

**IUMSP** Institut universitaire de médecine sociale et  
préventive  
Directeur : Professeur Fred Paccaud

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

## **Une analyse exploratoire**

*Bernard Burnand, Frédy Scherer, Federico Cathieni,  
John-Paul Vader, Fred Paccaud*

*Unité d'évaluation des soins  
IUMSP  
(Institut universitaire de médecine sociale et préventive)  
Lausanne*

*Août 1999*

*Mandat du Département de la Santé, des Affaires sociales et de  
l'Energie, du canton du Valais*

# Sommaire

	Pages
<b>Résumé</b>	3
<b>Introduction</b>	5
Contexte	5
Objectifs de l'analyse exploratoire	5
<b>Méthodes</b>	7
Analyse des causes de mortalité	7
Autres indicateurs sanitaires	9
Une approche qualitative de la qualité des soins	9
<b>Résultats</b>	11
Analyse des causes évitables de mortalité	11
Autres indicateurs sanitaires	22
Une approche qualitative de la qualité des soins	27
<b>Interprétation et discussion</b>	33
Analyse des causes de mortalité	33
Autres indicateurs sanitaires	34
Une approche qualitative de la qualité des soins	34
Limitations de l'analyse exploratoire	35
<b>Conclusions</b>	36
<b>Propositions</b>	38
<b>Remerciements</b>	39
<b>Références</b>	40

## Résumé

Evaluer l'impact des modifications du système sanitaire sur la qualité des soins est une question à laquelle il n'est pas possible d'apporter une réponse simple, universelle, et entièrement valide. **Ayant entrepris une série de réformes du système sanitaire, les responsables de la santé publique de l'Etat du Valais souhaitent mettre en place des instruments de mesure de la qualité des soins ainsi que des activités visant à maintenir et améliorer la qualité des soins dans le Canton.**

Dans ce cadre, une analyse exploratoire a été effectuée entre février et juin 1999 par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne. **Le but de ce mandat a été de rechercher des informations disponibles pour effectuer une première estimation de la situation quant à la qualité des soins en Valais.** Cette analyse exploratoire s'est déroulée selon 3 axes principaux :

1. Evaluation quantitative de la mortalité évitable établie sur la base des causes de décès;
2. Identification des indicateurs sanitaires relevés de routine et d'autres enquêtes ad hoc pouvant relever d'une démarche qualité;
3. Evaluation qualitative des opinions de médecins et de soignants quant à la situation actuelle et aux perspectives de la qualité des soins en Valais.

Cette étude exploratoire a permis d'effectuer une évaluation globale de la qualité des soins, dans une approche de santé publique, en utilisant la mortalité évitable comme indicateur sanitaire. **Les résultats indiquent une évolution légèrement favorable de la mortalité évitable entre 1985 et 1994. Cette discrète amélioration ne se distingue pas de l'évolution observée dans l'ensemble de la Suisse.** Ainsi, les transformations du système de soins n'ont pas eu en Valais d'impact identifiable sur la mortalité évitable au cours de la période considérée. La portée de cette conclusion est cependant limitée par le fait qu'une évolution, favorable ou défavorable, de la qualité des soins ne pourrait se révéler que tardivement.

**Au cours de la dernière décennie, de multiples initiatives pour mesurer la qualité des soins ont été introduites, souvent dans plusieurs hôpitaux** (revues des hospitalisations, réhospitalisations inappropriées, mesure de la satisfaction des patients, programme de recherche en nursing - PRN, etc.). **Ces mesures ont indiqué quelques améliorations possibles de la qualité des soins.** Ces développements ont aussi contribué à la mise en place de quelques éléments d'un système destiné à améliorer la qualité des soins, en partie dans le cadre des obligations contractuelles associées à la LAMal, mais aussi à l'image de l'évolution des autres secteurs de l'activité économique et de services. Le développement et l'installation d'indicateurs de la qualité des soins dans les institutions sanitaires du canton du Valais est en gros semblable à la situation dans les autres cantons suisses.

**Une analyse qualitative basée sur des entretiens avec des groupes de médecins et de soignants** (focus groups) **a été conduite.** Ce type d'analyse fournit une information quant à la perception, au vécu subjectif d'un petit nombre de professionnels de la santé quant à des éléments considérés par eux comme relevant de la qualité des soins. Les ateliers réunis ne sont probablement pas représentatifs des groupes professionnels interrogés. Cette analyse a indiqué que la perception des professionnels de la santé était que la qualité des soins est menacée en Valais. La réduction des durées de séjours hospitaliers a été associée à la baisse de la qualité de la relation avec les patients, de leur information, et de leur soutien émotionnel, ainsi qu'avec des transferts de cas plus lourds vers des structures de soins souvent insuffisamment préparées. La coordination et la continuité des soins ont été considérées comme insuffisantes.

Bien que ces informations doivent être considérées avec précaution en raison du nombre limité de focus groups conduits et de la non représentativité des groupes, les opinions principales résumées ci-dessus étaient supportées par la très large majorité des participants. Il est important de relever que nombre de remarques étaient liées au sentiment de perte d'autonomie et de relative déstabilisation des professionnels de la santé, avant tout des médecins de premier recours, dans un système sanitaire en changement suite à l'introduction de la LAMal, au rôle plus incisif que dans le passé des caisses maladies, à la modification en cours des tarifs médicaux (GRAT, TARMED), à la modification globale du système de soins par l'apparition de nouvelles techniques et de modalités de traitement qui contribuent au virage ambulatoire, ainsi qu'aux modifications contemporaines économiques et sociales de la société. Nous noterons enfin que **l'ensemble des professionnels interrogés se montrent très favorables à la mise en place d'indicateurs valides et fiables de la qualité des soins, afin d'améliorer la capacité d'évaluation des pratiques et des politiques sanitaires.**

**En conclusion, cette analyse exploratoire n'a pas permis de réunir de preuves tangibles que la qualité des soins aurait baissé en Valais. Il est important que les professionnels de la santé et les responsables de la santé publique du Canton disposent d'indicateurs valides et fiables de la qualité des soins. Le but est de permettre à la population d'obtenir la meilleure qualité des soins possible, dans la limite des ressources allouées à ce secteur.** Il s'agira de disposer d'une palette intégrée d'indicateurs de la qualité des soins. Des indicateurs globaux tels que la mesure de la mortalité évitable (relativement facile et peu coûteuse à obtenir) devront être complétés par des indicateurs plus fins et plus proches de la pratique des professionnels de la santé et, au besoin, par des enquêtes ad hoc. **La mise en place de ces indicateurs devra être accompagnée d'interventions destinées à corriger les insuffisances constatées pour améliorer la qualité des soins fournis.** Il est souhaitable de compléter les informations en provenance de ces indicateurs 'statistiques' par des informations qualitatives issues des patients et des professionnels de la santé travaillant directement en contact avec les patients; ce type de mesures doit aussi être considéré comme des indicateurs de la qualité des soins.

**Ainsi, il est important que le Canton du Valais puisse disposer d'une instance cantonale chargée de développer, mettre en place, gérer et coordonner la mesure de la qualité des soins dans le Canton.** En raison des compétences et de l'expérience déjà existantes en Valais et de la volonté de mettre sur pied une structure centrale qui permettra la mise en place d'instruments de mesure et de susciter des projets ou programmes destinés à améliorer la qualité des soins, ce développement doit pouvoir se concrétiser bientôt. **La création de la structure centrale dédiée à la qualité des soins en Valais doit ainsi être fermement encouragée;** elle devrait pouvoir bénéficier de l'appui extérieur de services spécialisés dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins. Cet appui permettra de soutenir les efforts qui seront réalisés en Valais et d'évaluer les outils et stratégies de mesure de la qualité des soins mis en place, ainsi que leur résultats. Un tel développement est soutenu par la majorité des professionnels de la santé rencontrés lors des focus groups. Il faut souhaiter que les évaluations de la qualité des soins produites permettront de rassurer les professionnels de la santé, puisque la confiance des médecins et des soignants dans leur capacité d'apporter des soins de qualité à la population est un élément même de la qualité. **L'une des premières tâches de cette « structure centrale qualité des soins » devra être l'établissement d'un programme et d'une liste d'indicateurs de la qualité des soins** sur la base des expériences conduites ailleurs en Suisse et à l'étranger.

# Introduction

## Contexte

L'évaluation de l'impact d'un système de santé sur la qualité des soins délivrés est une question qui préoccupe naturellement les responsables et les gestionnaires de tout système de santé. Il n'existe ni réponse simple, ni réponse universelle à cette question.

La question de la qualité est devenue omniprésente dans le système de soins. Parmi les raisons, il convient de mentionner le développement progressif au cours du 20<sup>ème</sup> siècle de la question de la qualité, et de diverses réponses pour sa gestion dans l'industrie, les services et les soins. Les dispositions de la récente loi sur l'assurance maladie (Articles de la LAMal et de l'ordonnance) ont également constitué une stimulation. Quant aux soins, il existe un volume toujours croissant de technologies médicales offertes, alors que l'état de santé de la population n'a évolué favorablement - globalement - que relativement lentement au cours des dernières décennies et parfois de façon non homogène dans différents sous-groupes de population. L'évolution des structures de la population selon l'âge et surtout les attentes quant au type et à la qualité des soins sont d'autres éléments explicatifs de l'accroissement de la demande de soins. En outre, l'évolution des coûts de la santé est régulièrement à la hausse, dans le contexte de ressources budgétaires restreintes face à une offre et à une demande de soins dont les limites potentielles apparaissent comme bien plus éloignées que la réalité.

Le développement du concept et de méthodes de mesure et d'amélioration de la qualité des soins s'effectue ainsi dans un contexte pluriel de modifications légales, organisationnelles, financières, populationnelles, sociales et culturelles. Introduire une démarche qualité est souvent considérée soit comme un mauvais prétexte pour introduire des mesures prises dans le cadre des contraintes budgétaires auxquelles sont confrontées les collectivités publiques, soit comme une initiative positive visant à améliorer réellement la qualité des soins dans un contexte donné plus ou moins favorable. Des comparaisons internationales indiquent par ailleurs que la relation entre coûts et qualité n'est ni très élevée ni facile à interpréter.

## Cadre du projet

L'Etat du Valais a entrepris diverses réformes du système de soins qui devraient permettre de fournir à la population des soins de base de qualité dans un cadre financier donné. Le Canton désire promouvoir la mise en place d'une évaluation systématique de la qualité des soins. Il s'agit de contribuer à la mise en place de démarches permettant d'évaluer la qualité des soins et leur amélioration, notamment de susciter et faciliter leur mise en place par les partenaires du système sanitaire.

L'Etat du Valais et les professionnels de la santé n'ont pas attendu ce projet pour s'intéresser à la qualité des soins. Notamment, une étude sur l'évolution et les perspectives du système de santé et sur les indicateurs sanitaires a été effectuée par le Professeur Gilliland<sup>1</sup>. Par ailleurs des indicateurs globaux concernant des éléments structurels du système sanitaire et les mouvements de patients sont largement disponibles<sup>2</sup> et de nombreux projets et démarches qualité ont été mises en route par divers partenaires du système sanitaire (Hôpitaux et autres établissements de soins, Institut Central des Hôpitaux Valaisans, etc.); des processus de certification et d'accréditation sont par ailleurs aussi en cours<sup>3</sup>.

## Objectifs de l'analyse exploratoire

Ce rapport est le résultat d'une analyse exploratoire, effectuée entre février et juin 1999 par l'IUMSP, dans le but de rechercher des informations disponibles pour effectuer une première estimation de la situation quant à la qualité des soins en Valais. Cette analyse exploratoire s'est déroulée selon 3 axes principaux :

1. Evaluation quantitative de la mortalité évitable établie sur la base des causes de décès;
2. Identification des indicateurs sanitaires relevés de routine et d'autres enquêtes ad hoc pouvant relever d'une démarche qualité;
3. Evaluation qualitative des opinions de médecins et de soignants quant à la situation actuelle et aux perspectives de la qualité des soins en Valais.

La synthèse des résultats est présentée dans ce documents. Un certain nombre de documents annexes fournissent des résultats plus détaillés. Enfin, quelques propositions ont été esquissées qui pourraient venir compléter les outils, procédures et démarches déjà existantes de mesure de routine et d'amélioration de la qualité dans le système sanitaire.

# Méthodes

## *Analyse des causes de mortalité*

### Protocole initial de Rutstein

Le concept de «mortalité précoce évitable» développé par DD Rutstein et al<sup>4,5</sup> a été utilisé dans plusieurs études pour mesurer la qualité des soins d'un système de santé, notamment en Finlande<sup>6</sup>, au Royaume-Uni<sup>7</sup> et aux Pays-Bas<sup>8</sup>. Rutstein et al ont établi une liste des causes de décès précoces, potentiellement influençables par les soins, c'est à dire par la prévention et/ou par des interventions thérapeutiques. Le terme "évitable" n'implique pas que tous les décès qui correspondent à l'un des diagnostics retenus dans la liste auraient pu être évités si le système de santé était 'optimal'. Certains types de cancer liés à la fumée de cigarette ont ainsi été retenus. Un médecin et d'autres professionnels de santé peuvent ainsi avoir accompli un travail remarquable de qualité auprès d'un patient fumeur pour l'inciter et l'aider à arrêter de fumer. Ce patient peut néanmoins ne pas parvenir à arrêter et décéder d'un cancer bronchique. Il s'agit ainsi de l'évaluation globale des performances du système de soins, établie dans une perspective de santé publique et qui permet de monitorer l'évolution séculaire et d'effectuer des comparaisons avec d'autres régions ou pays, la liste ayant en effet été d'emblée conçue pour une application internationale.

Les indications qui ont été retenues correspondent à des conditions et pathologies pour lesquelles certaines interventions préventives, diagnostiques et thérapeutiques ont été considérées comme efficaces, ou potentiellement efficaces, d'une part, et parce qu'elles devraient être sensibles à des perturbations du système sanitaire et des processus de soins, d'autre part. Rutstein et al ont établi plusieurs listes. Une liste A comprend des causes de décès qui avaient été considérées comme des indices clairs de qualité. Si un décès correspond à ces catégories, la question "pourquoi cela est-il arrivé ? " doit être posée. Le « niveau d'alerte » dans cette liste A est atteint lorsque l'on repère une seule situation (maladie) qui a causé la survenue d'un décès. La liste B comprend des situations où une forte (critical) augmentation du taux de décès, mais aussi d'incidence de maladies et d'incapacités 'évitables' peut servir d'indicateur additionnel de la qualité de soins. La norme est dépassée seulement si 'plusieurs cas sont observés'. La difficulté réside ici dans la création des seuils au delà desquels il faut déclencher une enquête complémentaire. Une troisième liste (C), plus large, n'a pas été considérée ici. Notons enfin que les causes de mort violente (accidents, suicides) ne sont pas comprises dans cette liste. Ces causes de décès ont été analysées séparément.

### Modifications du protocole de Rutstein

La méthode proposée par Rutstein a été utilisée par de nombreux groupes<sup>6-8</sup> qui ont adapté les listes afin de tenir compte des progrès diagnostiques et thérapeutiques (y compris la prévention).

Nous avons utilisé la liste A de Rutstein complétée par les développements proposés par les autres utilisateurs mentionnés ci-dessus, auxquels nous avons proposé quelques adjonctions. Seuls les décès évitables ont été considérés, les statistiques disponibles ne permettant pas de s'intéresser aux maladies ni aux incapacités évitables. Une liste a été établie, construite à partir de diverses listes :

- liste restreinte A de Rutstein
- certains éléments sélectionnés de la liste élargie (A+B) de Rutstein
- les maladies évitables retenues par les auteurs des études mentionnées ci-dessus
- un petit nombre de maladies évitables ajoutées par les auteurs du rapport en tenant compte de développements plus récents en médecine.

Les catégories suivantes n'ont pas été retenues: Empoisonnement accidentel par des médicaments (E850-859 : 36 décès en 10 ans en Valais) et Accidents et complications résultant d'actes chirurgicaux ou médicaux (E930-936 : aucun décès attribué à cette catégorie en 10 ans en Valais).

Dans l'analyse le terme « mortalité évitable » correspond aux causes de décès retenues dans la liste. Néanmoins, un certain nombre d'analyses de sensibilité ont été également effectuées avec la liste restreinte de Rutstein (A).

## Modalités de l'analyse

L'analyse a porté sur la période de 10 ans comprenant l'intervalle 1985 à 1994. Pour des raisons de restructuration informatique, notamment, l'Office fédéral de la statistique (OFS) à Neuchâtel n'est pas en mesure de fournir des données fiables des causes mortalité plus récentes. Ainsi, nous avons utilisé la classification internationale des maladies, 8<sup>ème</sup> révision (CIM-8) pour cette analyse<sup>9</sup>. Ultérieurement, une adaptation pourra se faire vers la CIM-10. Les données de mortalité du canton du Valais et de la Suisse ont été obtenues de l'OFS. Pour le canton du Valais cela représentait un fichier de 19'385 cas et pour la Suisse entière (sans le canton du Valais) un fichier de 594'518 cas (décès).

Les variables suivantes ont été sélectionnées: sexe, âge, maladies retenues comme cause primaire du décès et date de l'événement. La source des données de la mortalité est la fiche de décès remplie par le médecin ayant constaté un décès; la cause du décès est ensuite déterminée par des codeurs professionnels selon les règles de la Classification internationale des maladies (CIM-8)<sup>1 9</sup>. Il est bien connu que le choix du code de la cause principale de décès reste sujet à variation de la part des médecins et des codeurs. Cependant, l'examen de la validité des données de mortalité était largement au-delà des limites possibles de ce travail.

L'évaluation de la mortalité évitable en Valais a été effectuée sur la base des analyses suivantes:

- mortalité évitable par catégorie de causes de décès
- évolution de la mortalité évitable et non évitable standardisée
- comparaison de la mortalité évitable standardisée entre le Valais et le reste de la Suisse
- évolution de la mortalité due au suicide et aux accidents de transport

En ce qui concerne l'analyse de la mortalité évitable par catégorie de causes de décès, 3 classes d'âge ont été choisies :

- < 1 an : mortalité infantile
- 1 à 64 ans<sup>2</sup>
- 65 à 74 ans : cette catégorie a été ajoutée en raison de l'allongement de l'espérance de vie et des soins généralement fournis dans cette catégorie d'âge qui sont probablement très similaires à ceux de la catégorie précédente

Les taux de mortalité pour 10'000 habitants ont été calculés<sup>2,10-14</sup>. Six catégories de maladies influençables ont été retenues en fonction de la fréquence des causes de décès dans des catégories similaires : maladies cardiovasculaires, tumeurs, maladies respiratoires, autres cause évitables de décès, ensemble des maladies évitables, maladies évitables chez les nouveau-nés (< 1 an).

L'évolution de la mortalité évitable et non évitable standardisée en Valais a été déterminée. La mortalité non évitable incluait l'ensemble des causes de décès non retenues dans la liste des maladies évitables pour les codes 1 à 796 (CIM-8). Les causes non évitables de décès, et leur évolution, sont supposées refléter des influences générales - sociales, nutritionnelles, environnementales et génétiques - non directement influençables par les services sanitaires. Neuf catégories d'âge ont été utilisées (0-4, 5-19, 20-34, 35-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69 et 70 -74 ans), dans le but d'obtenir des catégories relativement homogènes quant aux causes de décès et pour lesquelles le nombre de cas était suffisant. Une standardisation directe a été effectuée selon la structure de la population suisse en 1990.

Une comparaison avec les données de mortalité du reste de la Suisse a été effectuée sur la base des taux standardisés. La standardisation ne permettant pas facilement de calculer des variances, des tests statistiques formels quant aux tendances évolutives et aux comparaisons entre les populations n'ont pas été réalisés dans le cadre de cette analyse.

## Mortalité due au suicide et aux accidents de transport en Valais

La mortalité due au suicide et aux accidents de transport a été examinée, car elle peut également être considérée au sens large comme un indicateur complémentaire de la qualité des soins, en ce qui concerne notamment la prévention. Les taux de mortalité par accident de la route sont régulièrement au-dessus de la moyenne Suisse<sup>2,15</sup>.

<sup>1</sup> Classification internationale des maladies (CIM-8), Révision 1965, Volume 1, OMS Genève, 1968, pp. 534-460

<sup>2</sup> Errata: Les chiffres utilisés par rapport à cette population, utilisée comme dénominateur, correspondent en fait à la population de 0-64 ans. La catégorie des enfants de moins d'un an n'a pas été enlevée. Les conséquences correspondent à des différences minimales sur les taux de mortalité évitable. Ainsi, le taux pour 10'000 habitants selon la liste restreinte, chez les hommes âgés de 1-64 ans, en Valais en 1988 est de 6.056 pour 10'000 habitants et non la valeur de 5.973 retenue dans le tableau.

Cette analyse comprend la période 1985-1996. Cela a nécessité de développer les correspondances entre les codes CIM-8 et CIM-10 (dès 1995). Le transcodage a été vérifié auprès de l'OFS (M. Muench) qui en a confirmé la validité. Les codes suivants ont été retenus:

- Accidents de transport : E800-E845 (CIM-8) = V01-V99 (CIM-10)
- Suicide : E950-E959 (CIM-8) = X60-X84 (CIM-10)

## **Autres indicateurs sanitaires**

### Recherche des autres indicateurs

Il s'est agi d'obtenir de diverses sources des informations quant aux indicateurs, principalement hospitaliers, pouvant relever de l'évaluation de la qualité des soins. Des informations nous ont été fournies essentiellement par la Direction ou d'autres personnes responsables des hôpitaux, l'Institut central des hôpitaux valaisans, le Service de la santé publique.

### Evaluation des autres indicateurs

La méthode appliquée pour traiter les indicateurs hospitaliers a comporté plusieurs volets :

1. établir un bilan des principaux indicateurs de la qualité des soins utilisés ou développés,
2. s'informer quant à l'existence de projets de développement d'indicateurs de la qualité des soins,
3. suggérer quelques développements quant à des indicateurs hospitaliers se prêtant bien à l'installation d'un contrôle de routine continue,
4. aborder d'autres aspects ne touchant qu'indirectement la qualité des soins (p. ex. le PRN, instrument de mesure de la charge de travail infirmier).

## **Une approche qualitative de la qualité des soins**

### La technique des focus groups

L'enquête qualitative représente un bon moyen de mieux connaître une situation donnée. La méthode des «Focus groups» a été utilisée dans ce but <sup>16</sup>. Des groupes de discussion ont été réunis, dirigés par un animateur et incluant une dizaine de participants (8-12) de statut ou condition relativement homogène. En l'occurrence il s'agissait de personnes appartenant au même groupe professionnel. Un nombre limité de questions ont été élaborées - que les personnes invitées n'ont pas connues à l'avance - qui ont permis de susciter une discussion à partir du vécu et des propositions des professionnels des corps médical et soignant, soit des personnes qui se trouvent quotidiennement confrontées à la question de la qualité des soins. Il s'agissait essentiellement de disposer d'une approche complémentaire à l'évaluation exploratoire initiale de la qualité des soins dans le Canton.

### Organisation des focus groups

Classiquement, la méthode des focus groups consiste en la répétition de discussions avec différents groupes du même type afin d'identifier dans la phase analytique les arguments qui reviennent le plus souvent et d'en résumer ainsi les tendances principales. Une application classique de cette méthode aurait requis l'organisation d'au moins quatre à six séances pour chaque groupe professionnel. Pour d'évidentes raisons de délais et de ressources, il aurait été impossible d'organiser une vingtaine de réunions. Une option possible était la limitation de la consultation à un seul groupe professionnel. Mais étant donné le caractère exploratoire de ce mandat, nous avons préféré entendre davantage de groupes professionnels, ne serait-ce qu'une seule fois.

Nous avons entendu quatre groupes professionnels : médecins hospitaliers, infirmiers/ères hospitaliers/ères, infirmières de santé publique et médecins de premier recours. Suite à la demande formulée par les partenaires du Haut-Valais, nous avons dédoublé le groupe des infirmiers/ères hospitaliers/ères selon un critère linguistique afin que tout le monde puisse s'exprimer dans sa langue maternelle (ou professionnelle). Cinq réunions de discussion ont ainsi été organisées, dont une en allemand. Fondamentalement les mêmes questions ont été posées à tous les groupes, le script a été légèrement adapté en fonction de l'environnement professionnel spécifique à chaque groupe. Si, par exemple, aux infirmières et infirmiers de santé publique nous avons posé la question « Comment effectuer cette récolte d'informations dans votre centre ? », le personnel soignant actif dans les hôpitaux a répondu à la question « Comment effectuer cette récolte d'informations dans votre service ou votre hôpital ? ».



Par souci de ne pas perdre certains contenus des discussions, les séances ont été enregistrées sur cassettes. La transcription des cassettes a servi de matériel brut pour l'analyse des données et pour la rédaction du résumé détaillé du contenu des discussions de chaque groupe professionnel. Ces résumés seront envoyés à chaque participant - selon son propre groupe professionnel - en qualité de retour d'information.

### Analyse des données

Il est bien entendu que la méthode des focus groups ne vise pas à une représentativité des résultats obtenus, a fortiori la version simplifiée appliquée ici. Cette méthode ne permet pas de quantifier la proportion d'avis favorables ou contraires à telle ou telle autre idée.

Les résultats ont donc été obtenus à travers la synthèse de chaque discussion et représentent une simple « prise de température » au sein des quatre groupes professionnels invités. Ces opinions ont englobé leur appréciation de la qualité des soins et des principaux problèmes perçus, auxquelles se sont ajoutées des propositions qui pourraient permettre de maintenir, voire d'améliorer la situation.

En dépit des limitations mentionnées ci-dessus, nous avons été en mesure d'identifier quelques problèmes majeurs mis en évidence par les participants aux focus groups et de récolter des propositions visant à contribuer à la recherche de solutions. En effet, pour plusieurs des problématiques abordées, nous avons pu constater un consensus certain dans tous les groupes professionnels consultés.

# Résultats

## Analyse des causes évitables de mortalité

### Etude descriptive des données dans le canton du Valais

Le dénombrement des décès par catégorie d'âge considérée pour l'analyse des causes évitables de décès, selon le sexe et l'année a constitué un document de travail de base.

#### 1. Mortalité évitable par catégorie de maladies en Valais

Les principales causes évitables de décès ont été considérées. En fonction des petits nombres de décès pour certaines causes, qui sont à mettre en rapport avec le relativement faible dénominateur constitué par les groupes de la population valaisanne considérés, les données sont présentées pour six catégories de causes de décès :

1. Ensemble des maladies évitables
2. Maladies cardio-vasculaires
3. Tumeurs
4. Maladies de l'appareil respiratoire
5. Autres maladies évitables
6. Maladies évitables chez les enfants âgés de moins d'un an

##### 1.1. Ensemble des maladies évitables

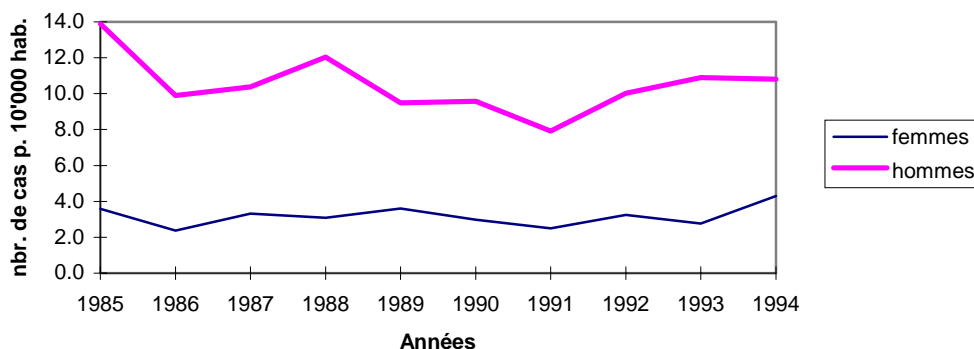
Le Tableau 1 et la Figure 1 indiquent l'évolution du nombre de cas et du taux pour 10'000 personnes pour l'ensemble des causes évitables de décès, selon la liste de Rutstein modifiée, chez les personnes âgées de 1 - 64 ans. Le Tableau 2 et la Figure 2 fournissent des résultats similaires chez les patients âgés de 65 - 74 ans. Les taux de décès annuels bruts sont en moyenne deux à trois fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

**Tableau 1. Nombre de cas et taux pour 10'000 personnes de l'ensemble des causes évitables de décès, Valais, 1985-94, femmes et hommes âgés de 1 à 64 ans.**

	Femmes			Hommes		
	Population résidante	nb. de cas	taux pour 10'000 hab.	Population résidante	nb. de cas	taux pour 10'000 hab.
1985	100237	36	3.6	102166	142	13.9
1986	101279	24	2.4	103113	102	9.9
1987	102314	34	3.3	104122	108	10.4
1988	103652	32	3.1	105476	127	12.0
1989	105408	38	3.6	107421	102	9.5
1990	107557	32	3.0	110767	106	9.6
1991	111830	28	2.5	113613	90	7.9
1992	113732	37	3.3	115702	116	10.0
1993	115434	32	2.8	117370	128	10.9
1994	116300	50	4.3	118400	128	10.8
moyenne			3.2			10.5
total		343			1149	

\* liste de toutes les maladies évitables disponible

**Figure 1. Evolution du taux pour 10'000 personnes de l'ensemble des causes évitables de décès, Valais, 1985-94, femmes et hommes âgés de 1 à 64 ans.**

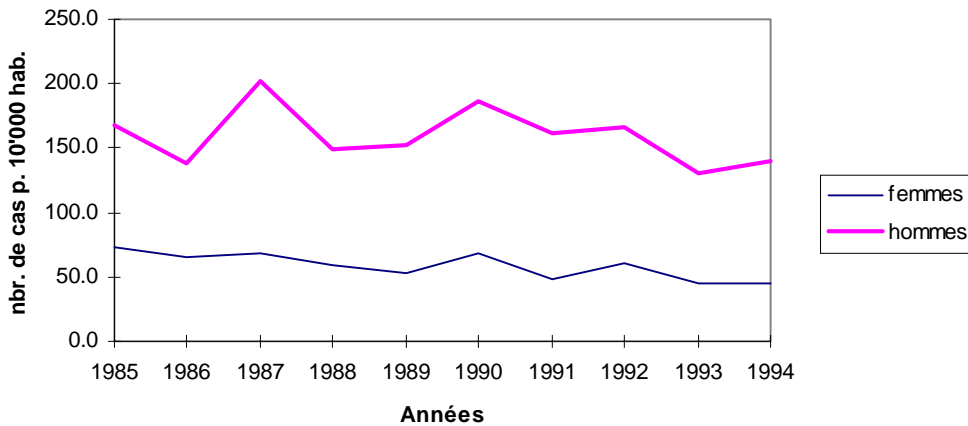


Entre 1 et 64 ans, l'évolution ne concerne qu'un relatif petit nombre de cas, en particulier chez les femmes. Les tendances sont assez stables, une possible augmentation chez les femmes est esquissée, ainsi qu'une réduction chez les hommes jusqu'au début des années 90, suivie d'une stabilisation (Tableau 1 et Figure 1).

**Tableau 2. Nombre de cas et taux pour 10'000 personnes de l'ensemble des causes évitables de décès, Valais, 1985-94, femmes et hommes âgés de 65 - 74 ans**

	Femmes			Hommes		
	Population résidante	nb. de cas	taux pour 10'000 hab.	Population résidante	nb. de cas	taux pour 10'000 hab.
1985	8790	64	72.8	7274	122	167.7
1986	9121	60	65.8	7563	104	137.5
1987	9306	64	68.8	7681	155	201.8
1988	9601	56	58.3	7901	118	149.3
1989	9784	52	53.1	7983	122	152.8
1990	10201	69	67.6	8254	154	186.6
1991	10475	51	48.7	8454	136	160.9
1992	10704	64	59.8	8583	142	165.4
1993	10962	49	44.7	8884	116	130.6
1994	11200	50	44.6	9000	126	140.0
moyenne			58.4			159.3

**Figure 2. Evolution du taux pour 10'000 personnes de l'ensemble des causes évitables de décès, Valais, 1985-94, femmes et hommes âgés de 65 - 74 ans.**



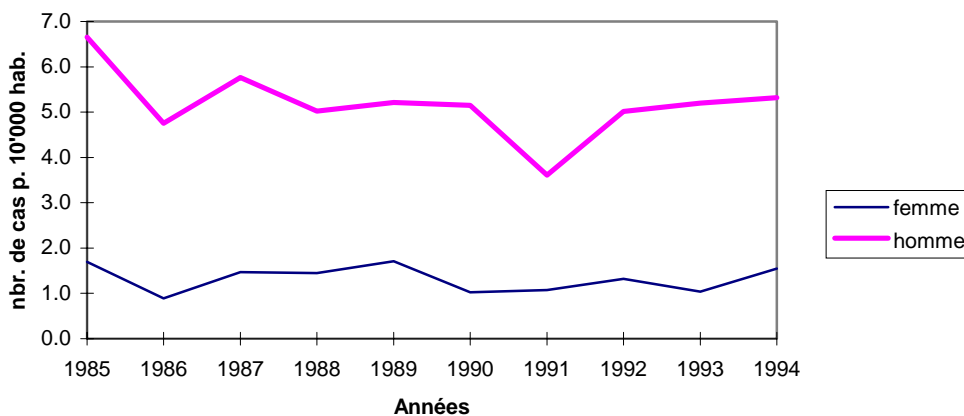
Entre 65 et 74 ans, une tendance à la baisse est perceptible chez les femmes, alors qu'elle n'apparaît pas chez les hommes; la baisse apparente chez les hommes en 1993 et 94 devrait être confirmée par les données des années suivantes. Pour les deux classes d'âge, les nombres de cas et les taux varient plus chez les hommes que chez les femmes, alors que les nombres de cas étant plus élevés, les taux devraient être plus stables chez les hommes. Ces variations plus importantes chez les hommes existent aussi dans les sous-groupes de cas correspondant à des catégories plus homogènes de causes attribuées de mortalité.

Le détail de l'évolution des causes évitables de décès par catégorie est contenu dans des documents séparés, les données essentielles sont présentées dans les chapitres 1.2 - 1.5, ci-dessous.

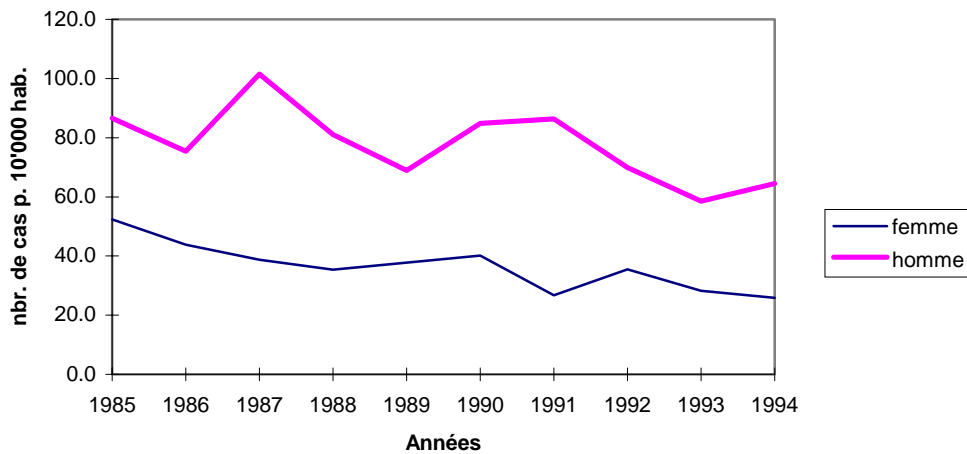
### 1.2. Maladies cardio-vasculaires

Une tendance apparente à la diminution quantitative de la mortalité évitable par maladie cardio-vasculaire a été observée chez les hommes âgés de 1-64 ans (Figure 3). Cette tendance est plus apparente chez les hommes et les femmes âgés de 65 à 74 ans (Figure 4).

**Figure 3. Evolution du taux pour 10'000 personnes de mortalité par maladies cardio-vasculaires, Valais, femmes et hommes âgés de 1 - 64 ans**



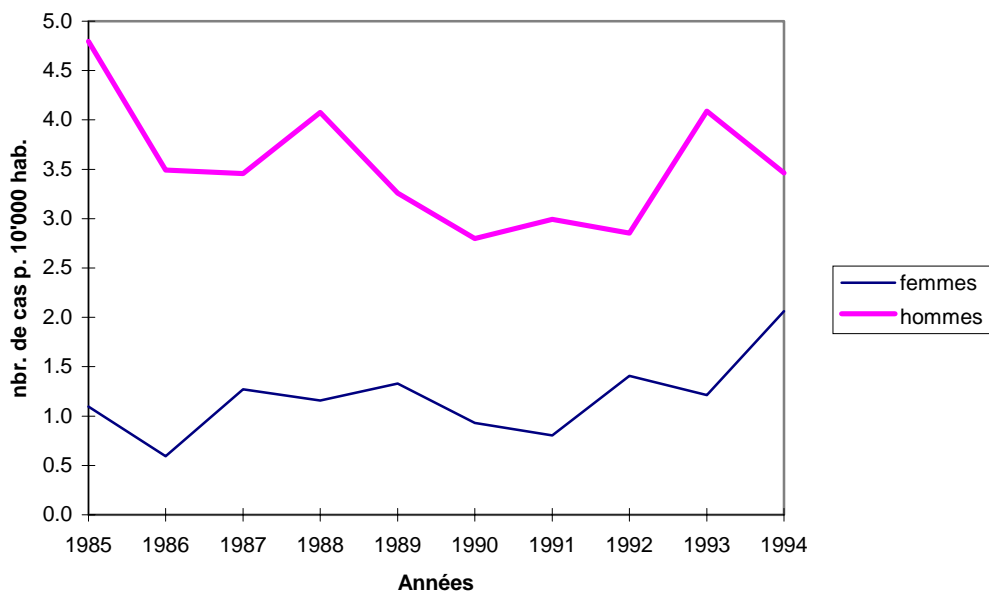
**Figure 4. Evolution du taux pour 10'000 personnes de mortalité par maladies cardio-vasculaires, Valais, femmes et hommes âgés de 65 - 74 ans**



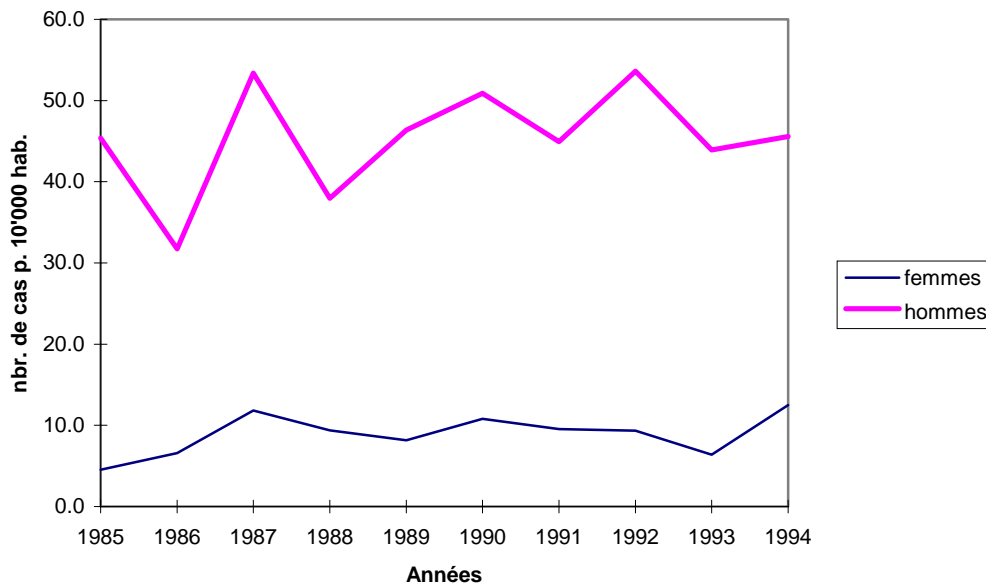
### 1.3. Tumeurs

En ce qui concerne les tumeurs, les variations enregistrées rendent l'interprétation difficile. Les éventuelles tendances sont plutôt à l'augmentation chez les femmes et chez les hommes de 65 - 74 ans, notamment en fin de période chez les femmes de 1 - 64 ans, alors que la tendance est plus difficile à interpréter chez les hommes de cette même catégorie d'âge (Figures 5 et 6)

**Figure 5. Evolution du taux pour 10'000 personnes de mortalité par tumeurs, Valais, femmes et hommes âgés de 1 - 64 ans**



**Figure 6. Evolution du taux pour 10'000 personnes de mortalité par tumeurs, Valais, femmes et hommes âgés de 65 - 74 ans**



#### 1.4. Maladies de l'appareil respiratoire

La mortalité évitable par les maladies respiratoires correspond à des taux de 0,2 pour 10'000 par année et de 1,0 chez les femmes et les hommes âgés de 1 - 64 ans, respectivement, et de 5,1 et de 25,2 chez les femmes et les hommes âgés de 65-74 ans, respectivement. Le rapport de 1 à 5 entre femmes et hommes est ainsi assez globalement stable en fonction de l'âge. Il n'y a pas eu d'évolution majeure apparente au cours de la période considérée, mais les nombres de cas sont faibles.

#### 1.5. Autres maladies évitables

Les taux de mortalité évitables par les autres causes sont également faibles, proches de ceux des maladies respiratoires bien que le rapport hommes / femmes soit de l'ordre de 2. La tendance est à la baisse entre 1985 et 1994 principalement pour la catégorie d'âge 65-74 ans.

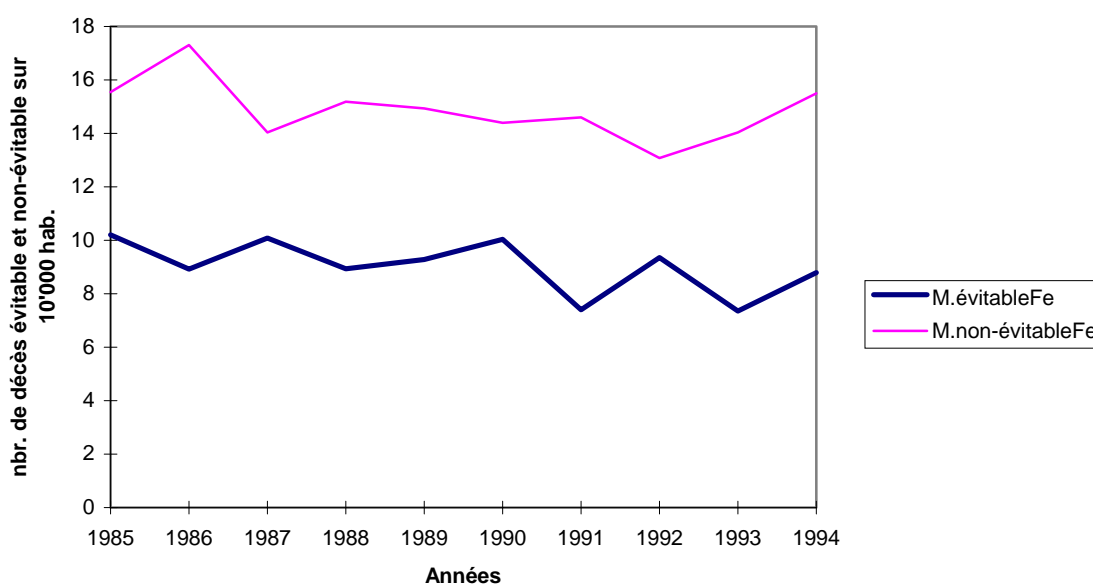
## 2. Taux de mortalité évitable et non évitable standardisés en fonction de l'âge

L'évolution des structures des populations au cours du temps, par exemple le vieillissement d'une population ainsi que d'autres mouvements de population associés à l'âge peuvent avoir une influence sur le calcul des taux de mortalité, même s'il est peu probable que les changements soient très importants sur une période de 10 ans. Des taux standardisés de mortalité évitable et non évitable selon l'âge ont été calculés sur la base des mêmes informations, qui englobent les catégories d'âge de 0 - 74 ans et fournissent ainsi un résumé des différentes catégories examinées préalablement (Tableau 3, Figures 7 et 8). Le détail, en fonction de catégories d'âge plus restreintes a été précisé (résultats non présentés). Les taux de mortalité non évitable sont environ 50% plus élevés que les taux de mortalité évitable chez les femmes, alors que les deux taux sont très similaires chez les hommes. Chez les femmes et chez les hommes, il y a une discrète tendance à la baisse au cours de la période 1985-94 pour les taux de mortalité évitable et non évitable, avec une possible stabilisation, voire une augmentation en fin de période chez les femmes.

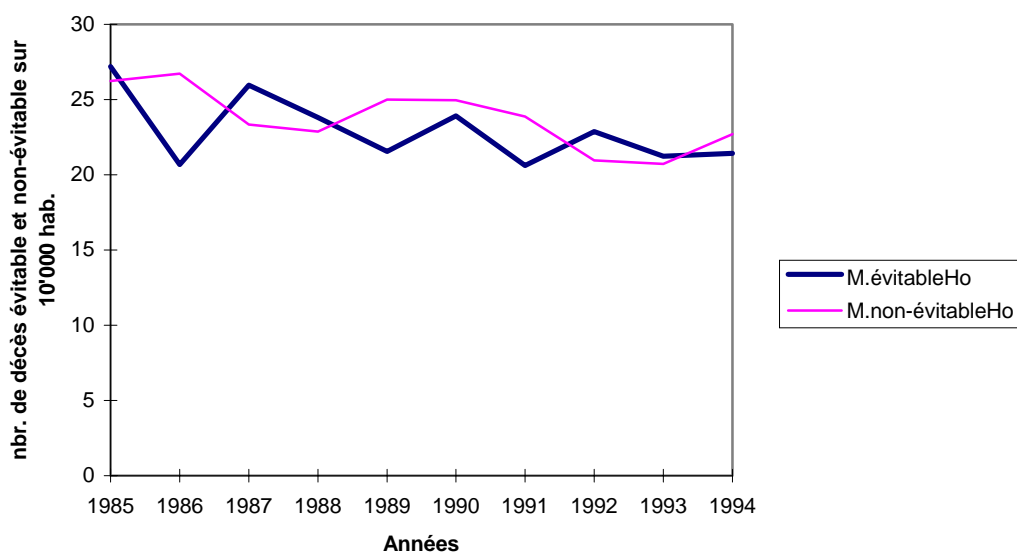
**Tableau 3. Taux de mortalité évitable et non évitable standardisés pour l'âge, Valais, 1985-94, femmes et hommes âgés de 0 - 74 ans.**

	Femme Mortalité évitable	Mortalité non évitable	Homme Mortalité évitable	Mortalité non.évitable
1985	10.2	15.55	27.19	26.24
1986	8.92	17.3	20.69	26.73
1987	10.08	14.04	25.95	23.35
1988	8.93	15.19	23.8	22.87
1989	9.28	14.94	21.55	25.00
1990	10.04	14.4	23.92	24.95
1991	7.40	14.6	20.62	23.88
1992	9.35	13.08	22.87	20.96
1993	7.35	14.03	21.23	20.73
1994	8.79	15.5	21.43	22.71
moyen	9.03	14.86	22.93	23.74
ne				
écart- type	1.01	1.14	2.27	2.03

**Figure 7. Taux de mortalité évitable et non évitable standardisée selon l'âge femmes âgées de 0 - 74 ans**



**Figure 8. Taux de mortalité évitable et non évitable standardisée selon l'âge hommes âgés de 0 - 74 ans**



### 3. Comparaison des taux de mortalité évitable entre le canton du Valais et le reste de la Suisse

#### 3.1. Comparaison des taux standardisés

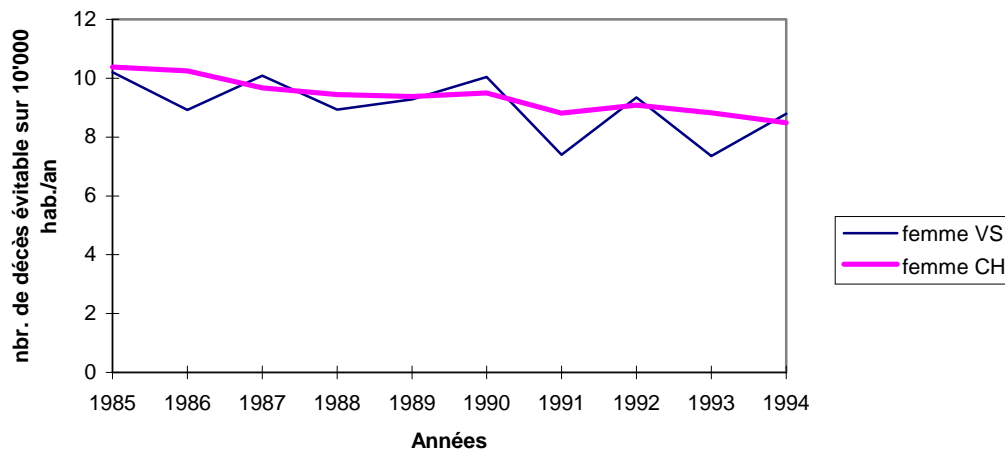
Cette analyse a permis de comparer les taux de mortalité standardisés pour l'âge entre le Valais et le reste de la Suisse (Tableau 4, Figures 9 et 10). Chez les femmes et les hommes, les taux de mortalité évitable ont évolué régulièrement à la baisse entre 1985 et 1994 en Suisse (Valais non compris). L'évolution en Valais indique des fluctuations plus grandes d'année en année, traduisant une instabilité des chiffres en raison de la taille plus restreinte de la population; l'évolution y est cependant très voisine de l'évolution dans le reste de la Suisse. Les taux de mortalité évitable sont également très semblables.

**Tableau 4. Taux de mortalité évitable standardisés pour l'âge, Valais et Suisse (hormis le Valais), 1985-94, femmes et hommes âgés de 0 - 74 ans.**

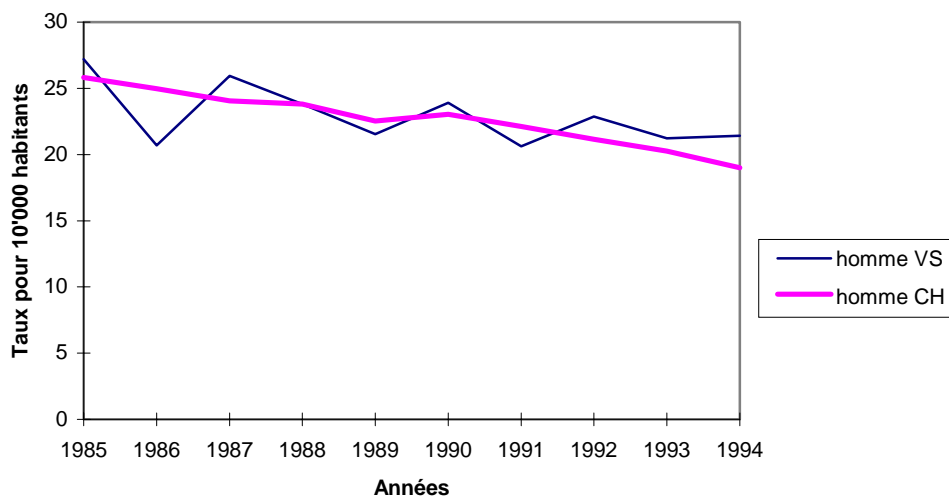
	Femme VS	Femme CH	Homme VS	Homme CH
1985	10.2	10.38	27.19	25.81
1986	8.92	10.25	20.69	24.98
1987	10.08	9.67	25.95	24.05
1988	8.93	9.44	23.8	23.8
1989	9.28	9.38	21.55	22.54
1990	10.04	9.5	23.92	23.04
1991	7.4	8.81	20.62	22.12
1992	9.35	9.08	22.87	21.15
1993	7.35	8.82	21.23	20.26
1994	8.79	8.49	21.43	19.01



**Figure 9. Taux de mortalité évitable, standardisés pour l'âge, Valais et Suisse (hormis le Valais), 1985-94, femmes âgées de 0 - 74 ans.**



**Figure 10. Taux de mortalité évitable, standardisés pour l'âge, Valais et Suisse (hormis le Valais), 1985-94, hommes âgés de 0 - 74 ans.**



### 3.2. Analyse et comparaison de la mortalité par catégories d'âge

Les tableaux et figures qui ont permis cette analyse sont disponibles dans des documents séparés qui contiennent les causes de mortalité évitables et non évitables, en Valais et dans le reste de la Suisse, selon la catégorie d'âge (9 catégories) et selon le sexe. Les résultats principaux sont brièvement décrits ci-après.

#### *0 à 4 ans, filles et garçons :*

Les taux de la mortalité évitable des enfants de 0 à 4 ans en Valais de 1985 à 1994 se situent généralement en dessus des taux moyens suisses (sur 10 ans la moyenne de mortalité évitable des enfants valaisans sur 10'000 habitants est de 8.7 alors que la moyenne suisse pour la même catégorie se situe à 7.2), alors qu'il n'y a pas de différence entre le Valais et la Suisse en ce qui concerne la mortalité non-évitable qui marque, au mieux, une très légère baisse.

#### *5 à 19 ans, filles et garçons*

Les nombres de décès en Valais sont trop faibles dans cette catégorie d'âge pour permettre une analyse.

#### *20 à 34 ans*

Les nombres de décès évitables sont très faibles également. Depuis 1991 le taux de la mortalité évitable chez les femmes est proche de zéro.

En revanche la mortalité non évitable a plus que doublé chez les hommes en Suisse, et aussi augmenté chez les femmes en Suisse, mais une telle évolution n'a pas été constatée en Valais, où les nombres sont de toute manière assez faibles également. Cette évolution défavorable en Suisse est expliquée dans une large mesure par l'apparition du sida (en fonction du code développé pour la CIM-8) et de l'accroissement des causes non précisées de décès (aussi liées au sida ?).

#### *35 à 49 ans*

Chez les hommes comme chez les femmes des taux de décès évitables sont élevés en début et fin de période en Valais et les taux chez les femmes se situent plutôt en dessous des taux moyens suisses, sauf pour 1994 où ils ont beaucoup augmenté. L'évolution du taux de décès des hommes valaisans suit en grande ligne celle des hommes suisses. Les rapports hommes/femmes des taux de mortalité évitables sont plus élevés en Valais qu'en Suisse (rapport de 1-3 vs rapport de 1-2).

#### *50 à 54 ans*

Les taux de décès évitables chez les femmes du Valais sont proches des taux Suisses. Chez les hommes cependant, les taux de mortalité évitable et non évitable sont régulièrement plus élevés en Valais.

#### *55 à 59 ans*

Les taux de décès des femmes et des hommes du Valais fluctuent beaucoup au cours des 10 ans analysés, autour des valeurs suisses.

#### *60 à 64 ans*

La courbe des taux de décès des hommes valaisans dus aux maladies influençables semble amorcer une tendance à la baisse comme celle de la Suisse.

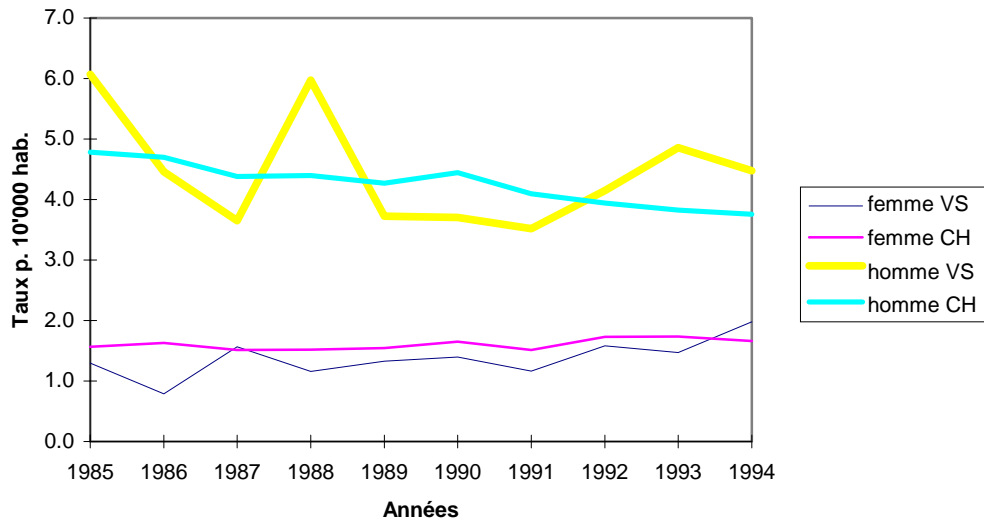
#### *65 à 69 ans et 70 à 74 ans*

C'est dans ces deux catégories d'âge qu'il semble y avoir une réduction de la mortalité évitable chez les femmes. En fin de période, les taux de mortalité évitable sont plutôt inférieurs en Valais chez les femmes. La tendance à la baisse se remarque aussi, quoi que moins fortement, chez les hommes en Suisse, mais en raison des fluctuations des taux il est difficile d'évaluer une tendance chez les hommes.

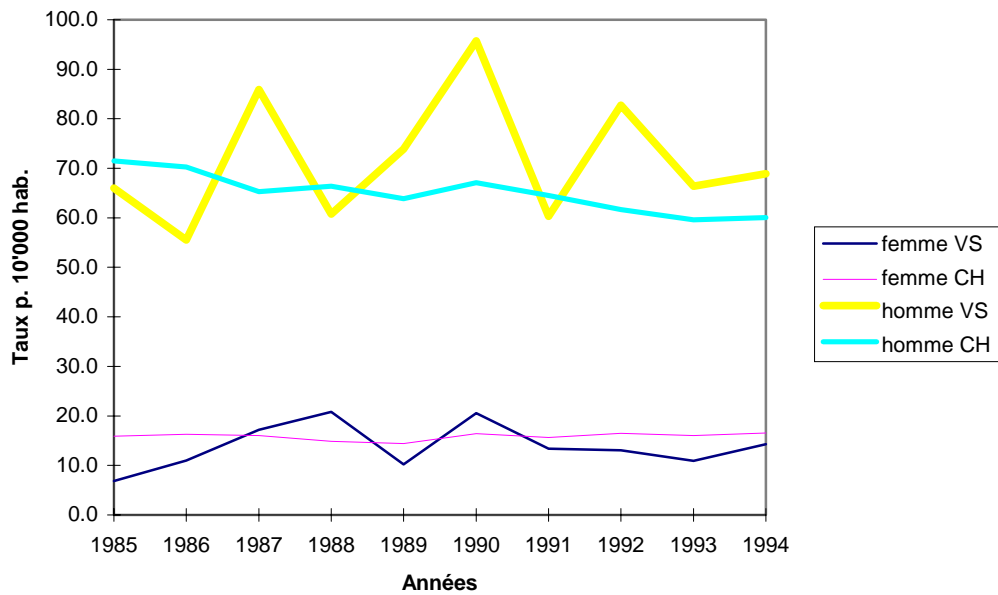
## **4. Analyse de la mortalité évitable selon la liste restreinte de Rutstein**

Une analyse complémentaire de la mortalité évitable a été réalisée sur la base de la liste restreinte de Rutstein dans le cadre d'une analyse de sensibilité; il peut en effet être considéré que la liste élargie est trop vaste et comprend aussi des causes de mortalité en réalité moins facilement évitables. Les Figures 10 et 11 indiquent ces résultats pour les hommes et les femmes. La tendance est à la stabilité chez la femme et à une légère régression chez les hommes. Il n'apparaît pas de différences majeures entre le Valais et le reste de la Suisse; mais cette analyse est rendue difficile en raison du petit nombre de cas et de la variabilité des taux en Valais. Des tableaux plus détaillés de cette analyse ont été élaborés mais ne sont pas présentés ici.

**Figure 11. Taux de mortalité évitable, standardisés pour l'âge, Valais et Suisse (hormis le Valais), 1985-94, femmes et hommes âgés de 1 - 64 ans; liste restreinte de causes évitables de décès.**



**Figure 12. Taux de mortalité évitable standardisés pour l'âge, Valais et Suisse (hormis le Valais), 1985-94, femmes et hommes âgés de 65 - 74 ans; liste restreinte de causes évitables de décès.**



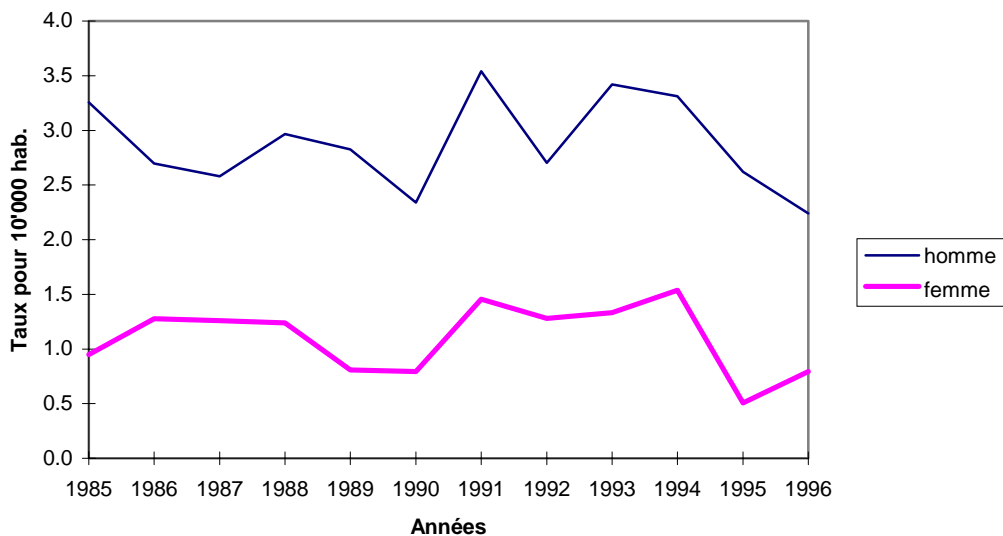
## 5. Mortalité due au suicide et aux accidents de transport en Valais

Les résultats issus de l'analyse de la mortalité par suicide et accidents de transport sont présentés dans les deux paragraphes ci-dessous; des résultats plus détaillés peuvent être fournis.

### 5.1. Suicide

La Figure 13 présente les taux de mortalité par suicide en Valais que l'on peut interpréter comme relativement stables dans l'ensemble avec une éventuelle augmentation globale entre 1991 et 1994 et une baisse pour les deux années les plus récentes, dans la mesure où ces diminutions ne seraient pas en rapport avec le passage à la CIM-10. Globalement les taux de mortalité par suicide sont 3-4 fois supérieurs chez les hommes que chez les femmes. L'évolution dans des sous-groupes, notamment en fonction de l'âge est difficile à évaluer en raison du relatif petit nombre de cas et des variations annuelles assez importantes.

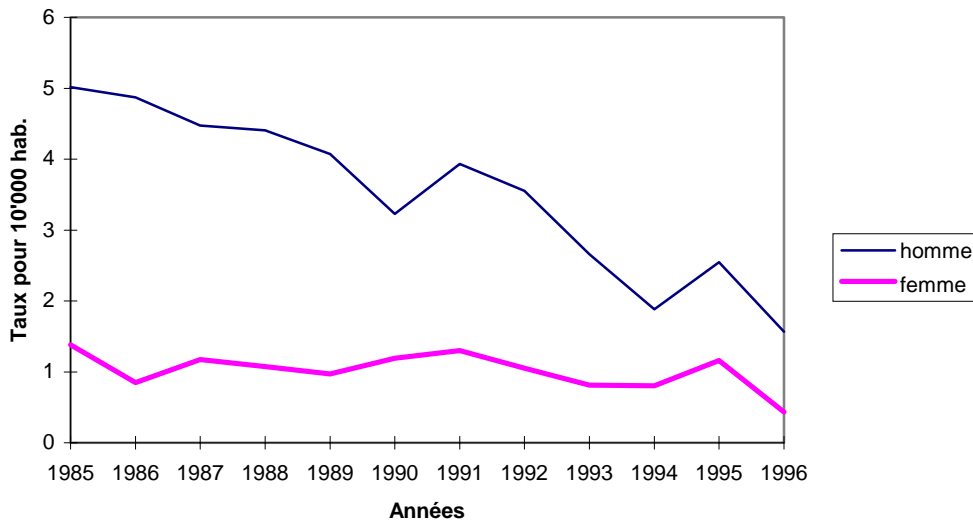
**Figure 13. Taux de mortalité par suicide en Valais, 1985-96, femmes et hommes**



### 5.2. Accidents de transport

La Figure 14 présente l'évolution de la mortalité par accident de transport en Valais de 1985-1996. Globalement, l'évolution est stable chez la femme et indique une baisse constante proche de 50% chez les hommes au cours de la période. Le rapport entre les taux chez les hommes et chez les femmes se réduit progressivement au cours de la période de 4-5 à 2-3. La fréquence la plus élevée des accidents se situe chez les hommes âgés de 18-24 ans et, de manière moins prononcée, entre 19 et 28 ans chez les femmes.

**Figure 14. Taux de mortalité par accident de transport en Valais, 1985-96, femmes et hommes**



## **Autres indicateurs sanitaires**

### **6. Revue des hospitalisations (hospitalisations inappropriées)**

Selon le rapport de Pierre Gilliard <sup>1</sup> (chap. IX, pp. 137-145) l'étude des « Revues des hospitalisations » suscite beaucoup d'intérêt et elle est déjà bien avancée. En effet, depuis 1996 quatre revues d'hospitalisations ont fait l'objet d'analyses dans le canton. Elles ont été réalisées dans les six hôpitaux de soins aigus. Les résultats de la première revue n'ont pas été retenus étant donné qu'ils ont été obtenus par une autre méthode. Et en ce qui concerne la quatrième revue, les résultats sont provisoires. Les 4 revues ont été réalisées durant les périodes suivantes :

1. septembre 1996 - mars 1997
2. novembre - décembre 1997
3. janvier - mars 1998
4. mai - juin 1998

« Le but est d'identifier les nombres et les causes des admissions et des journées dites inappropriées, c'est à dire superflues et dont on pourrait faire l'économie, ou d'admissions et de journées de malades qui auraient dû être hospitalisés ou hébergés dans d'autres institutions, ou transférés dans d'autres services ou établissements. »

Des journées d'hospitalisation inappropriées subies par un patient interviennent d'une manière générale à deux niveaux :

- la sur-utilisation, lorsque le patient n'a pas besoin de l'infrastructure d'un hôpital de soins aigus. Dans ce cas, nous avons affaire à un gaspillage de ressources, une prolongation inutile du séjour qui peut diminuer la qualité de soins en courant des risques d'infections nosocomiales et de perte d'autonomie chez des patients âgés.
- la sous-utilisation, lorsque le patient ne reçoit pas les soins médicaux adéquats ce qui représente avant tout un problème de qualité de soins.

En analysant la figure No IX. 6 « Les quatre revues d'hospitalisation en Valais » (P. Gilliard, p. 140)<sup>1</sup> on a constaté une diminution, plus ou moins grande, des trois variables retenues au cours de la période située entre la première et la quatrième revue. En effet, l'évolution constatée était la suivante :

- 64.2% à 60.5% (3<sup>ème</sup> revue) pour « au moins 1 jour inapproprié »
- 44.4% à 31.3% pour « jour d'admission inapproprié »
- 31.9 à 30.4% pour « jours inappropriés »

L'introduction de revues d'hospitalisation a conduit visiblement à une légère amélioration de la gestion des ressources hospitalières et probablement aussi à une amélioration de la qualité des soins. En outre, ce rapport traite également la question :

- des causes de journées inappropriées
- de la répartition des journées inappropriées selon les services
- des résultats d'études similaires conduites dans d'autres cantons (résultats proches)
- de savoir si les revues d'hospitalisations sont suffisamment utiles pour être installées d'une manière permanente<sup>17,18</sup>.

Il semble être accepté unanimement que les hospitalisations inappropriées doivent encore diminuer. Pour ce faire, la plupart des éléments nécessaires pour travailler dans ce sens sont disponibles. En nous référant notamment aux résultats des focus groups, nous adhérons toutefois à l'idée de P. Gilliard, que « des transferts dans des établissements insuffisamment dotés en personnel compétent, ou surchargé, voire inapproprié, peuvent induire des réhospitalisations, créer des difficultés (angoisse des patients et/ou de l'entourage, escarres, etc.). Des soins, qu'une courte attente aurait pu éviter, peuvent coûter cher sur le plan humain et sur le plan des tâches nécessaires, suite à une décision trop rapide et ne prenant pas en compte l'ensemble des critères de choix » (P. Gilliard, p. 144)<sup>1</sup>.

Les résultats sur les revues d'hospitalisation du GHRV (groupement des hôpitaux régionaux vaudois) montrent que la principale cause des jours inappropriés est liée à des dysfonctionnements internes. Les auteurs pensent qu'il est possible que le réseau existant ne soit pas apte à les absorber. Nous estimons que le même type de réflexion doit être fait par rapport aux causes de revues d'hospitalisation dans le canton du Valais.

Dans les perspectives décrites par Mme Elisabeth Werlen<sup>3</sup>, les premières revues d'hospitalisation indiquées ci-dessus sont considérées comme des projets pilotes. Le projet définitif a démarré à fin 1997 et concerne les six hôpitaux de soins aigus. Les résultats semblent être intéressants. Non seulement pour connaître le taux de l'hospitalisation inappropriée, mais surtout pour savoir le pourquoi de ce résultat. Ces enquêtes donneront des indications au sujet du fonctionnement du réseau sanitaire, de la prise en charge des patients et de la planification sanitaire. En juillet 1999 débutera la rédaction du rapport final. Pour éviter une situation de concurrence entre les hôpitaux, les résultats seront publiés globalement. Ainsi chaque hôpital aura l'occasion de se situer par rapport à la moyenne cantonale.

## 7. Enquête sur les réhospitalisations

L'étude pilote sur les réhospitalisations a été menée au sein d'établissements hospitaliers valaisans du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 1998, réalisée par le Dr N. Troillet dans le cadre du GEHVAL (Groupement des établissements hospitaliers du Canton du Valais). Au total 16'805 hospitalisations ont été enregistrées. Il y a eu 1,7 % de réhospitalisations imprévues, liées au séjour précédent, au sein d'un établissement du GEHVAL. Des variations dans les taux de réhospitalisations entre hôpitaux ont été relevées (rapport maximum 5 environ). Les taux de réhospitalisations observés ont été considérés comme proches des valeurs habituellement considérées comme acceptables. N. Troillet a constaté que « en absence de données informatisées (médicales et administratives) unifiées et accessibles, cet indicateur est relativement difficile à utiliser si chaque établissement désire se comparer à l'ensemble constitué par les autres ». Il poursuivait en disant que « des renseignements détaillés et standardisés doivent être récoltés sur une grande population (tous les patients hospitalisés) si l'on entend tenir compte des différences entre établissements et établir ces comparaisons à bon escient ».

### Perspectives

Selon le Dr Nicolas Troillet, l'étude sur les réhospitalisations ne sera pas répétée en 1999. Par contre on envisage, après avoir amélioré la méthodologie, de la reconduire en l'an 2000 dans quatre hôpitaux, si possible sur 4 ou 6 mois.

### Commentaire

Les premières expériences sur les enquêtes de réhospitalisations ont déjà été réalisées dans le canton du Valais, ouvrant des perspectives pour le Canton pour parfaire les modalités d'utilisation de cet indicateur afin de créer un outil de mesure de la qualité des soins valide. C'est effectivement une question à laquelle il doit être répondu actuellement en Suisse.

---

<sup>3</sup> Elisabeth Werlen, Infirmière, planification sanitaire et hospitalière, santé publique, canton de Valais

## 8. Infections du site chirurgical

L'infection du site chirurgical (ISC) est l'une des infections nosocomiales les plus fréquentes et les plus redoutées, y compris en Suisse<sup>19</sup>. Malgré les progrès importants réalisés en matière de technique chirurgicale, l'infection du site chirurgical reste associée à des surcoûts significatifs et elle a une influence importante sur la qualité des soins. Il s'agit d'un indicateur intéressant concernant la qualité des soins à l'hôpital.

Dans le domaine de la surveillance des ISC, le canton du Valais est actif et se montre soucieux de faire face à ce risque médical. Il a en effet réalisé une étude pilote des ISC dans un hôpital entre le 1.3. et le 30.6.1995. Elle a démontré d'une part que les ISC touchent un nombre relativement important de patients et d'autre part qu'un tel programme de surveillance peut être mis en place avec des moyens financiers modérés<sup>20,21</sup>.

Suite à cette étude, une structure centralisée d'hygiène hospitalière a été mise en place dans les six hôpitaux régionaux valaisans. Entre mars 1998 et mars 1999, 5 hôpitaux valaisans participent à une étude de surveillance des ISC<sup>4</sup>. Sur cette période, 932 interventions de chirurgie générale ont été pratiquées. Un suivi à un mois était disponible dans la plupart des cas. Globalement le taux d'ISC était de 7% (65/932) dont plus d'un quart diagnostiquées après la sortie, des réinterventions furent nécessaires dans 48% des cas et il y eut 5 réhospitalisations. Le risque de survenue d'une ISC était d'autant plus grand que les facteurs de risque associés étaient prévalents, ce qui offre des perspectives intéressantes pour le monitoring et la prévention des ISC. Cette approche inclut un retour d'informations régulier aux chirurgiens, ainsi qu'un ajustement des risques permettant la comparaison entre les Services de chirurgie ("benchmarking"). Ce travail constitue une œuvre de pionniers en Suisse. Ce programme a ensuite été étendu au CHUV de Lausanne.

L'efficacité de la prévention et du rapport coût/bénéfice de la surveillance des ISC sont largement acceptées. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'encourager les responsables de la politique de la santé de soutenir et de promouvoir des études portant sur la surveillance des ISC dans le canton du Valais.

## 9. Etude suisse de prévalence des infections nosocomiales

La première étude suisse multicentrique de prévalence des infections nosocomiales a été réalisée en 1996 dans 4 hôpitaux universitaires<sup>19</sup>. Elle a été répétée en mai 1999 dans les 5 hôpitaux universitaires et dans quelques hôpitaux non universitaires. L'existence de l'Unité centralisée d'hygiène hospitalière de l'ICHV a permis à 3 hôpitaux valaisans de participer à cette étude: 294 patients valaisans ont été inclus, parmi lesquels 24 (8.2 %) présentaient une infection nosocomiale. Celles-ci se répartissaient comme suit : 10 infections du site chirurgical, 7 infections urinaires symptomatiques, 5 pneumonies, 1 bactériémie et 1 infection cutanée. Des comparaisons entre les hôpitaux seront possibles; il est notamment prévu de répéter à intervalles fixes ce type d'enquête de prévalence dans les hôpitaux valaisans intéressés.

## 10. Satisfaction des patients

Même si le concept de la satisfaction du patient persiste à demeurer insuffisamment développée<sup>22</sup>, cette mesure devient de plus en plus importante. « ... le marché des soins devient de plus en plus concurrentiel, non seulement entre le public et le privé mais aussi entre établissements du secteur public. Avec le développement du consumérisme, l'opinion des patients, parfois organisés en associations et de plus en plus relayée par les médias, devient déterminante dans le recours à tel ou tel établissement, telle ou telle technique, ainsi que pour l'image de la médecine et de la profession médicale dans l'opinion publique, que ce soit justifié ou non »<sup>23</sup>.

Jusqu'à présent, chaque hôpital en Valais a organisé ses propres démarches pour mesurer la satisfaction des patients. L'hôpital de Sierre-Loèche a mis à disposition les résultats des deux vagues d'enquête réalisées entre janvier et mars 1997 et entre juillet et octobre 1997. La vague No 1 a concerné la période de janvier à mars 1997 (occupation de lits élevée) et la vague No 2 celle de juillet à octobre 1997 (plus faible occupation de lits). Une analyse succincte a été faite à partir de la comparaison de résultats de ces deux enquêtes. C'est le questionnaire Patient Judgement System<sup>24,25</sup> (version longue) qui a été utilisée, comme il l'avait aussi été dans d'autres hôpitaux de Suisse romande.

### But de cette analyse secondaire :

---

4 Dr. N. Troillet a présenté cette étude lors du Séminaire « Indicateurs de la qualité des soins à l'hôpital » qui a eu lieu les 10 et 11 mai 1999 à Lausanne.

Il ne s'agissait pas d'évaluer directement la qualité des prestations fournies par cette hôpital, mais plutôt de soulever quelques éléments de réflexion quant à ce type d'enquête. Par exemple, se pose la question de savoir quelle leçon peut être tirée en vue d'introduire cet indicateur sur l'ensemble d'établissements médicaux en Valais.

Le choix d'avoir lancé deux vagues d'enquêtes dans la même année soulève la question de savoir combien de périodes d'enquêtes par année doivent être effectuées, à quelle(s) période(s), si l'enregistrement doit être fait en continu. Les résultats de l'hôpital de Sierre-Loèche ont indiqué une parfaite concordance entre les deux enquêtes, ce qui a amené les enquêteurs à conclure que "une enquête par année est suffisante !"

Outre le choix de l'instrument de mesure à utiliser, la perspective de l'institution doit aussi être précisée. S'agit-il de disposer d'un instrument qui doit permettre de mettre le doigt sur des réels problèmes ou pannes de qualité, ou d'un instrument destiné à comparer l'institution avec d'autres dans une optique de benchmarking, ou de fournir une évaluation (si possible favorable) aux autorités de surveillance et politiques et au public ? Des combinaisons de ces trois approches peuvent être envisagées.

L'interprétation des réponses est cependant parfois difficile. Ainsi, aux questions ouvertes « améliorations à apporter » ou les « mauvaises surprises » les patients ont relevé à 16.4% (sur un taux de réponse de 39.3% à ces questions ouvertes) un manque de personnel. Cela signifie-t-il une réelle baisse de qualité ressentie par les patients ou est-ce le reflet de "plaintes" des collaborateurs de l'hôpital ? Il conviendrait certainement de disposer de questions plus précises, et aussi de questionnaires destinés à examiner la satisfaction du personnel (un déterminant de la qualité des soins en soi). A ce propos une telle enquête a été réalisée à l'hôpital de Martigny.

Suite à ces enquêtes il a été constaté que:

- *les patients participent volontiers à ce type d'enquête (taux de participation : 58.4 respectivement 51.1 %) - mais peut-on fonder un jugement sur une participation seulement légèrement supérieure à la moitié des patients ?*
- *une telle enquête fournit les moyens pour améliorer la qualité des prestations - ce type de questionnaire fournit avant tout un jugement global, mais ne permet pas facilement de mettre en évidence des problèmes que l'on peut directement entreprendre.*

La proposition serait de développer un concept d'ensemble par rapport à la mesure de la satisfaction des patients : concept, objectifs, type de questionnaire, modalités d'administration et de comparaison des données avec les autres hôpitaux du canton et hors canton (la question de l'utilisation et de la maîtrise d'un instrument en Suisse mérite d'être soulevée).

Des comparaisons pourraient être effectuées entre les données de l'hôpital de Sierre-Loèche et les hôpitaux de zone vaudois de Saint-loup/Orbe et Yverdon (dont les données, promises, ne nous sont pas parvenues).

L'hôpital de Brigue, conduirait aussi une enquête permanente sur la satisfaction des patients, mais les réponses que nous attendions ne nous sont pas parvenues.

## 11. Le PRN, projet de recherche en nursing

Le Projet de recherche en nursing (PRN) est un outil de mesure de la charge infirmière développé à l'Université de Montréal qui est devenu largement utilisé en Suisse romande. Une description du PRN en général et de son utilisation peut être obtenue. Cet instrument permet essentiellement d'effectuer des comparaisons entre les soins requis et les soins donnés. Il permet des comparaisons entre services et hôpitaux, voire intercantonaux ou internationales. Il s'agit d'un outil de gestion et d'information dont les résultats doivent être fournis aux soignants qui l'utilisent ainsi qu'aux directions des institutions dans un but de gestion. L'utilisation de l'outil a été critiquée car il a été perçu que le PRN n'avait servi qu'à demander des postes supplémentaires. Néanmoins, l'utilisation du PRN est en voie de généralisation en Suisse.

Le PRN, ou un instrument similaire, peut être considéré comme un outil faisant partie du système d'information de base d'un hôpital, permettant une gestion, au niveau des structures et processus, qui constituerait un élément utile, mais non suffisant en soi, à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité des soins.



## 12. Effectifs du personnel infirmier

Il s'agit d'un indicateur très structurel des soins. En examinant les « Annuaire statistiques sur la santé publique » nous avons pu observer que certains hôpitaux ont enregistré une baisse de l'effectif du personnel soignant (moyen) par 100 lits occupés, avec cependant des variations selon les années. Le Tableau 15 illustre quelques informations concernant trois hôpitaux valaisans.

**Tableau 5. Effectif du personnel soignant des secteurs de soins (moyen) par 100 lits occupés; 3 hôpitaux valaisans, 1993-96**

	Soins aigus, chroniques et gériatriques		Soins aigus	Soins chroniques et gériatrique
	Monthey	Martigny	Sierre	Sierre
1993	84.4	81.98	91.06	86.27
1994	75.48	66.06	76.3	79.21
1995	80.28	70.24	75.01	76.68
1996	77.19	64.72	80.3	75.1

source : Département de la santé publique Valais. Annuaire statistique sur la santé publique 1993, 1994,1995,1996

Sans entrer dans les détails, on constate globalement une baisse sensible de l'effectif du personnel soignant par 100 lits occupés dans ces trois institutions entre 1993 et 1996. On remarquera que la situation était différente dans d'autres établissements hospitaliers, une stabilité, voire des augmentations de personnel y ayant été rencontrées. En moyenne dans le canton, les effectifs sont restés assez stables. En outre le nombre total d'hospitalisations en hôpitaux de soins aigus a légèrement diminué et la durée moyenne de séjour est en régression constante<sup>2</sup>. C'est donc plutôt la densité et la concentration du travail qui aurait augmenté, mais ces chiffres globaux ne permettent cependant pas de tirer des conclusions sans analyses complémentaires en fonction de la situation particulière de chaque institution, d'autres modifications de structures ou de fonctionnement. Rien ne nous indique pour le moment que la qualité des soins infirmiers a souffert de ces modifications structurelles, mais il n'est pas possible non plus d'exclure cette possibilité. Une étude plus approfondie, par contre, mériterait d'être faite pour mieux connaître ce qui se cache derrière ces chiffres. L'utilisation du PRN pourrait permettre de mieux évaluer cette évolution, tout comme la mesure du nombre de sorties de patients par équivalent emploi à plein temps par unité de temps. Mesurer cet indicateur, qui devrait être facilement disponible à partir de statistiques existantes, permettrait en outre de répondre à une inquiétude au sujet des soins infirmiers (justifiée ou non) relative à la perception d'une nette augmentation de la charge de travail infirmier au cours des dernières années, qui a été relevée à plusieurs reprises au cours des focus groups. La mesure de la charge de travail infirmier en dehors de l'hôpital de soins aigus serait aussi intéressante à connaître en raison de la sortie plus précoce de patients nécessitant des soins plus complets et complexes.

## 13. Hospitalisations hors du canton du Valais

Les journées-malades d'hospitalisation hors du canton du Valais ont diminué de 1990 à 1995 de 34 % (38'420 en 1990 à 25'510 en 1995, cf. P. Gilliland, p. 46). Le canton cherche, dans la mesure où une « masse critique » peut être atteinte, à dispenser les soins dans les établissements situés sur son territoire.

Avec la mise en vigueur de la LAMal, les pouvoirs publics doivent de plus en plus contribuer au financement des hospitalisations hors du canton de domicile. Bien que les « cas complexes » doivent être hospitalisés en milieu universitaire, «...le Valais a tout intérêt à investir en équipements et à traiter ses ressortissants malades ou accidentés dans les hôpitaux sur son territoire. (...). Le Valais a les capacités de répondre à une partie des besoins encore couverts actuellement par des hôpitaux universitaires » (P. Gilliland, p. 47).

La question qui se pose à partir de là est de savoir comment faut-il investir pour pouvoir garantir la qualité des soins des « cas complexes » au moindre coût financier. Afin de pouvoir planifier la politique de la gestion des « hospitalisations hors du canton », il est probablement nécessaire d'effectuer des exercices itératifs de planification à ce propos en tenant compte de l'évolution rapide des technologies médicales et des besoins de soins à moyen et à long terme. Les aspects économiques et de qualité des soins doivent être pris en compte tout

en tenant compte d'autres facteurs (par exemple le déplacement du patient et de ses proches, à l'intérieur ou en dehors du canton).

#### 14. Prestations de la Pharmacie : division médico-technique de l'Institut central des hôpitaux valaisans (ICHV)

La pharmacie centrale de l'ICHV est de longue date très engagée dans différentes activités novatrices, telles le contrôle des coûts et le développement de la pharmacie clinique, destinées notamment à une amélioration de la qualité des soins quant à la prescription de médicaments dans les hôpitaux. Ainsi, les activités de cette pharmacie ont beaucoup contribué à freiner l'augmentation des coûts de la santé. Les informations dont dispose la pharmacie centrale de par son rôle de distribution des médicaments aux hôpitaux permettent/ permettraient de :

- surveiller la consommation des médicaments d'une manière générale, par exemple de signaler si la consommation d'un médicament augmente d'une manière significative
- fournir des informations sur la consommation de médicaments qui pourraient servir d'indicateur de surveillance de l'inadéquation de certaines prescriptions (antibiotiques à large spectre) quand bien même les données récoltées actuellement ne permettent pas de faire le lien avec un patient ou un cas donné
- fournir chaque année un bilan complet de la consommation de médicaments dans le canton du Valais
- organiser une meilleure collaboration entre les personnes responsables de la distribution des médicaments
- organiser le recueil centralisé des remarques concernant les médicaments fournis, de certains effets secondaires

Les développements des activités de la Pharmacie centrale, en ce qui concerne des activités d'évaluation et de promotion de la qualité des soins, doivent être intégrés et coordonnés avec les autres mesures et interventions sur la qualité des soins.

#### 15. Audit des Services d'anesthésie

Depuis plusieurs années, des services d'anesthésie d'une douzaine d'hôpitaux de Suisse romande ont effectué un audit de leurs activités, notamment en ce qui concerne les techniques utilisées, la survenue d'incidents en cours d'anesthésie, ainsi que la mesure de certains délais dans l'organisation du travail en salle d'opération et en salle de réveil. Les données récoltées systématiquement et continuellement peuvent être analysées par les collaborateurs du service qui examinent leurs propres performances. Les données sont périodiquement transmises à l'Unité d'évaluation des soins de l'IUMSP qui analyse les données et fournit en retour des informations à chaque service qui lui permettent de se situer par rapport à l'ensemble des autres hôpitaux et, anonymement, par rapport à chacun des autres partenaires. Dès 1999, cette approche s'est généralisée à l'ensemble de la Suisse dans le cadre de la Société suisse d'anesthésie et de réanimation. L'hôpital de Monthey participe à cet audit et les responsables du Service d'anesthésie de Sion y sont intéressés.

### ***Une approche qualitative de la qualité des soins***

Les résultats du volet qualitatif (focus groups) sont présentés en détail dans des documents séparés sous la forme de résumés des discussions des différents groupes. Au sein même du rapport, nous nous sommes limités à fournir ci-dessous une synthèse globale de ces discussions. Cette synthèse décrit les idées et problématiques majeures abordées (par groupe professionnel et globalement), soit parce qu'elles étaient ressenties par un nombre important de professionnels, soit parce que nous les avons considérées comme particulièrement importantes à prendre en considération. La présentation des résultats comprend également leur interprétation qui en est difficilement dissociable.

#### ***Considérations introductives***

La composition détaillée de chaque groupe de discussion selon la provenance géographique et la spécialité professionnelle est indiquée dans les résumés des discussions. Cinquante médecins et soignants ont participé aux discussions qui, dans l'ensemble, ont été très riches et se sont bien déroulées. Les médecins de premier recours et les soignants hospitaliers du Haut-Valais se sont cependant montrés plus méfiants face à la démarche. Pour les premiers, une forte dose d'ironie face aux démarches qualité a été constatée. Un certain scepticisme vis-à-vis de la méthode des focus groups a aussi été exprimé par quelques personnes. En ce qui concerne le seul groupe de discussion en langue allemande, nous avons rencontré une forte méfiance à l'encontre de notre mandat, notamment quant à l'utilisation de la technique des focus groups. Cette méfiance provenait essentiellement de la part de deux professionnels assumant des fonctions de direction des soins. Il est probable que certains

malentendus aient créé cette résistance, liée entre autre à une mauvaise compréhension des objectifs et à l'utilisation des résultats obtenus avec les groupes de discussion. Toutefois, nous ne pouvons pas exclure d'autres raisons, peut-être liées à la différence de référentiel culturel et à des questions de politique interne. Malgré le problème constaté, nous n'avons pas le sentiment qu'il soit impossible de mettre en place une collaboration positive avec les partenaires du Haut-Valais qui ont par ailleurs aussi participé à d'autres focus groups. Nous avons en effet constaté un fort souci pour la qualité des soins et un engagement certain pour œuvrer en sa faveur.

### ***Appréciation générale de la qualité des soins en Valais***

A la question « que pensez-vous de la qualité des soins en Valais actuellement et notamment de son évolution au cours des dernières années ? », peu de participants ont explicitement fourni leur appréciation personnelle. Il est bien entendu très difficile pour tout acteur d'évaluer la situation globale de la qualité des soins ou de son évolution dans le temps. Le but de notre première question, au delà de l'objectif immédiat de lancer la discussion, était principalement de sonder les attitudes et les états d'âme au sujet de la qualité des soins.

Globalement, les quelques personnes qui ont effectivement exprimé une appréciation explicite en la matière ont parlé en termes de diminution de la qualité des soins à part l'exception remarquable de deux infirmières hospitalières du groupe francophone qui ont fait état de leur sentiment que l'on arrive, malgré plusieurs problèmes, à garder une assez bonne qualité des soins. Pour le groupe d'infirmières et infirmiers actifs dans le Haut-Valais, il n'a pas été possible de recueillir une appréciation claire de la situation.

Le groupe qui a sans doute été le plus « virulent » et explicite dans la réponse à cette question est celui des médecins de premier recours. Une majorité des médecins ont décrit une nette baisse de la qualité des soins, tout en limitant le phénomène au milieu hospitalier ou institutionnel. Le caractère incisif de la critique du système de soins peut à notre avis être mieux compris en prenant en considération la modification de la situation globale des médecins de premier recours sous l'effet des modifications et autres réformes du système de soins, ainsi que d'autres facteurs externes perçus négativement.

Le groupe des médecins hospitaliers s'est caractérisé surtout par la neutralité des réponses à cette question. En effet, à l'exception d'un médecin qui relève une nette baisse de la qualité des soins, les autres participants se sont plutôt trouvés d'accord sur le fait qu'il est très difficile de répondre à une telle question.

Dans tous les groupes, une très grande partie des professionnels qui n'ont pas fourni une appréciation personnelle explicite, sont intervenus en relevant une série de problèmes qui pèsent sur la qualité des soins. Nous interprétons ce fait comme une manière indirecte de signifier un sentiment plutôt négatif à ce propos. Globalement, on peut donc parler d'un sentiment fortement répandu auprès des personnes consultées qui va dans le sens d'une préoccupation certaine pour la qualité du service offert par le système de soins valaisan.

Les problèmes principaux identifiés par plusieurs groupes et pour lesquels un large consensus au sein des groupes semblait acquis sont développés ci-après. De plus, certains aspects qui concernaient des domaines spécifiques des soins – par exemple, la psychiatrie – ont été rapportés si ils avaient fait l'objet d'un évident consensus de la part des professionnels actifs dans le domaine intéressé.

### ***L'accélération des processus hospitaliers***

Le débat national autour des coûts du système de santé et les décisions politiques adoptées à tous les échelons pour améliorer leur maîtrise ont eu des conséquences importantes sur l'organisation et le fonctionnement du système de soins. Dans ce contexte, un des objectifs formulés est le raccourcissement de la durée de séjour hospitalier. Les résultats ont été mesurés et la diminution de la valeur moyenne de cet indicateur a été obtenue, notamment en Valais. Ceci indique que les hôpitaux ont modifié leurs procédures afin d'accélérer les processus. Ce fait est certainement à considérer comme un élément très important du nouveau contexte de la santé. L'accélération du système a en effet été un thème très important; sa présence « en toile de fond » pendant les discussions de tous les groupes professionnels l'indique bien.

Selon l'avis exprimé par certains participants, la durée de séjour hospitalier représente un bon indicateur dans l'optique d'une meilleure maîtrise des coûts, mais la poursuite de cet objectif ne devrait pas devenir une fin en soi. En pratique, il semblerait que l'on ait trop focalisé l'attention sur cet indicateur. En d'autres termes, on aurait modifié un peu hâtivement certains protocoles en sous-évaluant probablement les conséquences indirectes induites. Cela semble avoir favorisé la naissance ou le renforcement de plusieurs problèmes ayant des conséquences négatives sur la qualité des services offerts tant par les hôpitaux que par les milieux institutionnels et ambulatoires.

Bien que l'accélération du système ne représente pas en soi un problème pour la qualité des soins, il peut favoriser la naissance ou le renforcement de problèmes réels. Rappelons toutefois que l'intention n'est pas celle de plaider contre l'accélération des procédures, mais plutôt d'attirer l'attention sur les domaines où une réflexion plus approfondie et documentée s'impose.

Le raccourcissement des séjours hospitaliers implique une modification des modalités et conditions de travail des différents professionnels opérant dans les institutions hospitalières. On peut caractériser ces modifications comme une augmentation de la pression qui pèse sur tout intervenant, car la perception est que les effectifs n'ont pas été augmentés en proportion, et les conséquences de ces changements sont perçues comme affectant également en aval, ou en amont, les conditions de travail des professionnels de santé opérant dans le secteur extra hospitalier.

En ce qui concerne le personnel soignant, par exemple, on peut parler de mécanismes de défense individuelle naturellement développés pour faire face à la pression accrue (exprimée en termes de surcharge de travail et de manque de temps). Une des réponses à cette situation - probablement la première par l'importance des conséquences sur la qualité des soins - est la détermination de priorités. Par définition, la détermination de priorités implique des choix et de possibles abandons de certains soins par rapport à une pratique idéale. C'est dans cet espace interprétatif qu'il importe de bien mesurer les conséquences possibles de modifications des structures et des processus sur la qualité des soins, perçue et réelle.

### ***Surcharge de travail et manque de temps***

La compression du temps à disposition entre l'hospitalisation et la sortie du patient constatée dans les hôpitaux valaisans provoque une série de réactions en chaîne sur tout le « parcours sanitaire ». A l'intérieur même d'un hôpital de soins aigus, par exemple, l'accélération de la procédure dans le service de soins intensifs sera répercutée dans les services. Il est évident que la situation peut varier entre les services et les hôpitaux - notamment en fonction de la dotation en personnel et en infrastructure - mais plusieurs infirmières ont notamment fait état de problèmes dans le suivi du patient qui serait fréquemment devenu « moins strict », pouvant ainsi correspondre à une moindre efficacité de la prise en charge du patient.

Pour ce qui concerne les institutions de convalescence et de réadaptation, on dénote une augmentation de la charge de travail due au raccourcissement des séjours hospitaliers, fait qui implique que de plus en plus de patients arrivent dans ces services avec des prises en charge lourdes (perfusions, agraphes, fils, etc.). Parfois, aussi, tout le personnel ne disposerait pas de la formation spécialisée nécessaire à certains types de soins de cette « nouvelle clientèle ».

Cette problématique se trouve renforcée par la tendance au vieillissement de la population qui s'accompagnerait aussi d'une augmentation des cas avec un nombre élevé de co-morbidités et de pathologies sévères nécessitant des prises en charge plus lourdes et complexes. Ce fait a notamment été relevé par des personnes actives dans les soins à domicile, qui constituent un autre secteur ayant fortement ressenti ce changement.

A partir du moment où le personnel actif dans ces secteurs n'a pas augmenté, il est vraisemblable que la charge de travail a augmenté, et que lorsque la marge de réserve était faible, les conditions de travail se sont détériorées, notamment en termes de la qualité des soins fournis. Une grande partie des personnes actives dans les soins infirmiers - tous secteurs confondus - ont rapporté un sentiment de « manque de temps pour tout faire selon les règles de l'art ». Le personnel infirmier semble être très marqué par ce développement qui se situe en opposition avec la conception et l'éthique usuelle des soins. De nombreux participants des trois groupes infirmiers ont fait état d'une certaine frustration due au sentiment de ne pas pouvoir « faire les choses jusqu'au bout ». L'impression de devoir décharger le problème sur les intervenants suivants a aussi été fortement rapportée.

Un aspect qui souffre particulièrement de cette situation nouvelle est la qualité de la relation entre le professionnel de santé et le patient. De très nombreux professionnels actifs dans des institutions ont affirmé que l'accélération des processus et la surcharge de travail avaient imposé une compression du temps passé avec les patients, ce qui peut parfois se révéler très problématique. Plusieurs problèmes ont été relevés à ce sujet. Par exemple, le fait de substituer le temps de discussion avec des patients inquiets par l'administration de calmants ou de somnifères (on a notamment soulevé la question de savoir combien de situations de dépendance prenaient naissance dans des institutions sanitaires); ou encore la difficulté pour le médecin de laisser le temps nécessaire au patient qui présente une maladie telle un cancer pour pouvoir intégrer sa condition de personne souffrante avant de pouvoir envisager un parcours thérapeutique. Cette dernière illustration implique un questionnement

quant aux éventuelles répercussions sur la qualité des soins, mais également quant aux aspects éthiques et juridiques comme par exemple la question du consentement éclairé.

Un dernier aspect que nous tenons à souligner dans ce cadre est l'augmentation - très fortement ressentie par le personnel soignant - du volume des tâches administratives dans l'ensemble des tâches à accomplir. Plus la durée de séjour dans les hôpitaux diminue, plus la place occupée par le travail administratif que chaque cas implique augmente sensiblement en proportion. Plusieurs plaintes dans ce sens ont été enregistrées. Certaines infirmières occuperaient ainsi jusqu'à un tiers de leur journée pour accomplir ces tâches.

### ***Coordination et continuité des soins***

Plusieurs problèmes ont également été relevés concernant les procédures qui visent à assurer la continuité des soins. Dans ce cadre, nous citerons premièrement ce qui a été qualifié d'importante perte d'informations au niveau des dossiers de transfert, un problème constaté par tous les groupes professionnels consultés, et mis en relation avec le manque de temps cité plus haut. Ainsi, il semblerait qu'une partie de l'importante charge de travail accomplie serait inutile car les informations acquises ne seraient pas transmises sous une forme et dans des délais appropriés. En effet plusieurs personnes ont également fait état d'un manque de coordination qui se manifesterait par exemple par la répétition injustifiée de certains examens médicaux déjà effectués.

En outre, des médecins de premier recours ont exprimé une certaine frustration due au fait de ne pas se sentir suffisamment impliqués dans la vie des institutions de soins, alors que de la part des médecins hospitaliers une implication plus importante des médecins de premier recours dans la vie de leurs institutions paraissait souhaitée.

Il semble qu'une plus grande intégration des médecins de premier recours - qui connaissent mieux le patient de par leur suivi - lors de l'hospitalisation et de la préparation de la sortie pourrait parfois permettre d'améliorer nettement la situation en matière de coordination et continuité des soins. Un fonctionnement insatisfaisant du réseau de soins et des retards dans les activités proviendraient parfois de la mauvaise identification des ressources existantes. Ce problème serait particulièrement présent et aigu pour la psychiatrie.

### ***Formation, recrutement et motivation du personnel***

Au sujet de la formation, plusieurs participants ont manifesté une certaine appréhension, notamment en relation avec les réformes des études infirmières et le débat relatif aux Hautes Ecoles Spécialisées.

Un problème a recueilli les consensus de tous les professionnels actifs dans le domaine de la psychiatrie; il s'agit de la cessation de la formation en soins psychiatriques à l'Ecole valaisanne de soins infirmiers. Cela aurait provoqué une grande difficulté - qui sera ressentie de plus en plus fortement si la situation ne change pas - pour recruter du personnel qualifié dans ce domaine particulier des soins. D'autres intervenants ont aussi rapporté des difficultés pour recruter du personnel infirmier qualifié mais cela varie beaucoup selon les régions (cela semblait moins problématique dans le Haut-Valais). Ces difficultés doivent être insérées dans le contexte socio-économique actuel du Valais. En effet, les conditions salariales valaisannes paraissent rendre le canton peu attractif pour des professionnels de la santé venant de l'extérieur du canton. Le même constat est valable pour ce qui concerne la rotation du personnel.

Un dernier élément à relever concerne l'encadrement des stagiaires dans les hôpitaux. En effet, il a été signalé que l'on ne prenait plus suffisamment le temps de bien former les stagiaires et que ceux-ci étaient parfois « utilisés comme forces de travail ». En dehors des politiques de formation des institutions, il est possible que ces dernières doivent parfois faire face à des situations pour lesquelles elles n'ont pas été préparées, et ainsi parer au plus pressé.

### ***Autres problèmes relevés***

Trois autres problèmes identifiés par les différents groupes consultés nous semblent importants à souligner. Le premier concerne les établissements médico-sociaux valaisans (EMS). Un manque de places d'hébergement a été constaté par la majorité des EMS de toutes les régions du canton. Cela implique souvent de longs délais d'attente pour l'entrée dans l'établissement, mais aussi parfois le fait de placer des personnes dans des régions relativement distantes de leur 'ancienne' localité de résidence, les isolant de leur réseau de connaissances sociales, en raison de l'éloignement et parfois de l'offre limitée de moyens de transport. En outre, selon les intervenants, les EMS se trouvent être occupés en grande partie par des cas très lourds pour lesquels les EMS n'ont pas été conçus, ce qui a pour conséquence un manque d'infrastructures adéquates à une prise en charge correcte. Cela induit aussi une réflexion quant à la qualité de vie des personnes âgées ne nécessitant que peu de prise en charge dans ces institutions. Un manque de structures intermédiaires a été relevé à ce propos.

Un deuxième constat a pu être largement établi quant à un manque d'informations de la part de la population en général quant aux nouvelles orientations du système sanitaire valaisan. Il semblerait que beaucoup de temps soit investi par le personnel soignant et les médecins de premier recours pour répondre aux nombreuses questions de patients qui ne comprennent pas, par exemple, pourquoi leur séjour hospitalier est si bref. Plusieurs groupes professionnels ont également fait état de relations parfois tendues avec les patients à cause de ce manque de compréhension. Le souhait d'une politique plus active d'information de la population a été exprimé aussi pour contrer, quand cela se révèle nécessaire, des mauvaises informations issues de sources non homologuées voire parfois douteuses.

Enfin, nous souhaitons rapporter également une troisième problématique relevée lors des discussions. Celle-ci déborde toutefois amplement le contexte du système de soins tout en pouvant avoir des conséquences directes sur la qualité des soins administrés. Les conditions de vie de certains groupes ou sous-groupes de la population résidante se sont détériorées au cours de la dernière décennie. Globalement, une bonne partie des intervenants ont déploré une certaine désintégration du tissu social. Selon l'opinion exprimée par ces intervenants, le réseau familial et de personnes proches assumait une partie de la prise en charge (soins primaires ne nécessitant pas une prise en charge professionnelle) qui aujourd'hui retombe sur le système de soins. Il faut donc ainsi considérer aussi certaines influences exogènes au système dans ce qui a été caractérisé comme une surcharge de travail.

Un exemple particulièrement saisissant de l'influence de ces facteurs exogènes nous a été fourni par une pédiatre. Il existe de plus en plus de familles dont les deux parents sont obligés d'exercer une activité professionnelle pour pouvoir subvenir à leurs besoins. Parallèlement, il aurait été remarqué une moins bonne disponibilité à offrir des congés pour un problème familial de la part des employeurs. Ainsi, il semblerait que les pédiatres prescrivent de plus en plus souvent des antibiotiques à des enfants en bas âge qui ont des pathologies pour lesquelles une semaine de repos suffirait normalement. Ceci adviendrait uniquement parce que les parents ne peuvent pas se permettre de ne pas aller à travailler. Il faut donc que les enfants puissent recouvrer leur santé le plus rapidement possible pour qu'ils soient rapidement réadmis à la crèche. Cet exemple permet de rejoindre d'autres préoccupations actuelles quant à la qualité des soins (et les coûts) à propos de l'administration souvent inappropriée d'antibiotiques à large spectre et le développement de résistances à ces derniers. Cet exemple illustre bien la complexité des problèmes à prendre en compte lorsque l'on veut améliorer la qualité des soins et surtout la difficulté d'y apporter des réponses satisfaisantes pour tous.

#### ***A propos des démarches qualité***

Comme nous l'avons déjà relevé, la question de la qualité est aujourd'hui omniprésente dans le système de soins. Bien que tout le monde trouve positif et nécessaire de s'intéresser à la qualité des soins, nous avons constaté également une certaine méfiance face aux démarches qualité. Le sentiment prévalent qui se trouve à l'origine de cette méfiance est probablement le soupçon que les différentes démarches qualité ne répondent avant tout qu'à un souci financier. Une grande partie de nos interlocuteurs ont laissé transparaître ce sentiment en critiquant certaines démarches entreprises jusqu'à ce jour en Valais. Les principales critiques concernent le fait de ne pas être considérés comme partenaires à part entière dans ces démarches, soit par manque total de consultation avant la prise de décisions, soit par une carence de retour d'information suite à une consultation. Plusieurs participants ont ainsi relevé un manque d'utilité ou d'efficacité de ces démarches.

Par contre nous avons pu constater une forte motivation des personnes intervenues pour défendre les initiatives visant à renforcer la qualité des soins et une ouverture certaine à la mise en place d'une démarche qualité, à condition que celle-ci prenne en considération les remarques résumées ci-dessus. De plus, selon l'avis exprimé par une très grande partie des membres des quatre groupes professionnels, il semblerait impensable d'espérer de mettre en place une démarche qualité sans mettre à disposition les moyens nécessaires. En effet, prenant en considération ce qui concernait la surcharge de travail dans les différents secteurs, et notamment le travail administratif, le fait de demander l'exécution de nouvelles tâches liées à la qualité en l'absence de moyens ou modalités appropriées serait très mal accepté. Ceci risquerait évidemment de compromettre la démarche dans son ensemble.

#### **Idées et propositions pour la recherche de solutions**

Une des questions posée à nos interlocuteurs portait sur la recherche d'idées permettant de contribuer à résoudre certains problèmes identifiés. Les propositions avancées par les participants ont été nombreuses et d'une richesse certaine. Toutefois, les professionnels consultés se sont naturellement davantage concentrés sur les problèmes à résoudre dans leur pratique professionnelle concrète. Il en résulte donc une série d'idées valables pour chaque secteur d'intervention qui n'ont pas été rapportées dans cette synthèse globale, mais figurent dans les résumés des discussions de chaque groupe annexés au rapport. Nous nous bornerons donc à rappeler la nécessité ressentie globalement par les différents groupes professionnels de conduire à une évaluation régulière, bien structurée et

bien conduite de la qualité des soins. A ce propos, une grande majorité des intervenants s'est dite prête à s'investir dans une telle démarche.

### Evolutions positives encouragées ou suscitées par les réformes entreprises

Parmi les aspects positifs engendrés – directement ou indirectement – par les réformes introduites, un large accord a été constaté sur les points résumés ci-dessous.

- Les participants ont constaté une forte sensibilisation des professionnels de santé et des patients aux coûts de la santé, à la qualité des soins et à son amélioration.
- Les réformes introduites ont eu un effet dynamisant sur le fonctionnement des différents secteurs du système de soins. La pression sur les professionnels n'induit pas seulement des problèmes, mais également quelques avantages. Parmi ceux-ci, la nécessité de trouver des solutions aux problèmes qui se sont posés a stimulé l'imagination, favorisé des discussions et des réflexions. Parfois, cette dynamique a également apporté davantage d'efficacité dans l'organisation du travail.
- Une plus grande professionnalisation du personnel soignant en général a également été constatée. De plus, les réformes ont également obligé les professions soignantes à mieux formaliser le travail effectué, ce qui le rend plus visible et explicite. Cela devrait permettre aux soignants de mieux pouvoir expliquer les contraintes et la complexité de leurs tâches aux responsables politiques et administratifs. L'espoir de mieux défendre la qualité des soins à travers les données ainsi récoltées est bien présent.
- Il a également été question du renforcement et du développement de nouvelles disciplines de la médecine, notamment à l'hôpital de Sion. Ces nouveaux développements auraient probablement existé de toute manière, mais sans bénéficier de l'essor connu.
- Un autre aspect positif a été identifié dans le processus de décentralisation et de 'désinstitutionnalisation' en psychiatrie et psychogériatrie.

Enfin, le travail en réseau semble avoir été dynamisé aussi. Bien qu'une grande partie des participants de chaque groupe professionnel ait souligné les difficultés existant dans le développement des réseaux, un petit mieux semble avoir été enregistré pour certains secteurs.

# Interprétation et discussion

## ***Analyse des causes de mortalité***

L'examen des causes évitables de décès en Valais durant la période 1985-1994 et en comparaison avec les données du reste de la Suisse ne révèle pas une situation particulière du canton du Valais. Ainsi il n'y a pas eu d'augmentation récente de la mortalité évitable ni de différence quantitativement significative avec le reste de la Suisse.

Néanmoins, il a été dénombré en moyenne 90 et 240 décès évitables par an chez les femmes et chez les hommes âgés de 1 à 74 ans, respectivement, selon la liste 'élargie' des causes de décès évitables et 15 et 50 décès annuels chez les femmes et chez les hommes âgés de 1 et 64 ans, respectivement, selon la liste 'restreinte' des causes de décès évitables selon Rutstein. Les comparaisons internationales sont plus difficiles à effectuer en raison des périodes différentes considérées, de variations dans le contenu des listes des causes évitables de décès utilisées et parfois du manque de détail des résultats disponibles dans les documents publiés.

Les analyses de la mortalité par classe d'âge indiquent des taux de mortalité évitable apparemment discrètement plus élevés en Valais entre 0 et 4 ans. Une diminution des taux de mortalité évitable apparaît en Suisse dès 60 ans chez l'homme et dès 64 ans chez la femme ; une évolution similaire est retrouvée chez les femmes en Valais mais pas clairement chez les hommes. Les moyennes du taux de décès des hommes dus aux maladies influençables sont toujours plus élevées que celles des femmes. Ce rapport s'étend du double au quadruple. Cette observation est valable pour le Valais comme pour la Suisse.

Ces analyses de la mortalité évitables présentent un certain nombre de limitations, notamment pour ce qui a trait aux associations avec la qualité des soins. Ces analyses se basent sur les causes de décès transmises à l'OFS qui sont généralement fournies par le médecin en réponse à une obligation légale et non dans un but d'évaluation de la qualité des soins. En outre la mortalité est un événement relativement rare qui peut ne révéler que des atteintes déjà importantes au fonctionnement du système de santé. En outre, le concept même de mortalité évitable peut être abordé de diverses manières. Ainsi, dans une définition stricte, selon A. Giraud « Une mort évitable est définie comme tout décès dû à une cause qui ne devrait pas entraîner la mort si des soins appropriés sont délivrés à temps. Une maladie évitable est définie comme une maladie ne devant pas survenir dans un contexte où le système de soins est performant »<sup>23</sup>. C'est cette approche que Rutstein et al ont suivie en conceptualisant la liste restreinte: la survenue de décès dont les causes sont des maladies accessibles à la prévention et/ou au traitement constituent un indicateur de la qualité de soins dans le sens où ces événements ne devraient pas se produire dans un système sanitaire performant. Ces événements devraient être analysés afin de cerner les problèmes associés à ces événements indésirables. Dans notre compréhension de ce terme, et notamment en fonction du concept de développement de la liste élargie des causes évitables de décès, il s'agit d'un indicateur sanitaire qui ne doit pas être interprété isolément, mais avec d'autres indicateurs. La norme doit-elle être de zéro cas de décès évitable selon la définition utilisée ? Zéro est un optimal idéal, probablement impossible à atteindre, mais une norme semble difficile à préciser.

Il est possible de critiquer le fait que certaines causes de mort violente (accidents, suicides) n'ont pas été considérées dans les listes développées, alors même qu'elles pourraient être englobées comme pouvant faire l'objet d'interventions préventives fournies par les services de santé (au même titre que certaines interventions de prévention primaire qui conduisent à des maladies et éventuellement des décès qui sont considérés dans les listes utilisées).

Peut-on vraiment se fier à des indicateurs sanitaires développés selon le concept de mortalité évitable développé par Rutstein et al et repris par d'autres équipes pour évaluer la qualité des soins ? Les associations entre mortalité évitable et caractéristiques du système de soins sont faibles et variables. Les variations observées seraient plus à mettre en relation avec des variations d'incidence et de sévérité des maladies qu'avec des variations de la qualité du système de soins<sup>8</sup>. En outre les données de morbidité qui seraient utiles à l'analyse font le plus souvent défaut. Ainsi il a été suggéré que les données de mortalité évitable ajustées pour l'incidence seraient un meilleur indicateur de la qualité des soins<sup>8</sup>. Il ne faut cependant pas oublier que même lorsque des ajustements relativement sophistiqués sont effectués afin de permettre une meilleure comparaison de la mortalité intra-hospitalière, les différences apparentes peuvent être réduites ou gommées, quand bien même une revue clinique de dossiers peut faire apparaître des différences de qualité des soins<sup>26</sup>. La mortalité intra-hospitalière, évitable ou non, est en outre associée à des degrés divers à la mortalité totale, en fonction notamment de la pathologie considérée; par exemple la mortalité suite à un accident cérébro-vasculaire est le plus souvent intra-hospitalière. Il sera plus difficile de mettre en relation une mort subite avec un secteur particulier du système sanitaire. De



surcroît, la modification du réseau de soins avec l'apparition de nouvelles structures et modes de fonctionnement (réadaptation, fin de vie, transferts entre hôpitaux, etc.) ainsi que le raccourcissement des durées de séjour hospitalier rend plus difficile l'acquisition de données valides et leur interprétation ou leur imputation à un secteur particulier. Par exemple en ce qui concerne la mortalité liée à une hospitalisation, il est souvent plus intéressant de connaître la mortalité au cours d'une période donnée (par exemple au cours des 4 semaines qui suivent la prise en charge d'une personne pour infarctus du myocarde ou pour une opération électorale) que durant la seule hospitalisation.

On notera encore à propos du concept de mortalité évitable que l'évolution de la mortalité évitable et non évitable s'est révélée assez semblable sur la période considérée et qu'une évolution notable au cours de la période est la réduction de la mortalité par accident de transport chez les hommes, qui a le plus probablement une relation faible avec l'organisation des systèmes de santé. A noter qu'il s'agit là d'une cause de sur-mortalité en Valais par rapport au reste de la Suisse<sup>15</sup>. A contrario, il faut relever que les indices de mortalité évitable basés sur des statistiques globales de population, comprennent souvent, et de façon non facilement dissociables, des aspects des soins qui concernent la santé publique dans son ensemble et non seulement spécifiquement l'organisation et la qualité des services de soins. L'utilisation du concept de mortalité évitable permet ainsi de favoriser une approche globale de la qualité des soins, qui inclut aussi des aspects de santé publique.

## **Autres indicateurs sanitaires**

De multiples initiatives quant à la mesure de la qualité des soins et de nombreux indicateurs, « classiques » et moins classiques, de la qualité des soins ont été introduits souvent dans plusieurs hôpitaux (revues des hospitalisations, réhospitalisations inappropriées, mesure de la satisfaction des patients, programme de recherche en nursing -PRN, etc.). Les commentaires liés à ces indicateurs ont été présentés avec les résultats.

L'aspect le plus important concerne les choix qui seront opérés afin de disposer d'une série d'indicateurs de qualité complémentaires, diversifiés et intégrés qui permettront aux responsables des services de soins et aux responsables de l'organisation du système sanitaire de disposer d'un instrument de mesure apte à fournir des informations pertinentes pour l'évaluation de la qualité des soins.

## **Une approche qualitative de la qualité des soins**

La qualité des discussions obtenues et l'intérêt montré par les professionnels ayant accepté de participer aux groupes de discussion sur les questions liées à la qualité des soins sont très satisfaisants. La composition des groupes a permis de recevoir un écho de la part de personnes provenant des principales régions du Valais. Il ne s'agit bien sûr pas d'avis représentatifs de l'ensemble des professionnels des corps médical et soignant. Il aurait en outre fallu répéter plusieurs focus groups par catégorie professionnelle de manière à explorer plus complètement les opinions et propositions de chacun des groupes professionnels. Cependant, de nombreux avis étaient similaires entre les quatre groupes, ce qui donne des garanties suffisantes de validité dans cette phase exploratoire. Les enseignements principaux issus des discussions sont rapportés ci-après.

Il est important de relever que nombre de remarques étaient liées au sentiment de perte d'autonomie et de relative déstabilisation des professionnels de la santé, principalement des médecins de premier recours. Ces circonstances ne sont pas propres au Valais : elles correspondent à un système sanitaire changeant profondément sous l'effet de la LAMal, du rôle croissant et bientôt dominant des caisses maladies, des modifications en cours des tarifs médicaux (GRAT, TARMED), du changement global du système de soins par l'apparition de nouvelles techniques et de modalités de traitement qui contribuent au virage ambulatoire, ainsi que des modifications économiques et sociales de la société. Cependant, quel que soit le caractère subjectif des plaintes et malgré leur caractère souvent non spécifique au Valais, il est important que le malaise ressenti par certains professionnels de la santé puisse être exprimé et entendu.

La perception subjective et constante des professionnels de la santé est que la qualité des soins est menacée, notamment en raison des ressources limitées disponibles. La qualité des soins aurait déjà baissé selon de nombreux participants aux focus groups, notamment les médecins de premier recours, que l'on peut considérer, en raison de leur position charnière, comme des observateurs privilégiés du système.

Cette impression de réduction de la qualité des soins est liée à l'accélération des processus de soins, notamment le raccourcissement des durées de séjour hospitalier. En fait ce n'est pas tellement la durée moindre des séjours en tant que telle qui serait en cause, que les conséquences sur la relation entre médecins/soignants et patients, qui

aurait diminué en quantité et qualité en ce qui concerne les informations, les explications, le soutien et le support émotionnel offerts aux patients.

Le manque de continuité et de coordination des soins, notamment la baisse de la qualité des informations transmises, ont été aussi fréquemment décrits.

Un autre aspect lié est le transfert "en cascade" de la prise en charge de patients depuis les institutions de soins aigus vers les institutions de soins intermédiaires et de long séjour, qui implique une surcharge de cas lourds pour des institutions qui ne seraient pas suffisamment préparées en termes de structure et de formation du personnel.

Une politique transparente de communication des instances responsables envers les professionnels de la santé et envers la population est souhaitée.

Enfin, il convient de souligner une attitude positive face à des démarches destinées à évaluer et à améliorer la qualité des soins ainsi qu'envers les changements du système sanitaire qui permettraient cela.

Cette démarche exploratoire nous a permis de constater globalement une bonne acceptation de la méthode employée et une ouverture certaine à la poursuite de la réflexion et à la mise en place d'un monitoring régulier de la qualité des soins en Valais. Cette approche qualitative de la qualité des soins pourrait être utilisée à nouveau dans le futur pour en aborder des aspects plus spécifiques. Néanmoins, une attention particulière devrait être consacrée aux variations culturelles et linguistiques à l'intérieur du canton dans l'approche d'une éventuelle démarche qualitative dans le futur. En outre, une approche plus exhaustive devrait être utilisée afin de limiter le risque que l'opinion récoltée ne soit principalement le fait d'une minorité particulièrement récriminante.

### ***Limitations de l'analyse exploratoire***

La première limitation consiste en l'approche utilisée, plurielle puisque une analyse relativement approfondie de la mortalité évitable a été conduite en parallèle avec l'identification et l'analyse plus superficielle d'autres indicateurs utilisés en Valais et avec la conduite d'une approche qualitative de la perception de la qualité des soins et des moyens envisagés pour la maintenir ou l'améliorer.

Il convient aussi de noter la difficulté, par ailleurs attendue, de trouver des indicateurs de la qualité des soins valides, fiables qui soient largement, facilement et rapidement disponibles pour les partenaires du système sanitaire. La mesure de la mortalité évitable effectuée (et d'autres mesures obtenus à partir des statistiques de mortalité), bien qu'intéressante en soi, ne permet qu'une estimation assez grossière de la qualité des soins fournis par le système sanitaire. Par ailleurs les résultats ne sont disponibles qu'avec un décalage dans le temps qui ne permet pas d'exercer une surveillance précoce d'une éventuelle évolution défavorable.

Il n'a pas été possible d'effectuer un relevé exhaustif de l'ensemble des évaluations de la qualité des soins et des programmes qualité qui ont été mis en place en Valais. Des indicateurs de qualité des soins ont été utilisés par certaines institutions ou hôpitaux seulement et divers instruments ont été utilisés pour effectuer des mesures a priori similaires (satisfaction des patients).

Certaines mesures comme l'incidence des infections nosocomiales, les infections de plaies après chirurgie, l'audit des services d'anesthésie constituent des initiatives importantes et a priori utiles à l'amélioration de la qualité des soins. Leurs destinataires sont avant tout les responsables des soins concernés (médecins, soignants) et ces informations ne sont pas destinées a priori à une large publication dans l'environnement culturel, social, et politique actuel, à moins d'être largement agrégées et anonymisées.

# Conclusions

## ***La qualité des soins en Valais, état des lieux***

Cette étude exploratoire a permis d'effectuer une évaluation globale de la qualité des soins, dans une approche de santé publique, en utilisant la mortalité évitable comme indicateur sanitaire. **Les résultats indiquent l'existence, entre 1985 et 1994, d'une évolution très légèrement positive, favorable, de la mortalité évitable qui ne se distingue pas de l'évolution observée en Suisse. Il est ainsi possible d'affirmer qu'il n'y a pas eu une détérioration de la qualité des soins** telle qu'elle se serait manifestée par une augmentation de la mortalité évitable jusqu'en 1995. L'évolution de cet indice chez les enfants âgés de 0 à 4 ans et chez les hommes adultes, notamment dans les catégories d'âge de 35 - 54 ans, est à réexaminer ultérieurement, sans que l'on puisse affirmer qu'il y ait une surmortalité dans ces groupes, ni a fortiori qu'un lien avec une éventuelle modification de la qualité des soins puisse être incriminé.

De nombreuses initiatives, à l'échelon cantonal, régional ou institutionnel, permettent aux professionnels de la santé de disposer d'indicateurs plus fins et plus proches de leur pratique qui devraient contribuer à l'amélioration de la qualité de soins. **Une analyse plus globale doit cependant être progressivement mise en place sous la forme d'indicateurs intégrés et coordonnés proposés aux professionnels du canton.**

La perception largement dominante des cinquante professionnels de la santé rencontrés lors des focus groups est que la qualité des soins est menacée dans le Canton. Cela constitue en soi un appel sérieux à mettre en place un système d'indicateurs de la qualité des soins.

## ***Quels indicateurs de la qualité des soins ?***

Les données « administratives » deviennent de plus en plus nombreuses et complexes et il existe de nombreuses initiatives destinées à les utiliser pour mesurer la qualité des soins. Plusieurs questions principales se posent à ce sujet: la validité des données recueillies de routine, le plus souvent dans une perspective administrative ou légale, est-elle suffisante pour évaluer la qualité des soins ? la qualité des données, leur fiabilité sont-elles suffisantes ?

Il semble difficile de disposer d'indicateurs de qualité des soins idéaux, mesurés de manière fiable et sans efforts ni ressources démesurés. La tendance est de développer un petit nombre d'indicateurs de la qualité des soins mesurés de routine, en continu ou par enquête ou analyse répétée. Ces indicateurs constitueraient un système de surveillance. Sur la base de ce système de surveillance ou à partir d'autres informations sporadiques des enquêtes ad hoc, des mesures correctrices, ou des programmes qualité peuvent ensuite être réalisés.

Classiquement, des indicateurs se rapportant aux éléments traditionnels de la structure, des processus et des résultats sont proposés et utilisés<sup>27</sup>. De nombreux programmes de développement et d'application d'indicateurs de la qualité des soins ont été mis en place aux Etats-Unis. Par exemple, le « Maryland Hospital Association's Quality Indicator Project » ou « QI Project » concerne environ 700 établissements hospitaliers. Son objectif est de promouvoir l'amélioration constante de la qualité par le contrôle continu des procédures hospitalières. Les établissements recueillent trimestriellement 21 indicateurs ajustés sur le casemix. Chaque établissement reçoit ensuite un récapitulatif de ses résultats avec des éléments de comparaison extraits de la base de données globales. Un programme similaire a été développé par un groupe mandaté par le Service de la santé publique du canton de Zürich (LORAS)<sup>28,29</sup>.

Une réflexion doit être entreprise par le Service de la santé publique de l'Etat du Valais, les partenaires du système de soins (hospitalier, institutionnel et ambulatoire, publique et privé), en collaboration avec des experts afin de déterminer quels indicateurs de qualité doivent être mis en place, compte tenu des possibilités, des ressources et d'éléments politiques, sociaux et culturels. Au delà du choix des indicateurs, des comparatifs internes et externes devraient être développés (standards, normes), et des moyens (information, formation, appui méthodologique et logistique) être proposés.

**Il est essentiel que les indicateurs mis en place soient en premier lieu destinés aux responsables et aux acteurs du système sanitaire afin qu'il puissent déterminer si des mesures correctrices doivent être entreprises et, si oui, lesquelles.** Les professionnels de la santé sont dans leur très grande majorité concernés par la qualité des soins et sont en mesure de réagir favorablement face à la mise en évidence de processus de soins déficients quant à leur qualité. La première mesure doit être de permettre l'obtention par les professionnels de la santé d'indicateurs valides qui permettent une évaluation de la qualité des soins et l'adoption de mesures

correctrices appropriées. Les autorités de surveillance doivent cependant aussi bénéficier de l'information acquise par les mesures de surveillance de la qualité qui leur permettent au besoin d'agir lorsque les mesures correctrices nécessaires ne sont pas apportées par les responsables des soins. Ainsi, dans la mesure du possible des informations agrégées obtenues à partir de données potentiellement sensibles devraient être obtenues et diffusées.

Il est souhaitable de compléter les informations en provenance des indicateurs 'statistiques' par des informations qualitatives issues des patients et des professionnels de la santé travaillant directement en contact avec les patients; ce type de mesures doit aussi être considéré comme des indicateurs de la qualité des soins. Le choix des indicateurs devrait en effet permettre de fournir une image réelle de la qualité des soins, dont certains aspects sont à l'évidence plus difficilement mesurables que d'autres. Ce propos a été bien illustré par le commentaire d'un participant à un focus group: « Je ne serais pas étonné que grâce à vos indicateurs, vous arriviez à démontrer que la qualité est identique sur des paramètres comme la létalité, la morbidité, les infections...[..]. ».

**Enfin, une généralisation et une harmonisation des indicateurs proposés est souhaitable au plan cantonal, voire intercantonal.**

### ***Autres éléments à prendre en compte***

Il existe une grandes variations des pratiques de soins entre régions géographiques, linguistiques, et culturelles, mais aussi entre institutions et professionnels de la santé exerçant au sein du même environnement. La qualité des soins, inscrite dans la LAMal mais aussi dans l'évolution de la société, va s'installer durablement dans le système sanitaire, d'une manière ou d'une autre. La qualité des soins doit être comprise comme une composante de la santé publique et non uniquement comme une préoccupation dans la seule optique de diminuer les coûts ou un souci ponctuel des professionnels de la santé.

Il ne faut pas oublier que les mauvais soins consomment des ressources, publiques en partie, qui devraient être mises à disposition pour pouvoir fournir des soins de bonne qualité, voire pour permettre de développer d'autres besoins (développement, éducation, communication, etc.). L'évaluation de la qualité des soins et les programmes et mesures destinés à l'amélioration des soins ne doivent pas coûter trop cher par rapport à la valeur financière des soins fournis. La qualité ne doit cependant pas être seulement liée aux aspects économiques du système de santé.

## Propositions

### ***Développer des enquêtes et des analyses à intervalles réguliers***

Des analyses complémentaires plus exhaustives devraient être effectuées, tant quantitatives que qualitatives. Par exemple une enquête auprès de l'ensemble des chefs de services des hôpitaux valaisans quant aux indicateurs de qualité dont ils disposent, qu'ils aimeraient obtenir, etc. Des focus groups complémentaires pourraient être effectués avec d'autres professionnels de la santé, de manière à saturer les opinions et points de vue déjà obtenus, mais aussi avec des patients ou des patients 'potentiels'.

Une réflexion doit être entreprise sur les indicateurs (statistiques, quantitatifs, qualitatifs) dont devraient disposer les professionnels de soins et les responsables de la santé publique de l'Etat du Valais afin de permettre à la population d'obtenir la meilleure qualité des soins possibles, dans la limite des ressources allouées à ce secteur. En raison des compétences et de l'expérience déjà existantes en Valais, ainsi que de la volonté de mettre sur pied une fonction qui permette la mise en place d'instruments de mesure de la qualité des soins et de susciter des projets ou programmes destinés à son amélioration, ces développements doivent être encouragés.

Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent contribuer à ces actions d'évaluation et s'impliquer systématiquement dans l'amélioration du système de soins. Sinon ces mesures seront imposées par des professionnels de la gestion: le risque est alors que les professionnels de la santé se préoccupent d'améliorer les indicateurs de qualité plutôt que la qualité des soins. Les professionnels de la santé doivent garder la maîtrise des indicateurs qui permettront un meilleur monitoring des soins médicaux et de leur impact. Ils doivent avoir directement accès aux analyses de ces données qui permettent de documenter et de quantifier la variation de la pratique des soins et de leurs résultats. Ces résultats doivent être exploités et appliqués pour optimiser l'utilisation de procédures reconnues, recommander l'abandon de procédures clairement obsolètes, et encourager l'adoption de nouvelles procédures plus efficaces et plus économiques.

Il ressort des discussions avec les professionnels de la santé rencontrés qu'il y a de très bonnes dispositions quant à la participation à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité des soins. Cette participation ne pourra cependant être effective que si des moyens sont mis à disposition et si une politique transparente de communication accompagne ces développements. Il conviendra également de prendre en compte les modifications des modalités de travail, des tâches, des compétences, des délégations éventuelles de tâches, dans les modifications à venir dans les institutions et autres structures de soins (constitutions plus avancées et fonctionnelles des réseaux de soins par exemple) de manière à ce que la qualité des soins (au sens large) soit au centre des préoccupations.

### ***Installer une instance cantonale chargée de la qualité des soins***

Il est nécessaire de développer une culture, un langage et un vocabulaire commun quant à la qualité des soins. Ce domaine commun doit concerner les institutions hospitalières et ambulatoires, les soins spécialisés et ceux de premier recours, les différentes régions du canton, le Haut Valais, le Valais Central et le Bas Valais. L'expérience et l'expertise locales, qui sont excellentes, doivent pouvoir s'organiser autour d'une instance organisée et explicitement en charge de la qualité des soins. Un appui extra cantonal sera un atout important. La proposition pour le projet de système d'assurance qualité des établissements du GEHVAL développée par l'Unité d'épidémiologie de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans est certainement souhaitable et paraît à même de répondre à ce besoin <sup>30</sup>.

## Remerciements

Les auteurs remercient les personnes qui ont contribué à fournir des informations ou leur collaboration à ce projet: les médecins et les infirmières/iers qui ont participé aux focus groups, les Dr N. Troillet, S. Marty, J-P. Reymond (Institut Central des hôpitaux valaisans), le Dr G. Dupuis, Mmes E. Marty-Tschumi, V. Barbey, E. Werlen (Service de la Santé publique), Mme B. Oberer (GEHVAL), le Président de la Société médicale du Valais et les médecins responsables des groupes de spécialistes, les Directions des hôpitaux, des CMS et des EMS et foyers pour personnes âgées valaisans, la Direction et M. Zanini de l'Ecole valaisanne de soins infirmiers, M. P. Urben (Hôpital de Viège).

## Références

1. Gilliland, P. Evolution et perspectives du système de santé. Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (Valais). 1998; <http://www.vs.ch>.
2. Département de la santé, d.a.s.e.d.l.V. Système sanitaire: indicateurs. DSASE. 1999; <http://www.vs.ch>.
3. Venetz R. Auf steilem Pfad dem Qualitätsgipfel entgegen. Schweizer Spital 1998;9:25-7.
4. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin, EB. Measuring the quality of medical care. A clinical method. N.Engl.J.Med. 1976;294(11):582-8.
5. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Fishman AP, Perrin EB, Zuidema GD. Measuring the quality of medical care: second revision of tables of indexes [letter]. N.Engl.J.Med. 1980;302(20):1146
6. Poikolainen K, Eskola J. The effect of health services on mortality: decline in death rates from amenable and non-amenable causes in Finland, 1969-81. Lancet 1986;1(8474):199-202.
7. Charlton JR, Hartley RM, Silver R, Holland WW. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. Lancet 1983;1(8326 Pt 1):691-6.
8. Treurniet HF, Looman CW, van der Maas PJ, Mackenbach JP. Variations in 'avoidable' mortality: a reflection of variations in incidence? [In Process Citation]. Int.J.Epidemiol. 1999;28(2):225-32.
9. Organisation Mondiale de la Santé . Manuel de la classification statistique internationale des maladies (CIM-8): révision 1965. Genève: OMS; 1968.
10. Office fédéral de la statistique. Annuaire statistique de la Suisse, 1998. 106e année ed. Zürich: Neue Zürcher Zeitung; 1999.
11. Office fédéral de la statistique. Mouvement de la population en Suisse, 1994. Berne: OFS; 1995.
12. Département de la santé publique (Valais). Statistiques sur la santé publique en Valais, 1994. Sion: DSP; 1995.
13. Département de la santé publique (Valais). Statistiques sur la santé publique en Valais, 1993. Sion: DSP; 1994.
14. Département de la santé publique (Valais). Statistiques sur la santé publique en Valais, 1992. Sion: DSP; 1993.
15. Graz, B. and Paccaud, F. Prévention des maladies et promotion de la santé en Valais: Situation actuelle et propositions. Lausanne: IUMSP. 1995.
16. Krueger RA. Focus groups: a practical guide for applied research. 2nd ed ed. Thousand Oaks: Sage; 1994.
17. Santos-Eggimann B, Paccaud F, Blanc T. Medical appropriateness of hospital utilization: an overview of the swiss experience. Int.J.Qual.Health Care 1995;7(3):227-32.
18. Santos-Eggimann B, Blanc T. Les revues d'hospitalisation: pour une utilisation des lits plus appropriée. Gestions Hospitalières 1996;(2104).
19. Pittet D, Harbarth S, Ruef C, Francioli P, Sudre P, Petignat C, Trampuz A, Widmer A. Prevalence and risk factors for nosocomial infections in four university hospitals in Switzerland. Infect.Control.Hosp.Epidemiol. 1999;20(1):37-42.
20. Troillet N. Surveillance épidémiologique des infections du site chirurgical: des principes à la pratique. Swiss-NOSO 1999;6(1):1-5.
21. Troillet N, Eisinger Page MC, Praz G. Etude pilote pour un programme de surveillance des infections du site chirurgical dans des hôpitaux régionaux suisses. Med.Hyg.(Genève) 1998;56(2225):1857-61.
22. Burnand B, Lorenzini M, Vader J-P, Paccaud F. La mesure de la satisfaction des patients: Une introduction au concept et aux modalités [Measuring patient satisfaction: an introduction to the concept and its implementation]. Cahiers Médico-Sociaux 1995;39:281-90.
23. Giraud A. Evaluation médicale des soins hospitaliers. Paris: Economica; 1992.

24. Nelson EC, DSC, Larson C, D Ph. Patients'good and bad surprises: How do they relate to overall patients satisfaction? QRB Qual.Rev.Bull. 1993;89-94.
25. Nelson EC, DSC, Hays RD, D Ph, Larson C, MD, et al. The patient judgment system:reliability and validity. QRB Qual.Rev.Bull. 1989;185-91.
26. Dubois RW, Rogers WH, Moxley III JH, Draper D, Brook RH. Hospital Inpatient Mortality. Is It a Predictor of Quality? N.Engl.J.Med. 1987;317:1674-80.
27. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care [editorial] [see comments]. N.Engl.J.Med. 1996;335(13):966-70.
28. Projektleitung Outcome.wif!-Projekt LORAS. Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, editor. wif!-Projekt LORAS: Outcome-Projekt Schlussbericht. Zürich: Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich. 1998.
29. Hochreutener, M.A. and Eichler, K. Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, editor. wif!-Projekt LORAS: Outcome 98. Zürich: Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich. 1999.
30. Troillet N. Proposition pour le projet de système d'assurance qualité des établissements du GEHVAL (projet préliminaire). Sion: Institut Central des Hôpitaux Valaisans; 1999.