

## Evaluation de l'impact de la transformation du système hospitalier sur la qualité des soins dans le canton du Valais

Rapport préparé dans le cadre d'un mandat confié  
par l'Etat du Valais à l'IUMSP

### Synthèse

Lausanne, septembre 2006

# TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>SYNTHÈSE .....</b>	<b>3</b>
1.1	INTRODUCTION .....	3
1.1.1	<i>Qualité des soins et sécurité des patients.....</i>	<i>3</i>
1.1.2	<i>La qualité des soins en Suisse.....</i>	<i>3</i>
1.1.3	<i>La qualité des soins en Valais.....</i>	<i>4</i>
1.2	MÉTHODES.....	6
1.3	RÉSULTATS COMMENTÉS DE L'ANALYSE .....	8
1.3.1	<i>Les séjours à l'hôpital.....</i>	<i>8</i>
1.3.2	<i>Le transport des personnes .....</i>	<i>9</i>
1.3.3	<i>Eléments structurels : taux d'occupation des lits et personnel soignant.....</i>	<i>11</i>
1.3.4	<i>Les flux de patients : Entrées et sorties de l'hôpital.....</i>	<i>11</i>
1.3.5	<i>La mortalité.....</i>	<i>13</i>
1.3.6	<i>La période périnatale.....</i>	<i>15</i>
1.3.7	<i>Surveillance des interventions chirurgicales et des infections .....</i>	<i>16</i>
1.3.8	<i>L'opinion et la satisfaction des patients .....</i>	<i>17</i>
1.3.9	<i>L'opinion des professionnels de la santé .....</i>	<i>19</i>
1.4	COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ET CONCLUSION .....	22
1.4.1	<i>Résumé des résultats principaux.....</i>	<i>22</i>
1.4.2	<i>Système sanitaire et qualité des soins .....</i>	<i>22</i>
1.4.3	<i>Système d'information et qualité des soins .....</i>	<i>23</i>
1.4.4	<i>L'opinion des acteurs et des utilisateurs .....</i>	<i>23</i>
1.4.5	<i>Limites de l'évaluation effectuée.....</i>	<i>24</i>
1.4.6	<i>Conclusions.....</i>	<i>25</i>

# 1 SYNTHÈSE

## 1.1 Introduction

### 1.1.1 Qualité des soins et sécurité des patients

La sécurité des patients et d'autres aspects de la qualité des soins sont des éléments cruciaux d'un système sanitaire. Si le système sanitaire et les services de soins de santé qu'il produit contribuent de manière positive à la santé des personnes appartenant aux communautés desservies, il convient de reconnaître que des conséquences négatives pour les utilisateurs peuvent, parfois, en résulter. En effet, une intervention chirurgicale effectuée pour une indication adéquate et techniquement très bien réalisée peut ne pas permettre à la personne opérée de recouvrer un fonctionnement complet, en raison de l'importance de l'atteinte initiale, de l'existence simultanée de maladies compliquant l'intervention et la guérison, ainsi que des limites des techniques disponibles. De nombreux médicaments ont une efficacité curative ou permettent de contrôler des symptômes invalidants, mais sont grevés de fréquents effets indésirables souvent mineurs et réversibles, parfois sévères, plus rarement graves, voire mortels.

Un rapport devenu célèbre a été publié en 1999 par l'Institut de médecine des États-Unis d'Amérique. Généralisant les résultats de deux larges études, ce rapport indique que près de trois pourcents des hospitalisations sont marquées par un événement indésirable, dont près de la moitié correspond à des erreurs et auraient pu être évitées. L'extrapolation de ces données suggère que, chaque année, entre 44'000 et 98'000 décès pourraient résulter d'un tel événement indésirable aux USA, soit un nombre supérieur aux décès des victimes des accidents de la route, du cancer du sein ou du SIDA.

De nombreuses initiatives visent à accroître la qualité des soins dans les pays qui nous entourent. Ainsi, un système d'accréditation des hôpitaux et développements de recommandations pour la pratique clinique existe en France (Haute Autorité de Santé). En Allemagne, l'Agence pour la qualité en médecine développe depuis plus de dix ans des programmes visant la promotion de la médecine fondée sur les preuves et des recommandations pour la pratique clinique, ainsi que la coordination de la prévention des erreurs médicales et de la sécurité des patients.

### 1.1.2 La qualité des soins en Suisse

Les dispositions légales en vigueur en Suisse mentionnent spécifiquement la qualité des soins (art. 58, al. 3, LAMal et art. 77 OAMal). Selon ces dispositions légales, les partenaires du domaine sanitaire sont supposés prendre des mesures coordonnées pour garantir la qualité des soins, la Confédération pouvant intervenir à défaut. Les partenaires de

l'assurance maladie, « santésuisse », et des hôpitaux, « H+ - Les Hôpitaux Suisses », ont fondé une Société, le CIQ / KIQ<sup>1</sup> dont le but est de promouvoir la qualité des soins, notamment par l'entremise du développement d'indicateurs de la qualité à l'échelon national. Les assureurs-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire, participent aussi à la CIQ, représentés par la Commission des tarifs médicaux (CTM). A noter que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) siègent dans les organes de la société à titre d'observateurs seulement. En outre, les organisations de patients et de consommateurs sont absentes. Force est de reconnaître que, jusqu'ici, le CIQ n'est pas parvenu à faire avancer de manière substantielle la mesure de la qualité, ni les interventions destinées à garantir la qualité des soins de santé. L'absence d'un engagement fort des différents partenaires de la CIQ et notamment aussi de partenaires clés, tels les cantons et la Confédération, la recherche de solutions à l'échelon local ou cantonal (Verein Outcome dans le canton de Zürich, par exemple) ou les tentatives d'accords bilatéraux (par exemple entre santésuisse et un hôpital) ne constituent pas des éléments propices à un développement adéquat et à l'uniformisation de mesures visant à garantir la qualité dans le système de santésuisse.

Néanmoins, la question de la qualité des soins, vue sous l'angle de la sécurité des patients, a contribué à la mise sur pied de plusieurs initiatives dès l'an 2000, notamment la création de la Fondation pour la sécurité des patients en 2003 et l'annonce en 2005 que la Confédération allait contraindre les hôpitaux à introduire des systèmes locaux de déclaration d'incidents dont les données doivent être récoltées à l'échelle nationale.

### 1.1.3 La qualité des soins en Valais

Le Réseau Santé Valais (RSV), établissement autonome de droit public, a été initialement créé par décret du 1er février 2002. Cette fusion de dix institutions a permis la création d'un réseau hospitalier coordonné en Valais, qui comprend trois centres hospitaliers et offre un spectre étendu de prestations médicales. Le RSV est responsable de la mise en œuvre de la planification hospitalière du canton. Depuis le 1er janvier 2004, le RSV assume la direction et la gestion des établissements hospitaliers publics et des instituts médico-techniques qui relèvent de sa compétence et comptent plus de 4'000 collaboratrices et collaborateurs. La mise en place progressive d'une nouvelle organisation du système hospitalier a débuté en juin 2004. La qualité des soins est un point clé de l'organisation sanitaire cantonale. Une Commission Cantonale pour la Sécurité des Patients et la Qualité des Soins (CSPQS) a d'ailleurs été mise en place, suite à la décision du Conseil d'Etat de septembre 2004. Au sein du RSV, un Groupe de Coordination Qualité Sécurité focalise son attention et ses actions pour tout ce qui concerne les hôpitaux.

---

<sup>1</sup> Service national de coordination et d'information pour la promotion de la qualité H+/santésuisse (CIQ)  
Die Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse (KIQ)

La transformation du système hospitalier dans le canton du Valais, qui a fait suite à la mise en place du RSV, a pour but de mettre à disposition de la population valaisanne un réseau performant et fournissant des soins de qualité. **Un des éléments en faveur des regroupements des spécialités sur un petit nombre de sites est le constat que pour de nombreuses interventions ou prises en charge, un volume accru d'activités du même type est associé à une meilleure qualité des soins.** Néanmoins, concomitamment à la transformation du système hospitalier, le Service de la santé publique a décidé d'entreprendre une évaluation de la qualité des soins hospitaliers. En outre, l'installation de la nouvelle organisation hospitalière a suscité un questionnement quant à la qualité des soins, essentiellement hospitaliers, dans le canton.

Face à ces questionnements, répercutés par les médias, le Service de la santé publique a mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne pour effectuer une analyse de la qualité des soins dans le canton du Valais, en lien avec la transformation du système hospitalier. Il est utile de rappeler ici qu'une analyse exploratoire conduite à la fin des années 90 en Valais avait conclu à l'absence de preuves tangibles de baisse de la qualité des soins. Simultanément, il avait été préconisé de poursuivre la mise en place d'un système de monitoring de la qualité des soins dans le canton qui constitue une des activités de l'Observatoire Valaisan de la Santé. **Le canton du Valais dispose actuellement d'un système d'indicateurs de la santé de la population et de la qualité des soins bien développé** ; l'Observatoire Valaisan de la Santé en constitue la pièce maîtresse qui rassemble des données et indicateurs de diverses sources. L'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV) contribue aussi par l'entremise des indicateurs qualité préparés par le Centre de Maladies Infectieuses et Epidémiologie (CMIE).

**Le but de ce rapport est de faire le point sur la qualité des soins dans les hôpitaux du RSV, suite à la transformation du système hospitalier, sur la base des informations disponibles au premier semestre 2006.**

## 1.2 Méthodes

Une évaluation exhaustive de l'impact de l'ensemble des changements intervenus dans la transformation du système hospitalier aurait été extrêmement complexe à planifier et réaliser. Elle aurait entraîné des coûts non proportionnels aux résultats qui auraient pu être obtenus. Il a donc fallu effectuer une sélection d'informations et d'indicateurs variés de différents aspects de la qualité des soins, afin de fournir une évaluation raisonnable de l'effet de la mise en place de la nouvelle organisation hospitalière cantonale sur la qualité des soins fournis à la population et sur la santé de la population. En outre, suite aux réactions enregistrées dès l'annonce et au cours de la transformation de l'organisation hospitalière, il a été décidé de recueillir les opinions et le vécu des patients et des professionnels de la santé.

**L'évaluation proposée s'est concentrée sur des éléments importants et quantifiables de la santé de la population et des patients, ainsi que de la qualité des soins.** Priorité a été donnée aux indicateurs récoltés de routine et disponibles, tels les statistiques de mortalité et les résumés de séjour des hôpitaux (données statistiques transmises à l'Office fédéral de la statistique), les données et analyses disponibles à l'Observatoire valaisan de la santé et à l'Institut central des hôpitaux valaisans (rapport qualité des hôpitaux valaisans), ainsi que des informations en provenance du Service de la santé de l'Etat du Valais (composition des nouvelles structures sanitaires et calendrier de mise en place). Certains groupes de population ont été examinés plus attentivement, à cause de la réactivité des indicateurs les concernant. C'est pourquoi, nous avons projeté d'analyser l'évolution des paramètres de la santé périnatale (mortalité périnatale, variations circadiennes des naissances et des décès, etc.) et l'évolution des paramètres de la santé des personnes très âgées (mortalité générale, saisonnalité des décès, etc.). Toutefois, les faibles nombres de décès dans ces catégories n'ont pas permis de les réaliser entièrement. D'autres sources d'information ont été utilisées en fonction de leur disponibilité, de leur pertinence pour l'objectif visé et de leur adéquation pour un indicateur donné (données concernant les transports en ambulance et les secours d'urgence pré-hospitaliers, satisfaction des patients hospitalisés, par exemple).

Le concept classique de la qualité des soins, qui détaille les aspects de la qualité selon les structures, processus et résultats, a servi de trame à notre approche. D'autres concepts, comme celui de la Fondation européenne pour la gestion de la qualité (EFQM), ont aussi été utilisés pour fournir un canevas à l'évaluation. Une liste des indicateurs qu'il était projeté d'utiliser a été développée a priori sur la base des listes existantes et largement reconnues au plan international. Des ajustements ont dû être apportés à la liste initiale en fonction de la disponibilité et de la pertinence des indicateurs listés (cf. le paragraphe ci-dessus en ce qui concerne les indicateurs mesurés aux âges extrêmes de la vie).

En terme de calendrier, l'évaluation a démarré dès l'automne 2004 et s'est poursuivie jusqu'à la fin du premier semestre 2006. Il est, dès le départ, apparu crucial de mettre en place certains indicateurs, afin de suivre les effets du processus d'installation de la nouvelle organisation sanitaire cantonale valaisanne et d'en analyser les résultats qui couvrent la période allant jusqu'à fin 2005. Le concept et le modèle développés pour cette évaluation pourraient contribuer au développement d'un tableau de bord de surveillance de la qualité des soins au sein du RSV et dans d'autres réseaux de soins similaires.

Plusieurs collaborateurs expérimentés de l'IUMSP ont participé à la récolte des informations et à leur analyse qui a été effectuée par l'Unité d'évaluation des soins de l'IUMSP. Une collaboration avec l'Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern (Prof. M. Egger) a eu lieu, qui a concerné essentiellement les travaux d'évaluation de l'opinion des collaborateurs du RSV dans le Haut-Valais.

Les données analysées ont été obtenues de l'Observatoire valaisan de la santé (OVS), du Service de la santé publique de l'Etat du Valais (SSP), du Réseau Santé Valais (RSV), de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV), de l'Organisation cantonale valaisanne des secours (OCVS), et de l'Office fédéral de la statistique. Les analyses quantitatives ont été réalisées soit pour l'ensemble du RSV, soit par centre hospitalier (Spitalzentrum Oberwallis, SZO ; Centre Hospitalier du Centre du Valais, CHCVs ; Centre Hospitalier du Chablais CHC), par hôpital ou discipline.

Les données de l'Hôpital du Chablais n'ont pas pu toujours être comparées à celles des autres sites en raison des différentes modalités de recueil et de traitement des données. Ces différences sont dues au statut inter-cantonal de l'Hôpital, considéré comme « vaudois » par l'Office fédéral de la statistique, et par certaines pratiques propres et traitement de l'information.

Les descriptions et définitions des données et fichiers utilisés étaient évidemment cruciales pour leur utilisation pertinente. En outre, de nombreuses questions ont dû être posées aux personnes responsables de données de ces différentes institutions, afin de les utiliser de manière adéquate.

## 1.3 Résultats commentés de l'analyse

Les résultats de l'analyse sont présentés successivement par groupe, dans le même ordre que les rapports détaillés correspondants, annexés au rapport principal. Les indicateurs évaluant des aspects proches ont été groupés. Un bref commentaire interprétatif a été ajouté à chaque groupe d'indicateurs.

### 1.3.1 Les séjours à l'hôpital

La transformation hospitalière en Valais a entraîné des changements des pratiques d'hospitalisation dans les différents établissements du RSV et pourrait avoir entraîné des modifications dans le nombre total de patients hospitalisés dans le RSV. Bien que le nombre de séjours hospitaliers ne soit pas intrinsèquement un indicateur de la qualité des soins, un changement brusque pourrait indiquer des problèmes potentiels. Cette analyse complète celle qui avait été réalisée en 2005, afin d'examiner la réduction du nombre de séjours hospitaliers observée en 2004.

Le **nombre de séjours hospitaliers** est basé sur le nombre de sorties d'hospitalisation de plus de 24h enregistrées dans les hôpitaux de soins somatiques aigus du canton du Valais entre 2001 et 2005, à l'exception de l'hôpital du Chablais pour lequel les données ne proviennent pas de la base de données centralisée du RSV. Globalement, après une légère hausse entre 2002 et 2003, une baisse des séjours hospitaliers de plus de 24h a été constatée entre les années 2003 et 2004, et une moindre baisse entre les années 2004 et 2005 : 400 séjours hospitaliers en plus, entre 2002 et 2003 (+1%), 1805 séjours hospitaliers en moins, entre 2003 et 2004 (-6%), et 896 séjours hospitaliers en moins, entre 2004 et 2005 (-3%).

La baisse constatée dans les hôpitaux du Valais Central en 2005 a été compensée par une augmentation correspondante à l'hôpital du Chablais. Depuis 2003-2004, le nombre total de séjours a diminué dans les hôpitaux de Brigue, Sierre et Martigny et augmenté dans les hôpitaux de Viège, Sion et du Chablais. Une part de la baisse observée avait eu lieu avant le début effectif de la transformation de l'organisation hospitalière, notamment au premier trimestre 2004, ainsi qu'en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie. La réduction du nombre d'hospitalisations jusqu'en 2005 a surtout concerné la chirurgie, mais aussi la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique.

Une partie de la baisse de l'activité chirurgicale pourrait être le résultat de transferts au secteur privé. Il y a eu, en effet, près de 250 hospitalisations supplémentaires en 2005 à la clinique privée de Valère, essentiellement pour des interventions chirurgicales.

La **durée moyenne des séjours hospitaliers** est passée de 7.7 jours en 2004 à 7.4 jours en 2005 pour l'ensemble des hospitalisations de plus de 24h (hormis l'hôpital du Chablais).

Nous ajoutons à ces résultats une brève information concernant l'**activité des centres médico-sociaux** régionaux (CMS). Dans les six CMS du canton, plus de 400'000 heures de travail ont été comptabilisées en 2005, réparties pour moitié entre les prestations de soins et l'aide au ménage. L'augmentation du nombre d'heures de prestations de soins a augmenté régulièrement de 2.0, 5.2 et 7.6% par année, de 2002 à 2005, respectivement. Une partie de l'accroissement de l'activité constatée en 2004 et 2005, pourrait être en lien avec la réorganisation hospitalière.

### Commentaire

**Après une réduction substantielle en 2004 le nombre d'hospitalisations s'est maintenu en 2005.** Le transfert à l'ambulatoire (peut-être reflété par un accroissement de l'activité des CMS), la meilleure adéquation de certaines hospitalisations, le possible transfert d'interventions chirurgicales au secteur privé et des variations annuelles sont les explications retenues de la baisse du nombre d'hospitalisations depuis 2004.

### 1.3.2 Le transport des personnes

L'évolution du transport des personnes prises en charge pour des **urgences pré-hospitalières** et transportées entre des institutions de soins de 2003 à 2005 a été examinée à partir des données transmises par « l'Organisation Cantonale Valaisanne des Secours » (OCVS) chargée de la régulation des secours dans le canton. Le nombre total de transports par ambulance a augmenté en moyenne de 5% entre 2001 et 2004, surtout depuis 2002. De 2004 (10'165 interventions) à 2005 (11'522 interventions) l'augmentation de 13.3% (+1357 interventions) est significativement plus importante. Le nombre d'**interventions primaires**<sup>2</sup> par ambulance a augmenté régulièrement depuis 2001 (6206 interventions) à 2005 (7'936 interventions). La répartition entre interventions par ambulance (environ 4/5) et par hélicoptère (environ 1/5) est restée stable depuis 2001.

Le nombre d'**interventions secondaires**<sup>3</sup> entre différents lieux de soins a très nettement augmenté en 2005 (+40%). Les transferts de patients d'un hôpital valaisan de soins somatiques aigus à l'autre ont augmenté de 36% entre 2003 (769) et 2004 (1046) et de 90% entre 2004 (1046) et 2005 (1992).

Le **délai d'hospitalisation** lors d'interventions primaires de priorité 1<sup>4</sup> par ambulance des cas graves (nécessitant au moins une surveillance médicale) a augmenté régulièrement de

---

<sup>2</sup> Intervention primaire : première prise en charge d'un patient sur le lieu de l'événement, avec, le cas échéant, son transport vers un lieu de soins approprié.

<sup>3</sup> Intervention secondaire : prise en charge d'un patient dans une structure de soins et son transport vers une autre structure de soins.

<sup>4</sup> Priorité 1 : engagement immédiat, signaux prioritaires enclenchés, pour une intervention avec probabilité d'atteinte des fonctions vitales ou pour un événement sur la voie publique ou dans un lieu public. Dès 2003 la partie « ou pour un événement sur la voie publique ou dans un lieu public » a été supprimée de la définition.

2000 à 2005 en passant de 44 à 50 minutes (moyenne). Toutefois l'augmentation entre 2004 et 2005 fut plus importante que pour les années précédentes. La proportion de ces cas graves transportés à l'hôpital en moins de 60 minutes a diminué de 75.4% en 2003 à 65.3% en 2005, mais globalement dans près de 70% de ces cas, le transport était médicalisé, conférant ainsi, une plus grande sécurité au patient. Bien que la médicalisation et un code NACA plus sévère soient associés à un délai d'hospitalisation plus long pour l'année 2005, cette association est quantitativement peu importante.

La proportion de **transports médicalisés** (68% des cas graves et très graves - code NACA 4 à 7 - et 79% des cas très graves – code NACA 5-7 ) est restée stable en 2004-2005. La proportion de transports médicalisés des cas les plus graves est plus élevée, approchant les 75% en présence d'un risque vital immédiat et les 90% lorsque des manœuvres de réanimation ou de rétablissement des fonctions vitales doivent être effectuées.

### Commentaire

**Le transport secondaire des personnes entre lieux de soins et entre hôpitaux a clairement augmenté, conformément aux attentes.** Cependant, une réflexion ultérieure quant à l'adéquation des transports secondaires et la garantie de leur sécurité est à considérer.

**Le nombre de transports primaires a également augmenté au cours des dernières années.**

**Le délai d'hospitalisation lors d'interventions prioritaires a augmenté, ce qui n'est pas surprenant au vu du plus grand éloignement des centres de prise en charge,** selon la gravité du cas et le moment de sa survenue. **Cependant, un accroissement du délai d'hospitalisation n'est le plus souvent pas un facteur négatif.** En effet, la présence d'une médicalisation adéquate peut permettre un transport assurant une meilleure sécurité du patient malgré un délai d'hospitalisation allongé ; l'exception, peu fréquente, étant liée à des hémorragies qui ne peuvent être contrôlées que dans un centre adéquat. En outre, la sécurité du patient sera aussi accrue en moyenne si le transport s'effectue d'emblée dans le centre adéquat pour traiter le cas. Un transport primaire allongé est, ici, préférable à un arrêt intermédiaire dans une structure inadéquate avant que le patient ne soit finalement bien dirigé.

Une réflexion et des décisions sont, néanmoins, à envisager quant à la médicalisation des transports primaires, qui reste proche de deux tiers des cas graves prioritaires, à l'obtention d'informations plus complètes quant aux activités de soins extrahospitaliers et aux stratégies de l'ensemble des prises en charge et de la coordination des urgences. Ces derniers éléments relèvent de l'Organisation cantonale valaisanne des secours, en collaboration avec le Service de la santé publique, le RSV et les autres partenaires concernés.

### 1.3.3 Éléments structurels : taux d'occupation des lits et personnel soignant

Le **taux simple d'occupation des lits** (la proportion du nombre de journées d'hospitalisation en soins aigus rapporté au nombre de lits disponibles en moyenne quotidienne) variait entre 65% et 83% avant 2002. Dès lors, les taux par hôpital étaient presque toujours au-dessus de 90%, suite aux décisions visant une utilisation plus efficiente et flexible des lits d'hôpitaux.

La durée de **présence effective moyenne de patients par jour** (somme des fractions de journées-malades effectives comptabilisées chaque jour pour chaque patient, majorée de 15% pour tenir compte du seuil de roulement nécessaire au changement de lit entre les patients<sup>5</sup>) permet de calculer la différence moyenne entre les lits mis en service et leur utilisation continue. Cette différence est restée stable (14%) au CHCVs alors qu'elle est passée de 17 à 10% au SZO, signifiant là, aussi, un effort à une meilleure gestion des ressources.

L'examen du **nombre de soignants en relation avec le nombre de séjours hospitaliers** est important à examiner car la relation entre la qualité des soins et le nombre de soignants par patient a été démontrée. L'indicateur « Personnel soignant en EPT pour 1000 journées d'hospitalisation » des 3 centres hospitaliers du RSV s'échelonnait de 3.47 (CHC, CHCVs) à 4.01 (SZO) personnes pour 1000 journées d'hospitalisation en 2005. Il y a eu une légère diminution de 3% de ce rapport en 2005 par rapport à 2004 (SZO : -0,25, CHC -0,37, CHCVs -0,01). Une analyse de l'OFS, basée sur 193 établissements de soins aigus indique que cet indicateur varie de 2.7 personnes (hôpitaux avec moins de 3000 cas traités par an) à 5.5 personnes (hôpitaux universitaires) ; les données du RSV se situent ainsi dans la moyenne suisse.

#### Commentaire

L'accroissement du taux de besoin en lits hospitaliers et la réduction du rapport entre le personnel soignant et le nombre de journées d'hospitalisation est justifiable, afin de viser à une meilleure efficacité de l'hôpital. Cependant, la réduction trop importante des effectifs de professionnels activement engagés dans les soins peut avoir un effet négatif sur la qualité des soins.

### 1.3.4 Les flux de patients : Entrées et sorties de l'hôpital

#### Profil des entrées et sorties selon le jour de la semaine

---

<sup>5</sup> Ce seuil arbitraire de roulement a été calculé en fonction de la durée moyenne de séjour.

Alors que la répartition des sorties d'hospitalisation, selon le jour de la semaine, a peu évolué entre 2003 et 2005, on note une légère tendance à une répartition plus uniforme des entrées planifiées sur le début de la semaine entre 2004 et 2005, possiblement attribuable à la nouvelle planification.

### **Modes d'admission à l'hôpital et admissions aux urgences**

La distinction s'effectue principalement entre des admissions en urgence ou planifiées. Par définition, les admissions en urgence sont celles de patients pour lesquels des soins hospitaliers sont nécessaires dans les 12 heures. Entre 2003 et 2005, le nombre d'admission en urgence pour hospitalisation a augmenté de 75% à Viège et de 57% à Sion, alors qu'une baisse était notée dans les autres hôpitaux des centres correspondants.

En outre, le nombre de cas pris en charge aux urgences de l'hôpital de Sion n'a que légèrement évolué entre 2003 et 2005, avec un nombre un peu plus élevé pour les mois de janvier-février et septembre-octobre, comparés à ceux des années 2003 et 2004.

### **Réadmissions à l'hôpital potentiellement évitables**

Les réadmissions inopinées survenant peu de temps après une hospitalisation constituent un indicateur classique de la qualité. Cependant, cet indicateur est difficile à mesurer de routine, d'une part, et certaines études n'ont pas montré de lien entre la fréquence des réadmissions inattendues et la qualité des soins, d'autre part. Un **indicateur des réadmissions potentiellement évitables** a été calculé sur la base des résumés de séjour des hôpitaux<sup>6</sup>. Les taux bruts de réadmissions potentiellement évitables des cinq hôpitaux du Haut Valais et Valais Central ont peu varié, correspondant de 4 à 5% des hospitalisations entre 2002 et 2004. En 2005, la proportion de réadmissions potentiellement évitables était de 5,2% au SZO et 5,1% au CHCVs. Les proportions mesurées en Valais n'ont jamais été plus élevées et à quelques reprises inférieures à celles qui ont été mesurées dans 49 autres hôpitaux suisses. Sur la base d'une étude de dossiers médicaux, effectuée aux Hospices-CHUV, nous évaluons à environ un tiers de la valeur mesurée les cas de réhospitalisations qui sont liées à un problème de qualité des soins, soit dans moins de 2 % des cas en Valais.

### **Commentaire**

Entre 2003 et 2005, le nombre d'admissions en urgence pour hospitalisation a augmenté, plus particulièrement à Viège et à Sion, ce qui correspond aux attentes suite à la réorganisation hospitalière. La poursuite de la mesure de cet indicateur nécessitera une réflexion quant à la source et au mode d'analyse des données. Le nombre total des cas pris en charge aux urgences de l'hôpital de Sion est resté relativement stable de 2003 à 2005.

---

<sup>6</sup> Cet indicateur a été développé et validé par des collaborateurs de l'IUMSP.

**Le taux de réadmissions potentiellement évitables mesuré est comparable à ceux des autres hôpitaux où cette mesure a été effectuée et ne révèle pas de problèmes particuliers.**

### 1.3.5 La mortalité

#### **Mortalité générale dans le canton**

S'il donne un reflet global de l'état du système sanitaire et du contexte socio-économique, le taux de mortalité, défini comme le nombre de personnes décédées résidant dans le canton du Valais rapporté à la population résidante permanente, est évidemment un indicateur grossier de la qualité de l'organisation et des soins hospitaliers. Globalement, le taux de mortalité a eu tendance à légèrement diminuer depuis 2002 (799 décès pour 100'000 personnes) jusqu'en 2004 (787 décès pour 100'000 personnes). En 2005, le taux augmente légèrement par rapport à 2004 (799 décès pour 100'000 personnes). Cependant, le taux de mortalité ajusté pour l'âge, qui tient compte du vieillissement de la population, indique une tendance à la baisse de 2000 à 2005 (de 798.8 à 697.7 décès pour 100'000 personnes).

On constate une évolution différente des taux bruts et ajustés selon le genre. Le taux ajusté de mortalité chez les femmes a baissé de manière relativement stable entre 2000 et 2005, avec une légère hausse transitoire en 2002. Chez les hommes, une tendance vers la baisse entre 2000 et 2004 a été observée, suivie d'une légère hausse en 2005 (taux bruts et ajustés). Ainsi, la légère hausse du taux non ajusté constatée globalement est due à la hausse du taux de mortalité chez les hommes. Cette hausse n'est, cependant, pas statistiquement significative.

#### **Mortalité à un très jeune âge**

La mortalité aux âges extrêmes de la vie, notamment au cours de la première année de vie (mortalité infantile) et dans la période néonatale sont des indicateurs usuels de la performance d'un système de santé. Les taux de mortalité infantile ont varié au cours des dernières années ; ils sont, cependant, statistiquement instables en raison du faible nombre de décès (entre 12 et 16 décès infantiles annuellement entre 2001 et 2004 et 10 en 2005). Une légère baisse du taux a, ainsi, été notée en 2005; ce taux était par ailleurs légèrement inférieur à la moyenne suisse.

#### **Mortalité intra-hospitalière**

La mortalité intra-hospitalière est souvent utilisée comme indicateur de la qualité des soins. Sa validité est, cependant, fréquemment remise en question en raison des difficultés de comparaison et d'interprétation en lien avec l'ajustement pour les caractéristiques différentes des populations comparées (case-mix). L'analyse de l'évolution des taux de mortalité intra-hospitalière a donc été pratiquée par hôpital et par pathologie pour évaluer l'impact de la réforme hospitalière sur la qualité des soins aigus dans le canton du Valais. Le

taux brut de mortalité intra-hospitalière est le rapport du nombre total de décès survenus à l'intérieur de l'hôpital divisé par le nombre total d'hospitalisations (<24h et ≥24h) pour une même période. Les taux bruts de mortalité sont généralement inférieurs à 2%. Pour l'ensemble du Valais, les taux, ajustés pour les différences de sexe, d'âge et de sévérité de l'atteinte des patients, sont remarquablement stables de 2003 à 2005, légèrement inférieurs à 2002.

### **Variations circadiennes des décès intra-hospitaliers**

Il n'y a pas eu de changements de la proportion de décès selon l'heure de sa survenue entre 2004 et 2005. Quelques variations du pourcentage de décès selon la période de la journée ont été constatés, par rapport à la moyenne sous l'hypothèse d'absence d'effet de l'heure (4.17%). Des proportions de décès légèrement plus élevées en fin de journée (entre 16h et 20h) et moins élevées en milieu de nuit (entre 1h et 5h), ont été constatées au cours des deux années examinées.

### **Commentaire**

**L'évolution de la mortalité dans le canton n'indique pas d'évolution défavorable récente liée au système sanitaire ou à la santé de la population en général.** De légères fluctuations des taux de mortalité ne sont pas surprenantes dans une population de la taille du canton du Valais.

Les taux de mortalité ajustés montrent une tendance à la baisse de 2000 à 2005. Une augmentation du seul taux de mortalité chez l'homme et non chez la femme et se concentrant sur le premier et le dernier trimestre 2005, n'indique pas qu'il y ait un problème de qualité hospitalière, en raison de l'hétérogénéité de l'effet. Il peut s'agir d'une variation aléatoire non surprenante, en raison du relatif petit nombre de décès dans les populations considérées qui confèrent peu de stabilité statistique aux résultats. Les taux sont fréquemment plus élevés aux premiers et derniers trimestres, relevant un effet saisonnier en partie lié à des épisodes infectieux saisonniers (grippe).

**La mortalité intra-hospitalière** est restée stable. La validité de cet indicateur est néanmoins limitée.

**La mortalité infantile**, indicateur souvent sensible, a évolué favorablement au cours des dernières années.

### 1.3.6 La période périnatale

Il y a près de 3000 naissances par année en Valais (2814 naissances en 2005), dont la large majorité a eu lieu dans les hôpitaux du RSV (2761, soit 98% des naissances). Suite au regroupement de l'activité obstétrique à Viège pour le SZO, dès juin 2004 et à Sion pour le CHCVs, les services d'obstétrique ont été fermés successivement à Brigue, à Sierre puis à Martigny. Ainsi la nouvelle répartition des services hospitaliers a entraîné un grand changement dans les lieux d'accouchements.

Le nombre de **naissances extrahospitalières** accompagnées par des sages-femmes a baissé de 48 cas en 2003 à 33 cas en 2005, soit une proportion très faible du total des naissances.

Le **profil horaire des naissances** est resté semblable en 2004 et 2005 avec un discret pic en début de matinée probablement lié à des naissances programmées par césarienne.

Le nombre et la proportion d'**accouchements par césarienne** effectués dans le RSV sont restés stables entre 2002 (711 césariennes, 24.4%) et 2005 (742 césariennes, 23.7%).

La proportion de **nouveau-nés de poids inférieur à 2500 g** n'a pas changé non plus ; en 2002, il y a eu 5.3% de nouveau-nés de petit poids (155 cas) et en 2005, il y en a eu 5.5% (172 cas). Cette proportion était inférieure à celle de l'ensemble de la Suisse (6.2%).

Nous nous sommes aussi intéressés aux **avortements spontanés ou fausses-couches**. Il s'agit de la perte inattendue d'un fœtus, survenant sans intervention extérieure avant la fin de la 22<sup>ème</sup> semaine de gestation. Cette analyse a été conduite afin d'évaluer si une éventuelle modification des suivis prénataux pouvait avoir eu un effet néfaste sur les grossesses. Evidemment, seule une partie des avortements est enregistrée dans les hôpitaux. Les fausses-couches précoces, en début de grossesse, passent souvent inaperçues. Le nombre d'avortements spontanés relevés dans les hôpitaux du RSV fut stable au cours des 3 dernières années (276, 261, 276 de 2003 à 2005).

#### **Commentaire**

Il n'y a pas eu de modification significative des indicateurs de natalité examinés, pas plus que du nombre d'avortements spontanés recensés.

### 1.3.7 Surveillance des interventions chirurgicales et des infections

Plusieurs indicateurs de la qualité des soins sont mesurés de routine dans le cadre de la démarche de la qualité dans les hôpitaux du RSV coordonnée par le Centre de Maladies Infectieuses et Epidémiologie (CMIE) de l'Institut central des hôpitaux valaisans (ICHV).

Les **infections du site opératoire** (ISO) sont parmi les infections nosocomiales les plus fréquentes et couramment utilisées pour évaluer la qualité en chirurgie. Les taux annuels d'infections du site opératoire relevés de 1998 à 2005 sont restés stables pour les cures d'hernies (1.4% en 1998, 1.5% en 2005) et ont plutôt eu tendance à baisser pour les cholécystectomies (3.8% en 1998, 2.6% en 2005). Pour la chirurgie du côlon, les taux d'infection du site opératoire ont augmenté depuis 2002 (proches de 15% avant 2002 et supérieurs à 20% dès 2002) et étaient significativement plus élevés que dans les autres hôpitaux suisses participant au programme de surveillance en 2005. Si la tendance à la hausse pour la chirurgie du côlon est générale, le taux varie néanmoins selon l'hôpital. Les taux d'infection du site opératoire pour les appendicectomies étaient fluctuants entre 1998 et 2003, en légère augmentation en 2004 et 2005, où le taux est proche de 10% et significativement plus élevé que dans les autres hôpitaux suisses.

Nous avons mesuré le **taux d'appendicectomies présentant un abcès ou une perforation**, qui aurait pu être le reflet de retards de prise en charge liés à la nouvelle organisation hospitalière. Depuis 1999, les taux ont varié entre 20 et 30%. Les taux mesurés en Valais étaient significativement plus bas que dans les autres hôpitaux suisses participant à ce programme de surveillance.

Le nombre et la proportion de **ré-intervention au même site opératoire pour complication** dans le mois suivant une intervention (appendicectomie, cholécystectomie, cure d'hernie ou intervention sur le côlon) dans les hôpitaux du RSV ont été mesurés depuis 1998. Cette proportion variait autour de 4% ; l'augmentation de 4,5% en 2004 à 6,5% en 2005 n'est cependant pas statistiquement significative.

La **prévalence des infections nosocomiales** dans les six hôpitaux valaisans de soins aigus, un jour donné, n'a pas varié au cours des trois dernières mesures effectuées (5,8, 6,6 et 4,4% de 2002 à 2004 - pas de mesure en 2005) et ne diffère pas des taux mesurés dans les autres hôpitaux suisses de taille comparable.

L'**hygiène des mains** est importante afin de contrôler les infections à l'hôpital, l'hygiène des mains est fréquemment insuffisante dans les hôpitaux. Un programme d'amélioration de l'hygiène des mains à l'hôpital a permis d'accroître substantiellement l'observance des recommandations, soit de 38 à 60% entre mai 2005 et mai 2006.

## Commentaire

Les maladies infectieuses acquises à l'hôpital peuvent révéler des problèmes de qualité, mais la prévalence des infections nosocomiales n'a pas augmenté et les taux d'appendicites perforées ou abcédées se sont révélés plus bas en Valais que dans d'autres hôpitaux suisses.

Les infections du site opératoire du côlon, en augmentation depuis plusieurs années, ne sont probablement pas à imputer à la réorganisation du système hospitalier. Néanmoins, les taux d'infections du site opératoire plutôt élevés pour les opérations du côlon et de l'appendice doivent encourager à renforcer les mesures auprès des chirurgiens et services concernés.

De telles interventions ciblées pourraient se révéler fructueuses à l'exemple de l'amélioration importante de l'hygiène des mains entre 2005 et 2006.

### 1.3.8 L'opinion et la satisfaction des patients

Une enquête d'opinion et de satisfaction des patients hospitalisés a été réalisée à fin 2005 dans les hôpitaux de Brigue, Viège, Sierre, Sion et Martigny, réalisée par la firme MeCon à l'aide d'un questionnaire comportant 32 questions de base<sup>7</sup> et 15 questions spécifiques<sup>8</sup>. Un « indice d'insatisfaction » a été calculé par MeCon, sur la base d'une pondération arbitraire des catégories de réponse. Cet indice est exprimé sur une échelle allant de 0 à 100 points. La valeur 0 est la meilleure possible, car la satisfaction exprimée est alors complète<sup>9</sup>. Ainsi plus cet indice augmente, plus il indique un déficit de satisfaction et permet d'orienter vers de possibles actions correctives. L'indice ne correspond pas à une proportion de patients insatisfaits. Sur les 6'151 questionnaires envoyés, 2'656 (43%) ont été retournés et analysés. La majorité des questionnaires reçus provenaient de patients ayant séjourné dans un service de chirurgie.

**De manière générale, la satisfaction des patients était bonne au sein du RSV.** En effet, l'indice global d'insatisfaction était inférieur à 20/100 points (18,7/100). Ainsi, par extrapolation, l'indice inverse de satisfaction serait de 81,3/100.

En ce qui concerne l'information reçue en provenance des médecins, des soignants et, en général, l'indice d'insatisfaction se situait entre 10/100 et 20/100. Cet indice était plus élevé

---

<sup>7</sup> Exemples de thèmes des questions de base : amabilité du personnel soignant, clarté des explications des médecins

<sup>8</sup> Exemples de thèmes des questions spécifiques : information reçue quant aux effets secondaires possibles des médicaments, connaissance des résultats des examens effectués à l'hôpital

<sup>9</sup> Dans le calcul de « l'indice d'insatisfaction », MeCon considère que toute évaluation inférieure à la note la plus favorable de l'échelle correspond à un certain degré d'insatisfaction.

à propos de l'information relative aux « choses importantes concernant le séjour » (33/100 points).

Les compétences des médecins ont été considérées comme grandes ou très grande par une large majorité des patients. Il en allait de même pour le soin avec lequel les traitements étaient effectués. Dans les deux cas l'indice d'insatisfaction était faible (proche de 10/100).

A propos de la proximité du lieu d'hospitalisation, 22% des répondants ont dit ne pas avoir été hospitalisés dans l'hôpital le plus proche et 34% d'entre eux estimaient que leurs proches avaient eu des difficultés à leur rendre visite en raison de l'éloignement de l'hôpital. L'éloignement de l'hôpital ne semble ainsi avoir dérangé qu'une minorité de personnes.

En comparaison avec 57 autres hôpitaux de catégories diverses et de cliniques privées de Suisse, l'indice d'insatisfaction était un peu plus élevé au sein du RSV : 19/100 dans le RSV et 13/100 ailleurs, soit une différence de 6/100 points.

Enfin, les « indices d'insatisfaction » rapportés étaient systématiquement un peu plus élevé en 2005 par rapport à l'enquête précédente de 2001, globalement 18,7/100 vs 15,7/100, Cette différence ne correspond, cependant, qu'à une baisse absolue de 3/100 points de la satisfaction selon l'indice calculé.

### Commentaire

**La satisfaction des patients a légèrement baissé entre 2001 et 2005.**

**Le niveau de satisfaction des patients reste, cependant, globalement bon dans les hôpitaux du Haut-Valais et du Valais Central.**

**Les aspects relatifs à l'information et à la communication sont habituellement les moins bien évalués par les patients.** Une attention particulière devra y être apportée.

Les comparaisons présentées indiquent des **valeurs systématiquement inférieures par rapport aux mesures effectuées dans les autres hôpitaux** où le même questionnaire a été utilisé. Cependant, **la comparaison n'est pas aisée avec d'autres types d'hôpitaux** (cliniques privées et hôpitaux spécialisés, par exemple). En outre, des évaluations systématiquement inférieures en Romandie, en comparaison avec la Suisse alémanique, ont déjà été notées précédemment – aussi, dans cette enquête (« indice de satisfaction » égal à 80% en Valais Central et à 83% en Haut-Valais). Ces différences pourraient avoir des explications en partie linguistiques ou culturelles.

En outre, le **taux de réponse peu élevé**, expliqué en partie par l'absence de courrier de rappel, rend difficile l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la patientèle de l'hôpital.

Néanmoins, **il n'est pas surprenant que les modifications de l'organisation du système hospitalier soient une source de moins grande satisfaction**, notamment en raison de la perte de proximité et de l'information insuffisante reçue à ce propos par la population. A fortiori, l'enquête s'est déroulée à une période où de vives critiques à l'encontre du RSV ont paru dans les médias valaisans. Un effet halo, influencé par les médias, peut avoir eu des conséquences négatives sur l'opinion des patients hospitalisés à cette période et enregistrée lors de l'enquête.

Rappelons que les opinions exprimées par les patients sont, par nature, subjectives et qu'elles peuvent refléter l'opinion d'autres personnes ou correspondre à un effet halo global des discussions largement médiatisées ayant trait au système sanitaire et pas seulement celles en lien avec la transformation du système hospitalier. Il convient ainsi de **rester prudent dans l'interprétation de ces données** ; elles doivent avant tout permettre d'envisager des mesures correctives à l'intérieur des services et hôpitaux. C'est d'ailleurs bien l'objectif de la Direction du RSV qui a récemment pris connaissance de ces informations et les transmettra aux établissements dans ce sens.

Néanmoins, la communication avec les patients, ainsi que les modalités et contenus des informations transmises aux patients à l'hôpital doivent faire l'objet d'une attention particulière. Ces aspects sont très importants pour améliorer la confiance de la population et des professionnels dans le système hospitalier. Les responsables du RSV ont d'ailleurs eu conscience d'avoir sous-estimé ces aspects. En effet, dès l'automne 2005 une chargée de communication a été engagée par le RSV.

### 1.3.9 L'opinion des professionnels de la santé

L'**opinion des professionnels de la santé** au sujet des effets induits par la transformation du système hospitalier, a été récoltée lors de 37 entretiens réalisés en face à face entre mars et juillet 2005 avec des professionnels de la santé choisis aléatoirement de manière à représenter les diverses régions, professions et type d'acteurs impliqués (24 médecins et 13 soignants). Peu de différences ont été observées entre les opinions des professionnels du Haut-Valais et ceux du Valais Romand. Des bénéfices liés à la réorganisation et des propositions d'amélioration du fonctionnement ont été exprimés. Néanmoins, la majorité des entretiens se sont centrés autour des difficultés auxquelles les participants ont fait face depuis la réorganisation hospitalière. Bien que formulée de manière narrative, l'analyse rapportée dans les lignes suivantes reprend strictement le contenu des propos tenus par les professionnels et échangés à l'occasion des entretiens.

Les **bénéfices** mentionnés par les médecins furent un meilleur plateau technique, un nombre accru de patients présentant des pathologies similaires (ce qui permet d'augmenter l'expérience et les compétences), davantage de ressources et des compétences professionnelles plus performantes. Les soignants ont indiqué des activités cliniques plus intéressantes et plus stimulantes. Les propositions principales d'amélioration concernaient le perfectionnement des systèmes d'information et de communication, le développement de la coordination et de la coopération, l'augmentation des ressources humaines, matérielles et techniques, des transferts de patients garantissant leur sécurité, et la mise en place d'un système d'orientation des patients. Par ailleurs, pour nombre de professionnels, il est important que les soins s'inscrivent dans le continuum de la considération globale du patient. En outre, beaucoup ont insisté sur la nécessité de créer des groupes de travail, d'une part, afin de favoriser les échanges entre acteurs du réseau, d'autre part, dans le but de pouvoir échanger avec les administrateurs du RSV à propos des difficultés concrètes rencontrées sur le terrain.

De nombreux **points négatifs** furent exposés par les participants. Pour plus des deux tiers des répondants, la mise en place du RSV a eu une incidence directe sur l'organisation du travail (trajets accrus, encadrement du personnel rendu difficile, nouvelles collaborations nécessitant des efforts d'adaptation), sur la structure (perte de compétences, ressources professionnelles à la baisse), mais, principalement, en terme d'activités professionnelles (augmentation et complexification des prises en charge, surcroît de tâches administratives, fin des rapports de proximité avec les patients). La répartition des disciplines a été souvent jugée inadéquate et divers problèmes ont été indiqués (augmentation de la charge de travail, manque de temps pour une prise en charge de qualité des patients, transmissions incomplètes, manque d'encadrement, etc.), considérés comme générateurs de stress et de démotivation dans les équipes. Si certains professionnels estimaient que l'essentiel des critiques résultant de la mise en place du RSV étaient autant de formes d'expression d'une résistance au changement, d'autres pensaient qu'il était nécessaire de les écouter, sachant que l'application pratique de certaines directives peut nécessiter des réajustements, et que ce n'est qu'en connaissant les limites de fonctionnement d'un système que l'on peut juger de son adéquation et de son efficacité.

### **Commentaire**

Recueillir l'opinion des professionnels comporte bien sûr des limitations, notamment eût égard à la représentativité du collectif interrogé. Cependant, le taux de participation, élevé, comme le fait que certains se soient préparés à l'entretien, confirment l'intérêt pour la démarche. Les problèmes d'information et de communication, les difficultés organisationnelles (attendues), les résistances et les compromis lors de la mise en place de la nouvelle organisation hospitalière, constituent autant de facteurs à l'origine des points négatifs énoncés par les personnes interrogées.

**Garantir la qualité des soins et la sécurité des patients est de toute manière une tâche complexe pour tout système de soins de santé à l'heure actuelle.** La difficulté de cette tâche a été encore accrue par la mise en place de la nouvelle organisation hospitalière cantonale. Les détails et les observations apportés par chacun fournissent, en outre, autant de pistes d'amélioration de la réorganisation hospitalière.

Nous encourageons, par conséquent, vivement les responsables du RSV à utiliser ces données, et à poursuivre les efforts de collaboration entre les différents partenaires, sachant que dans le domaine de la recherche basée sur la qualité des soins, il est largement admis que la satisfaction des acteurs des prestations hospitalières est un indicateur de celle-ci.

## 1.4 Commentaires généraux et conclusion

### 1.4.1 Résumé des résultats principaux

Un faisceau d'indicateurs et des approches diverses ont permis de réaliser une analyse de la qualité des soins dans les hôpitaux du RSV, en lien avec la transformation du système hospitalier. Les indicateurs de structure ont reflété les changements intervenus, en ce qui concerne l'évolution du nombre des hospitalisations par spécialité et par site.

**L'examen de l'ensemble des résultats obtenus et analyses réalisées indique que la sécurité des patients n'a pas été et n'est pas mise en danger au sein du Réseau Santé Valais.**

**Néanmoins, la transformation du système hospitalier a nécessité, nécessite et nécessitera des changements d'habitudes de la part des patients et des collaborateurs.** Le maintien de soins de premier recours de qualité est crucial face à l'éloignement accru des centres de prise en charge pour certaines affections ou à certains moments - des personnes peuvent nécessiter une prise en charge en urgence en milieu hospitalier de soins aigus à tout moment du jour ou de la nuit – pour assurer les soins et si nécessaire adresser le patient au service hospitalier adéquat pour la prise en charge.

### 1.4.2 Système sanitaire et qualité des soins

**Le concept de système sanitaire mis en place en Valais permet et permettra de garantir l'accès à des soins de qualité excellente à la population résidant durablement ou temporairement dans le canton.** La consolidation de centres d'excellence pour les spécialités médicales est un facteur favorable à l'amélioration de la qualité. En effet, pour de nombreuses interventions et soins, des études publiées, essentiellement à l'étranger, ont montré qu'un volume accru s'accompagnait d'une qualité des soins supérieure.

**En outre, plusieurs démarches ont déjà été entreprises pour contribuer à maintenir et améliorer la qualité des soins.** Ainsi, des systèmes de déclaration des incidents thérapeutiques existent. Un accent particulier est accordé à l'amélioration continue, à l'annonce de dysfonctionnement, aux audits internes et parfois externes, ainsi qu'à des actions préventives (campagne de vaccinations des collaborateurs contre la grippe et l'hépatite B, hygiène des mains, par exemple). Une harmonisation de la documentation est aussi destinée à faciliter des procédures administratives et logistiques.

Enfin, plusieurs hôpitaux ont effectué un processus de certification selon les normes ISO : le SZO (re-certifié tout récemment), le CVP et l'hôpital de Sierre. Une certification commune est envisagée. Les activités des responsables « assurance qualité » des différents sites sont effectuées pour l'ensemble du RSV.

### 1.4.3 Système d'information et qualité des soins

Le système d'information mis en place, par exemple quant à l'informatisation des dossiers médicaux devrait permettre, lorsqu'il sera pleinement fonctionnel, d'améliorer la transmission d'informations clés concernant les patients et leur prise en charge. Le développement de structures et processus permettant de recueillir de routine des indicateurs de l'activité et de la performance du système, fourniront les données nécessaires au pilotage des activités cliniques, d'une part, et de l'ensemble du réseau et de ses sites, d'autre part. **Le recueil et le traitement de toute une série d'indicateurs fournit des tableaux de bord particulièrement utiles.**

Mesurer la qualité des soins est bien sûr nécessaire mais non suffisant pour garantir la qualité au sein d'un réseau complexe. Une gouvernance responsable, la participation de tous les acteurs impliqués et des systèmes de gestion destinés à favoriser réellement la qualité sont indispensables. Cependant, un système de monitoring intégré et fonctionnel et des indicateurs pertinents alimentés par des données d'excellente facture sont des éléments cruciaux à maintenir. Plusieurs indicateurs sont dérivés ou utilisent l'information contenue dans les résumés de sortie de l'hôpital. La qualité de ces données est bonne, comme l'indiquent les évaluations de la qualité du codage des diagnostics et des interventions effectuées à l'hôpital.

**L'excellent travail de récolte et de traitement des données relatives à la sécurité des patients et à la qualité des soins réalisés jusqu'ici à la fois par l'Observatoire valaisan de la santé et par l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans** (Centre de Maladies Infectieuses et Epidémiologie, Pharmacie) ont déjà permis d'améliorer très substantiellement les tableaux de bord à disposition. **A cet égard, le canton du Valais est en avance sur nombre d'autres cantons suisses. Le travail de ces entités est ainsi indispensable à la bonne gouvernance du système sanitaire valaisan.** Les données en provenance de l'Organisation cantonale des secours sont également utiles à ce monitoring. Il convient donc de consolider les acquis et d'améliorer encore le faisceau d'indicateurs à produire régulièrement.

### 1.4.4 L'opinion des acteurs et des utilisateurs

Les opinions exprimées tant par les patients que par les professionnels de la santé nous ont frappées par leur similitude avec celles recueillies récemment dans d'autres cantons et

hôpitaux, qui n'ont pas connu une transformation similaire de leur organisation hospitalière. En outre, d'autres modifications du système de santé, concomitantes mais indépendantes, ont certainement, aussi, eu un impact sur les opinions, il est donc difficile de discerner les incitatifs réels des opinions recueillies.

**Nous encourageons aussi vivement les responsables du RSV à utiliser les données recueillies, et à poursuivre les efforts de collaboration entre les différents partenaires, sachant que dans le domaine de la recherche basée sur la qualité des soins, il est largement admis que la satisfaction des acteurs des prestations hospitalières est un indicateur de celle-ci.** En l'occurrence, une enquête auprès de l'ensemble des professionnels de la santé du RSV aura lieu dès la fin de l'été, qui apportera des informations complémentaires utiles.

#### 1.4.5 Limites de l'évaluation effectuée

Cette évaluation comprend bien évidemment toute une série de limites. Un réseau hospitalier cantonal tel le RSV est un système extrêmement complexe et nous ne pouvons pas prétendre en avoir examiné toutes les facettes.

Les limites sont l'absence de données disponibles de routine, sans recours à de longues et coûteuses investigations (examen de dossiers médicaux) pour certains aspects des soins, la qualité non optimale de certains indicateurs (développement et validation de modèles d'ajustement), et les délais de remise de certaines données récoltées en 2005 (le diagnostic des causes de décès n'est fourni que très tardivement par l'OFS, par exemple).

La structure différente de certaines données et l'utilisation d'autres définitions et critères n'ont pas toujours permis des analyses comparatives entre le Centre Hospitalier du Chablais et les autres centres, ni au cours du temps.

En outre, la relative petite taille du canton, de sous-groupes de la population ou des hôpitaux et services impliquent une instabilité statistique de plusieurs indicateurs qui concernent des événements relativement rares.

Une évaluation plus complète de la qualité aurait nécessité de développer et valider d'autres indicateurs, des délais allongés et des ressources considérablement plus élevées, sans garantie de l'obtention d'informations révélatrices de dysfonctionnements majeurs qui n'auraient pas pu être repérés.

#### 1.4.6 Conclusions

- En conclusion, **la qualité des soins est bonne dans les hôpitaux du RSV. La sécurité des patients n'a pas été et n'est pas mise en danger. La transformation du système hospitalier ne menace pas la qualité des soins.**
- Cependant, **des améliorations sont à considérer** dans la poursuite de la mise en place de cette organisation hospitalière, afin de maintenir et promouvoir la sécurité des patients et la qualité des soins. Ainsi, les taux plutôt élevés d'infections du site opératoire lors de certaines interventions intra-abdominales, observés dès 2002, indiquent que les mesures visant une réduction de ces taux doivent être intensifiées.
- **L'information et la communication n'ont pas été suffisamment bien gérées et organisées**, tant envers la population en général et les patients, qu'à l'adresse des professionnels de la santé, au sein et hors du RSV, lors de l'installation de la nouvelle organisation hospitalière. Relevons à ce propos qu'une personne chargée de la communication a été engagée par le RSV à fin 2005.
- **Un effort particulier doit être fait pour améliorer la communication et l'information à l'hôpital**, ce qui implique une sensibilisation et une formation adéquates, mais aussi du temps à accorder à ces activités, donc une attention à ne pas comprimer excessivement les effectifs. Communiquer implique aussi d'être à l'écoute de l'autre, professionnels et patients, notamment.
- **La gouvernance du RSV est cruciale**, afin de poursuivre la transformation du système hospitalier et de continuer à être en mesure de garantir la sécurité des patients et la qualité des soins aux personnes résidant dans le canton ou y séjournant.
- D'autres aspects du système sanitaire, telles **les urgences extra-hospitalières** méritent aussi une attention particulière et soutenue.
- Enfin, **mesurer la qualité des soins à l'aide d'un faisceau d'indicateurs valides est indispensable**, si l'on veut être en mesure de maintenir et améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins. L'excellent travail de l'Observatoire Valaisan de la Santé et de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans, notamment, doit être soutenu à cet égard.
- Cette évaluation ayant été effectuée simultanément à la mise en place de la nouvelle organisation hospitalière en Valais, **il est donc crucial qu'un monitoring se poursuive au-delà de la période considérée.**