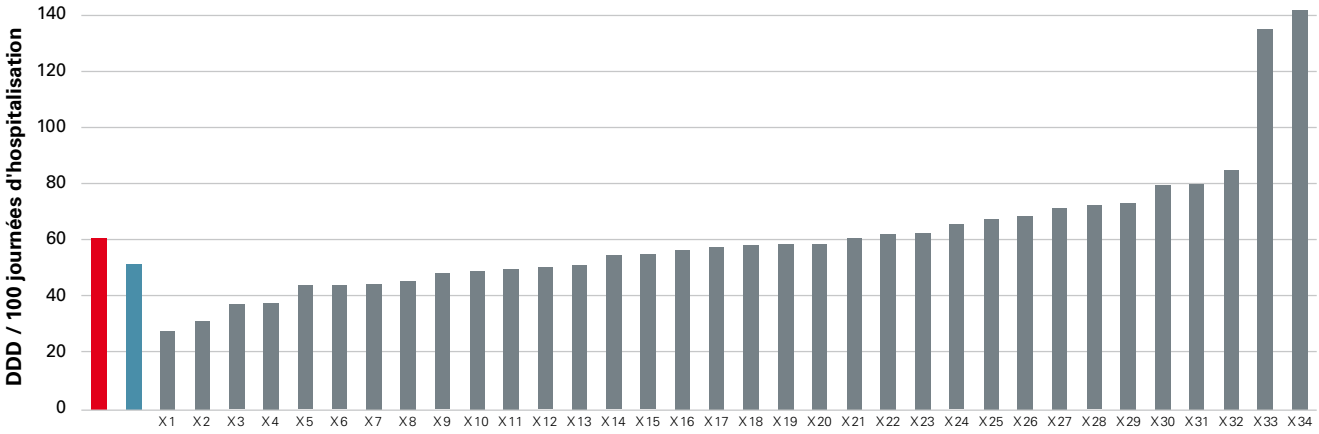
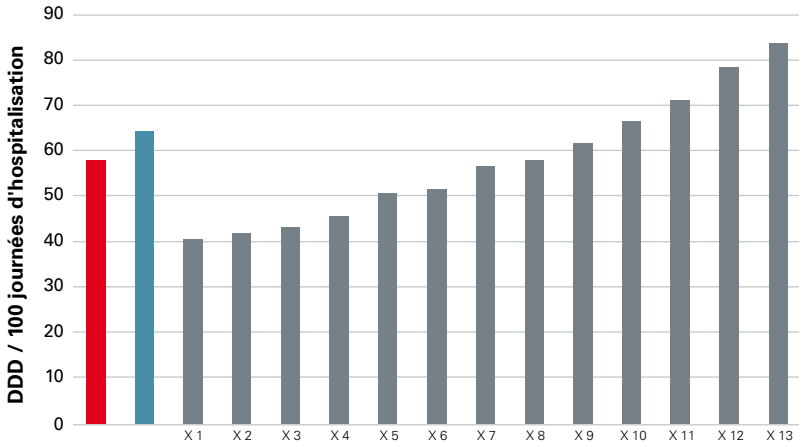


Tableau 2: Chaque barre verticale représente un hôpital de taille moyenne (de 200 à 500 lits somatiques aigus) ayant participé au réseau sentinelle. La moyenne pour cette taille d'hôpitaux est représentée par la barre verticale rouge et le Centre Hospitalier du Valais Romand par la barre verticale bleue.



Ces graphiques montrent que la consommation globale des antibiotiques au SZO et au CHVR en 2012 était relativement proche de la moyenne.

Consommation des antibiotiques à très large spectre (2012)

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

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

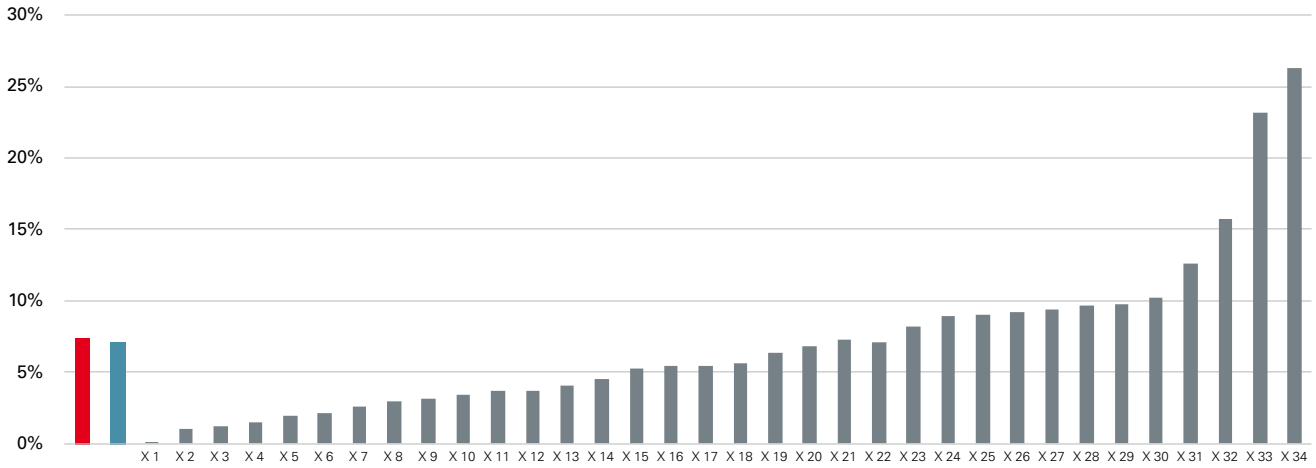
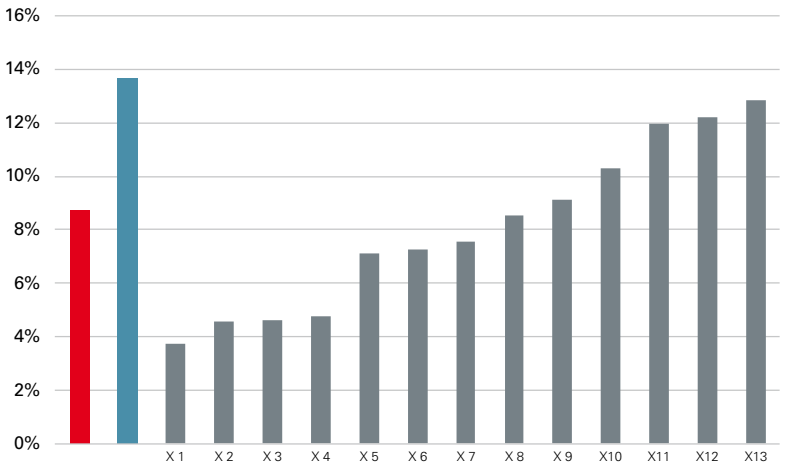


Tableau 2: Chaque barre verticale représente un hôpital de taille moyenne (de 200 à 500 lits somatiques aigus) ayant participé au réseau sentinelle. La moyenne pour cette taille d'hôpitaux est représentée par la barre verticale rouge et le Centre Hospitalier du Valais Romand par la barre verticale bleue.



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

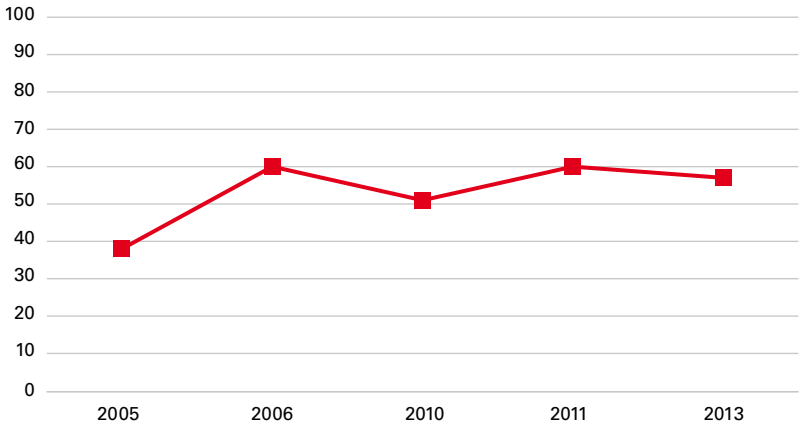
Ces résultats sont remis chaque année aux directions médicales et commission d'hygiène hospitalière pour dissémination auprès des médecins et prise d'éventuelles mesures correctrices si nécessaire.

6.3.3.5 Adhésion des collaborateurs à l'hygiène des mains

Dans le cadre du programme de prévention des infections associées aux soins de l'hôpital du Valais, une campagne d'observations (la 5e depuis 2005) de l'adhésion à l'hygiène des mains des collaborateurs en contact direct avec des patients a été menée par le service des maladies infectieuses de l'ICHV dans les différents sites hospitaliers mai 2013.

Résultats

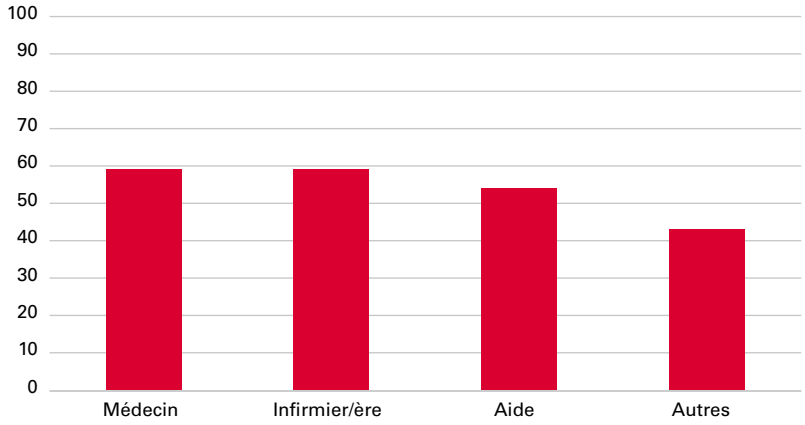
Evolution de l'adhésion à l'hygiène des mains entre 2005 et 2013**



** L'hôpital du Chablais (sites de Monthey et Aigle) n'a pas été inclus dans les observations 2013.

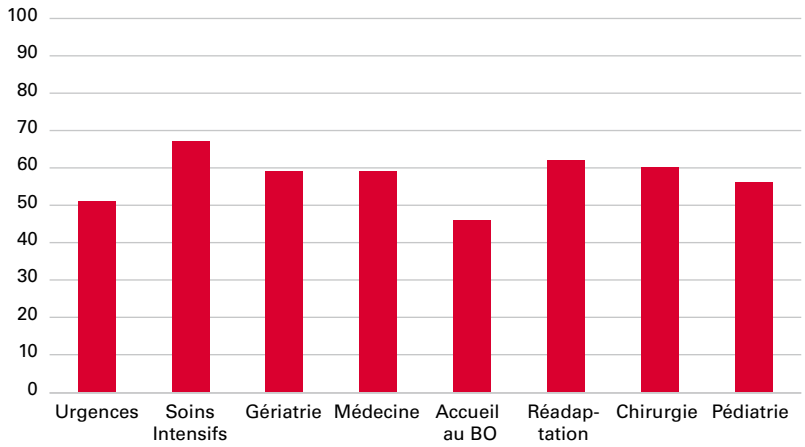
Résultats 2013

Par catégorie professionnelle (%)



Résultats 2013

Par discipline (%)



Le taux 2013 global d'adhésion à l'hygiène des mains sur l'hôpital du Valais est en légère diminution par rapport aux résultats de 2011 (57% en 2013 versus 60% en 2011). En ce qui concerne le détail par discipline, seuls les secteurs des urgences et de la réadaptation voient une évolution favorable du taux de compliance à l'hygiène des mains (de 50 à 51% pour les urgences et de 52 à 62% pour la réadaptation). Sur l'ensemble de l'hôpital du Valais, les résultats varient aussi selon la catégorie professionnelle 59% (aides et infirmiers) et 54% (médecins) à 43% (autres).

Une campagne d'information et de promotion a été effectuée au printemps 2014, suivie d'une nouvelle mesure de l'adhésion durant l'été.

6.3.4 Prévalence des escarres, des chutes et des mesures de contention

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

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

Prévalence des escarres

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

Résultats

Prévalence des escarres 2011 – 2013, ANQ

	CH						SZO						CHVR						HVS					
	2011		2012		2013		2011		2012		2013		2011		2012		2013		2011		2012		2013	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Nombre de participant-e-s							170		176		159		381		363		549		551		539		708	
Prévalence des escares	-	9.3	-	7.6	-	8	13	9.9	10	7	11	9.6	54	14.7	40	11.02	64	11.66	67	12.16	50	9.28	75	10.59
Prévalence des escares sans catégorie 1	-	4	-	3.2	-	3.9	2	1.5	3	2.1	4	3.5	26	6.82	16	4.41	25	4.55	28	5.08	19	3.53	29	4.10
Survenues au sein de l'institution y compris catégories 1	-	5.7	-	4.3	-	4.8	5	4.4	8	5.6	9	6.8	32	8.40	20	5.51	39	7.10	37	6.72	28	5.19	48	6.78

Le taux de prévalence des escarres pour l'HVS (2013), sur un échantillon de 708 patients, est de 10.59%. C'est-à-dire sur 100 patients hospitalisés, environ 10 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:

catégorie 1: rougeur ne blanchissant pas sous la pression du doigt,

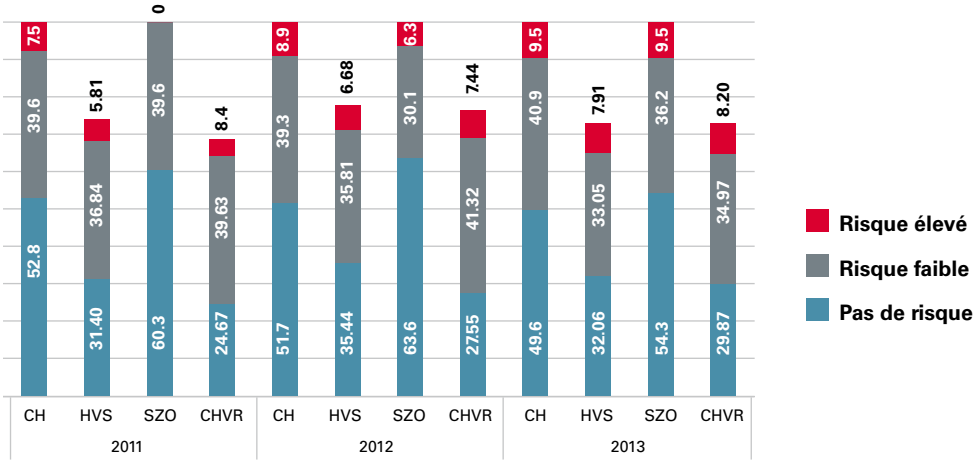
catégorie 2: désépidermisation: arrachement cutané touchant l'épiderme et éventuellement le derme, dont une variante au niveau du pied est la phlyctène (ou ampoule) hémorragique ou séreuse (selon qu'elle contient ou non du sang),

catégorie 3: nécrose: plaie profonde avec plaque de nécrose recouvrant en général des tissus-sous-jacents dévitalisés,

catégorie 4: ulcère: plaie ouverte profonde, résultant le plus souvent d'une escarre de stade 3 après élimination des tissus nécrotiques.

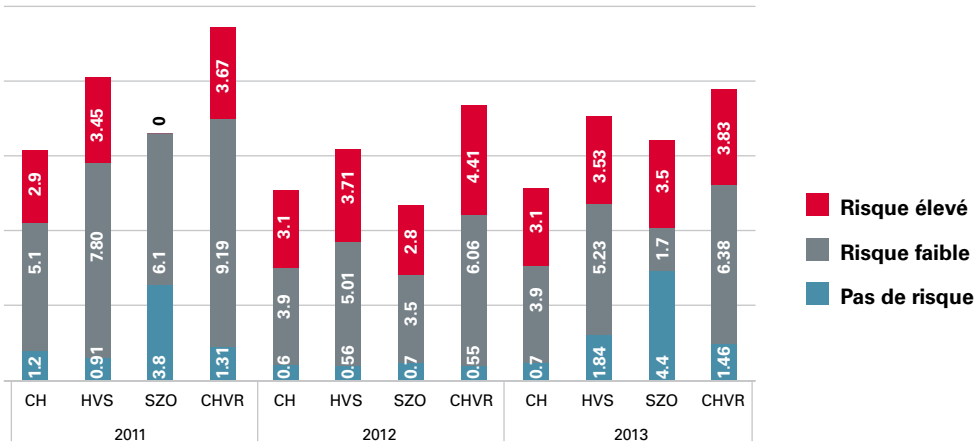
En faisant abstraction des escarres de la catégorie 1, on constate un taux de 4.1%. Les escarres dites nosocomiales - c'est-à-dire survenues à l'hôpital - on relève 6.78%. Ainsi l'Hôpital du Valais se situe légèrement au-dessus de la moyenne suisse. Dès 2014, un groupe de travail aura pour tâche d'actualiser et d'uniformiser le standard de prévention des escarres.

Patient-e-s à risque d'escarres 2011– 2013, ANQ moyenne nationale - HVS - SZO - CHVR, en %



Pour évaluer les risques d'escarre, on utilise l'échelle «Braden». Le graphique ci-dessus montre la proportion de patients pour lesquels on a détecté un risque élévé, un risque faible ou pas de risque d'escarres. La prévalence des escarres des patients à risques est présentée ci-après.

Prévalence d'escarres des patient-e-s à risque 2011– 2013, ANQ moyenne nationale - HVS - SZO - CHVR, en %



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

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

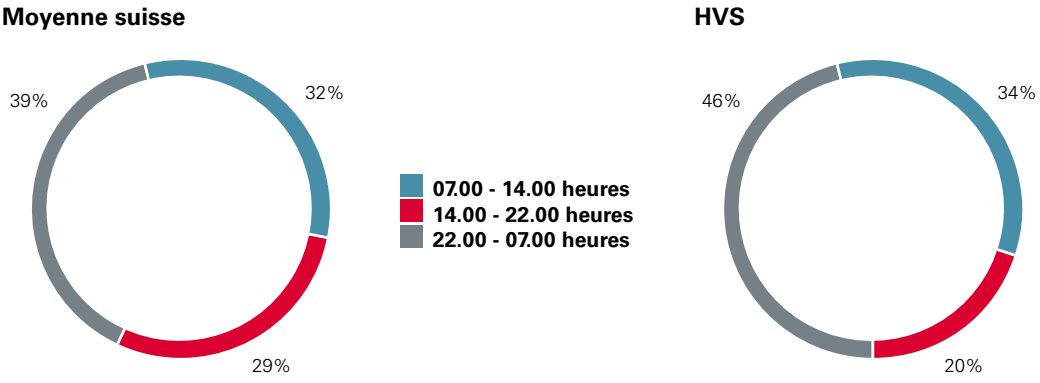
Prévalence des chutes

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.

		CH			SZO						CHVR						HVS					
		2011	2012	2013	2011		2012		2013		2011		2012		2013		2011		2012		2013	
		%	%	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Nombre de participant-e-s					170		176		159		381		363		549		551		539		708	
Nombre de Chutes		1066	1433	1547	37		27		23		68		58		91		105	1066	85	1433	114	1547
Indice des chutes au cours des 30 derniers jours avant la mesure	Aucune	80.7	81.6	78.9	93	54.71	114	64.77	93	58.49	207	54.33	214	58.95	309	56.28	300	54.45	328	60.85	402	56.78
	1x	14.9	14.6	15.5	28	16.47	19	10.80	20	12.58	53	13.91	47	12.95	73	13.30	81	14.70	66	12.24	93	13.14
	2x	2.2	2.4	2.1	6	3.53	5	2.84	1	0.63	8	2.10	8	2.20	8	1.46	14	2.54	13	2.41	9	1.27
	3x	0.8	0.6	0.7	0	0.00	1	0.57	0	0.00	2	0.52	2	0.55	5	0.91	2	0.36	3	0.56	5	0.71
	>3x	1.1	1	1	3	1.76	2	1.14	2	1.26	5	1.31	1	0.28	5	0.91	8	1.45	3	0.56	7	0.99
	Inconnu	1.8	1.8	1.8	1	0.59	2	1.14	0	0.00	2	0.52	5	1.38	1	0.18	3	0.54	7	1.30	1	0.14
Dernière chute durant l'hospitalisation actuelle		4.3	4.2	4.2	5	2.94	9	5.11	3	1.89	36	9.45	35	9.64	34	6.19	41	7.44	44	8.16	37	5.23

Dans l'échantillon observé (708 patients), 37 patients ont été concernés par une chute durant leur hospitalisation, dans la majorité des situations sans lésions ou des lésions minimals (92%). Pour deux personnes la chute a occasionné des lésions moyennes et une personne a eu des lésions plutôt graves. Aucune personne n'a une fracture suite à une chute durant l'hospitalisation. La majorité des chutes surviennent aux moments où la dotation en personnel est la plus faible, soit le soir et la nuit, comme illustré dans les graphiques ci-après.

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



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

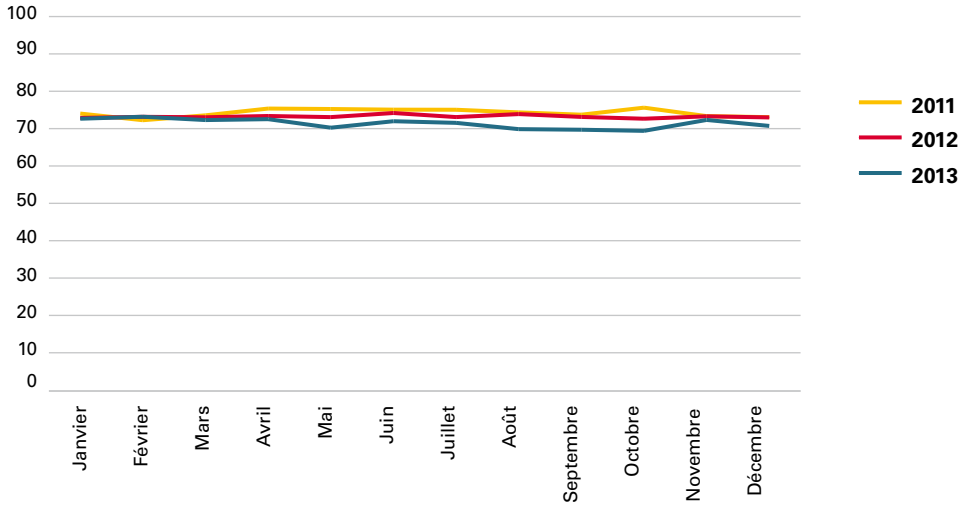
6.3.5 Améliorer le processus de l'admission et de la sortie du patient

Optimiser l'admission du patient

Un patient admis à l'hôpital doit rapidement faire l'objet d'une évaluation médicale et infirmière. Cette évaluation doit être écrite et pouvoir être consultée par les médecins et soignants appelés à prendre en charge le patient, par exemple durant la nuit ou une garde de week-end, lorsque ceux qui l'ont vu initialement ne sont plus présents. L'importance de cette évaluation écrite a motivé la création d'un indicateur: la proportion de dossiers médicaux complétés 24 heures après l'admission du patient. Avec l'introduction des SwissDRG cet indicateur a encore gagné en importance (planification du séjour et de la suite de prise en charge).

Résultats

Proportion (%) de dossiers médicaux complétés 24 heures après l'admission du patient 2011- 2013, HVS



Entre 70 et 75% des patients admis à l'HVS ont vu leur dossier médical d'entrée complété dans les 24 heures en 2013.

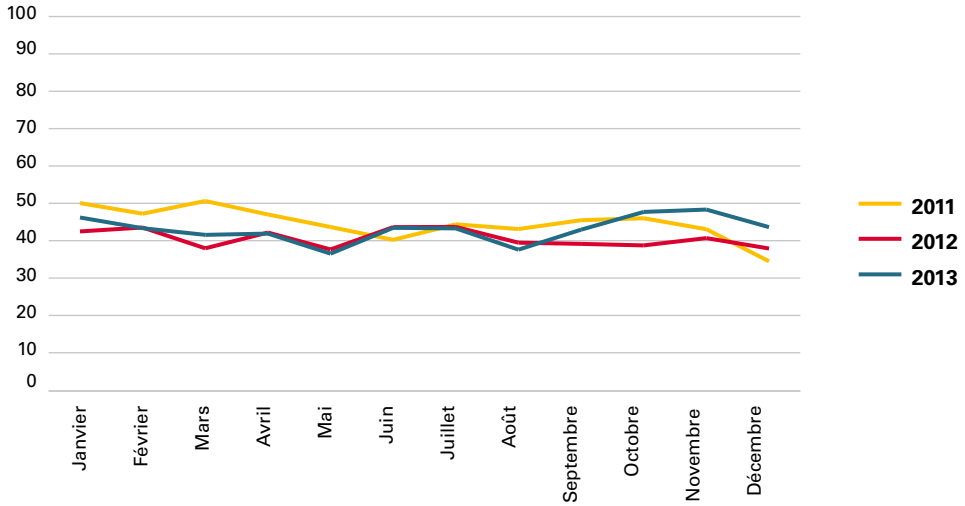
Cet indicateur est régulièrement suivi dans tous les départements de l'HVS. Il peut être croisé avec d'autres données importantes, telles que le délai de transmission de la lettre de sortie au médecin traitant ou le délai de transmission du dossier médical au codage. Ces indicateurs sont également suivis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

Optimiser la sortie du patient

Le séjour hospitalier constitue une étape du parcours de soins du patient. Il convient donc d'organiser au mieux la sortie du patient afin d'optimiser la suite de la prise en charge et de réduire le risque de réadmission non planifiée et le nombre de journées inappropriées d'hospitalisation et de consultations ambulatoires. Ceci implique une information en temps réel du médecin traitant et des partenaires externes sur les actes réalisés et sur le traitement prescrit. C'est dans ce cadre qu'a été développé l'indicateur «proportion de dossiers respectant un délai de transmission de la lettre de sortie < 15 jours».

Résultats

Proportion (%) de dossiers avec délai de transmission de la lettre de sortie < 15 jours 2011- 2013, HVS



En 2013 la lettre de sortie a été envoyée dans les 15 jours après la sortie du patient de l'HVS dans 35 à 50% des cas.

Cet indicateur est régulièrement suivi dans tous les départements de l'HVS. Il peut être croisé avec d'autres données importantes, telles que le délai de transmission du dossier médical au codage. Ces indicateurs sont également suivis dans le MIS (Management Information System).

6.3.6 Indicateurs qualité en Psychiatrie

Depuis le 1er juillet 2012, les établissements psychiatriques sont tenus de participer au relevé de la qualité des données prédéterminées. Ce relevé se fait à l'aide des instruments, des délais et des méthodes de mesure définis par l'ANQ.

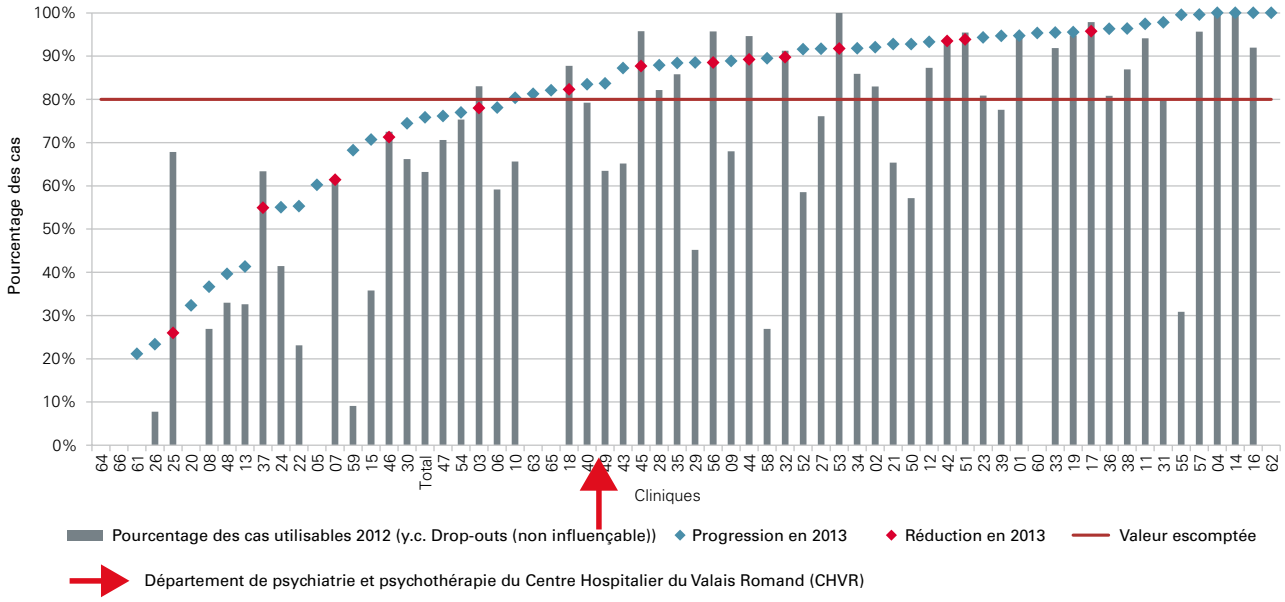
L'objectif principal est de constituer une base de données à l'attention des patient(e)s, des organismes payeurs et du grand public permettant d'évaluer les résultats du relevé de l'importance des symptômes (HoNOS et BSCL), diverses données sociodémographiques sur les caractéristiques des patients (données de base OFS et données supplémentaires psychiatrie OFS), ainsi que des mesures limitatives de liberté dans le cadre d'une comparaison nationale des hôpitaux psychiatriques. A noter que les résultats présentés dans ce rapport concernent le secteur hospitalier de l'adulte et de la personneâgée.

Les mesures sont réalisées à l'aide des instruments HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) et BSCL (Brief Symptom Checklist) . Il s'agit des données sur l'importance des symptômes relevées d'une part par les responsables de cas à l'aide du formulaire de documentation HoNOS et d'autre part par les patient(e)s à l'aide du questionnaire d'auto-évaluitation BSCL. L'évolution entre le moment de l'admission et celui de la sortie est considérée comme résultat du traitement. Le résultat est établi pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2013.

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

Le graphique suivant montre que dans l'ensemble, la qualité des données des mesures ANQ en psychiatrie stationnaire pour adultes s'est nettement améliorée par rapport à l'année de relevé 2012 et que le département de psychiatrie du Valais romand a pu atteindre le taux de 83% de données utilisables sur un taux de 80% fixé par l'ANQ.

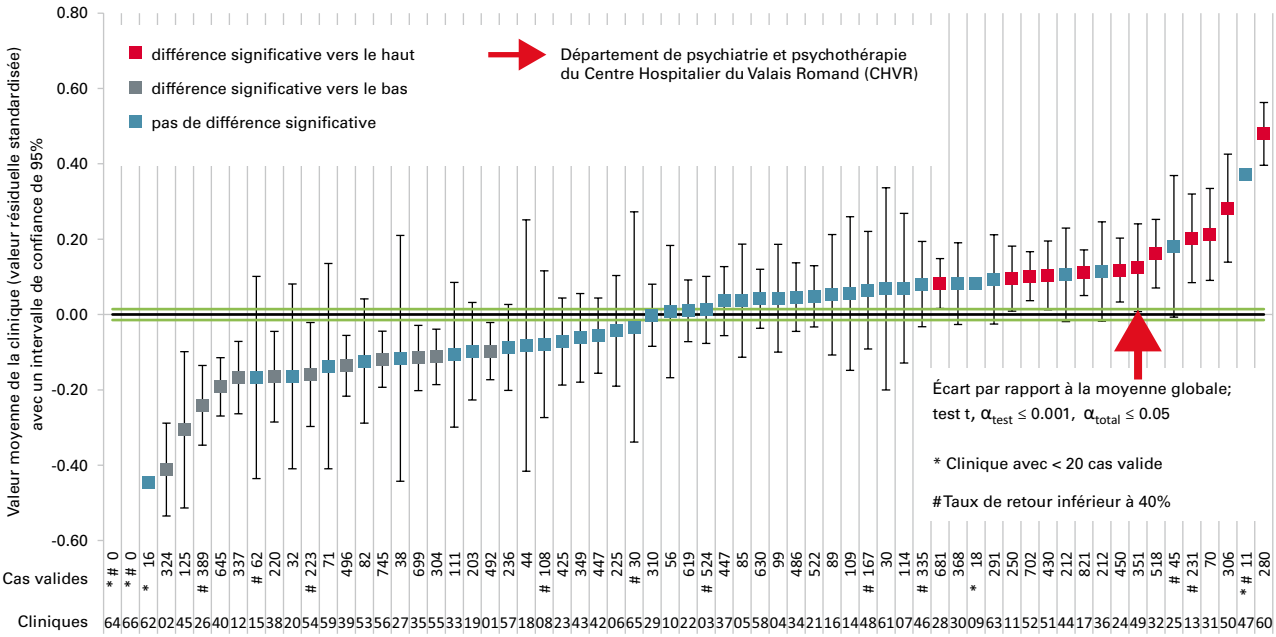
Pourcentage des cas utilisables pour les calculs HoNOS
(Comparaison annuelle 2012 - 2013)



Le graphique suivant présente le résultat de la mesure de l'importance des symptômes du point de vue des patient(e)s. Les résultats montrent la différence entre le score global BSCL à l'admission et celui à la sortie. Pour le département de psychiatrie il est primordial d'intégrer cette échelle dans la pratique clinique, car la considération de l'avis du patient sur son propre état de santé est un gain dans l'alliance thérapeutique qui doit se créer rapidement avec lui.

Le résultat de mesure montre une différence significative vers le haut, ce qui indique une amélioration des symptômes ressentie par le patient entre la période d'entrée et celle de la sortie de l'hôpital.

Résultat de mesure - Importance des symptômes: valeur différentielle BSCL



Mesures limitatives de liberté (EFM)

Les mesures limitatives de liberté sont rarement appliquées en psychiatrie, mais des exceptions dûment justifiées existent, à savoir lorsqu'il y a un risque élevé de mise en danger de soi ou d'autrui en raison de la maladie psychique du patient.

Les bases légales pour le relevé des mesures limitatives de liberté sont celles dictées par l'instance fédérale et cantonale, en particulier la nouvelle loi sur la protection de l'enfant et de l'adulte. Ce relevé se base essentiellement sur les lignes directrices de l'Académie suisse des Sciences médicales (ASSM).

La qualité des résultats en psychiatrie englobent l'isolement, l'immobilisation, et la médication forcée, ainsi que des mesures de sécurité spécifiques pour la personne âgée. Le département de psychiatrie n'utilise pas de mesures limitatives autres que la médication forcée.

6.3.7 Autres collectes d'indicateurs spécialisés

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

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

Pour l'année 2013 une initiative du département de chirurgie mérite d'être signalée. Il s'agit du lancement au mois de mars du programme Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) qui vise l'amélioration de la récupération des patients après une opération chirurgicale. Ce programme international est basé sur des résultats d'études scientifiques menées ces 15 dernières années et a pour but de remplacer les pratiques fondées sur la tradition par celles reconnues scientifiquement comme étant les meilleures. Il consiste en un itinéraire clinique multidisciplinaire et représente une véritable démarche qualité qui comprend la mesure d'indicateurs. Dans un premier temps son application à l'Hôpital de Sion est limitée à certaines opérations de l'intestin, mais il sera progressivement élargi à d'autres types de chirurgie. L'implémentation de ce programme est reconnue par la société ERAS® par le biais d'une certification qui sera sollicitée au courant de l'année 2014.

7. RENFORCER LA VISIBILITÉ DES PROJETS ET LES RÉSULTATS LIÉS À LA QUALITÉ

7.1 En interne

En septembre 2013 a eu lieu le premier Symposium des soins. L'idée première était de créer une plateforme d'échange et d'offrir aux collaborateurs de l'Hôpital du Valais la possibilité de présenter leurs projets et actions d'amélioration menés récemment. Dix projets et sept posters ont été présentés pendant la journée. La gagnante de la meilleure présentation du Symposium a été Mireille Carrupt pour «Le patient, partenaire de nos transmissions». La gagnante du meilleur poster du Symposium est Suzi Sobaral avec «Inventaire des facteurs de prise en charge de patients gériatrique». Avec un nombre de participant de 275 personnes et un retour très positif de la part des participants pour la qualité et les sujets, le premier Symposium des soins fut un succès. Un deuxième Symposium a eu lieu en 2014.

La Direction des soins et la Direction générale souhaitaient renforcer la valorisation et la reconnaissance des investissements, individuels et collectifs qui contribuent largement à l'évolution des pratiques de soins. Pour cette raison elle a créé le Prix de l'Hôpital du Valais aux collaborateurs et aux équipes. En complément des deux prix attribués aux étudiants Bachelor filière soins infirmiers et filière physiothérapie, la Direction a introduit en 2013 deux prix à l'intention des professionnels des secteurs de soins et médico-technique. Les gagnants 2013 sont:

- Christophe Baur, Sarah Fournier et Simone Delamorclaz - Prix HVS collaborateurs soins & médico-technique «Analysis of muscular properties after ACL reconstruction BPTB versus pedunculated hamstring-grafts - an analysis of 111 patients»
- Mmes Jost & Bayard et le team d'Oncologie - Prix HVS collaborateurs soins & médico-technique «Adhärenz und Sicherheit bei oraler Tumortherapie»
- Fabian Furger & Monika Hari - Prix étudiants physiothérapie «Die Wirksamkeit des Schultertapes als präventive Massnahme für Schulterschmerzen nach Schlaganfall»
- Cynthia Gex-Collet - Prix étudiantes soins infirmières «Lorsque l'entrée en EMS est synonyme de pertes pour la personne âgée»

7.2 Vers les patients, leurs proches et les partenaires externes

Le rapport qualité 2013 est à disposition des patients, de leurs proches et des partenaires externes. Pour l'édition 2014, une version plus courte et plus synthétique sera conçue afin de mieux cibler un public non spécialisé dans le domaine de la santé.

8.1 Reconnaissance comme établissement de formation postgraduée par la FMH

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

8.2 Formation soignantes initiales

L'Hôpital du Valais assure une contribution importante à la formation de la relève dans les professions de la santé, notamment pour les formations initiales de type secondaire comme celle d'assistante en soins et santé communautaire (ASSC) et tertiaire (bachelor en soins infirmiers, sage-femme, physiothérapie, diététique, …).

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

Les études qui confirment l'importance du niveau de formation et l'incidence des niveaux de connaissances sur la qualité des soins sont nombreuses. Amputer les structures des potentiels de recherche et des compétences qui garantissent l'évolution de nos pratiques – une des caractéristiques de la formation HES – semble délétère et pourrait induire une régression du niveau de soin actuel.

Le souci de l'adéquation de l'encadrement des personnes en formation au sein de l'HVS, avec les situations de santé et de soins toujours plus complexes, 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.

8.3 Conventions avec les centres universitaires

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

Conventions VD-GE-VS	Statut / signature	Référent
Ingéniérie biomédicale et achats d'équipement	18 mai 2009	Pascal Tritz
Néphrologie pédiatrique	9 juillet 2008	Dr René Tabin
Transplantation (Centres universitaires de transplantations CUTR)	4 octobre 2005	Multidisciplinaire

Conventions BE-VS	Statut / signature	Référent
Convention cadre	2008	Prof. Eric Bonvin
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
Pädiatrische 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

8.4 Titres universitaires

Nom	Titre	Départements / Services
Dr Johnny Beney	Privat-docent, Université de Genève	Pharmacie, ICHV
Dr Mette M Berger	Professeur Associée, Université de Lausanne	État-major, Direction générale
Dr Vincent Bettschart	Professeur titulaire, Université de Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr Eric Bonvin	Professeur titulaire, Université de Lausanne	Directeur général
Dr Pierre-François Cuénoud	Chargé de cours, Université de Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr Eric Dayer	Privat-docent, Université de Genève	Immunologie-allergologie, ICHV
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 Patrick Ravussin	Professeur titulaire, Université de Lausanne	Anesthésie et réanimation, CHVR
Dr Philippe Rey-Bellet	Chargé de cours, Université de Genève	Psychiatrie, CHVR
Dr Michel Rossier	Privat-docent & Maître d'enseignement et de recherche, Université de Genève	Chimie clinique & Toxicologie, 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 (jusqu'à 31.07.2013)	Médecine interne, CHVR
Dr René Tabin	Professeur titulaire, Université de Genève	Pédiatrie, CHVR

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	4e renouvellement de la certification de l'ICHV en 2012. Prochain audit de suivi: 2014 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	3e renouvellement en nov. 2010 et janvier 2011. Prochain audit de suivi: 2014 (avec la norme ISO 15189 version 2012) 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

HVS: Labels, Reconnaissances

- Adhérent à la solution du branche H+ pour la santé et la sécurité au travail (CHVR, site de Martigny)
- Baby Friendly Hospital (SZO, site de Viège)
- Hôpital sans fumée (Cipret Valais)
- Fouchette verte
- Hôpital Promoteur de la santé
- Hôpital formateur
- Reconnaissance pour le traitement des blessés graves (CHVR, site de Sion)

10. PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES EFFECTUÉES PAR DES COLLABORATEURS DE L'HVS EN 2013

Anesthésiologie

1. Walder B, Haller G, Rebetez MML, Delhumeau C, Bottequin E, Schoettker P, Ravussin P et al. Severe traumatic brain injury in a high-income country: An epidemiological study. J. Neurotrauma 32:1934-1942, 2013
2. Spahn DR, Borgeat A, Ravussin P, Kern Ch, Korte W. Traitement par le Rivaroxaban. Recommandations du groupe d'experts «Rivaroxaban and anesthesiology». Sang Thromboses Vaisseaux 12:233-244, 2013
3. Ben Hammoud L, Dessimoz C, Rudaz D, Ravussin P, Oggier S, Tschopp JM. Protéinose alvéolaire: une maladie fascinante et un facteur d'immuno-suppression peu connu. Rev Méd Suisse 9:2078-2081, 2013
4. Spahn DR, Borgeat A, Kern Ch, Korte W, Mach F, Niedeltchev K, Ravussin P. Apixaban: Recommandations pour l'anesthésiologie en 2013 Website SSAR 5:1-2, 2013

Cardiologie

1. Défibrillateur automatique implantable (DAI): principes de base et indications cliniques actuelles. Carroz P, Graf D, Fromer M. Rev Med Suisse 2013 May 29;9(388):1154-9
2. Girod G, A. Delabays, M. Fromer, E. Eeckhout, P. Monney, P. Vogt, Pruvot E. Fermeture de l'auricule gauche: un nouvel espoir pour les patients en fibrillation auriculaire? Rev Med Suisse 2013;9:332-6
3. Girod G, Sierro C. Une drôle de crise d'épilepsie. Cardiovascular Medicine 2013;16(5):157-159.
4. Roux Y, Qanadli SD, Girod G, Boulos Ksontini T, C. Sierro. Do not forget Kawasaki disease. Cardiovascular Medicine 2013;16(7-8):211-15
5. Crisinel V, Sierro C, Girod G. Approche pratique des valvulopathies. Rev Med Suisse 2013;9(406):2088,2090-4
6. Eeckhout E, Martin S, Delabays A, Michel P, Girod G. Very long-term follow-up after percutaneous closure of patent foramen ovale. EuroIntervention 2014;Jan17;Pii:20140117a-05
7. Cochet H, Komatsu Y, Sacher F, Jadidi AS, Scherr D, Riffaud M, Derval N, Shah A, Roten L, Pascale P, Relan J, Sermesant M, Ayache N, Montaudon M, Laurent F, Hocini M, Haïssaguerre M, Jaïs P. Integration of merged delayed-enhanced magnetic resonance imaging and multidetector computed tomography for the guidance of ventricular tachycardia ablation: a pilot study. J Cardiovasc Electrophysiol 2013;24:419-26
8. Sacher F, Wright M, Derval N, Denis A, Ramoul K, Roten L, Pascale P, Bordachar P, Ritter P, Hocini M, Dos Santos P, Haissaguerre M, Jais P. Endocardial versus epicardial ventricular radiofrequency ablation: utility of in vivo contact force assessment. Circ Arrhythm Electrophysiol 2013;6:144-50
9. Komatsu Y, Cochet H, Jadidi A, Sacher F, Shah A, Derval N, Scherr D, Pascale P, Roten L, Denis A, Ramoul K, Miyazaki S, Daly M, Riffaud M, Sermesant M, Relan J, Ayache N, Kim S, Montaudon M, Laurent F, Hocini M, Haïssaguerre M, Jaïs P. Regional myocardial wall thinning at multidetector computed tomography correlates to arrhythmogenic substrate in postinfarction ventricular tachycardia: assessment of structural and electrical substrate. Circ Arrhythm Electrophysiol 2013;6:342-50
10. Whinnett ZI, Francis DP, Denis A, Willson K, Pascale P, van Geldorp I, De Guillebon M et al. Comparison of different invasive hemodynamic methods for AV delay optimization in patients with cardiac resynchronization therapy: Implications for clinical trial design and clinical practice. Int J Cardiol 2013 Mar 4 [Epub ahead of print]
11. Pascale P, Shah AJ, Roten L, Scherr D, Komatsu Y, Jadidi AS, Ramoul K et al. Pattern and Timing of the Coronary Sinus Activation to Guide Rapid Diagnosis of Atrial Tachycardia after Atrial Fibrillation Ablation. Circ Arrhythm Electrophysiol 2013;6:481-90

12. Komatsu Y, Daly M, Sacher F, Derval N, Pascale P, Roten L, Scherr D, Jadidi A et al. Electrophysiologic characterization of local abnormal ventricular activities in postinfarction ventricular tachycardia with respect to their anatomic location. Heart Rhythm 2013;10:1630-7

13. Shah AJ, Hocini M, Xhaet O, Pascale P, Roten L, Wilton SB, Linton N, Scherr D et al. Validation of novel 3-dimensional electrocardiographic mapping of atrial tachycardias by invasive mapping and ablation: a multicenter study. J Am Coll Cardiol 2013;62:889-97

14. Jadidi AS, Cochet H, Shah AJ, Kim SJ, Duncan E, Miyazaki S, Sermesant M, Lehrmann H, Lederlin M, Linton N, Forclaz A, Nault I, Rivard L, Wright M, Liu X, Scherr D, Wilton SB, Roten L, Pascale P, Derval N, Sacher F, Knecht S, Keyl C, Hocini M, Montaudon M, Laurent F, Haïssaguerre M, Jaïs P. Inverse relationship between fractionated electrograms and atrial fibrosis in persistent atrial fibrillation: combined magnetic resonance imaging and high-density mapping. J Am Coll Cardiol 2013;62:802-12

15. Pascale P, Shah AJ, Knecht S. Adenosine reveals dormant conduction of an arrhythmogenic thoracic vein despite absence of previous ablation. Europace 2013 Oct 24 [Epub ahead of print]

16. Pascale P, Shah AJ, Roten L. Differentiating Right from Left Atrial Tachycardias. Card Electrophysiol Clin 2013;5:169-77

17. Roten L, Pascale P. Diagnosis of Macroreentrant Atrial Tachycardia. Card Electrophysiol Clin 2013;5:189-94

18. Roten L, Pascale P. Typical Examples of Macroreentrant Atrial Tachycardia. Card Electrophysiol Clin 2013;5:195-206

19. Pedersen M, Shah AJ, Pascale P, Hocini M. Diagnosis of Focal-Source Atrial Tachycardia: Localized Reentry and Focal Atrial Tachycardia. Card Electrophysiol Clin 2013;5:207-14

20. Shah AJ, Miyazaki S, Liu XP, Komatsu Y, Pascale P, Jais P. Misleading Features of Activation and Entrainment Mapping. Card Electrophysiol Clin 2013;5:225-35

21. Shah AJ, Miyazaki S, Knecht S, Matsuo S, Daly M, Komatsu Y, Pascale P, Roten L, Hocini M. Exotic Atrial Tachycardias. Card Electrophysiol Clin 2013;5:237-51

22. Buttu A, Pruvot E, Van Zaen J, Viso A, Forclaz A, Pascale P, Narayan SM, Vesin JM. Adaptive frequency tracking of the baseline ECG identifies the site of atrial fibrillation termination by catheter ablation. Biomedical Signal Processing and Control 2013;8:969-80

Chimie Clinique – Toxicologie

1. Mannic T, Mouffok M, Python M, Yoshida T, Maturana AD, Vuilleumier N, Rossier MF. DHEA prevents mineralo- and glucocorticoid receptor-induced chronotropic and hypertrophic actions in isolated rat cardiomyocytes. Endocrinology 2013 Mar;154(3):1271-81. doi: 10.1210/en.2012-1784. [Epub 2013 Feb 8]

2. Ehret GB, Daali Y, Chabert J, Rebsamen M, Wolff A, Forster A, Moursli F, Fritschy D, Rossier MF, Piguet V, Dayer P, Gex-Fabry M, Desmeules JA. Influence of CYP2D6 activity on pre-emptive analgesia by the N-methyl-D-aspartate antagonist dextromethorphan in a randomized controlled trial of acute pain. Pain Physician 2013 Jan;16(1):45-56

Chirurgie Cardiaque

1. Ferrari E, Locca D, Marcucci C, Jeanrenaud X. Urgent reoperative transapical valve-in-valve shortly after a transapical aortic valve implantation. Eur J Cardiothorac Surg 2013 Nov28 [Epub ahead of print]

2. Jolly SS, Cairns J, Yusuf S, Niemela K, Steg PG, Worthley M, Ferrari E and the RIVAL Investigators

3. Jolly S S, Cairns J, Yusuf S, Niemela K, Steg P G, Worthley M, Ferrari E, Cantor W J, Fung A, Valettas N, Rikoss M, Olivecrona G, Widimsky P, Cheema A N, Gao P, Mehta S R. Procedural volume and outcomes with radial or femoral access for coronary angiography and intervention. J Am Coll Cardiol 2014 Mar18;63(10):954-63. doi: 10.1016/j.jacc.2013.10.052 [Epub 2013 Nov 21]
4. von Segesser LK, Gerosa G, Borger MA, Ferrari E. Prevention and management of potential adverse events during transapical aortic valve replacement. J Heart Valve Dis. 2013 May;22(3):276-86
5. Colombier S, Kessler U, Ferrari E, von Segesser LK, Berdajs DA. Influence of deep sternal wound infection on long-term survival after cardiac surgery. Med Sci Monit. 2013 Aug 14;19:668-73. doi: 10.12659/MSM.889191
6. Ferrari E, Niclauss L, Locca D, Marcucci C. On-pump fibrillating heart mitral valve replacement with the SAPIEN™ XT transcatheter heart valve. Eur J Cardiothorac Surg 2014 Apr;45(4):749-51. doi: 10.1093/ejcts/ezt364 [Epub 2013 Jul 11]
7. Ferrari E, Berdajs D, Tozzi P, Prêtre R. Transaortic transcatheter aortic valve replacement with the Sapien™ valve and the first generations of Ascendra™. Eur J Cardiothorac Surg 2014 Jan;45(1):188-90. doi: 10.1093/ejcts/ezt306 [Epub 2013 Jun 13]
8. Tozzi P, Locca D, Gronchi F, Hayoz D, Ferrari E, von Segesser LK, Hullin R. Active mitral ring for post-surgical remote correction of residual mitral regurgitation on the beating heart. Eur J Cardiothorac Surg. 2013 Aug;44(2):370-4; discussion 374. doi: 10.1093/ejcts/ezs710 [Epub 2013 Feb 5]
9. Ferrari E, Van Steenberghe M, Namasivayam J, Berdajs D, Niclauss L, von Segesser LK. Feasibility of transapical aortic valve replacement through a left ventricular apical diverticulum. J Cardiothorac Surg 2013 Jan 7;8:3. doi: 10.1186/1749-8090-8-3
10. Niclauss L, von Segesser LK, Ferrari E. Aortic biological valve prosthesis in patients younger than 65 years of age: transition to a flexible age limit? Interact Cardiovasc Thorac Surg 2013 Apr;16(4):501-7
11. Ferrari E, Namasivayam J, Marcucci C, Gronchi F, Berdajs D, Niclauss L, von Segesser LK.Transapical aortic valve replacement in extreme-risk patients: outcome, risk factors and mid-term results. Eur J Cardiothorac Surg 2013 May;43(5):978-85

Dermatologie

1. Zangger H, Ronet C, Desponds C, Kuhlmann FM, Robinson J, Hartley MA, Prevel F, Castiglioni P, Pratlong F, Bastien P, Müller N, Parmentier L, Saravia NG, Beverley SM, Fasel N. Detection of Leishmania RNA virus in Leishmania parasites. PLoS Negl Trop Dis. 2013;7(1):e2006.
2. Tu H, Parmentier L, Stieger M, Spanou Z, Horn M, Beltraminelli H, Borradori L. Acral purpura as leading clinical manifestation of dermatitis herpetiformis: report of two adult cases with a review of the literature. Dermatology. 2013;227(1):1-4.
3. Basmanav FB, Oprisoreanu AM, Pasternack SM, Thiele H, Fritz G, Wenzel J, Größer L, Wehner M, Wolf S, Fagerberg C, Bygum A, Altmüller J, Rütten A, Parmentier L, El Shabrawi-Caelen L, Hafner C, Nürnberg P, Kruse R, Schoch S, Hanneken S, Betz RC. Mutations in POGLUT1, encoding protein O-glucosyltransferase 1, cause autosomal-dominant Dowling-Degos disease. Am J Hum Genet. 2014 Jan 2;94(1):135-43. online dec 2013

Immunologie

1. Arlettaz L, Dayer E. Les réactions médicamenteuses cutanées sévères Rev Med Suisse. 2013 Juin.15:vol 6
2. Dayer E. Organizational challenges in setting up a breast cancer screening program in Valais and controlling for quality performance in specific IgE measurements in Switzerland. Thèse de privat-docent: Université de Genève 2013 Octobre

Maladies Infectieuses

1. Kunze U. International Scientific Working Group on Tick-Borne Encephalitis SW-TBE (incl. Péter O). Tick-borne encephalitis--a notifiable disease: report of the 15th Annual Meeting of the International Scientific Working Group on Tick-Borne Encephalitis (ISW-TBE). Ticks Tick Borne Dis 2013; 4: 363-365
2. Grygorczuk S, Péter O, Kondrusik M, Moniuszko A, Zajkowska J, Dunaj J, Żukiewicz-Sobczak W, Pancewicz S. Assessment of the frequency of different Borrelia burgdorferi sensu lato species in patients with Lyme borreliosis from north-east Poland by studying preferential serologic response and DNA isolates. Ann Agric Environ Med 2013; 20: 21-9
3. Altpeter E, Zimmermann H, Oberreich J, Péter O, Dvožák C; Swiss Sentinel Surveillance Network. Tick related diseases in Switzerland, 2008 to 2011. Swiss Med Wkly 2013;143: w13725
4. Kessler B, Bally F, Hewer E, Sendi P. Delayed diagnosis of cryptococcal meningoencephalitis due to negative cryptococcal antigen test. BMJ Case Rep 2013 pii: bcr2012007980
5. Haustein T, Sax H, Troillet N, Harbarth S. Rendu public d'indicateurs de qualité en rapport avec les infections nosocomiales: risques et avantages. Bull Swissnoso 2013
6. Troillet N, Balmelli C, Eisenring MC, Mühlemann K, Sax H, Widmer A, Zanetti G, Ruef C. Surveillance des infections du site chirurgical en Suisse: faut-il rendre publics les résultats des hôpitaux? Prise de position de SwissNOSO. Bull Swissnoso 2013
7. Uçkay I, Sax H, Gayet-Ageron A, Ruef C, Mühlemann K, Troillet N, Petignat C, Bernasconi E, Balmelli C, Widmer A, Boubaker K, Pittet D. High proportion of healthcare-associated urinary tract infection in the absence of prior exposure to urinary catheter: a cross-sectional study. Antimicrobial Resistance and Infection Control 2013; 2:5
8. Birgand G, Lepelletier D, Baron G, Barrett S, Breier AC, Buke C, Markovic-Denic L, Gastmeier P, Kluytmans J, Lyytikainen O, Sheridan E, Szilagyi E, Tacconelli E, Troillet N, Ravaud P, Lucet JC. Agreement among healthcare professionals in ten European countries in diagnosing case-vignettes of surgical-site infections. PLoS One 2013;8(7):e68618

Médecines alternatives

1. Bonvin E. Alternative and complementary medicine in our hospitals: forbidden yesterday, tolerated today… implemented tomorrow? (Editorial) Swiss Medical Weekly 2013 143: w13886
2. Bertholet O, Davadant M, Cromec I, Berger MM. L'hypnose intégrée aux soins de patients brûlés: Impact sur le niveau de stress de l'équipe soignante. Rev Med Suisse 2013;9:1646-1649

Médecine intensive

1. Jeanneret S, Carron PN. Crise hypertensive. Médecine d'urgence pré-hospitalière. Editions Médecine et Hygiène, 2013, pp 168-175
2. Carron PN, Rutschmann O, Jeanneret S. Sepsis sévère et choc septique. Médecine d'urgence pré-hospitalière. Editions Médecine et Hygiène, 2013, pp 211-215

Médecine Interne – Gériatrie

1. Eyer S, Clerc O, Jabri A, Taran N, Petignat C. Prise en charge diagnostique et thérapeutique: Infections respiratoires aiguës. Info@gériatrie 4, pp.10-12,2013
2. Noetzli M, Guidi M, Ebbing K, Eyer S, Zumbach S, Giannakopoulos P, von Gunten A, Csajka C, Eap CB. Relationship of CYP2D6, CYP3A, POR, and ABCB1 genotypes with galantamine plasma concentrations. Ther Drug Monit, 2013 Apr;35(2):270-5

3. Noetzli M, Guidi M, Ebbing K, Eyer S, Wilhelm L, Michon A, Thomazic V, Alnawaqil AM, Maurer S, Zumbach S, Giannakopoulos P, von Gunten A, Csajka C, Eap CB. Population pharmacokinetic study of memantine: effects of clinical and genetic factors. Clin Pharmacokinet 2013 Mar;52(3):211-23
4. Coutaz M. Too old, too expensive? The impact of health costs on senior citizens in Switzerland. Eur Geriatr Med 2013, available online 21November 2013
5. Morisod J. L'âge du pape. Editorial, info@geriatrie 2013;3:1
6. Eyer S, Clerc O, Jabri A, Taran N, Petignat C. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. Infections respiratoires aiguës. Info@gériatrie 2013;4:10-12
7. Büla C, Joray S, Eyer S, Simeone I, Camus V. Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer: Autour de la notion de plasticité. Chapitre 8: Vieillissement cérébral pathologique: Les pathologies démentielles. 2e édition, Neurosciences et Cognition, De Boeck, Bruxelles, 2013, p 415

Médecine transfusionnelle

1. Barteneva NS, Fasler-Kan E, Bernimoulin M, Stern JN, Ponomarev ED, Duckett L, Vorobjev IA. Circulating microparticles: square the circle. BMC Cell Biol. 2013;22;14:23.

Neurologie

1. Ghika J, Dieguez S, Assal F, Demonet JF. Conduites spéculaires dans les démences. Rev Méd Suisse 2013 406:9:2095-2099 IF1.537(2013)
2. Knyazeva G, Carmeli C, Khadivi A, Ghika J, Meuli R, Frackowiak RS Evolution of source EEG synchronization in early Alzheimer's disease. Neurobiol Aging 2013: 34: 3: 694-705. IF 6.096
3. Carmeli C, Donati A, Antille V, Viceic D, Ghika J, Clarke S. Meurli R, Frackowiak RS, Knyazeva MG. Demyleination in mild cognitive impairment suggests progression path to Alzhiemer's disease. PLoS One 2013; 8: 8: e272759. Doi: 10: 10.1371/journal.pone.0072759.eCollection 2013
4. Ederle J, Davagnanam I, van der Worp HB, Venables GS, Lyrer PA, Featherstone RL, Brown MM, Jäger HR; ICSS investigators. Effect of white-matter lesions on the risk of periprocedural stroke after carotid artery stenting versus endarterectomy in the International Carotid Stenting Study (ICSS) y c C Bonvin: a prespecified analysis of data from a randomised trial. Lancet Neurol 2013 Sep;12(9):866-72. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70135-2 [Epub 2013 Jul 12]
5. Ghika J. Epilepsie de l'âge avancé, quelles stratégies? Info@geriatrie 2013;2; 6-7
6. Ghika J. Maladie de Parkinson. Une entité en pleine discussion. Info@geriatrie 2013;2:8-11
7. Ghika J. Dyskinésies de la personne âgée. Fréquentes et mal reconnues. Info@geriatrie 2013; 2,12-13

Nutrition clinique

1. Berger MM. Mechanick JI,Optimizing research in ICU nutrition. Curr Opin Clin Nutr Metab 2013 16:174–175
2. Berger MM. Delodder F, Liaudet L, Tozzi P, Tappy L, Schlaepfer J, Chiolero RL, Three short perioperative infusions of n-3 PUFAs reduce systemic inflammation induced by cardiopulmonary bypass surgery: a randomized controlled trial. Amer J Clin Nutr 2013 97:246-254
3. Heidegger CP, Berger MM, Graf S, Zingg W, Darmon P, Costanza MC, Thibault R, Pichard C. Optimization of energy provision with supplemental parenteral nutrition (SPN) improves the clinical outcome of critically patients: A randomized controlled trial. The Lancet, 2013 381:385–93
4. Heyland D, Muscedere J, Wischmeyer P, Cook D, Jones G, Albert M, Elke G, Berger MM, Day AG. A Randomized Trial of Glutamine and Antioxidants in Critically Patients. New Engl J Med 2013 368:1489-1497

5. Rousseau AF, Losser MR, Ichai C, Berger MM. ESPEN Endorsed Recommendations: Nutritional Therapy In Major Burns. Clinical Nutrition 2013 32: 497-502
6. Heidegger CP, Berger MM, Thibault R, Zingg W, Pichard C. Reply Letter Optimization of energy provision with supplemental parenteral nutrition (SPN) improves the clinical outcome of critically patients. TheLancet 2013 381: 1716-1717

Oncologie

1. Anchisi S. Cancers du poumon dépassés: soutenir et prolonger le souffle. Rev Med Suisse 2013;371:269-271
2. Betticher DC, Delmore G, Breitenstein U, Anchisi S, Zimmerli-Schwab B, Müller A, von Moos R, Hügli-Dayer AM, Schefer H, Bodenmann S, Bühler V, Trueb RR. Efficacy and tolerability of two scalp cooling systems for the prevention of alopecia associated with docetaxel treatment. Support Care Cancer 2013 21:2565–2573
3. Zenhäusern R [Indolent lymphomas: classification, clinical presentation and treatment]. Praxis (Bern) 2013 Mar 27;102(7):399-406

Radio-oncologie

1. Nisa L, Khanfir K, Giger R. Locoregional recurrence due to neoplastic seeding in head and neck cancer. Tumori 2013;99(4):144e-7e
2. Boujelbene N, Elloumi F, Kamel ME, Abeidi. H, Matzinger O, Mirimanoff RO, Khanfir K. Stereotactic body radiation therapy in stage I inoperable lung cancer: from palliative to curative options. Swiss Med Wkly 2013;143
3. Nisa. L, La Macchia R, Boujelbene N, Sandu K, Khanfir. K, Giger R. Correlation between subjective evaluation of symptoms and objective findings in early recurrent head and neck cancer. JAMA Ototolaryngol Head Neck Surg 2013, 139(7): 687-93

Orthopédie – Traumatologie

1. Minimal invasive Spondylodesen beim alten Patienten, Krappel F. Orthopädische Nachrichten (Köln) Mai 2013
2. Konservative Möglichkeiten bei De Novo Skoliosen, Krappel F. Orthopädische Nachrichten (Köln) Mai 2013

Pédiatrie & Chirurgie Pédiatrique

1. Andrey V, Bettschart V, Ducrey N, Constantin C, Genin B. Traumatic abdominal aortic rupture treated by endovascular stent placement in an 11-year-old boy Journal of Paediatric Surgery Case Report 2013 (1) 56–59
2. Simonetti GD, Tabin R. Nouveautés 2012 en pédiatrie. Forum médical suisse 2013;13(1–2):25–26
3. Tabin R. Ecrans de fumée ! Paediatrica 2013;24(3):49 Chappuy H, Keitel K, Gehri M, Tabin R, Robitaille L, Raymond F et al. Nasopharyngeal carriage of individual Streptococcus pneumoniae serotypes during pediatric radiologically confirmed community acquired pneumonia following PCV7 introduction in Switzerland. BMC Infectious Diseases 2013, 13:357 Page 2 of 8 http://www.biomedcentral.com/1471-2334/13/357
4. Cheseaux JJ, Marwood AD, Glassey NR. Exposition de l'enfant à des violences domestiques. Un modèle pluridisciplinaire de détection, d'évaluation et de prise en charge. Rev Med Suisse 2013 Feb 20;9:398-401
5. LLor J. Faire face à la mort d'un enfant. Rev Med Suisse. 2013 Jan 31;9: 259
6. Marcoz J.P. Enfant handicapé: le rôle du praticien, Rev Med Suisse 2013;9: 275-276

Pharmacie

1. Rahner N, Steinke V, Schlegelberger B, Eisinger F, Hutter P, Olschwang S. Clinical utility gene card for: Lynch syndrome (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM). Eur J Hum Genet: 21
2. Sidler-Moix AL, Dolci U, Berger-Gryllaki M, Pannatier A, Cotting J, Di Paolo ER. Albuterol delivery in an in vitro pediatric ventilator lung model: comparison of jet, ultrasonic, and mesh nebulizers. Pediatr Crit Care Med. 2013;14(2):e98-102
3. Asseray N, Ballereau F, Trombert-Paviot B, Bouget J, Foucher N, Renaud B, Roulet L, Kierzek G, Armand-Perroux A, Potel G, Schmidt J, Carpentier F, Queneau P. Frequency and severity of adverse drug reactions due to self-medication: a cross-sectional multicentre survey in emergency departments. Drug Saf. 2013;36(12):1159-68
4. Roulet L, Ballereau F, Hardouin JB, Chiffoleau A, Moret L, Potel G, Asseray N. Assessment of adverse drug event recognition by emergency physicians in a French teaching hospital. Emerg Med J. 2013;30(1):63-7
5. Roulet L, Asseray N, Foucher N, Potel G, Lapeyre-Mestre M, Ballereau F. A questionnaire to document self-medication history in adult patients visiting emergency departments. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2013;22(2):151-9
6. Reutemann B, Beney J, von Gunten V, Rossier M, Meier P. Insuffisance rénale chronique: médicaments à proscrire, médicaments à prescrire. Caduceus Express ICHV, Sept. 2013
7. V. von Gunten, C. Sierro, S. Rosiak, M.-L. Weibel, P.-A. Petignat, G. Girod, J. Beney. Qualité du traitement après infarctus du myocarde : impact de recommandations hospitalières. Rev Med Suisse 2013;9:2107-11
8. Humbert-Delaloye V, Berger-Gryllaki M, Voirol P, Gattlen L, Pannatier A. In vitro compatibility of various cardioactive drugs during simulated Y-site administration. Eur J Hosp Pharm, 2013;20:2 110–116

Pneumologie

1. Gex G, Pralong JA, Combescure C, Seijo L, Rochat T, Soccal PM. Diagnostic yield and safety of electromagnetic navigation bronchoscopy for lung nodules: a systematic review and meta-analysis. Respiration 2014;87:165-76
2. Gex G, Petitpierre N, Charbonnier F, Rochat T. Acquisitions en Pneumologie : 2012. Rev Med Suisse 2013 Jan 16;9(369):142-6
3. Ambrosioni J, Bridevaux PO, Wagner G, Mamin A, Kaiser L. Epidemiology of viral respiratory infections in a tertiary care centre in the era of molecular diagnosis, Geneva, Switzerland, 2011-2012. Clin Microbiol Infect 2013 Dec 30
4. Adler D, Bridevaux PO, Contal O, Georges M, Dupuis-Lozeron E, Claudel E et al. Pulse wave amplitude reduction: a surrogate marker of micro-arousals associated with respiratory events occurring under non-invasive ventilation? Respir Med 2013 Dec;107(12):2053-60
5. Bridevaux PO, Aubert JD, Soccal PM, Mazza-Stalder J, Berutto C, Rochat T, Kaiser L. Incidence and outcomes of respiratory viral infections in lung transplant recipients: a prospective study. Thorax 2013 Jan;69(1):32-8
6. Schikowski T, Schaffner E, Meier F, Phuleria HC, Vierkotter A, Schindler C, Bridevaux PO et al. Improved air quality and attenuated lung function decline: modification by obesity in the SAPALDIA cohort. Environ Health Perspect 2013 Sep;121(9):1034-9
7. Boudier A, Curjuric I, Basagana X, Hazgui H, Anto JM, Bousquet J, Bridevaux PO et al.Ten-year follow-up of cluster-based asthma phenotypes in adults. A pooled analysis of three cohorts. Am J Respir Crit Care Med 2013 Sep 1;188(5):550-60

8. Hadaya K, Bridevaux PO, Roux-Lombard P, Delort A, Saudan P, Martin PY et al. Contribution of interferon-gamma release assays (IGRAs) to the diagnosis of latent tuberculosis infection after renal transplantation Transplantation 2013 Jun 27;95(12):1485-90
9. Fresard I, Adler D, Bhatia C, Licker M, Triponez F, Robert J, Bridevaux PO. Should cardiopulmonary rehabilitation be provided to patients with lung cancer? Rev Med Suisse 2013 Apr 10;9(381):758, 60-3
10. Gerbase MW, Dupuis-Lozeron E, Schindler C, Keidel D, Bridevaux PO, Kriemler S et al. Agreement between spirometers: a challenge in the follow-up of patients and populations? Respiration 2013;85(6):505-14
11. Lebowitz D, Gex G, Pache JC, Rochat T. La pneumonie organisée cryptogénique. Rev Med Suisse 2013;9:2164-9

Psychiatrie

1. Rey-Bellet P. Entre clinique et recherche. Psychothérapies 3/2013 (Vol. 33) p.129-130
2. Bonvin E. Une place à défendre pour sauver l'âme de la «médecine humaine» Compétence H+ Hospital Forum 10/2013, 6-7
3. Bonvin E. Le DSM, miroir de l'âme ou reflet de notre société? Diagonales – Journal du GRAAP 11/2013

Présentations effectuées lors de Congrès scientifiques:

Cardiologie

1. Fournier S, Puricel S, Morawiec B, Eeckhout E, Mangiacapra F, Trana C, Tapponnier M, Iglesias J, Michiels V, Stauffer JC, Beggah A, Monney P, Gobet S, Vogt P, Cook S, Muller O. Relationship Between Time of Day and Periprocedural Myocardial Infarction After Elective Angioplasty. Congrès AHA, novembre 2013
2. Piccini D, Sierro C, Schwitter J, Monney P, Vincenti G, Koestner S, Locca D, Rutz T, Littmann A, Zenge M, Krueger G, Stuber M. An initial report on the performance of post contrast self-navigated whole-heart coronary MRI in patients with suspected or established coronary artery disease. Proc Intl Soc Mag Reson Med 2013 21:547. Congress of the International Society for Magnetic Resonance in Medicine 2013
3. Piccini C, Schwitter J, De Blois J, Monney P, Vincenti G, Koestner S C, Sierro C, Locca D, Rutz T, Littmann A, Zenge M O, Krueger G, Stuber M. Non-invasive 3D Imaging of Cardiac and Coronary Anatomy Using Self-Navigated Whole-Heart Coronary Magnetic Resonance Imaging: An Initial Report. Cardiovascular Medicine 2013; 15 (Suppl 22):108-9. Congrès de la société Suisse de cardiologie et de la société Suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique 2013
4. Piccini D, Schwitter J, Monney P, Rutz T, Vincenti G, Sierro C, Stuber M. Respiratory Self-Navigation for Free Breathing Whole-Heart Coronary MR Imaging with High Isotropic Spatial Resolution in Patients. Magnetom Flash 2013; 3:12-17
5. Pascale P, Roten L, Shah A, Scherr D, Komatsu Y, Daly M, Ramoul K, Denis A, Derval N, Sacher F, Hocini M, Jais P, Haissaguerre M. Pulmonary veins to left atrium cycle length gradient predicts procedural and clinical outcomes of persistent atrial fibrillation ablation. Heart Rhythm 2013

6. Hocini M, Shah A, Szumowski L, Maury P, Pascale P, Parkash R, Di Biase L, Mei Y, Kautzner J, Nogami A, Rivard L, Natale A, Khairy P, Peichl P, Haissaguerre M. Lifesaving Purkinje ablation of incessant ventricular fibrillation in ischemic heart disease: a multicenter case-control study. Heart Rhythm 2013

7. Jadidi A, Park C, Lehrmann H, Weber R, Keyl C, Schiebling-Romer J, Allgeier J, Herrera Siklody C, Puererfellner H, ,Martinek M, De Chillou C, Jais P, Haissaguerre M, Hocini M, Pruvot E, Pascale P, Albenque JP, Xhaet O, Shah D, Arentz T. Optimal catheter tissue contact force for ablation success in AF (OCASS-AF)- A multicenter pilot study. Heart Rhythm 2013

8. Derval N, Komatsu Y, Denis A, Cochet H, Sacher F, Pascale P, Ramoul K, Roten L, Shah A, Daly M, Jesel L, Ploux S, Amraoui S, Zemmoura A, Bordachar P, Ritter P, Hocini M, Jais P, Haissaguerre M. Effect of cardiac resynchronisation therapy on electrical activation and relationship with acute response. Heart Rhythm 2013

9. Derval N, Komatsu Y, Sacher F, Denis A, Ploux S, Cochet H, Pascale P, Roten L, Ramoul K, Scherr D, Daly M, Jesel L, Amraoui S, Zemmoura A, Ritter P, Hocini M, Haissaguerre M, Jais P, Bordachar P. Characterization of different LV activation patterns between heart failure patients with narrow QRS, nonspecific intraventricular conduction disturbance and left bundle branch block. Heart Rhythm 2013

10. Komatsu Y, Jadidi A, Cochet H, Sacher F, Denis A, Pascale P, Roten L, Scherr D, Daly M, Ramoul K, Shah A, Lehrmann H, Weber R, Schiebling-Romer J, Pache G, Arentz T, Relan J, Sermesant M, Ayache N, Laurent F, Derval N, Hocini M, Haissaguerre M, Jais P. CT scan segmentation of myocardial hypodensity to guide ventricular tachycardia ablation in arrhyhtmogenic right ventricular cardiomyopathy. Heart Rhythm 2013

11. Komatsu Y, Sacher F, Cochet H, Daly M, Jesel L, Derval N, Jadidi A, Shah A, Nault I, Pascale P, Roten L, Scherr D, Denis A, Ramoul K, Zellerhoff S, Hocini M, Haissaguerre M. Predictors of difficult elimination of local abnormal ventricular activities in ischemic and non-ischemic ventricular tachycardia. Heart Rhythm 2013

12. Komatsu Y, Daly M, Sacher F, Derval N, Cochet H, Jadidi A, Pascale P, Roten L, Scherr D, Denis A, Ramoul K, Jesel L, Zellerhoff S, Shah A, Hocini M, Haissaguerre M, Jais P. Electrophysiologic characteristics of local abnormal ventricular activities in ischemic and non-ischemic ventricular tachycardia depend on scar location. Heart Rhythm 2013

13. Maury JP, Sadron M, Sacher F, Duparc A, Mondoly P, Derval N, Rollin A, Cardin C, Jais P, Hocini M, Pascale P, Delay M, Haissaguerre M. Premature ventricular beat-induced cardiomyopathy characteristics and prognosis after radio-freqency ablation. Heart Rhythm 2013

14. Roten L, Derval N, Maury P, Rollin A, Ruidavets JB, Ferrieres J, Sacher F, Pascale P, Scherr D, Aurillac V, Komatsu Y, Ramoul K, Daly M, Denis A, Shah AJ, Hocini M, Jais P, Haissaguerre M. Electrocardiogram characteristics of patients with inferolateral early repolarization and idiopathic ventricular fibrillation versus controls. Heart Rhythm 2013

15. Scherr D, Miyazaki S, Aurillac V, Pascale P, Wilton SB, Ramoul K, Komatsu Y, Roten L, Shah A, Daly M, Jadidi A, Pedersen M, Knecht S, Denis A, Cochet H, Derval N, Hocini M, Sacher F, Haissaguerre M, Jais P. Five year follow-up of patients with structural heart disease undergoing catheter ablation of persistent atrial fibrillation using the stepwise approach. Heart Rhythm 2013

16. Derval N, Pascale P, Sacher F, Denis A, Ploux S, Eliautou S, Bokan R, Shah A, Ramoul K, Zemmoura A, Strom M, Amraoui S, Komatsu Y, Daly M, Ramanathan C, Ritter P, Bordachar P, Hocini M, Jais P, Haissaguerre M. Electrical activation in cardiac resynchronization therapy (CRT): validation of noninvasive activation mapping with invasive electroanatomic mapping. Heart Rhythm 2013

17. Maury P, Sadron M, Sacher F, Duparc A, Mondoly P, Derval N, Rollin A, Cardin C, Pascale P, Hocini M. Premature ventricular beat-induced cardiomyopathy characteristics and prognosis after radio-frequency ablation. Europace 2013

18. Scherr D, Miyazaki S, Aurillac V, Pascale P, Wilton SB, Ramoul K, Komatsu Y, Roten L, Shah A, Daly M, Jadidi A, Pedersen M, Knecht S, Denis A, Cochet H, Derval N, Hocini M, Sacher F, Haissaguerre M, Jais P. Five year follow-up of patients with structural heart disease undergoing catheter ablation of persistent atrial fibrillation using the stepwise approach. Europace 2013

19. Buttu A, Van Zaen J, Viso A, Forclaz A, Pascale P, Maury P, Rollin A, Narayan SM, Vesin JM, Pruvot E. High pre-ablation ECG organization in long-standing persistent atrial fibrillation terminated within the left atrium. Europace 2013

20. Scherr D, Miyazaki S, Aurillac V, Pascale P, Komatsu Y, Knecht S, Roten L, Hocini M, Jais P, Haissaguerre M. Incidence and predictors of success in patients with persistent atrial fibrillation undergoing repeat ablation. Europace 2013

21. Gabus V, Rollin A, Roux Y, Graf D, Schlaepfer J, Fromer M, Maury P, Pascale P, Forclaz A, Pruvot E. Efficiency of heparin infusion may take more than 20 minutes during ablation of atrial fibrillation. Europace 2013

22. Buttu A, Pruvot E, Forclaz A, Pascale P, Narayan SM, Maury P, Rollin A, Vesin JM. High bi-atrial organization in patients with long-standing persistent atrial fibrillation terminated within the left atrium. Europace 2013

23. Gabus V, Rollin A, Roux Y, Graf D, Schläpfer J, Fromer M, Maury P, Pascale P, Forclaz A, Pruvot E. Delayed target anticoagulation following heparin infusion during ablation of atrial fibrillation. Swiss Society of Cardiology 2013

24. Jadidi A, Park C-I, Lehrmann H, Pruvot E, Pascale P, Shah D, Puererfellner H, Jais P, Haissaguerre M, Xhaet O, DeChillou C, Albenque J-P, Arentz T. Contact force guided pulmonary vein isolation reduces the rate of Adenosine-mediated pulmonary vein reconnection, OCCAS-AF a multicenter pilot study. Swiss Society of Cardiology 2013

25. Roux Y, Pascale P, Forclaz A, Gabus V, Tenkorang J, Carroz P, Schläpfer J, Fromer M, Pruvot E. Reduction of the ECG P-wave duration as a marker of success after atrial fibrillation ablation. Swiss Society of Cardiology 2013

26. Roten L, Pascale P, Derval N, Maury P, Sacher F, Haïssaguerre M. ECG characteristics of patients with inferolateral early repolarization and idiopathic ventricular fibrillation versus controls. Swiss Society of Cardiology 2013

Dermatologie

1. Parmentier L. "Ces plaies qui ne veulent pas guérir …" Quadrimed 2013. Janv. 2013, Crans-Montana

2. Parmentier L Workshop of dermatologic surgery (European Academy of Dermatology and Venereology. 18 and 19 April 2013, Bruxelles

3. Parmentier L. Journées dermatologiques de Paris 2013. FMC chirurgie dermatologique niveau II, 10 décembre 2013, Paris

Immunologie

1. Steiner UC, Schmid-Grendelmeier P, Weber C, Pichler C,Bircher A, Ribi C, Leimgruber A, Dayer E, Wuillemin WA. Hereditary Angioedema in Switzerland, Société Suisse d'Allergologie et d'Immunologie, Lugano 2013
2. Ribi C, Trendelenburg M, Gayet-Ageron A, Cohen CD, Dayer E, Eisenberger U, Hauser T, Hunziker T, Leimgruber A, Lindner G, Koenig KF, Otto P, Spertini F, Stoll T, von Kempis J, Chizzolini C for the Swiss Systemic Lupuis Erythematosus Cohort Study Group. Cross-sectional analysis of 255 patients with systemic lupus erythematosus included in a transdisciplinary multicentric Swiss cohort. Société Suisse d'Allergologie et d'Immunologie, Bern 2013

Maladies infectieuses

1. Birgand G, Lepelletier D, Baron G, Barrett S, Breier A, Buke C, Markovic-Denic L, Gastmeier P, Kluytmans J, Lyytikainen O, Sheridan E, Szilagyi E, Tacconelli E, Troillet N, Ravaud P, Lucet JC, VARSSI Study Group. Agreement among healthcare professionals in ten European countries in diagnosing case-vignettes of suspected surgical-site infection (SSI). 23rd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 2013, Berlin
2. Troillet N. Publication of surveillance data: pro and con. Joint Annual Meeting of the Swiss Societies for Infectious Diseases, Hospital Hygiene, and Tropical and Travel Medicine, 2013, Lugano
3. Eisenring MC, Kuster S, Sax H, Troillet N. Validation tool to improve surgical site infection surveillance in Swiss hospitals. International Congress on Prevention and Control of Infection, 2013, Genève
4. Bellini C, Magouras I, Chappuis-Taillard C, Clerc O, Masserey E, Péter O, Schuepbach G, Greub G. Qfever cluster in the tourist vineyard of Lavaux, Switzerland. 23rd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Berlin 2013
5. Rieille N, Klaus C, Ambord C, Dupuis G, Péter O, Voordouw M. Use of goats as indirect indicators for detection of tick-borne encephalitis virus (TBEV) in a new risk area in Switzerland. 23rd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Berlin 2013

Médecine interne – Gériatrie

1. Coutaz M, Eyer S. Faut-il traiter l'hypertension après 75 ans? 81e Assemblée Annuelle de la Société Suisse de Médecine Interne Générale. Basel 29.05.2013
2. Guggiari C, Büla C, Eyer S, Iglesias K, Waeber B. «Comparison of a wrist device with position sensor and an arm device to measure blood pressure in elderly persons.» 81e Assemblée Annuelle de la Société Suisse de Médecine Interne Générale. Basel, 30.05.2013
3. Coutaz M. Oncologie de la personne âgée: un luxe inutile? Congrès médical Quadrimed, Montana 01.02.2013
4. Morisod J. Offre en soins pour personne en situation palliative dans un hôpital gériatrique, Plateforme latine de recherche en soins palliatifs et fin de vie, Haute Ecole de Santé Arc, Neuchâtel 7.2.2013
5. Coutaz M, Eyer S. Should we treat hypertension after 75 years? Workshop. Annual meeting Soc. Suisse de Médecine interne et Soc. Profes. de Gériatrie. Kongress Center Basel 29.05.2013
6. Guggiari C, Büla C, Eyer S, Iglesias K, Waeber B. Comparison of a wrist device with position sensor and an arm device to measure blood pressure in elderly persons. (Communication libre) Annual meeting Soc. Suisse de Médecine interne et Soc. Profes. Gériatrie, Kongress Center Basel 29.05.2013

Neurologie

1. Ghika J. Douleur chronique: une maladie? Congrès romand de l'AMRA (association romande des assistantes médicales) Montreux 7 sept 2013
2. Mueller HFG, Fisch L, Bonvin C, Lovblad K, Ratib O, Lalive P, Willi JP, Sztajzel R. Usefulness of PET-CT in the diagnosis of patients with "vulnerable" carotid plaques: correlation to clinical symptoms, to the presence of micro-embolic signals and to plasmatic markers of inflammation. EUROPEAN Stroke conference. London 2013
3. Chabwine JN. Journées de Neurologie de Langue Française 08-12.04.2013 Montpellier
4. Chabwine JN. Konzo, a tropical spastic paraparesis, 19.12.2913, HUG, Service de Médecine Tropicale et Humanitaire

Nutrition

1. Berger MM. "Pro-Contra: Combining parenteral and enteral feeding"; "Early reduction of energy deficit: PRO"; "Pharmaconutriments: une question toujours ouverte en 2013? » Congrès de la SRLF, 24 Janvier Paris
2. Berger MM. Besoins et apports en Eléments traces et Vitamines en nutrition clinique. DIU Nutrition, Hôpital Necker, février, Paris
3. Berger MM. «Micronutrients in Critically Ill: Strategies for Clinical Practice"; "2013 Gonzalo Austria Memorial Lecture on Emerging Concepts in Nutrition in Health and Disease" 13-15 March, 2013 Philippine Digestive Health Week, Manilla.
4. Berger MM. "Tutorial - Metabolic support in burns"; "Computers are needed to optimise nutritional treatment"; "Does the feeding route really matter?" "The elderly burn victim" 33rd ISICEM Congress, 19-22 March, Brussels
5. Berger MM. "Early & accurate nutrition support in the ICU"; "Role of pharmaconutrition in acute disearse"; "Intensivists: Making metabolic and nutritional decisions through the course of illness" 18-19 Avril 2013 Fresenius Kabi Advanced Nutrition course, Bad Homburg, Germany
6. Berger MM. Nutrition Therapy in ICU: Successes, Failures and Perspectives – Key lecture"; "Antioxidants: To Replace or Supplement?"; "Immunonutrients in ICU: Omega 3 Fatty Acids". V Brazilian Congress of Integrated Nutrition (CBNI) and Ganepão 2013: "19-22 juin 2013 Sao Paolo Bresil
7. Berger MM. "Arvid Wredtlind Lecture: Evolving concepts in parenteral nutrition"; "Does one size fit all? Modulation of antioxidant supplementation in the ICU"; 35th ESPEN congress 1-3 sept 2013 Leipzig
8. Berger MM. "Selenium supplementation in cardiac surgery: how it (possibly) works or insights into the basics of the redox system" Congrès Annuel SSMI, 5 sept 2013, Genève
9. Berger MM. "Rational Metabolic Care: Case. RQ < 0.6 after surgery?"; "Rational Metabolic Care: Side effects of metabolic care"; "Nutrition – Individualized approach: How to measure changes in nutrient and micronutrient requirements?"; "Supraphysiological needs?: REDOXS trial". 27th annual congress of ESICM, 5-9 oct 2013 Paris

Oncologie

1. Bischoff T, Anchisi S, Coutaz M, Mazzocato C, David S. «Oncologie de la personne âgée: un luxe inutile?» Congrès Quadrimed 01.02, Montana
2. Anchisi S. «Cancers du poumon dépassés: soutenir et prolonger le souffle». Congrès Quadrimed (séminaire) 02.02, Montana
3. Koeberle D, Betticher D, Von Moos R, Dietrich D, Brauchli P, Baertschi D, Matter-Walstra K, Winterhalder R, Borner M, Anchisi S, Moosmann P et al. Bevacizumab continuation versus no continuation after first-line chemo-bevacizumab therapy in patients with metastatic colorectal cancer: A randomized phase 3 non-inferiority trial (SAKK 41/06). J Clin Oncol 31, 2013 (suppl; abstr 3503). Présentation orale
4. Khanfir K., Anchisi S, Ph. Groux. Do (chemo)-radiotherapy patients need other forms of social support for access to cancer care than other cancer patients? Poster et abstract au 17th Annual SASRO Meeting, 4-6 July 2013 Davos

5. Koeberle D, Betticher D, Von Moos R, Dietrich D, Brauchli P, Baertschi D, Matter-Walstra K, Winterhalder R, Borner M, Anchisi S, Moosmann P et al. Bevacizumab continuation versus no continuation after first-line chemo-bevacizumab therapy in patients with metastatic colorectal cancer: A phase 3 non-inferiority trial. Ann Oncol (2013) 24 (suppl 4): iv22. Abstract 0028

Radio-oncologie

1. Soubeyran V, Sandu K, Khanfir K, Brachet P, Monteiro S, Kamel EM. Compensatory lingual muscles hyperfunction after hemiglossectomy: A potentiel cause of false positive PET-CT interpretation in oral cancer patients. Annual congress of EANM 13. 19-23 Oct 13, Lyon
2. Khanfir K, Anchisi S, Groux Ph. Do (chemo)-radiotherapy patients need other forms of social support for access to cancer care than other cancer patients? 17th Annual SASRO Meeting (Société Suisse de Radio-Oncologie) 4-6 juillet 13, Davos
3. Santa Cruz O, Herrera F G, Bouzerda K, Bouchaab H, Achtari Ch, Bourhis J, Ozsahin M. Postoperative radiotherapy (PORT) in endometrial cancer: the Lausanne experience in 201 consecutive patients. 17th Annual SASRO Meeting (Société Suisse de Radio-Oncologie) 4-6 juillet 2013, Davos

Orthopédie – Traumatologie

1. Krappel F. „Wann sind perkutane Spondylodesen bei De Novo Skoliosen des älteren Menschen sinnvoll? Vortrag 01.05.2013 61. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen, 1.-4.5.2013 Baden-Baden
2. Krappel F. „Rückenschmerzen durch degeneratives Drehgleiten – konservativ oder operativ?" Vortrag 02.05.2013

Chirurgie Pédiatrique

1. Sanchez O, Montarulli E, Lutz N, Produit S, Genin B. Advantages and feasibility of circumcision under local anesthetic in children. Congrès Annuel, Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique-Septembre 19-20 2013
2. Sanchez O, Genin B, Produit S, Lutz N. Accidental partial glans amputation. Never give up Congrès Annuel Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique-Septembre 19-20 2013
3. Lutz N, Sanchez O, Genin B, Produit S, Fluri S, Beck T. Child ski fractures: tibia takes gold. Congrès Annuel, Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique-Septembre 19-20 2013
4. Sanchez O. The postman always rings Three times. Journée de formation de la Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique, avril18 2013

Pédiatrie & Chirurgie Pédiatrique

Congrès Annuel Société Suisse de Pédiatrie-Juin 21-22 2013: Swiss Med Wkly 2013 Suppl. 197;143

1. Plati C, Hofer M, Llor J, Marcoz JP, Russo M, Tabin R, Cheseaux JJ. Recurrent macrophage activation syndrome in Still's disease
2. Comtesse Y, Produit S, Cheseaux JJ, Llor J, Russo M, Tabin R. Infected urachal cyst: an uncommon cause of abdominal pain
3. Sanchez O, Schneider N, Produit S, Llor J, Tabin R, Russo M, Cheseaux JJ. Pelvic cyst in a teenager, a radiological and surgical challenge
4. Regelin N, Sanchez Lope O, Genin B, Cheseaux JJ, Llor J, Tabin R, Russo M. Familial hypertrophic pyloric stenosis
5. Regelin N, Cheseaux JJ, Llor J, Russo M, Tabin R, Marcoz JP. Familial periodic hypokalemic paralysis
6. Poeppe U, Jeannet PY, Russo M., Cheseaux JJ, Llor J, Tabin R., Marcoz JP. Familial hemiplegic migraine type 2 – a case report
7. Hensen M, Tabin R, Cheseaux J.J, Llor J, Russo M, Marcoz JP. Pseudotumor Cerebri is not always idiopathic
8. Vonnez JL, San Milàn D, Russo M, Cheseaux J.J, Llor J, Tabin R, Marcoz JP. Asymptomatic dural venous sinus thrombosis after skull fracture
9. Russo M, Marcoz JP, Roulet E, Cheseaux JJ, Tabin R, Llor J. Limp, seizures and behavioural change in a young girl: autoimmune encephalitis?
10. Bagetakou S, Produit S, Cheseaux JJ, Marcoz JP, Russo M, Tabin R, Llor J. Thoracic asymmetry and limited mobilisation of right arm
11. Plati C, Hofer M, Llor J, Marcoz JP, Russo M, Tabin R, Cheseaux JJ. Recurrent macrophage activation syndrome in Still's disease
12. Melhem M, Jérôme Choudja C, Stalder M, Lovey PY, Cheseaux JJ, Llor J, Tabin R, Russo M. Hereditary spherocytosis, a neonatal diagnostic challenge

13. Reynaud S, Llor J, Cheseaux JJ, Marcoz JP, Russo M,Tabin R. Green leaves are not always healthy
14. Pelc R, Redant S, Llor J, Julliand S, Lorrot M, Oostenbrink R, Angoulvant F. France, Belgium, Switzerland, The Netherlands Pediatric gastroenteritis in the emergency department: practice evaluation in Belgium, France, Netherlands and Switzerland- 31st annual congress of ESPID -May 28-June1, 2013 Milan
15. Deillon E, Stoppa S, Hauschild M, Theintz GE, Dubuis JM, Tabin R, Pitteloud N, Phan-Hug F. Natural history of congenital growth hormone deficiency (GHD): 9th ESPE Meeting 2013: 19-22.9.2013 Milan

Pharmacie

1. Reutemann B, Meier P, Beney J, Von Gunten V, Roulet L. Bilan initial par le pharmacien clinicien sur la prise en charge des patients insuffisants rénaux hospitalisés en soins aigus. 15e Réunion Commune de la Société de Néphrologie et de la Société Francophone de Dialyse, Nantes, 8-11 octobre 2013
2. Bruggmann C, Von Gunten V, Beney J. Fiche d'intervention pharmaceutique GSASA: concordance entre utilisateurs. 18es JFSPH, Montreux, novembre 2013 (présentation orale et prix du Jury)

Pneumologie

1. Mohamed R, Nagy M, Gex G, Bernimoulin M, Juillet C, Chalandon Y. Lenalidomid-induced pneumonitis. Congrès annuel de la Société Suisse de Médecine interne - 30 mai 13, Bâle

Psychiatrie

1. Bonvin E. La psychiatrie est-elle soluble dans la médecine? Défis et enjeux de la psychiatrie psychothérapie dans le contexte sanitaire actuel. Leçon inaugurale, 28 février 2013, Hôpital de Cery DP-CHUV, Prilly
2. Bonvin E. Du contexte de soin à la médication relationnelle. Symposium en l'honneur du Pr. Charles Chalverat, 27 mars 2013, EESP, Lausanne
3. Bonvin E. Entre détresse existentielle et troubles psychiques. L'institution de la psychiatrie en question. Les conférences du Département de santé mentale et de psychiatrie, 16 mai 2013, Hôpital Belle-Idée, Genève
4. Bonvin E. La psychiatrie, médecine spéciale ou spécialité médicale? Défis et enjeux de la psychiatrie-psychothérapie dans le contexte de la médecine somatique hospitalière. 1er Colloque international soma-psy «Santé mentale: de la liaison à l'intégration», 5 septembre 2013, Vevey
5. Bonvin E. Workshop «Y a -t-il un pilote dans les transitions?» Le plan de santé mentale: du territoire à la carte. Congrès annuel de la SSPP, 13 septembre 2013, Montreux
6. Bonvin E. Considération du handicap dans l'institution de soin. Forum «Pour une égalité respectueuse des différences», 27 octobre 2013, Institut Universitaire Kurt Bösch, Bramois
7. Cromec I. L'investigation en psychiatrie de consultation et de liaison. Société Suisse de Psychiatrie de Consultation-Liaison (SSCLP): Cours de formation continue 2013-2014 pour l'obtention de la certification en psychiatrie de consultation et de liaison pour les spécialistes en Psychiatrie FMH – 18 avril 2013, CHUV – Lausanne
8. Delessert D. «Le psychiatre face au monde carcéral: quelle collaboration?» Fachtagung Fachgruppe Reform im Strafwesen, Paulus Akademie Zürich, 19-20 septembre 2013

Soins

1. Fournier S, Baur C. Anterior cruciate ligament reconstruction: Comparison of Hamstring Tendon autograf vs Bone Patellar Tendon Bone autograf: a retrospective cohort of 111 patients. 73th Congrès annuel de la SSOT (congrès suisse d'orthopédie) – 26-28 juin 2013, Lausanne
2. Desmedt M. Benchmarking Pflegeaufwands pro DRG zwischen Spital Wallis und dem Uni-Spital Zürich. CIS – Conference for clinical information management, 31 janvier 2013, Bern
3. Desmedt M. Atelier World Café – Basics about nursing management.
ENDA – Annual conference of European Nurse Directors, 30 octobre -02 novembre 2013, Zürich.

Certifications & Compétences nouvelles

Perret Morisoli A. Certification européenne en échographie cardiaque transoesophagienne (EACVI adult transoesophageal echocardiography certification)

L’être humain au centre.