

RAPPORT QUALITÉ

Hôpital du Valais
2024



Filières patients

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

1. Nombre de patients inclus dans la filière STEMI par année

Filière STEMI	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Volume de patients	90	128	127	131	125	120	157	160

La filière STEMI revisitée a été mise en œuvre dès le 15 mai 2017. Depuis lors, 1038 patients y ont été inclus.

Nous tirons le bilan général suivant de l'année 2024 :

- Par rapport à 2023, il y a eu une légère hausse de 1.85% du nombre de patients d'une année sur l'autre.
- Grâce au point de contact unique (cadre des urgences de Sion) depuis l'extérieur et de l'alarme STEMI interne, l'arrivée du patient est anticipée et sa prise en charge se fait de manière plus fluide qu'auparavant tant du côté médico-soignant qu'administratif.
- La communication et la coordination interne entre le personnel des urgences, de salle de cathétérisme et de cardiologie s'est grandement améliorée depuis 2017 et permet une prise en charge plus sécurisée du patient.
- L'amélioration continue de la filière STEMI s'est poursuivie grâce au partage facilité des remarques et préoccupations des différents services impliqués dans la filière de prise en charge et au suivi des incidents relatifs à celle-ci communiqués par les parties prenantes.
- Il apparaît que la nomination début 2023 d'une personne en charge d'effectuer un ECG en salle d'attente des urgences en cas de doute concernant les symptômes a contribué à une détection plus rapide de cas d'infarctus avec symptômes atypiques.
- Le questionnaire papier pour le registre AMIS (National Registry of Acute Myocardial Infarction in Switzerland) jusque-là rempli par les cardiologues a pu être supprimé, les data Managers du pôle Cœur-Vaisseaux-Cerveau étant en mesure d'effectuer complètement la

saisie de ces données en ligne.

- A la fin 2024, 89.7% des patients ayant répondu au questionnaire de satisfaction (soit 501 patients) depuis 2017 se sont révélés très satisfaits concernant la prise en charge. La moyenne de l'impression générale s'élève à 4,55 / 5.
- Le tableau de bord interne de la filière STEMI accessible à toutes les parties prenantes est régulièrement mis à jour permettant ainsi de monitorer la filière de près grâce au suivi de différents indicateurs dont les délais de prise en charge (durées).

Après analyse des délais en question, il apparaît que :

- a. La moyenne et la médiane du délai de référence « Door to Balloon ou Door to ponction » (cf tableau 4) ont baissé par rapport à 2022 et 2023. Cela s'explique par le fait qu'il y a eu globalement moins de patients avec un délai rallongé du « passage aux urgences » (cf tableau 3) par rapport à 2022 et 2023, ce qui a eu un impact à la baisse sur le délai en question et dès lors aussi sur le « System delay » des patients arrivés via le 144 (cf tableau 5). Il est à noter cependant qu'il y a eu proportionnellement un peu plus de cas complexes ou atypiques (17,5% en 2024 contre 16,3% en 2023) dont 8 patients ayant fait un arrêt cardio-respiratoire durant leur prise en charge préhospitalière et/ou hospitalière nécessitant une procédure de réanimation et l'utilisation d'un défibrillateur
- b. Les patients arrivés par leurs propres moyens représentent environ 17,5% du total des patients. Trois de

ces patients atteints de symptômes atypiques mais avec un ECG sans anomalie notable ont d’abord été triés en catégorie d’urgence secondaire avant qu’un infarctus ne leur soit diagnostiqué dans un second temps. Il est important de préciser que les patients en question ont tous pu être traités avec succès en salle de cathétérisme.

c. La durée de séjour moyenne (cf graphique 5) a légèrement augmenté par rapport à 2022 et 2023. A contrario, la durée de séjour médiane est restée stable.

Voici l’évolution des médianes et moyennes des délais clé ainsi que de la durée de séjour entre 2022 et 2024¹:

2. Passage aux urgences de Sion – Patients arrivés par leurs propres moyens

Passage aux urgences de Sion (Entrée aux urgences jusqu'à entrée en salle de cathétérisme)									
Moyenne					Médiane				
Provenance	2022	2023	2024	Toutes les années	Provenance	2022	2023	2024	Toutes les années
URG Sion (par ses propres moyens)	00:41:43	00:37:15	00:44:26	00:40:52	URG Sion (par ses propres moyens)	00:35:30	00:29:00	00:34:00	00:34:00
Tous les patients	00:41:43	00:37:15	00:44:26	00:40:52	Tous les patients	00:35:30	00:29:00	00:34:00	00:34:00

3. Passage aux urgences de Sion – Tous les patients

Passage aux urgences de Sion (Entrée aux urgences jusqu'à entrée en salle de cathétérisme)									
Moyenne					Médiane				
Provenance	2022	2023	2024	Toutes les années	Provenance	2022	2023	2024	Toutes les années
Patients du 144	00:23:00	00:17:55	00:14:55	00:18:11	Patients du 144	00:21:00	00:12:00	00:08:30	00:13:00
Patients transférés de Martigny, Viège, HRC	00:09:53	00:03:56	00:03:15	00:05:34	Patients transférés de Martigny, Viège, HRC	00:01:00	00:00:30	00:00:00	00:00:00
URG Sion (par ses propres moyens)	00:41:43	00:37:15	00:44:26	00:40:52	URG Sion (par ses propres moyens)	00:35:30	00:29:00	00:34:00	00:34:00
Tous les patients	00:23:14	00:19:26	00:17:10	00:19:41	Tous les patients	00:19:00	00:14:00	00:08:00	00:13:00

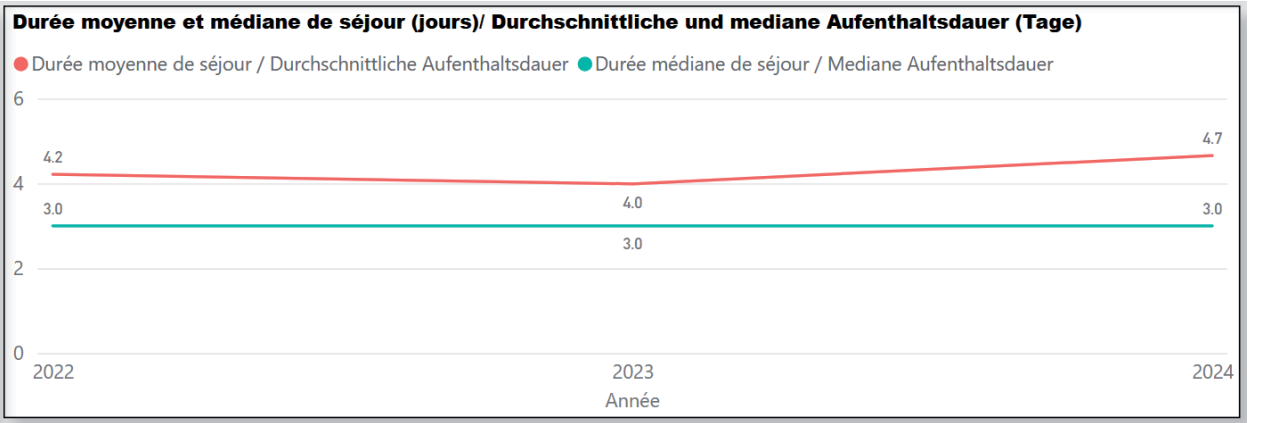
4. Door to Balloon ou Door to ponction (selon registre suisse des infarctus AMIS) – Tous les patients

Door to Balloon AMIS (Entrée aux urgences de Sion jusqu'à la ponction ou Door to ponction)									
Moyenne					Médiane				
Provenance	2022	2023	2024	Toutes les années	Provenance	2022	2023	2024	Toutes les années
Tous les patients	00:37:50	00:33:22	00:32:06	00:34:08	Tous les patients	00:34:00	00:27:00	00:23:00	00:27:00

5. System delay – Patients pris en charge par les secours 144

System delay (appel au 144 ou 1er ECG jusqu'à la ponction)									
Moyenne					Médiane				
Provenance	2022	2023	2024	Toutes les années	Provenance	2022	2023	2024	Toutes les années
Patients du 144	01:36:53	01:36:35	01:30:40	01:34:35	Patients du 144	01:34:00	01:31:30	01:26:30	01:30:00
Tous les patients	01:36:53	01:36:35	01:30:40	01:34:35	Tous les patients	01:34:00	01:31:30	01:26:30	01:30:00

6. Durée de séjour



¹ La récolte et l’analyse des données relatives aux délais s’effectue depuis le 26.02.2018

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

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

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

Éducation thérapeutique et optimisation du traitement médicamenteux

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

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

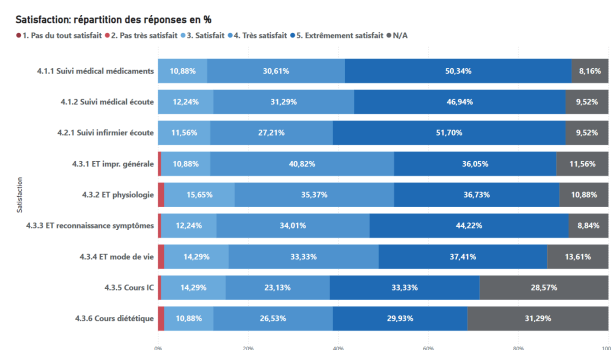
besoin.

Entre le 12 avril 2021 et fin 2024, 465 patients ont au minimum bénéficié d'un entretien d'éducation thérapeutique en chambre, dont 337 ont été intégrés dans le suivi ambulatoire ; cela représente 72 % des patients identifiés.

Résultats

Questionnaire de satisfaction (147 patients)

Les résultats du questionnaire de satisfaction sont très positifs.



NB : une partie des patients a répondu au questionnaire de satisfaction avant d'avoir suivi les cours collectifs (ET = éducation thérapeutique)

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

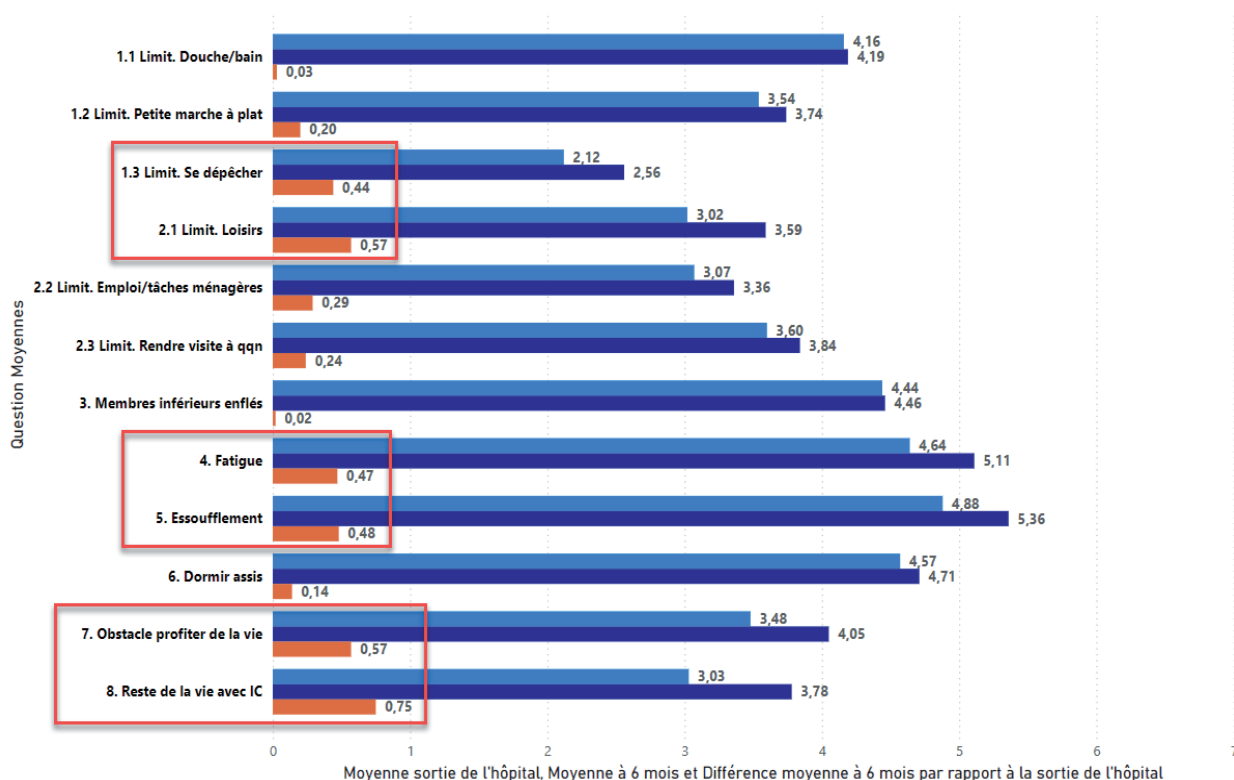
Questionnaire sur la qualité de vie à la sortie de l'hôpital et 6 mois après (81 patients)

Entre les deux questionnaires, la majorité des patients ont constaté une amélioration de leur qualité de vie avec un bénéfice particulièrement marqué concernant les dépla-

cements et loisirs, la fatigue, l'essoufflement et les sentiments vis-à-vis de la maladie (voir le delta en orange dans le graphique ci-dessous)..

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

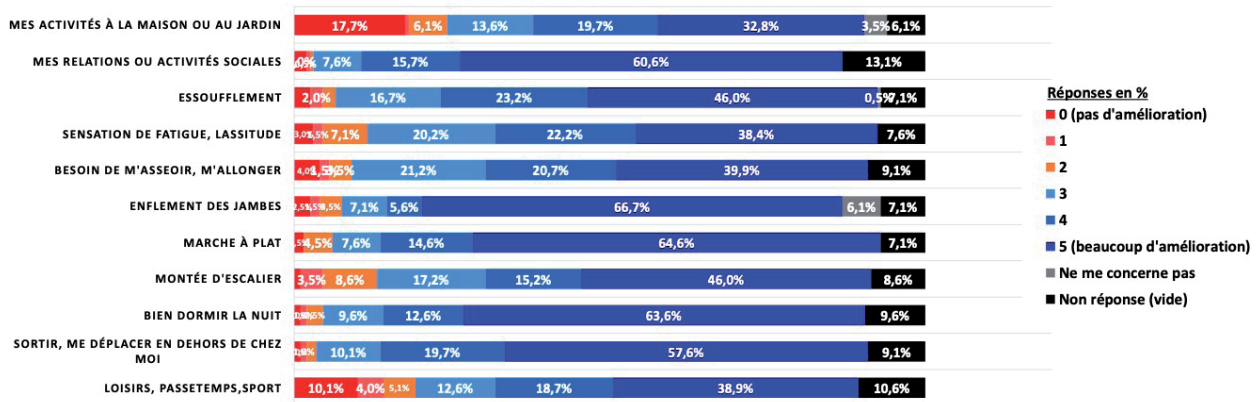
● Moyenne sortie de l'hôpital ● Moyenne à 6 mois ● Différence moyenne à 6 mois par rapport à la sortie de l'hôpital



Entretien individuel par l'Association « Savoir Patient » 3 mois après (133 patients) :

On constate une amélioration de tous les critères de qualité de vie.

AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DU PATIENT (EN LIEN AVEC L'IC) ET DE SA QUALITÉ DE VIE APRÈS LE SUIVI DU PROGRAMME - %

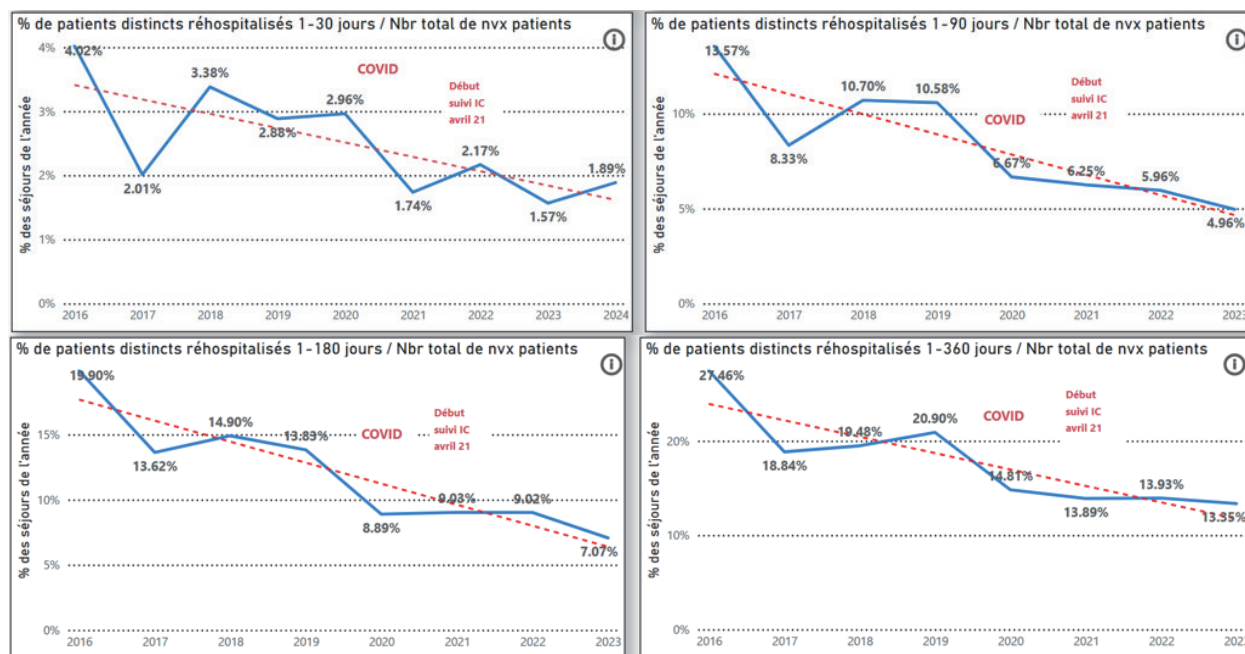


Réhospitalisations à 30 jours, 90 jours et 360 jours des nouveaux patients IC de l'année

Enfin, comme relevé à de nombreuses reprises dans la littérature¹, la tendance des réhospitalisations à 30, 90, 180 et 360 jours des patients avec diagnostic principal d'insuffisance cardiaque est fortement à la baisse depuis l'introduction du suivi ambulatoire qui comprend l'éducation thérapeutique et l'adaptation du traitement médicamenteux (respectivement de -34,4%, -53,1%, -48,9%, -37,2% par

rapport à 2019).

Etant donné que le COVID a impacté fortement les statistiques de l'année 2020 (baisse générale des hospitalisations), l'année de référence que nous avons retenue avec laquelle comparer l'évolution des réhospitalisations est 2019.



Au moment de la rédaction de ce rapport, concernant les nouveaux patients admis en 2024, les données des réhospitalisations à 90, 180 et 360 jours sont partielles et ne sont dès lors pas incluses dans les graphiques.

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

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

durant le séjour hospitalier). A la fin de l'année 2024, 201 patients ont pu bénéficier d'un entretien d'éducation thérapeutique durant leur séjour hospitalier.

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



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

¹ Donaho K et al, Protocol-Driven Allied Health Post-Discharge Transition Clinic to.. 2015
Hernandez AF et al, Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission.. 2010
McAlister FA et al, Impact of physician continuity on death or urgent readmission.. 2013
Nyweide DJ et al, Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. 2013

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

Lors d'un arrêt cardio-respiratoire, le temps est l'ennemi numéro un, qu'il s'agisse de la mise en œuvre du massage cardiaque, du premier choc électrique par un AED (défibrillation) et, enfin, de la médicalisation. Chaque minute compte !

Selon les estimations, à chaque minute qui s'écoule après le début d'un arrêt cardio-respiratoire, les chances de survie du patient diminuent de 10 %.

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

- La sensibilisation et la formation du grand public: il est important de sensibiliser la population à l'importance de la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR) et de l'acquisition des gestes qui sauvent.

À cet égard, un effort important a été mené par le Canton depuis 2018 par l'adoption d'un concept de prise en charge des ACR soutenu notamment par l'Association **Cœur Wallis**. Celle-ci a été fondée pour promouvoir la prise en charge rapide des ACR en Valais grâce à la création d'un vaste réseau de premiers secouristes bénévoles (Public Responders) au sein de la population, capables de dispenser les premières mesures de réanimation et de défibrillations précoces, en attendant l'arrivée des secours professionnels et pour améliorer ainsi les chances de survie des personnes concernées. Cœur Wallis a également pour but de développer un réseau de défibrillateurs (AED) disponibles 24 h/24 h et répartis sur tout le territoire cantonal. Les efforts afin d'étendre le réseau se poursuivent avec à ce jour 43 vies sauvées, 455 AED distribués et 2987 Public Responders inscrits.

- La formation: la formation du personnel de santé est également essentielle pour améliorer la prise en charge de l'ACR. Les professionnels de la santé doivent

être formés à la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et à l'utilisation des défibrillateurs externes automatisés (DEA). Les formations doivent être régulièrement actualisées pour s'assurer que les professionnels de la santé sont toujours à jour sur les dernières pratiques.

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

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

La collaboration entre service de secours et service des urgences de l'HVS est fluide. Les patients arrivant à l'hôpital sous réanimation cardio-pulmonaire (RCP) sont transmis à l'équipe des urgences qui poursuit la prise en charge: poursuite de la RCP puis, si indiqué, mise en route de la TTM¹, de l'ECMO² ou angioplastie coronaire.

Dans ce cadre, depuis début 2023, l'hôpital du Valais participe à la récolte de données du registre suisse des arrêts cardiaques extra-hospitaliers (SWISSRECA) sous la houlette de l'IAS (Interassociation de sauvetage). Via la récolte de nombreuses données sur chaque maillon de la chaîne de sauvetage, le but de ce registre de réanimation est de contribuer de manière significative à la compréhension du fonctionnement de l'ensemble du système, permettant ainsi d'apporter des mesures ciblées pour son optimisation. Une Data Manager est à disposition pour la saisie de ces données.

Dans le courant de l'année 2025, il est prévu de mettre en place un registre pour les ACR se produisant en milieu hospitalier.

¹ Targeted temperature management ou en français contrôle ciblé de la température : il s'agit d'une technique de refroidissement thérapeutique utilisée pour traiter les patients après un arrêt cardiaque ou une lésion cérébrale anoxique. L'objectif principal de la TTM est de réduire les dommages cérébraux qui peuvent survenir après une lésion cérébrale anoxique en contrôlant la température corporelle du patient.

² L'« ExtraCorporeal Membrane Oxygenation » (ECMO) implique l'utilisation d'une machine pour remplacer la fonction du cœur et des poumons en oxygénant le sang en dehors du corps et en le pompant de nouveau dans le corps du patient.

De plus, grâce aux efforts de l'équipe multidisciplinaire qui va du pré-hospitalier aux soins intensifs, en passant par les urgences, la chirurgie cardiaque et leurs perfusionnistes, l'anesthésie et la cardiologie, une filière spécifique a été créée pour l'utilisation de l'ECMO chez les patientes et patients qui présentent un arrêt cardiaque et qui répondent à certains critères préétablis.

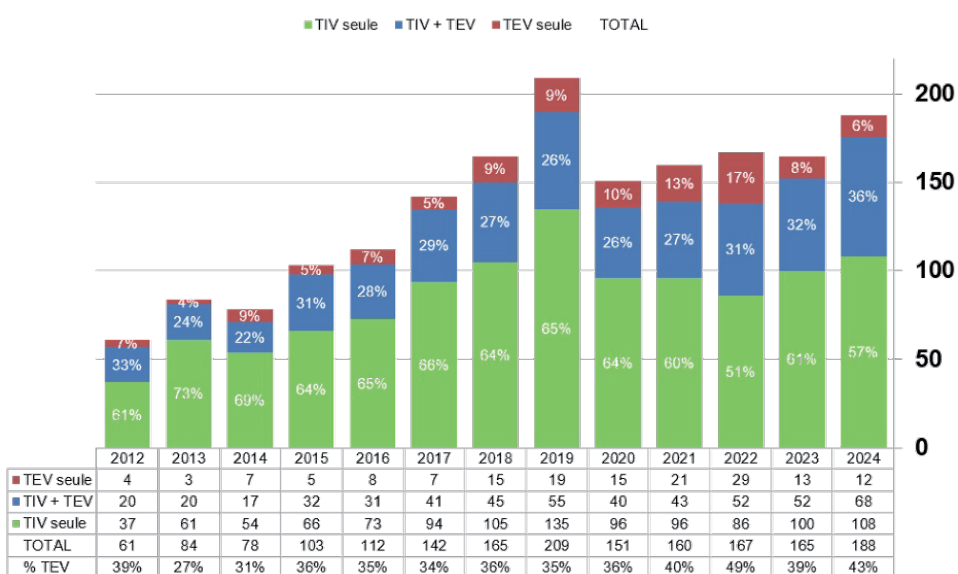
Une thématique qui sera très importante en 2025-2026 est la préparation organisationnelle, informatique et technique liée à l'agrandissement du site de Sion (alarme, téléphonie, orientation de l'équipe de réanimation, etc.), il s'agit de garantir que cet agrandissement se traduise par une optimisation de la réanimation endo-hospitalière.

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

Depuis 10 ans, l'Unité cérébrovasculaire de l'HVS s'est largement développée et accueille aujourd'hui à Sion plus de 500 AVC chaque année. Plus de 150 bénéficient d'une recanalisation aiguë, chiffre qui a plus que doublé depuis l'ouverture de l'unité. Parmi les nouveautés, on mention-

nera une équipe d'assistance linguistique très appréciée des patients et familles haut-valaisannes, l'acquisition d'un nouveau CT et d'une IRM ultra-performants et la création de 6 nouveaux lits monitorés.

TRAITEMENTS DE RECANALISATION



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

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

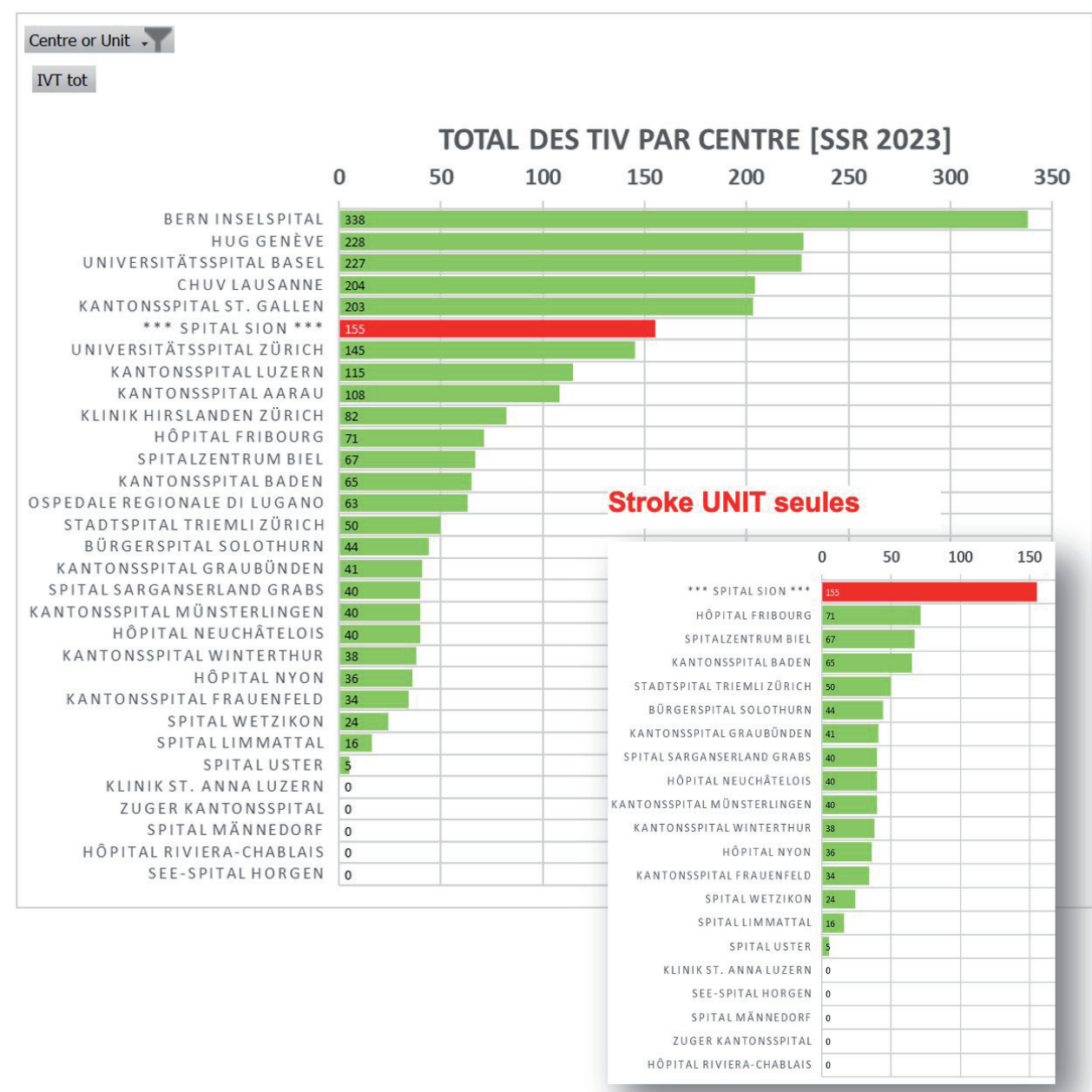
claires pour l'identification précoce des symptômes, une intervention rapide et des directives pour la réadaptation et les soins de suivi.

Depuis lors, 2782 patients y ont été inclus :

Filière AVC	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Volume de patients	566	574	520	529	593	2782

En terme de volume de prise en charge et notamment de recanalisation, la Stroke Unit du Valais est une unité capitale dans le paysage Suisse des AVC, même de loin la plus importante des unités cérébrovasculaires (Stroke

Unit seules) comme en témoigne le graphique suivant du nombre de cas bénéficiant de la thrombolyse par centre et pour 2023 (extrait du rapport du registre suisse des AVC 2023) :



Nous tirons le bilan général suivant de l'année 2024 :

- La Stroke Unit de Sion a été re-certifiée avec succès en 2023 avec 94% des points acquis.

En effet, la filière AVC actuelle proposée à Sion bénéficie d'une interprofessionnalité remarquable, caractérisée par une très bonne collaboration entre les différents acteurs. Cette synergie a contribué de manière significative à son bon fonctionnement.

Dans le rapport de la re-certification, les auditeurs mentionnent les points forts suivants :

- La prise en charge des patients de qualité, assurée par le travail d'une équipe très motivée œuvrant en étroite collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire.
- L'activité de la Stroke Unit est un maillon important et reconnu du Centre Hospitalier du Valais romand.
- L'équipe de l'audit salue les efforts consentis afin d'améliorer les différents dans la prise en charge. Grace à une analyse détaillée, des mesures d'amélioration ont pu être mises en place.
- Des ressources allouées pour le data management ont été augmentées, l'équipe sera composée de 3 personnes (130% ETP) d'ici juin 2023 et une infirmière de recherche (study nurse) avec un ETP à 30% sera recrutée en 2024.

Les potentiels de développement avancés dans le rapport sont les suivants :

- La mise en place d'une offre d'ÉducationThérapeutique du Patient (ETP) dans les cadres stationnaire et ambulatoire offrirait une opportunité prometteuse d'étendre les services et de renforcer l'accompagnement des patients. La mise à disposition de locaux supplémentaires est nécessaire.
- Parallèlement, le changement de DPI (Dossier Patient Informatisé) prévu dans les années à venir pourrait considérablement optimiser la gestion des données et faciliter les processus internes.
- Un autre objectif clé est d'engager un médecin neurologue vasculaire de remplacement pour renforcer l'équipe médicale et assurer une continuité des soins

de qualité.

- L'équipe d'audit appuie l'objectif de devenir Stroke Center et d'intégrer la neuroradiologie interventionnelle à l'Hôpital de Sion en allouant les ressources nécessaires dans ce domaine, idée avancée et soutenue par le Dr Bonvin depuis plusieurs années.

En conclusion, en capitalisant sur les forces existantes, la filière AVC a un potentiel significatif de croissance, notamment en étendant ses services vers le domaine ambulatoire, en optimisant le système d'information, en renforçant l'équipe médicale, et en envisageant le statut de Stroke Center avec la neuroradiologie interventionnelle comme un pilier essentiel du développement futur.

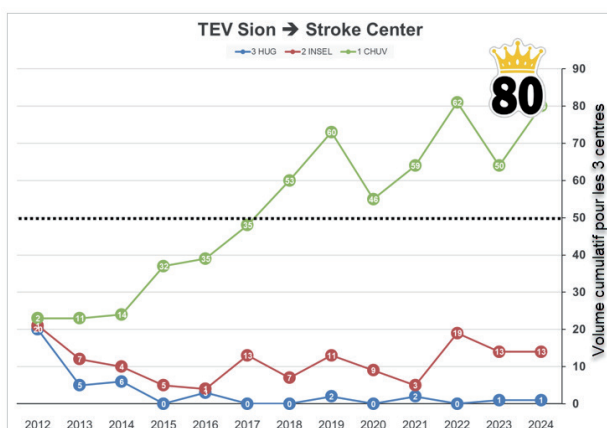
Suivant les propositions d'améliorations, les éléments suivants ont déjà été réalisés :

- Le projet d'Education thérapeutique a été conçu de manière multidisciplinaire en reprenant les grandes lignes du projet du CHUV qui connaît un succès depuis plusieurs années. Le projet a été finalisé et a été adressé à Samuel Buchard pour approbation en fin 2024. Nous sommes dans l'attente de sa validation pour débiter l'activité 2e semestre 2025.
- Le développement de l'ambulatoire a été amélioré avec d'une part la nomination d'un neurologue vasculaire remplaçant qui prendra ses fonctions en 11/2025, permettant d'augmenter les plages ambulatoires de consultations spécialisées. Avec son arrivée, nous ouvrons également une nouvelle ligne de Doppler neurovasculaire dont plus de 2/3 de l'activité concerne l'ambulatoire. Sa nomination est également requise pour la pérennisation de la certification de Stroke Unit et de Centre de formation neurosonologique.
- Concernant le développement de la Stroke Unit vers un Stroke Center, appuyé par le l'équipe d'audit et largement soutenu par le Dr Christophe Bonvin, le projet est en voie de finalisation et sera présenté à Samuel Buchard et à la DC prochainement. Ce passage essentiel vers le Stroke Center, au vu du volume de patients et du régionalisme lié au Valais, impose des décisions

stratégiques capitales qu'il faut déterminer cette année en vue d'un démarrage d'activité en 2027 après le déménagement. De manière synthétique, ce projet implique les développements suivants :

1. L'achat d'un appareil de cathétérisme interventionnel biplan permettant de réaliser les thrombectomies¹. Ce nouvel appareil a déjà fait l'objet d'une demande supplémentaire au business development par la radiologie pour d'autres activités interventionnelles qui seraient également réalisées dans cette salle (mutualisation des ressources, appareils, locaux). Le local pour cette salle interventionnelle a été planifié dans l'extension du nouvel hôpital et est disponible.
2. Le renforcement de 2 EPT en neuroradiologues interventionnels et une collaboration avec l'équipe de radiologie du CHUV ou d'un autre centre universitaire. Les discussions sont bien avancées sur ce point.
3. La mise en place d'une IRM (3e) dédiée partiellement pour les urgences et au vu de l'augmentation massive de l'activité radiologique et des délais actuels.
4. La mise à niveau du personnel TRM adapté à la salle interventionnelle et à l'IRM.

Ci-dessous, l'augmentation importante des patients traités par thrombectomie (TEV), actuellement envoyés dans les Stroke Center universitaires.



¹ La thrombectomie est une intervention médicale qui consiste à retirer un caillot de sang d'un vaisseau sanguin. La thrombectomie est généralement réalisée en utilisant une technique de radiologie interventionnelle qui implique l'insertion d'un cathéter à travers une artère périphérique jusqu'au site du caillot, puis le retrait du caillot à l'aide d'un dispositif spécialisé.

Depuis 7 ans, nous avons plus de 50 cas/an (80 cas/an l'année dernière) traités en extra-cantonal pour ce problème. Sachant que le facteur temps est le plus important pour le pronostic du patient, il devient impératif d'offrir ce traitement à proximité, soit à Sion dans l'unité cérébrovasculaire. L'évidence scientifique est indiscutable.

Le bénéfice de la création d'un Stroke Center offre des avantages médicaux directs majeurs pour les patients valaisans et de plus (et c'est fondamental) :

- développe des **synergies importantes pour l'institution** dans plusieurs services clés (radiologie, urgences, soins intensifs, cardiologie, chirurgie vasculaire, diabétologie, lipidologie, ...);
- offre également la possibilité d'une **certification MHS en Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux** et permet de conserver ce domaine de compétence en Valais. Avec l'ouverture de la Stroke Unit de l'HRC en début 2025, le risque de transfert de compétences vers le canton de Vaud est réel;
- la certification Stroke Center attribue de fait un **changement très favorable du cost-weight de tous les AVC** traités dans l'institution (pas uniquement ceux bénéficiant de thrombolyse ou de thrombectomie) : de BA69 (cw 0.8 à 1.2) à BA70 (cw 1.0-2.2) et BA39 (cw 2.6 à 4.1).

D'autres améliorations concrètes sont venues affiner la filière de prise en charge actuelle :

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

de s'améliorer grâce à la facilité de partage des remarques et préoccupations des différents services impliqués et à la surveillance des incidents signalés par les parties prenantes.

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

pération des patients et la réduction des séquelles à long terme.

En conclusion, la Stroke Unit a démontré un développement fulgurant au cours des dernières années qui répond à un besoin évident à la fois régional et de population, et qu'il faut mener maintenant vers la dernière phase d'évolution vers le Stroke Center. La phase actuelle de transition vers la nouvelle extension est aussi le bon moment pour prendre cette décision et affecter les ressources de manière efficiente et proactive.

Financement du canton

Les projets de filières de patients de l'HVS ont bénéficié d'un financement de la part du Canton du Valais à hauteur de 150'000 CHF par année en 2023 et 2024 afin de faciliter leur développement. Une nouvelle demande de financement est en cours auprès du Canton.