

RAPPORT QUALITÉ

Hôpital du Valais
2025



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	2025
Volume de patients	90	128	127	131	125	120	157	160	185

La filière STEMI revisitée a été mise en œuvre dès le 15 mai 2017. Depuis lors, 1223 patients y ont été inclus.

Nous tirons le bilan général suivant de l'année 2025 :

- Par rapport à 2024, il y a eu une hausse substantielle de 15,6 % 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 à un partage plus fluide des remarques et préoccupations entre les différents services impliqués, ainsi qu'au suivi des incidents signalés par les parties prenantes.
- Il semble que la désignation, début 2023, d'une personne chargée de réaliser un ECG en salle d'attente des urgences en cas de doute sur les symptômes ait permis d'identifier plus rapidement des infarctus présentant des signes atypiques.
- Fin 2025, 90,4 % des patients ayant répondu au questionnaire de satisfaction depuis 2017 (soit 678 personnes) se déclaraient très satisfaits de leur prise en charge. La note moyenne de l'impression générale s'élève à 4,58/5.

- 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. Dans l'ensemble, les indicateurs montrent **une filière stable et performante** dans le temps, avec une amélioration progressive jusqu'en 2024, puis en 2025 des valeurs légèrement moins favorables qui traduisent surtout des variations récentes plutôt qu'un changement de tendance.
- b. Le passage aux urgences (cf. graphiques 2 et 3) est le segment le plus variable. Pour tous les patients, les délais restent courts avec des médianes basses, mais les patients arrivant par leurs propres moyens présentent des temps plus longs, ce qui en fait le principal axe d'amélioration au niveau du tri et de l'orientation rapide.
- c. Le Door to Ponction (cf. graphique 4) et le system delay (cf. graphique 5) confirment la bonne efficacité globale de la filière. La majorité des patients bénéficient d'une prise en charge rapide et la faible différence entre moyennes et médianes, surtout pour le system delay, reflète une organisation globalement bien coordonnée sur l'ensemble du parcours.

En résumé, la filière STEMI est robuste tout au long du parcours, avec une marge d'amélioration

principalement au niveau de l'accueil aux urgences pour les patients venus par leurs propres moyens.

- d. Les patients arrivés par leurs propres moyens représentent environ 19,5 % 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.

- e. La durée moyenne de séjour (cf. graphique 6) a légèrement augmenté, ce qui suggère l’impact important de cas particuliers. A contrario, la durée de séjour médiane est restée stable (3 jours).

Il est à noter que le registre AMIS (National Registry of Acute Myocardial Infarction in Switzerland) a cessé d’exister à la fin de l’année 2025.

Voici l’évolution des médianes et moyennes des délais clés 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)												
Provenance	Moyenne					Toutes les années	Provenance	Médiane				
	2022	2023	2024	2025				2022	2023	2024	2025	
URG Sion (par ses propres moyens)	00:41:43	00:36:48	00:44:26	00:40:52	00:40:43		URG Sion (par ses propres moyens)	00:35:30	00:28:30	00:34:00	00:31:30	00:33:00
Tous les patients	00:41:43	00:36:48	00:44:26	00:40:52	00:40:43		Tous les patients	00:35:30	00:28:30	00:34:00	00:31:30	00:33:00

3. Passage aux urgences de Sion – Tous les patients

Passage aux urgences de Sion (Entrée aux urgences jusqu'à entrée en salle de cathétérisme)												
Provenance	Moyenne					Toutes les années	Provenance	Médiane				
	2022	2023	2024	2025				2022	2023	2024	2025	
Patients du 144	00:23:00	00:17:55	00:14:49	00:22:42		00:19:34	Patients du 144	00:21:00	00:12:00	00:08:00	00:14:00	00:13:00
Patients transférés de Martigny, Viège, HRC	00:09:53	00:04:12	00:03:15	00:05:25		00:05:34	Patients transférés de Martigny, Viège, HRC	00:01:00	00:01:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00
URG Sion (par ses propres moyens)	00:41:43	00:36:48	00:44:26	00:40:52		00:40:43	URG Sion (par ses propres moyens)	00:35:30	00:28:30	00:34:00	00:31:30	00:33:00
Tous les patients	00:23:14	00:19:24	00:17:06	00:22:36		00:20:32	Tous les patients	00:19:00	00:14:00	00:08:00	00:15:00	00:14:00

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

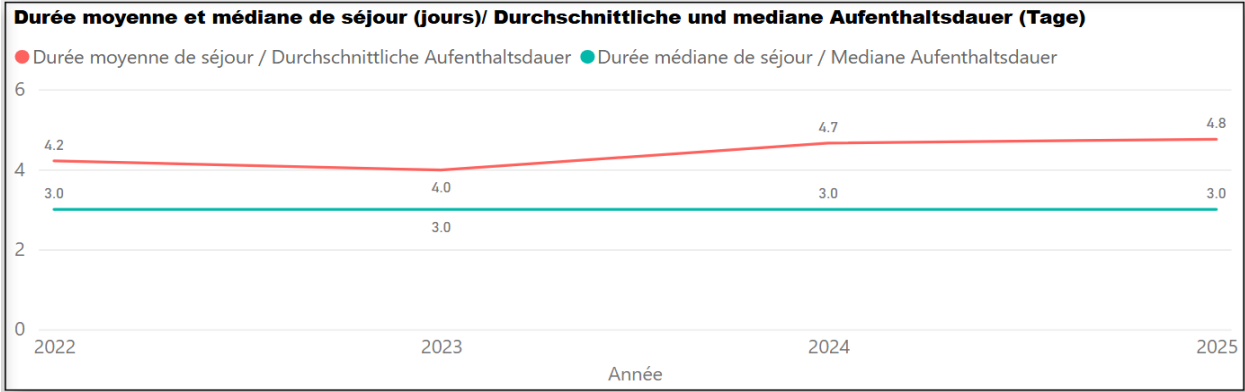
Door to Balloon AMIS (Entrée aux urgences de Sion jusqu'à la ponction ou Door to ponction)												
Moyenne						Médiane						
Provenance	2022	2023	2024	2025	Toutes les années	Provenance	2022	2023	2024	2025	Toutes les années	
Tous les patients	00:37:50	00:33:18	00:32:04	00:38:47	00:35:29	Tous les patients	00:34:00	00:27:00	00:23:00	00:31:00	00:28:00	

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

System delay (appel au 144 ou 1er ECG jusqu'à la ponction)												
Provenance	Moyenne					Toutes les années	Provenance	Médiane				
	2022	2023	2024	2025				2022	2023	2024	2025	
Patients du 144	01:36:53	01:36:35	01:30:48	01:35:49		01:35:00	Patients du 144	01:34:00	01:31:30	01:27:00	01:29:00	01:29:00
Tous les patients	01:36:53	01:36:35	01:30:48	01:35:49		01:35:00	Tous les patients	01:34:00	01:31:30	01:27:00	01:29:00	01:29:00

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

6. Durée de séjour



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 2025, 567 patients ont au minimum bénéficié d'un entretien d'éducation thérapeutique en chambre, dont **419 ont été intégrés dans le suivi ambulatoire** ; cela représente 74 % des patients identifiés.

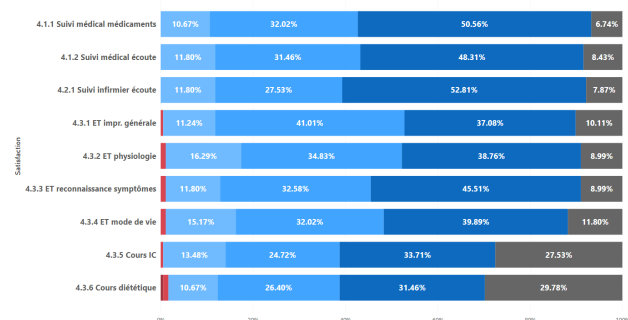
Résultats

Questionnaire de satisfaction (178 patients, soit 41% des patients)

Les résultats du questionnaire de satisfaction sont très positifs:

Satisfaction: répartition des réponses en %

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



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 »).

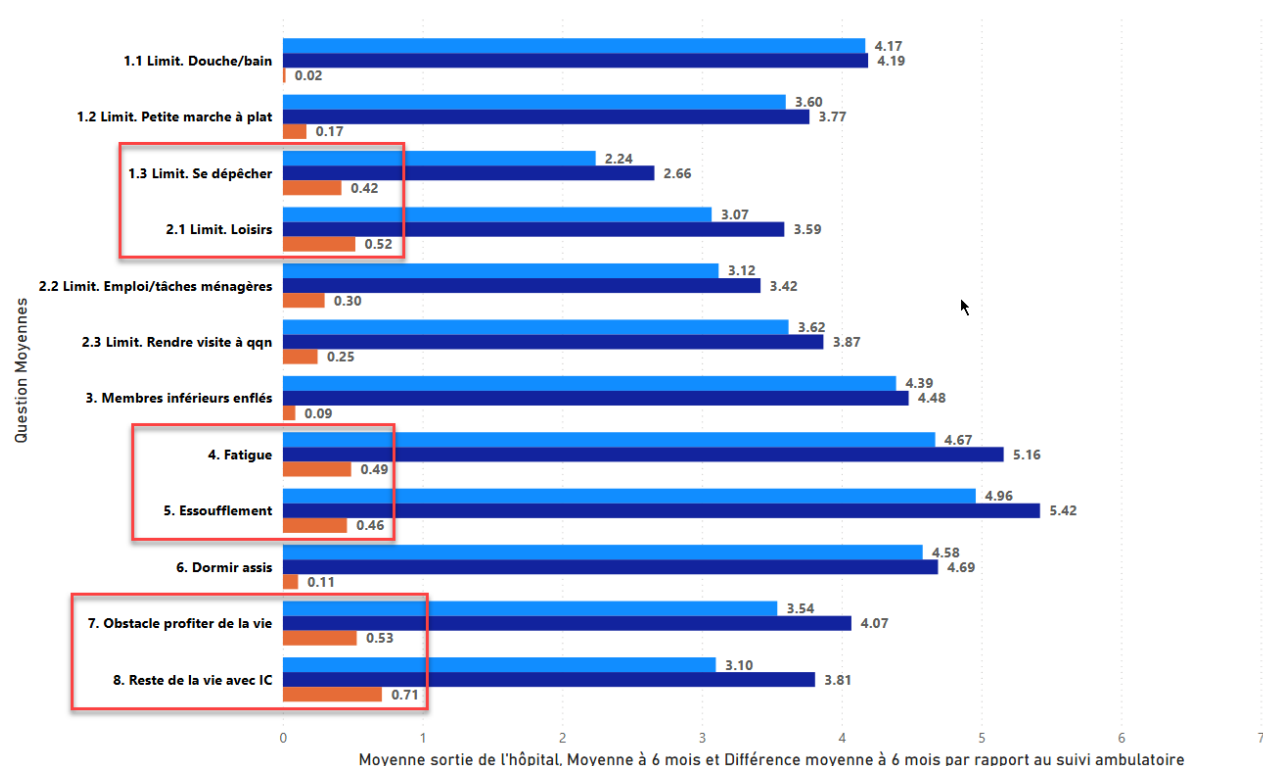
Questionnaire sur la qualité de vie à la sortie de l'hôpital et 6 mois après (113 patients, soit 26.5% des patients)

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)..

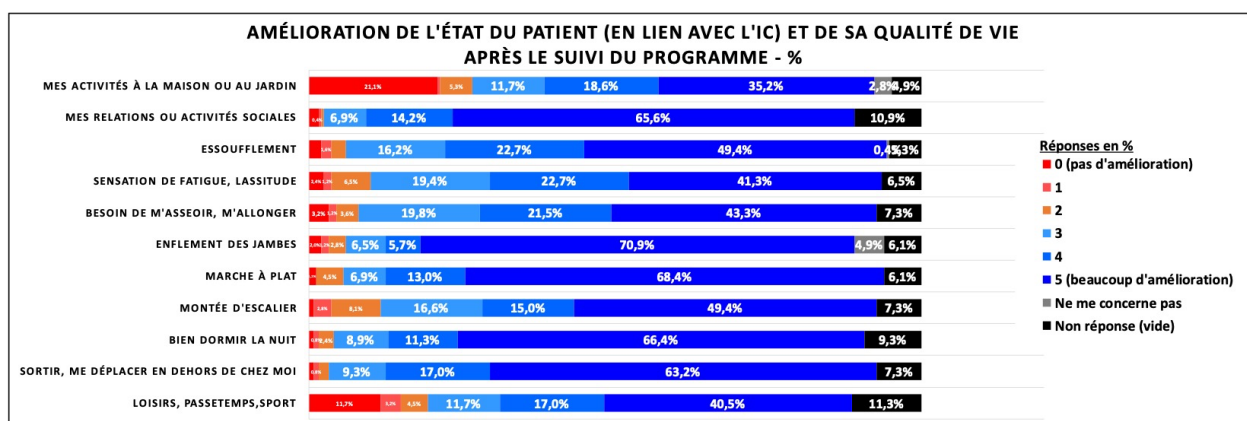
Qualité de vie: moyenne des réponses à 6 mois par rapport à la sortie de l'hôpital

● Moyenne sortie de l'hôpital ● Moyenne à 6 mois ● Différence moyenne à 6 mois par rapport au suivi ambulatoire



Entretien individuel par l'Association « Savoir Patient » 3 mois après (247 patients, soit 54,4% des patients)

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

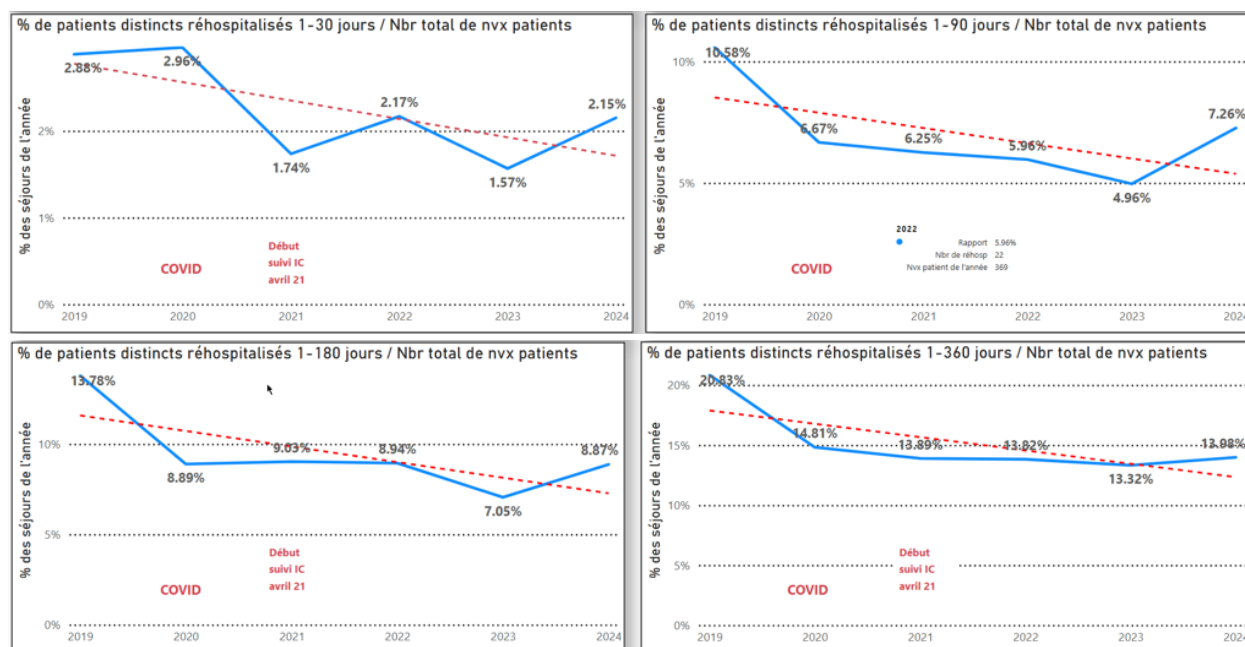


Réhospitalisations à 30 jours, 90 jours et 360 jours des nouveaux patients IC de l'année

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. En prenant 2019 comme année de référence (et en excluant 2020, année Covid), la diminution moyenne sur la

période 2021–2024 s'établit respectivement à (–33,8 %), (–42,3 %), (–38,6 %) et (–34 %) pour les 4 échéances par rapport à 2019.

Pour rappel, étant 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 Zentrums 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 2025, 315 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 automati-

sés (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.

Durant l'année 2026, une nouvelle feuille de réanimation hospitalière sera mise en service et un registre dédié aux **arrêts cardiaques survenant en milieu hospitalier** sera instauré.

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,

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.

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 2026 est la préparation organisationnelle, informatique et tech-

nique 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.

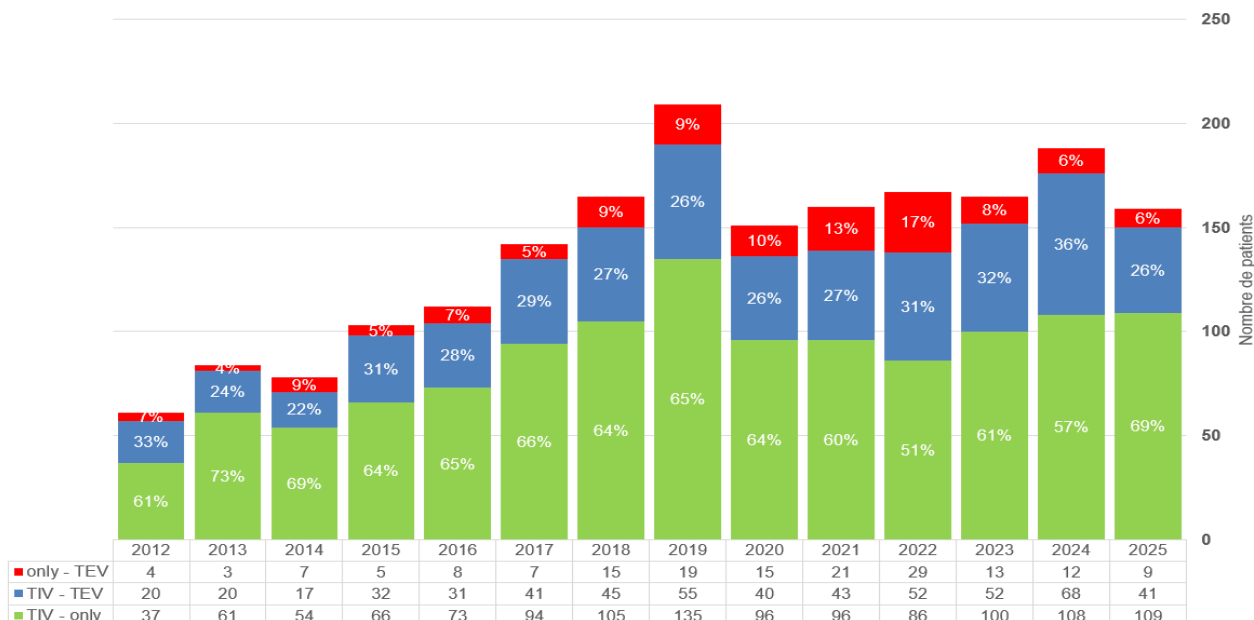
Filière AVC : amélioration continue de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral

L'Unité cérébrovasculaire du Valais de l'HVS s'est largement développée, elle accueille aujourd'hui à Sion environ **600 AVC chaque année** et assure la mission pour l'ensemble du canton du Valais. Depuis février 2025, les patients chablaisiens sont orientés vers l'unité cérébrovasculaire du HRC selon une coordination cantonale précise que nous avons planifiée avec l'OCVS. Les patients de notre unité sont répertoriés dans le Registre suisse des AVC. Les

types d'AVC sont répartis comme suit: 75 % d'AVC ischémiques, 14 % d'AIT, 8 % d'hémorragies cérébrales et 3 % de situations rares.

Plus de 150 bénéficient d'une recanalisation aiguë (thrombolyse [TIV], thrombectomie [TEV] ou combinaison des deux). Le nombre de recanalisations a plus que doublé depuis l'ouverture en 2012. **Un tiers des AVC ischémiques bénéficient de ces thérapies de recanalisation.**

Recanalisations TIV - TEV



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

L'unité est certifiée Stroke Unit par SFCNS (Swiss Federation of Clinical Neuro-Sciences) depuis 2013 et a

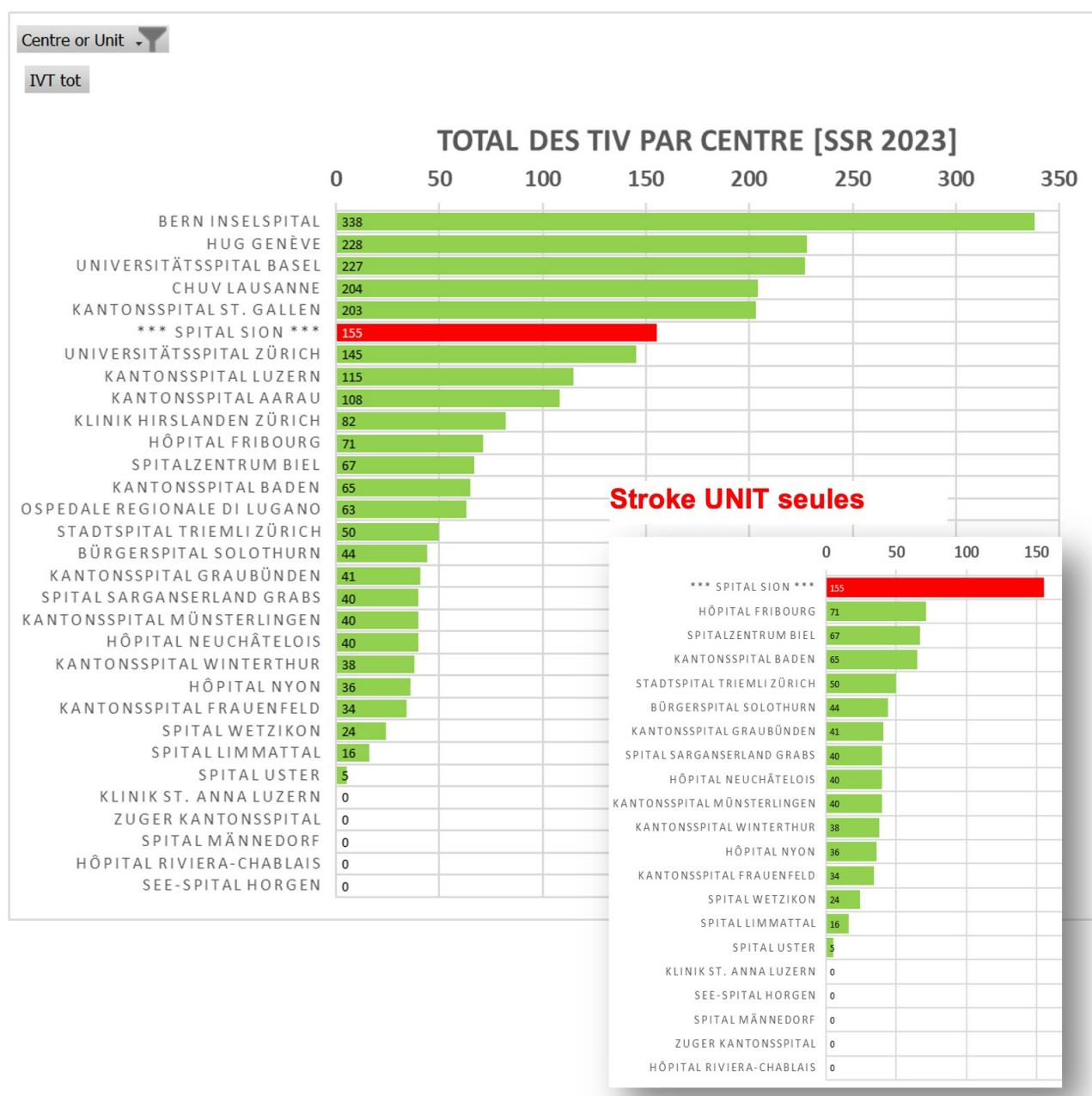
passé avec succès l'audit de certification à quatre reprises, la dernière en 2023 et qui est valable jusqu'en 2028.

Malgré l'ouverture de l'unité cérébrovasculaire de Rennaz (HRC), le nombre de cas pris en charge à l'unité cérébrovasculaire du Valais à Sion est resté identique.

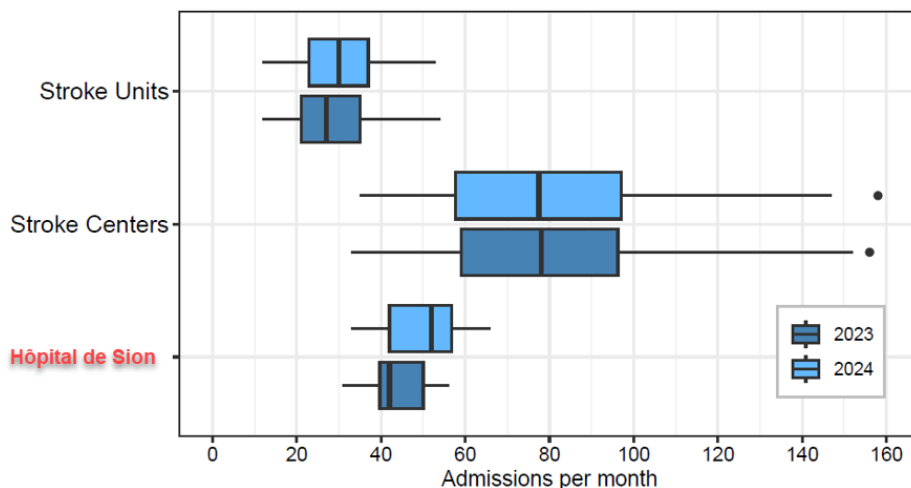
Filière AVC	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nbre de patients	566	574	520	529	593	596

Comme mentionné dans le rapport 2024, nous réaffirmons **l'importance de l'Unité cérébrovasculaire du Valais dans le réseau suisse des Stroke Unit et Center**. Le volume de thrombolyse (TIV), est conséquent, souvent plus élevé que dans certains centres universitaires. L'unité

est même largement en tête des Stroke Unit avec plus du double de thrombolyse par année. Le nombre de cas / mois est clairement supérieur aux autres Stroke Unit suisses et s'approche du volume des Stroke Center.



Extraits du registre suisse SSR 2023 et 2024



Nombre de patients admis à l'Hôpital de Sion par mois. La ligne noire verticale correspond à la médiane et la boîte représente l'intervalle interquartile (la moitié centrale des valeurs).

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 et à son développement.

Dans le rapport de recertification 2023, 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 différends dans la prise en charge. Grâce à une analyse détaillée, des mesures d'amélioration ont pu être mises en place.

Les **potentiels de développement** avancés dans le rapport sont rappelés ici :

- La mise en place d'une offre d'Éducation thérapeutique 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.

Action prise : Un projet complet a été élaboré, présenté au BD ainsi qu'à la direction du centre, puis soumis au processus budgétaire. Il bénéficie en partie d'un financement cantonal. Néanmoins, sa validation reste actuellement en suspens en raison de la création d'un poste supplémentaire de 0,5 EPT, dans un contexte de restrictions budgétaires et de limitation des effectifs à l'hôpital.

- 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.

Action prise : Un lien direct a été effectué avec les développeurs DPI+ puisque la récolte des données nécessaires au monitoring des AVC est déjà en vigueur aux HUG et pourra être repris dans le DPI+.

- 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.

Action prise : Nous avons engagé le Dr Ian McGurgan, neurologue vasculaire chevronné, également chercheur à Oxford, qui a débuté son activité en novembre 2025 dans le service de neurologie.

- 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.

Action prise : Le volume de patient et les critères requis pour la certification de Stroke Center sont presque tous remplis depuis plusieurs années sur le site de Sion. Ce projet nécessite une salle de radiologie interventionnelle dédiée et d'étoffer la disponibilité

radiologique en IRM. Ces 2 développements sont nécessaires également au-delà des AVC et s'inscrivent donc dans une synergie de développement pour l'HVS. Le projet est en phase de soumission avec un objectif de mise en place à l'ouverture du nouvel hôpital prévu en 2028.

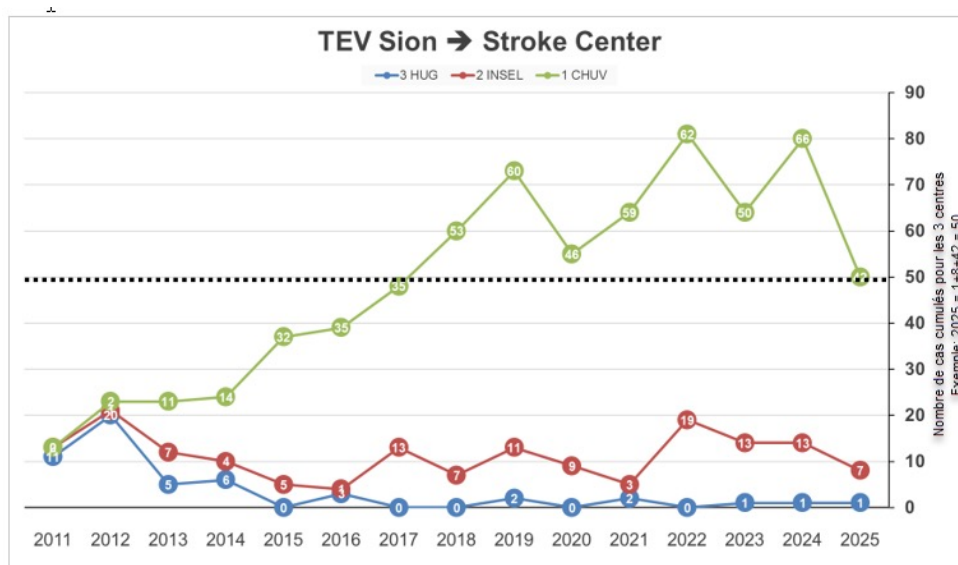
En conclusion, en capitalisant sur les forces existantes, la filière AVC a un potentiel significatif de croissance, notamment en étendant ses services vers le domaine ambulatoire, en optimisant le système d'information, en renforçant l'équipe médicale, et en réalisant le projet de Stroke Center avec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

Développement vers un Stroke Center à promouvoir

La nécessité de développer un Stroke Center repose essentiellement sur un **besoin sanitaire et médical**. La géographie de notre canton impose une distance et des délais de transfert vers les Stroke Center, réduisant le pronostic des patients et se soldant également par 15 % de transferts futiles (amélioration du patient durant le transfert, vaisseau non accessible, etc.), engendrant des coûts inutiles élevés. **Le volume de patients transférés est**

important, plus de 50 cas/an depuis 9 ans (moyenne 64/an). Les experts internationaux s'accordent largement pour valider la présence d'un Stroke Center dès 15 cas/an pour les thrombectomies seules et dès 40 cas/an pour les cas plus complexes. Par ailleurs, plusieurs Stroke Center suisses certifiés font moins de 40 cas/an.

Ci-dessous, la répartition des cas envoyés dans les Stroke Center partenaires.



Remarques :

- Augmentation significative du nombre de TEV au fil du temps.
- 7 années consécutives avec ≥ 50 cas par an.

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. Depuis l'ouverture de la Stroke Unit de l'HRC en début 2025, le risque de transfert de compétences cérébrovasculaire vers le canton de Vaud est réel. Il en va de même pour les patients haut-valaisans vers Berne;
- la certification Stroke Center attribue de facto **un changement très favorable du cost-weight de tous les AVC** traités dans l'institution (pas uniquement ceux bénéficiant de thrombolyse ou de thrombectomie): le bénéfice supplémentaire calculé sur la base des cas réels 2023 et 2024 s'élève à environ 920 000 CHF par an;
- **réduit les hospitalisations extracantonales** (moyenne 65 cas/an) est également source d'économie majeure pour le canton. Les calculs détaillés sont en cours;
- renforce la radiologie interventionnelle qui permet de **réaliser plusieurs interventions à haute valeur ajoutée en Valais** pour des pathologies fréquentes: stents carotidiens, embolisation des hématomas sous-duraux, artériographie diagnostique...

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.

Délais de transfert en neuroréadaptation

Une des problématiques de la filière repose sur le **délai d'attente entre l'hospitalisation aiguë et la neuro-réadaptation**. Une analyse interne montre une durée moyenne de séjour (DMS) excellente pour les AVC qui rentrent à domicile, mais un délai d'attente de 6-8 jours pour la neuroréadaptation. Plusieurs mesures ont été mises en place en début 2025 et ont démontré une amélioration des chiffres: 7 jours pour la CRR et 1 à 2 jours pour la Clinique bernoise et neuroréadaptation Sierre. Des mesures complémentaires et l'analyse détaillée du projet BOEM, visant à optimiser l'anticipation du parcours patient, nous permettront d'affiner les données et de proposer de nouvelles mesures pour réduire au maximum ce temps d'attente inutile et coûteux.

Développements 2026 de la filière AVC

Plusieurs missions et développements sont prévus en 2026:

- Soumission de la salle de radiologie interventionnelle et d'IRM à la commission des équipements lourds;
- Préparation au déménagement 2028 et développement en Stroke Center;
- Amélioration du protocole de recanalisation aiguë avec notamment le passage de la thrombolyse par ténecteplase au lieu de l'altéplase;
- Amélioration de la filière AVC intrahospitalier;
- Amélioration de la formation pluridisciplinaire pour les collaborateurs de la Stroke Unit (médecins, infirmières, MTT);
- Amélioration de la formation des urgentistes, radiologues et intervenants de la phase hyperaiguë (e-learning et vidéos);
- Refresh de formation aux équipes médicales et paramédicales préhospitalières via l'OCVS et les équipes ambulancières et hélicoptérées;
- Point de situation et amélioration de la collaboration avec l'unité cérébrovasculaire HRC;

- Amélioration de l'offre US-neurovasculaire avec la formation de deux nouvelles infirmières spécialisées et certification interne de capacité ;
- Suivi étroit et amélioration des DMS et délais de transferts en neuroréadaptation ;
- Mise en place du projet d'éducation thérapeutique ;
- Participation à trois nouvelles études cliniques en collaboration universitaire.

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 et de 100'000 CHF en 2025 afin de faciliter leur développement. Une nouvelle demande de financement est en cours auprès du Canton.