

DIRECTION GÉNÉRALE

# RAPPORT QUALITÉ 2016



## CE QUE VOUS TROUVerez DANS LE RAPPORT QUALITE

Le Rapport qualité du CHUV expose les principaux indicateurs qui évaluent la prise en charge des patients. Il décrit également une partie des projets que l'hôpital développe dans le but d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

## EDITORIAL

### Améliorer la qualité des soins à tous les niveaux du CHUV



C'est la deuxième fois que le CHUV publie un rapport qualité. Destiné aux autorités de surveillance comme au grand public, ce document expose les indicateurs les plus importants du domaine hospitalier. Il met également l'accent sur une partie des projets que notre hôpital développe dans le but d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. En publiant ses résultats de manière transparente, le CHUV obéit à une règle que suit aujourd'hui la majorité des grands hôpitaux suisses.

Comparer la qualité des institutions hospitalières de notre pays reste cependant difficile. Pourquoi ? Parce qu'il est facile d'avoir de bons résultats lorsqu'un patient est en bonne santé. S'il est gravement malade, c'est beaucoup plus compliqué... En d'autres termes : lorsqu'une personne arrive dans un hôpital, son état comporte toujours un risque de développer une complication. L'importance du danger est très variable selon les situations. Et pour certains patients, il va jusqu'au risque de mourir... Cependant, parmi les indicateurs qui comparent les hôpitaux, aucun ne permet de bien prendre en compte ces différences.



Améliorer la qualité et la sécurité des soins est aujourd'hui un objectif que partagent tous les acteurs de la clinique, de la formation et de la recherche.

L'indicateur de satisfaction des patients ([voir chapitre 1.1](#)) illustre cette difficulté de façon criante. Tous les professionnels de la santé savent que l'évaluation positive d'un séjour hospitalier dépend largement de la gravité du problème qui amène un patient à être hospitalisé. Il existe toutefois le même biais pour d'autres indicateurs. Dans le traitement de l'infarctus du myocarde, par exemple, le taux de mortalité dépend beaucoup de l'état plus ou moins stable du patient lorsqu'il entre à l'hôpital.

Malgré ces limites, il est essentiel que l'activité clinique du CHUV soit évaluée avec des indicateurs. Un hôpital doit être capable de détecter les anomalies en distinguant les effets statistiques des vrais problèmes. Il doit aussi savoir analyser le dossier d'un patient afin d'en tirer tous les enseignements nécessaires.

Dans le domaine de la Médecine Hautement Spécialisée (MHS), de même que pour la méthode de récupération post-opératoire ERAS, le résultat des soins est surveillé en continu. Grâce à une utilisation judicieuse, ce monitoring génère clairement des effets positifs. Il oblige à mieux maîtriser les processus de soins. Il améliore également la prise en charge, ainsi que le rapport entre coûts et bénéfices.



La direction du CHUV a décidé de créer un Comité Qualité & Sécurité.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins n'est aujourd'hui plus une affaire réservée aux spécialistes. C'est un objectif que partagent tous les acteurs de la clinique, de la formation et de la recherche.

Voilà pourquoi la direction du CHUV a décidé de créer un Comité Qualité & Sécurité. En soutien de la Direction générale, cet organe aura pour tâche de définir, de mettre en œuvre et de suivre toutes les mesures et projets Qualité & sécurité au sein de l'hôpital. Son travail consistera à vérifier que les événements indésirables déclarés donnent bien lieu à des mesures. Il assurera que les plaintes recueillies par l'Espace Patients&Proches seront écoutées. Il portera également une attention accrue aux risques prévisibles. Enfin, d'ici fin 2018, tous les services du CHUV seront dotés d'une structure analogue. Par la création de ces instances, nous reconnaissons que notre institution doit améliorer la qualité des soins à tous les niveaux. Désormais, cette préoccupation fait partie de notre travail jour après jour.





## LE CHUV EN CHIFFRES

Le CHUV est l'un des cinq centres hospitaliers universitaires suisses, aux côtés des hôpitaux de Genève, Berne, Bâle et Zurich. Il poursuit trois missions de base confiées par les pouvoirs publics : les soins, la formation et la recherche.

D'envergure européenne, le CHUV est à la fois un hôpital tertiaire doté d'équipements de haute technologie, un hôpital régional pour la population de l'agglomération lausannoise, ainsi qu'un centre de référence spécialisé pour l'ensemble du canton de Vaud, de même que pour une partie importante de la Suisse romande.

Le CHUV comprend 17 départements cliniques, médico-techniques et académiques et administratifs, ainsi qu'un établissement médico-social (EMS) psychogériatrique. Il assure des soins dans tous les domaines de la médecine : affections somatiques et maladies psychiatriques, disciplines médicales et chirurgicales, traitements en ambulatoire et hospitaliers.

Afin d'assurer la formation prégraduée, postgraduée et continue des médecins, le CHUV est étroitement lié à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne. Il collabore également avec les autres institutions universitaires lémaniques (EPFL, ISREC, Institut Ludwig), les Hôpitaux universitaires de Genève, ainsi qu'avec d'autres hôpitaux, établissements de soins ou institutions telles que la Fédération des hôpitaux vaudois et la Société vaudoise de médecine.



**49'520**  
patientes et patients  
hospitalisés



**1'522**  
lits exploités



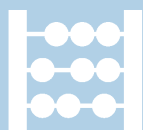
**503'008**  
journées d'hospitalisation



**74'093**  
urgences traitées



**3'230**  
naissances



**338'817'282**  
points TARMED facturés en  
consultations ambulatoire



**11'039**  
collaboratrices et  
collaborateurs qui  
représentent 100 nationalités  
(8'981 emplois à plein temps)



**1,7**  
milliard de francs de budget  
(chiffre arrondi)

# OFFRIR DES SOINS DE QUALITÉ ET SÛRS, LA PREMIÈRE DES PRIORITÉS

Selon les études internationales, un ou une patient-e sur dix subit un événement indésirable lors de son séjour à l'hôpital. On estime cependant qu'il est possible d'éviter la moitié de ces incidents. Le CHUV, et plus particulièrement la Direction médicale et la Direction des soins, travaillent au quotidien pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patient-e-s. Cet engagement se résume en six objectifs prioritaires.

## Objectif n° 1

### **Mieux informer la ou le patient-e et la ou le reconnaître comme un-e véritable partenaire**

Bien informer la ou le patient-e sur sa maladie, s'assurer qu'elle ou il comprend le traitement qu'on lui administre, mais aussi l'associer aux décisions qui la ou le concernent et prendre ses doléances en compte : entre personnes soignées et professionnel-le-s de la santé, le CHUV préconise une véritable relation de partenariat. Pour les médecins, le corps infirmier et l'ensemble des professionnel-le-s des soins, les patient-e-s doivent être des membres actifs. Si l'on veut réussir une prise en charge, il est indispensable qu'entre les uns et les autres s'établisse une relation de confiance, de transparence et d'écoute.

## Objectif n° 2

### **Renforcer la coordination et la continuité des soins**

La maladie rend vulnérable et très dépendant de l'organisation des soins. S'il reçoit des messages contradictoires, si son traitement change ou si le personnel de l'hôpital prend des décisions sans consulter son médecin de famille, la ou le patient-e peut souffrir directement de ce manque de coordination et se sentir désécurisé-e. Afin d'assurer la continuité des soins, les équipes médicales du CHUV ont pour tâche d'établir un échange d'informations régulier entre tous les acteurs qui soignent un ou une patient-e, y compris le médecin de famille. Les services y sont particulièrement attentifs en cas d'hospitalisation. L'échange d'information avec la ou le médecin de famille est très important à l'entrée et à la sortie de l'hôpital.

## Objectif n° 3

### **Développer une culture de la sécurité et prévenir les événements indésirables**

Un ou une patient-e qui entre dans un hôpital ne devrait courir aucun risque évitable durant son séjour. Afin de développer une culture de la sécurité en son sein, le CHUV met en œuvre plusieurs programmes. L'un améliore l'hygiène pour diminuer les infections. Un autre assure le remplissage d'une checkliste de contrôle avant une intervention, dans le but d'éviter toute erreur. Un troisième encourage à s'exprimer lorsque la prise en charge ne se passe pas aussi bien que prévu. Via un outil spécifique, toutes les collaboratrices et collaborateurs du CHUV peuvent signaler un événement indésirable ; l'incident sera ensuite

analysé, dans le but d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patient-e-s.

#### Objectif n° 4

### **Donner les meilleurs soins tout en évitant de gaspiller les ressources**

Le CHUV a pour priorité de délivrer des soins fondés sur les meilleures preuves scientifiques et qui correspondent aux standards internationaux. A cette fin, le CHUV met en place des programmes, des filières ou des centres dont les équipes interdisciplinaires assurent la prise en charge de certaines pathologies ou interventions. Afin d'éviter toute perte de temps et d'assurer les meilleurs soins, les équipes médicales veillent à enchaîner au mieux les étapes nécessaires à l'établissement d'un diagnostic et à la mise en œuvre des traitements.

#### Objectif n° 5

### **Développer les compétences des professionnel-le-s dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins**

En tant qu'acteur principal chargé de prodiguer soins et traitements, le personnel soignant et médical se trouve au cœur de la qualité des soins et de la sécurité des patient-e-s. Pourtant, dans les formations prégraduées, ces domaines sont encore peu développés. C'est pourquoi la Direction du CHUV a mis sur pied des formations dédiées aux quatre objectifs décrits précédemment. Destinées aux cadres comme aux collaboratrices et collaborateurs de l'hôpital, ces formations abordent toutes les facettes de la qualité des soins et de la sécurité des patient-e-s

#### Objectif n° 6

### **Evaluer en continu le programme de qualité des soins et sécurité des patients**

Afin d'évaluer la qualité et la sécurité des soins tout au long de l'année, le CHUV récolte des informations qui nourrissent des indicateurs. Etroitement suivis, les résultats sont régulièrement transmis à l'ensemble des cadres et collaboratrices et collaborateurs des départements cliniques. Ensuite, en cas de besoin, la Direction et les services initient des démarches d'amélioration, dont les effets sont suivis avec les mêmes indicateurs ou avec de nouveaux si nécessaire.

Les indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patients transmis aux départements cliniques et publiés dans le rapport qualité 2016 sont :

- La satisfaction des patient-e-s et des proches
- L'objet des demandes adressées à l'Espace Patients & Proches
- Les lettres de sortie envoyées dans les 8 jours après la sortie du ou de la patient-e
- Les réadmissions potentiellement évitables
- La saisie de la checkliste interventionnelle
- L'observance de l'hygiène des mains
- Les infections du site opératoire
- La prévalence des escarres
- La mortalité hospitalière
- Les signalements effectués au sein du Recueil d'événements critiques et indésirables (RECI)

- Les délais de prise en charge aux Urgences
- Les délais de prise en charge en cas d'infarctus du myocarde
- Les délais de prise en charge en cas d'accident vasculaire cérébral
- Le degré d'application du programme ERAS et les résultats obtenus
- L'activité de la filière de traumatologie et la mortalité des patients
- L'activité des centres interdisciplinaires en oncologie

# 1 INFORMATION ET PARTICIPATION DU PATIENT



Bien informer le ou la patient-e sur sa maladie, s'assurer qu'elle ou il comprend le traitement qu'on lui administre, mais aussi l'associer aux décisions qui le ou la concernent et prendre ses doléances en compte : entre personnes soignées et professionnel-le-s de la santé, le CHUV préconise une véritable relation de partenariat. Si l'on veut réussir une prise en charge, il est indispensable qu'entre les uns et les autres s'établisse une relation de confiance, de transparence et d'écoute.



# 1.1 SATISFACTION DES PATIENTS ET DES PROCHES



Chaque année, le CHUV évalue la satisfaction des patients à l'aide d'un questionnaire. Les personnes en réadaptation et les parents des enfants hospitalisés peuvent également y participer.

Il est essentiel que les patient-e-s livrent leur appréciation des soins qu'elles et ils reçoivent à l'hôpital.

Demander régulièrement l'avis des patient-e-s met en évidence les domaines où leurs attentes n'ont pas été satisfaites. Le CHUV en tient compte afin d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patient-e-s.

La satisfaction des patient-e-s s'évalue notamment par le biais d'un questionnaire élaboré par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ).

Depuis 2011, un questionnaire est envoyé au domicile des patient-e-s adultes qui ont séjourné plus de 24 heures dans un service clinique non psychiatrique.

Année après année, le taux de réponse est proche de 50%.



Demander régulièrement l'avis des patient-e-s met en évidence les domaines où leurs attentes n'ont pas été satisfaites.

En 2016, un nouveau questionnaire a été développé. Il se compose des six questions suivantes :

1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?
2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions ?
3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?
4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les

médicaments à prendre chez vous ?

5. Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital ?

6. Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation ?

Les enquêtes de satisfaction de l'ANQ sont complétées par deux enquêtes réalisées par le CHUV. Effectuée chaque année, la première comprend 16 questions. Réalisée tous les trois ans, la deuxième est plus approfondie; elle compte une centaine de questions. Les résultats 2016 de l'enquête annuelle montrent que 96 % des patient-e-s restent globalement satisfait-e-s des soins qu'elles et ils ont reçus au CHUV. Concernant le partage de leurs inquiétudes avec leur médecin sur leur état de santé ou leur traitement, elles et ils se déclarent de mieux en mieux écouté-e-s. En 2016, leur taux de satisfaction sur ce point atteint 69 %. En 2013, il était de 63%.



## SATISFACTION DES PATIENTS EN 2016

### 1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?

● Excellente: 33,2%    ● Très bonne: 44,0%    ● Bonne: 19,8%    ● Moins bonne: 2,2%    ● Mauvaise: 0,8%



### 2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions?

● Toujours: 39%    ● Très souvent: 32%    ● Quelquefois: 24%    ● Rarement: 4%    ● Jamais: 1%



### 3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?

● Toujours: 45%    ● Très souvent: 37%    ● Quelquefois: 14%    ● Rarement: 3%    ● Jamais: 1%

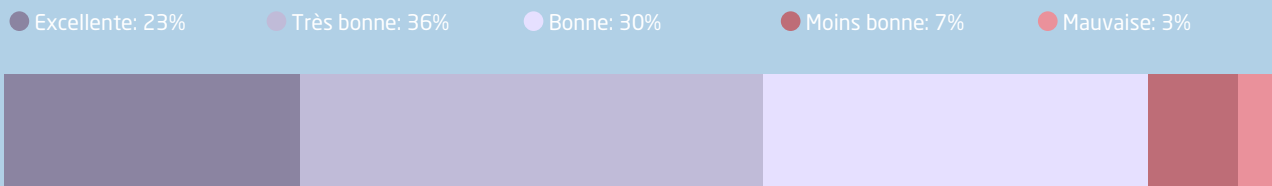


### 4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous?

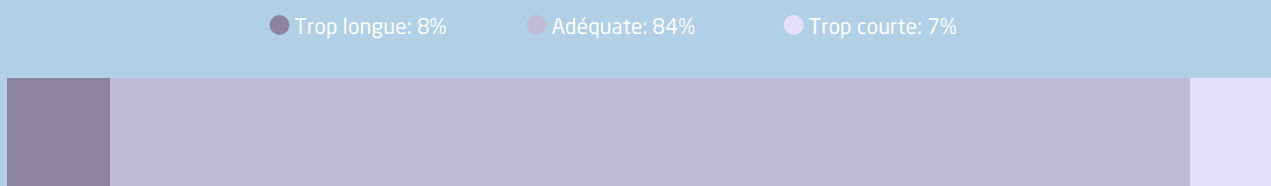
● Toujours: 59%    ● Très souvent: 23%    ● Quelquefois: 11%    ● Rarement: 4%    ● Jamais: 3%



## 5. Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital?



## 6. Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation?



Depuis 2013, les patient-e-s hospitalisé-e-s en réadaptation, de même que les parents des enfants hospitalisés, participent également à l'enquête de satisfaction. Les personnes interrogées expriment leur perception générale de la qualité des services du CHUV sur une échelle de 1 à 10 (de la plus petite à la plus grande satisfaction). Elles donnent aussi leur avis sur les informations qu'elles ont reçues de la part du personnel médical et soignant, et jugent du degré de respect avec lequel elles ont été traitées.

Le questionnaire ANQ adressé aux patient-e-s hospitalisé-e-s en réadaptation se compose des questions suivantes :

1. Choisiriez-vous de revenir dans le même hôpital pour une prise en charge similaire ?
2. Que pensez-vous de la qualité des soins que vous avez reçus à l'hôpital ?
3. Lorsque vous avez posé des questions aux médecins, avez-vous reçu des réponses compréhensibles ?
4. Lorsque vous avez posé des questions aux infirmières et infirmiers, avez-vous reçu des réponses compréhensibles ?
5. Estimez-vous que le personnel hospitalier vous a traité avec respect et a préservé votre dignité ?



En 2016, 96 % des patient-e-s restent globalement satisfait-e-s des soins qu'elles et ils ont reçus au CHUV.

Le questionnaire ANQ adressé aux parents des enfants hospitalisés se compose des questions suivantes :

1. Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille ou à vos amis?
2. Que pensez-vous des soins que votre enfant a reçus à l'hôpital?
3. Quand vous avez posé des questions importantes à une ou un médecin au sujet de votre enfant, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?
4. Quand vous avez posé des questions importantes à une ou un infirmier au sujet de votre enfant, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?
5. Votre enfant a-t-il été traité avec respect et dignité au cours de son séjour à l'hôpital?

Le taux de réponses est d'environ 45% pour la pédiatrie. Le taux de réponse pour la réadaptation est de 50%.

Les enquêtes de satisfaction de l'ANQ sont complétées par deux enquêtes réalisées par le CHUV. Effectuée chaque année, la première comprend 16 questions. Réalisée tous les trois ans, la deuxième est plus approfondie; elle compte une centaine de questions. Les résultats 2016 de l'enquête annuelle montrent que 96 % des patient-e-s restent globalement satisfait-e-s des soins qu'elles et ils ont reçus au CHUV. Concernant le partage de leurs inquiétudes avec leur médecin sur leur état de santé ou leur traitement, elles et ils se déclarent de mieux en mieux écouté-e-s. En 2016, leur taux de satisfaction sur ce point atteint 69 %. En 2013, il était de 63%.



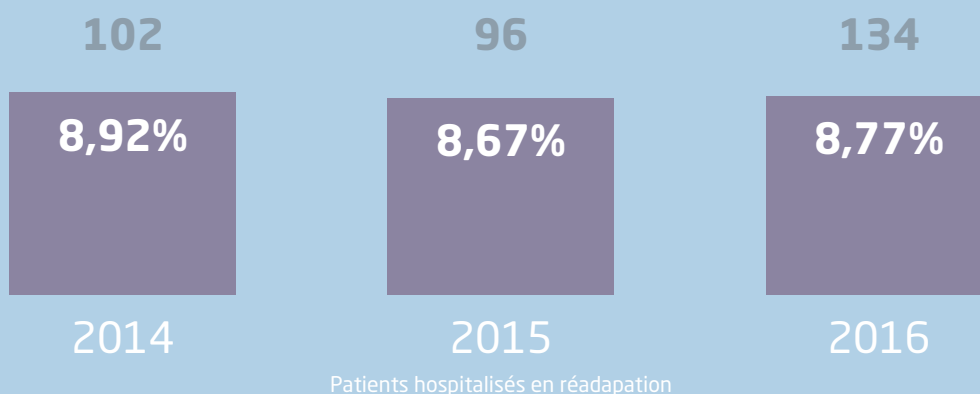


## ENQUÊTE NATIONALE DE SATISFACTION

Depuis 2013, le degré de satisfaction des patient-e-s est très stable. En moyenne, l'ensemble des questions reçoit une évaluation proche de 9.

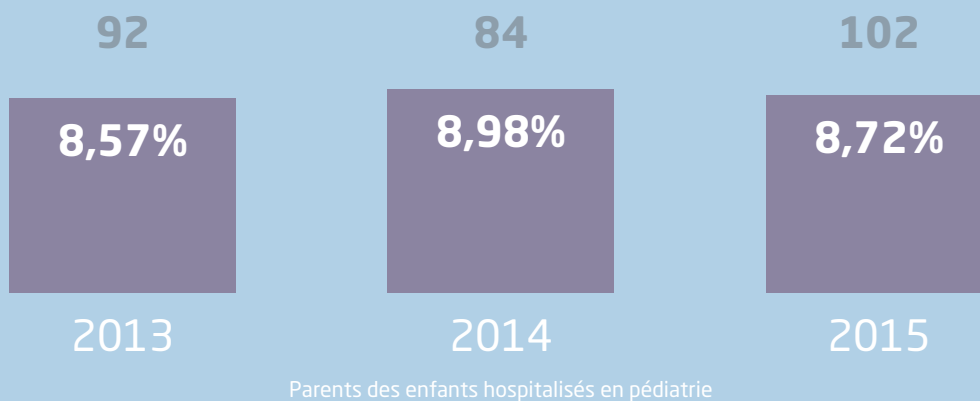
### Choisiriez-vous de revenir dans cette clinique de réadaptation pour une prise en charge similaire?

- Nombre de réponses
- Accord moyen (sur une échelle de 1 à 10)



### Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille ou à vos amis?

- Nombre de réponses
- Accord moyen (sur une échelle de 1 à 10)



En 2017, le CHUV lancera un projet afin d'améliorer la préparation à la sortie du ou de la patient-e, notamment par la meilleure anticipation possible. Le CHUV poursuivra également ses travaux qui ont pour objectif de mieux informer les patient-e-s et de les impliquer dans leur prise en charge.



## « NOUS SOMMES TRÈS ATTENTIFS À DONNER DES INFORMATIONS SIMPLES À LIRE »

### LA SATISFACTION DU OU DE LA PATIENT-E ET DES PROCHES - FOCUS

Personne de référence :  
Anne-Sylvie Diezi,  
responsable projet  
information patients,  
Service de la  
communication

Avant d'être hospitalisés au CHUV, les patient-e-s reçoivent une documentation sur leur prise en charge. Mais comment délivrer les informations de façon efficace ? Entretien avec Anne-Sylvie Diezi, chargée de créer une nouvelle documentation.

### **Vous avez le projet de repenser en profondeur l'information destinée aux patient-e-s hospitalisé-e-s au CHUV. Pourquoi faut-il changer la documentation?**

Nous avons identifié plusieurs problèmes. Lorsque l'arrivée d'un ou une patient-e au CHUV est planifiée, elle ou il reçoit notre brochure de bienvenue chez elle ou lui et peut prendre le temps de la consulter ; mais certain-e-s patient-e-s oublient de l'emporter avec elles ou eux lorsqu'elles ou ils viennent à l'hôpital. Par ailleurs, une partie des personnes hospitalisées arrive par la voie des Urgences. Le plus souvent, ces patient-e-s n'étaient pas en état de prendre connaissance de la documentation, ni même de la recevoir. Il fallait donc repenser l'accès aux informations au sein de l'hôpital, au moment des admissions ou durant l'hospitalisation.

### **Quelles sont les informations que le CHUV donne aux patient-e-s pour leur prise en charge?**

Nous délivrons à la fois des informations générales sur le CHUV et des informations spécifiques à chaque service ou situation de soins, afin répondre au plus près des besoins des patient-e-s. Les premières permettent de préparer leur hospitalisation et de recevoir des informations pratiques pour le séjour; elles sont valables pour tous les patient-e-s. La brochure, par exemple, présente le site hospitalier, explique les affaires qu'il faut prendre avec soi, décrit le droit des patient-e-s ou les différentes prestations proposées au CHUV. Ensuite, les informations spécifiques permettent de comprendre le fonctionnement des services ou de recevoir des recommandations liées à un besoin particulier. Ces informations sont transmises de façon ciblée, en fonction de la situation du ou de la patient-e.

### **Quelle solution avez-vous trouvée pour articuler ces deux exigences?**

Nous avons gardé la brochure de bienvenue, que les patient-e-s reçoivent avant leur arrivée. Mais en complément, nous avons développé une pochette, au même format, qui contient des informations individuelles sous forme de flyers. Les patient-e-s reçoivent la documentation générale au moment de leur admission. Ensuite, chaque service peut y ajouter sa propre documentation. Cette solution ne coûte pas plus cher que la formule précédente.

## **Tout cela fait néanmoins beaucoup de données à intégrer pour les patient-e-s... A elle seule, la brochure de bienvenue compte près de 70 pages. Comment faire pour qu'on ne s'y perde pas?**

D'une manière générale, notre démarche consiste à transmettre des messages simples, afin que tous les patient-e-s enregistrent les informations, y compris les personnes peu à l'aise avec l'écrit. La documentation développée jusqu'à présent était très dense et complexe. Nous allons progressivement l'alléger. Le premier principe consiste à revoir la façon dont nous structurons nos contenus. Nous souhaitons donner une information de base à tout le monde et offrir à ceux qui le désirent les moyens d'aller plus loin.



Notre démarche consiste à transmettre des messages simples, afin que tous et toutes les patient-e-s enregistrent les informations.

Nous sommes aussi très attentifs à certains critères de lisibilité. Il faut par exemple que les textes soient imprimés avec une typographie suffisamment grande. Mieux vaut également éviter les titres en majuscules, et utiliser le gras ou la couleur plutôt que le souligné pour mettre des mots en évidence. Il faut aussi éviter le plus possible d'écrire des phrases avec des subordonnées. De même, il est nécessaire de limiter au maximum l'utilisation de termes complexes. Et si on doit en utiliser, il faut les expliquer. Par ailleurs, afin d'améliorer la qualité de l'information, nous réfléchissons, pour 2017, à intégrer les patients-tes dans la relecture des documents.

## **Tout cela veut dire qu'il y a un risque que l'information se perde, même si les patient-e-s reçoivent une documentation...**

Oui, et selon les situations, même si l'information est simple et claire, certaines personnes la retiennent mal. C'est souvent le cas des patient-e-s les plus âgés. Il est alors important que les proches prennent connaissance de la documentation, et répètent les informations que les soignant-e-s ont distribuées. Il en va de même pour ces derniers, qui ont pour tâche de rappeler les informations déjà données. Une information écrite ne remplace jamais une transmission orale de personne à personne.



## UNE QUALITÉ D'ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE ENCORE FRAGILE

### LA SATISFACTION DU OU DE LA PATIENT-E ET DES PROCHES - FOCUS

Personne de référence:  
Valérie Gaspoz, cheffe de  
projet Accueil, Service de  
communication.

L'année 2016 a vu la mise en place d'instruments qui ont pour objectif d'améliorer l'accueil des patient-e-s au sein du CHUV. Une enquête montre cependant que plusieurs services rencontrent des difficultés dans le domaine de l'accueil au téléphone.

### L'accueil en cinq questions

#### Quelles sont les personnes responsables de l'accueil au CHUV?

Bien accueillir les patient-e-s dans un hôpital relève d'une tâche bien plus complexe qu'il n'y paraît. Au-delà du guichet principal et de la réception de chaque service, tous les espaces hospitaliers sont concernés, de même que tous les employé-e-s de la maison. Le personnel médical et soignant dans son ensemble, mais aussi les personnes qui travaillent dans les secteurs non médicaux tels que la restauration, le nettoyage ou le parking, ont pour mission de veiller à ce que patient-e-s et visiteurs du CHUV se sentent bienvenu-e-s.

En 2015, la direction du CHUV a lancé un projet institutionnel, « Accueillir : l'affaire de tous ». Ce programme comprend une série d'actes simples et concrets. Dans certains bâtiments, par exemple, des personnes chargées de l'accueil vont au-devant des patient-e-s lors de leur arrivée. Plus généralement, il s'agit de développer une culture de l'accueil sur le long terme en sensibilisant tous les échelons hiérarchiques de l'hôpital.

#### Comment l'accueil aux guichets est-il organisé au CHUV?

L'année 2016 a permis de mettre en œuvre un projet pilote, dont l'objectif consiste à rendre l'accueil aux guichets plus efficace. Si l'on prend l'ensemble de ses bâtiments, le CHUV compte 60 points d'entrée. Il se trouve cependant qu'au sein des services, le personnel présent aux points d'accueil doit souvent se charger de plusieurs tâches à la fois : rédiger les rapports des patient-e-s, préparer la documentation pour un-e médecin, organiser les examens. Cette organisation du travail réduit la disponibilité de chacun pour accueillir les patient-e-s ou leurs proches.

#### Quels sont les résultats de l'enquête menée par le CHUV sur l'accueil téléphonique en 2016?

Tous les deux ans, le CHUV organise une enquête sur l'accueil au guichet et la réception téléphonique de l'hôpital. Afin d'observer au mieux le fonctionnement des services, des enquêteurs jouent incognito le rôle de patient-e-s (d'où leur nom de "patients mystère").



Tous les deux ans, le CHUV organise une enquête sur l'accueil au guichet et la réception téléphonique de l'hôpital.

L'automne 2016 a vu le déploiement d'une dizaine d'observatrices et observateurs de ce type au sein de l'institution. Elles et ils ont effectué cinquante visites dans dix services, ainsi qu'un certain nombre d'appels. Dans le domaine de l'accueil téléphonique, leur attention s'est portée sur le professionnalisme de l'annonce au téléphone, la rapidité et la clarté des réponses, mais aussi sur la manière de dire bonjour, la façon de prendre congé, ou encore, le degré de sympathie que les employé-e-s du CHUV manifestaient à leur égard.

### **Pourquoi la qualité de la réception téléphonique a-t-elle baissé au CHUV en 2016?**

Par rapport aux enquêtes menées en 2012 et 2014, le résultat de l'enquête 2016 montre une baisse de qualité dans le domaine de l'accueil téléphonique au CHUV. Les raisons précises de cette évolution négative restent encore à déterminer. Il est possible qu'elle soit due à une augmentation du nombre d'appels. Les personnes chargées de mener plusieurs tâches à la fois peuvent également avoir été accaparées au point de ne plus parvenir à répondre à temps au téléphone.

En 2017, la personne responsable du projet Accueil rencontrera les services concernés, afin de comprendre les causes de ces résultats.



# 1.2 ESPACE PATIENTS & PROCHES



Lorsqu'un conflit survient entre un patient et les professionnel-le-s de soins du CHUV, trois médiatrices et médiateurs peuvent recueillir les doléances et s'assurer que chacun exprime son point de vue. En 2016, l'Espace Patients & Proches a reçu 540 sollicitations.

Il est inévitable que le milieu hospitalier génère des conflits. Ceux-ci ne sont pas le signe d'un échec de la prise en charge, mais l'expression de difficultés susceptibles de surgir dans la relation entre patient-e-s et professionnel-le-s de soins. Ces problèmes doivent être traités : ignorer le conflit, c'est risquer de le nourrir.

Situé à l'entrée du bâtiment principal du CHUV, l'Espace Patients & Proches (EPP) a vu le jour en avril 2012. Il est composé de trois médiatrices et médiateurs professionnels. Lorsque la relation devient difficile entre les patient-e-s ou leurs proches et les équipes de professionnels, ou lorsque des problèmes de prise en charge se posent, le travail de l'EPP consiste à favoriser le lien entre les deux parties.

Lorsqu'un ou une patient-e ou l'un de ses proches vient exprimer un problème, les médiatrices et médiateurs s'assurent d'abord qu'elle ou il a parlé aux professionnel-le-s concerné-e-s. Si ce n'est pas le cas, elles et ils accompagnent la reprise du dialogue et peuvent, si nécessaire, proposer une médiation qui permet à chacun-e d'exprimer son point de vue de façon transparente. Mais l'EPP est également accessible aux collaboratrices et collaborateurs de l'hôpital qui éprouvent des difficultés dans leur relation avec leurs patient-e-s. Il leur donne les outils nécessaires pour gérer leur conflit.

La mission centrale de l'Espace Patients&Proches consiste à maintenir ou restaurer le « lien social » : entre patient-e-s, proches et professionnel-le-s, mais aussi entre les citoyennes et citoyens et « leur » hôpital.



La mission centrale de l'Espace Patients & Proches consiste à maintenir ou restaurer le « lien social ».

Cet objectif est d'autant plus important que nombre de patient-e-s ou de proches vont revenir à l'hôpital un jour ou l'autre. L'existence d'un tel lien prend par ailleurs un sens particulier pour les patient-e-s souffrant de maladies chroniques et appelé-e-s à maintenir une relation de longue durée avec leur institution de soins.

Les témoignages recueillis à l'EPP sont analysés et restitués afin d'améliorer la qualité de la prise en charge au CHUV.

Il s'agit d'un lieu confidentiel, neutre et gratuit.



## ESPACE PATIENTS & PROCHES

Durant sa cinquième année d'existence, l'Espace Patients&Proches a vu son activité continuer d'augmenter. Comparé à 2015, l'année 2016 compte 15% de demandes supplémentaires avec 540 sollicitations, soit plus de 2,3 nouvelles situations par jour ouvré. Comme les années précédentes, les plaintes concernent en majeure partie les relations et les échanges d'informations entre les professionnel-le-s et les patient-e-s et leurs proches. Viennent ensuite les frustrations que génère parfois l'organisation de l'hôpital, puis les questions cliniques. Par ailleurs, le rôle de la médiation s'est renforcé. En 2016, près de 10% des situations ont trouvé une issue grâce à un dialogue mis en place à l'EPP, où se réunissaient toutes les personnes concernées par une demande. Ce taux était de 5,8% en 2015.

- Qualité de la prise en charge: 13,8%
- Sécurité: 12,3%
- Gestion et infrastructure: 15,8%
- Accès et attente: 13,2%
- Communication: 27,7%
- Egards et attention: 9,8%
- Droit des patients: 7,5%





## «LE OU LA PATIENT-E TIENT AUJOURD'HUI UN RÔLE ACTIF POUR GÉRER SA MALADIE »

### LA PARTICIPATION DU PATIENT - FOCUS

Personnes de référence :

Christel

Madelaine-Bonjour,  
infirmière spécialisée en  
rhumatologie.

Stéphane Dufloo, Infirmier  
chef ICUS,

Service de rhumatologie,  
Département de l'appareil  
locomoteur.

Trois fois par an, le Service de rhumatologie du CHUV organise des «Cafés patients». Ces petites conférences permettent aux patient-e-s et à leurs proches d'aborder des questions qui les préoccupent. Entretien avec Christel Madelaine-Bonjour, initiatrice de ces événements.

### Quelle est l'origine des « Cafés patients »?

Nous avons d'abord effectué plusieurs constats. D'une part, au Service de rhumatologie, nous voyons que les patient-e-s qui souffrent de maladies chroniques sont de plus en plus isolé-e-s socialement. D'autre part, depuis une dizaine d'années, la prise en charge se médicalise toujours davantage. Cela suppose que les patient-e-s adhèrent aux soins prodigués. Nous sommes passés d'une logique médicale qui plaçait le médecin au centre, à une logique où le ou la patient-e tient un rôle actif pour gérer sa pathologie. Les consultations ne suffisent cependant pas toujours à donner l'information nécessaire, en particulier sur les questions de qualité de vie. Cela dit, nous n'avons rien inventé : les premiers « Cafés patients » sont apparus il y a 20 ans, en Hollande et en Grande-Bretagne.

### En quoi consistent ces événements?

Trois fois par année, un ou une spécialiste vient traiter d'un thème pendant 30 à 45 minutes, puis les patient-e-s posent des questions. Les conférenciers ou conférencières sont toujours des expert-e-s dont la compétence est reconnue. Nous organisons un premier Café au printemps, un deuxième à la fin de l'été, puis le troisième en décembre. La rencontre a lieu un jeudi, de 17 h à 19 h. A la sortie, nous offrons une collation qui permet des échanges plus informels ; ce moment est très important. A l'issue de la conférence, il permet aux patient-e-s de poser des questions qu'elles et ils n'ont pas osé poser devant les autres participant-e-s.

### Comment choisissez-vous les sujets des conférences?

Les thèmes que nous proposons viennent des patient-e-s. Au sein du Service de rhumatologie, nous entendons certaines questions revenir souvent. Le premier « Café patients » abordait les effets de l'alimentation sur les rhumatismes inflammatoires chroniques, une préoccupation majeure.



Les thèmes des conférences que nous proposons viennent des patient-e-s.

Par la suite, nous avons parlé des médecines complémentaires, de l'impact des maladies chroniques sur l'état psychique, de la gestion de la douleur, de réinsertion professionnelle, des traitements biologiques ou des assurances. Nous ne prétendons pas faire de l'éducation thérapeutique. Il s'agit d'abord d'une démarche informative, qui permet de sensibiliser et d'orienter les patient-e-s.

## **Les « Cafés patients » du Service de rhumatologie existent depuis 2013. Quels effets avez-vous pu constater?**

Les patient-e-s qui viennent aux Cafés apprennent à mieux prendre de la distance avec leur maladie. Elles et ils sortent de leur solitude et parlent avec des soignant-e-s, mais rencontrent aussi d'autres personnes affectées de maladies chroniques. Cet échange leur permet de sortir de leur cas isolé.



Les patient-e-s qui viennent aux Cafés apprennent à mieux prendre de la distance avec leur maladie.

Les conférences représentent un outil de transmission, mais aussi de réseautage entre les patient-e-s et leurs proches, qui à leur tour se transmettent des informations. Cet aspect a pris une importance que nous n'imaginions pas.

## **Sans doute recevez-vous aussi des patients qui s'informent beaucoup sur internet...**

Effectivement, certaines personnes viennent déjà chargées d'informations. Les Cafés leur permettent alors de vérifier ce qu'elles croient savoir, et si nécessaire, de se réorienter. De ce point de vue, il est primordial de créer une relation de confiance, afin que les patient-e-s ou leurs proches s'autorisent à dire ce qu'ils ont lu ou vu. Quant à nous, les soignant-e-s, les Cafés nous permettent aussi de récolter des connaissances. Les personnes affectées de maladies chroniques sont devenues des expert-e-s de leur pathologie. L'échange d'informations se produit ainsi dans plusieurs sens : entre professionnels et de professionnel-le-s à patient-e-s, mais aussi de patient-e-s à professionnel-le-s.



## 2 CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE



La maladie rend vulnérable et très dépendant de l'organisation des soins. Le ou la patient-e peut souffrir d'un manque de coordination et se sentir désécurisé-e. Afin d'assurer la continuité des soins, les équipes médicales du CHUV ont pour tâche d'établir un échange d'informations régulier entre tous les acteurs qui soignent un ou une patient-e, y compris la ou le médecin de famille. Les services y sont particulièrement attentifs en cas d'hospitalisation.

## 2.1 DÉLAI D'ENVOI DES LETTRES DE SORTIE



Lorsqu'un patient sort du CHUV, son médecin traitant doit recevoir au plus vite un document qui décrit en détails sa situation médicale. Sans être encore parvenu à son objectif, le CHUV améliore les délais d'envoi année après année.

Lorsqu'un ou une patient-e sort du CHUV pour rentrer chez elle ou chez lui, ou lorsqu'elle ou il est transféré-e dans un autre établissement de soins, le service qui l'a pris-e en charge communique un résumé de sa situation clinique à son médecin traitant. Le ou la médecin référent-e à l'hôpital élabore une lettre de sortie, soit un document de synthèse qui décrit la situation de la personne soignée, les investigations réalisées, les résultats obtenus et les traitements initiés durant son hospitalisation.

La lettre de sortie permet au médecin traitant de comprendre au mieux le parcours que son ou de sa patient-e a suivi durant son séjour au CHUV. Plus le délai de transmission est court, plus la transition entre l'hôpital et le ou la médecin traitant-e, ou un autre établissement, sera optimale, et plus on évite une rupture potentielle dans la continuité des soins. Cela étant, avant la lettre de sortie, le médecin traitant reçoit généralement un faxmed dans les 48 heures après la sortie de son patient. Ce document ne donne cependant pas tous les détails du séjour.



Le CHUV a fixé le délai idéal de transmission de la lettre de sortie à huit jours au plus tard après que le ou la patient-e a quitté l'hôpital.

Il faut savoir, par ailleurs, que la facturation du séjour s'établit sur la base de la lettre de sortie. Ce document a donc également une grande importance pour le suivi administratif de l'hôpital.

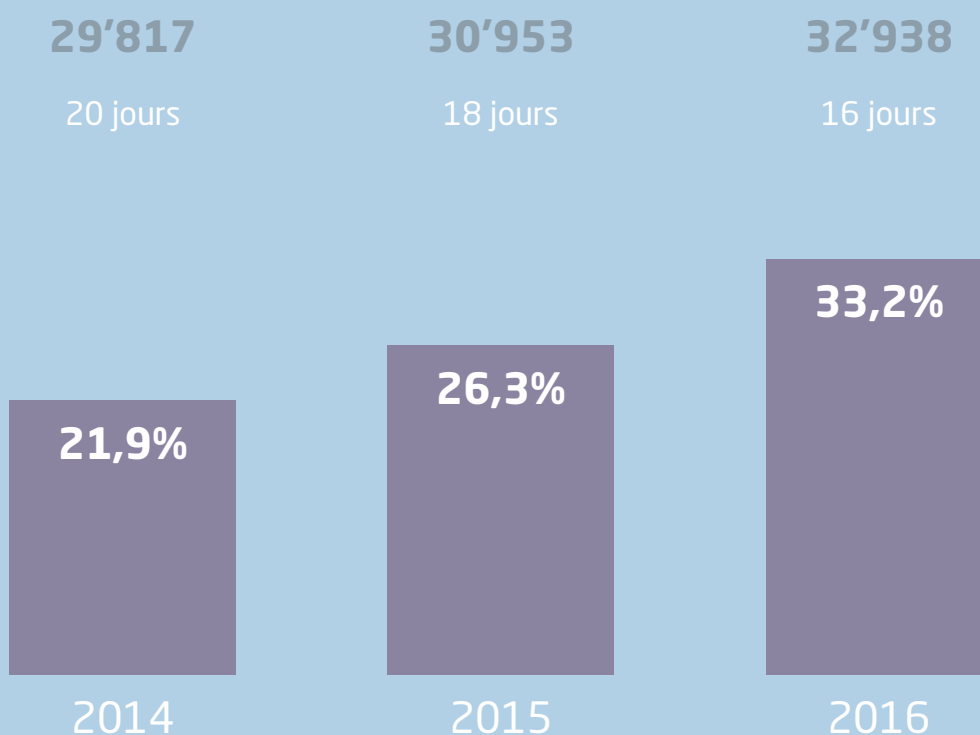
Le CHUV a fixé le délai idéal de transmission de la lettre de sortie à huit jours au plus tard après que le ou la patient-e a quitté l'hôpital. Bien qu'encore difficile à atteindre, cette cible est incontournable.



## DÉLAI D'ENVOI DES LETTRES DE SORTIE

Le taux de lettres de sortie envoyées dans les huit jours après la sortie du ou de la patient-e de l'hôpital n'atteint pas encore l'objectif fixé. De 2013 à 2016, le délai d'envoi moyen est tout de même passé de près de 28 jours à un peu plus de 15 jours. Des efforts doivent encore être fournis, mais cette diminution montre une attention soutenue de la part des différents services cliniques, afin de transmettre la lettre de sortie dans un délai toujours plus court au médecin traitant.

- Délai moyen de production de la lettre
- Nombre de séjours (éligibles) sortis
- Proportion de lettres envoyées dans les huit jours suivant la sortie



En 2017, le CHUV met en place une série de mesures afin de mieux utiliser le dossier patient informatisé et de simplifier l'élaboration de la lettre de sortie.



# UNE DÉMARCHE DE SIMPLIFICATION ET DE RENFORCEMENT DU TRAVAIL D'ÉQUIPE

## LE DÉLAI D'ENVOI DES LETTRES DE SORTIE - FOCUS

Personnes de référence :

Prof. Patrice Jichlinski,  
chef du Service d'urologie.  
Gerit Kulik, direction  
médicale.

En neuf mois, le Service d'urologie du Professeur Jichlinski a diminué de moitié le délai d'envoi de ses lettres de sortie. Description de la méthode.

### Comment une lettre de sortie s'élabore-t-elle au CHUV?

Contrairement à ce que peut laisser entendre sa dénomination, la lettre de sortie est un document parfois volumineux, et qui comprend plusieurs parties. Certaines sections peuvent se rédiger rapidement, d'autres se révéler plus complexes en fonction de la prise en charge du ou de la patient-e.

Le premier auteur d'une lettre de sortie est le ou la médecin assistant-e, qui a suivi le ou la patient-e pendant son séjour. Son travail de synthèse et de documentation est ensuite supervisé par un-e cheffe de clinique ou un-e médecin cadre, qui doit éventuellement procéder à des corrections ; ensuite, dans certaines situations, le ou la cheffe du service signe l'ensemble du dossier. Au travail de ces différents intervenantes et intervenants s'ajoute celui du secrétariat, qui retranscrit et met en page la lettre de sortie et effectue les corrections nécessaires. Ce processus demande du temps, afin d'éviter toute erreur.

Chacune de ces étapes représente un goulet d'étranglement potentiel. Les médecins assistant-e-s, de même que leurs supérieurs occupés par les activités cliniques, peuvent ne pas être suffisamment disponibles pour mener ces tâches en obéissant au délai des directives hospitalières. Il est donc important de faciliter et d'anticiper au maximum les étapes d'élaboration d'une lettre de sortie.

### Comment le Service d'urologie a-t-il diminué le délai d'envoi de ses lettres de sortie?

Début 2015, les lettres de sortie du Service d'urologie du CHUV parvenaient aux médecins traitants 24 jours, en moyenne, après la sortie des patient-e-s. Or, pour la bonne information du ou de la médecin en charge du suivi du patient-e, de même que pour des raisons administratives internes, ce délai ne devrait pas dépasser huit jours.

Auparavant, les médecins assistant-e-s du Service d'urologie commençaient la rédaction des lettres de sortie après le départ du ou de la patient-e. Ils avaient alors besoin de temps pour retrouver les informations qui concernaient son séjour. Par ailleurs, la vérification du contenu de la lettre par un-e médecin senior n'intervenait qu'une fois le document entièrement rédigé.

Avec l'appui de la direction médicale, le professeur Jichlinski a mandaté Madame Gerit Kulik, conseillère en gestion opérationnelle, afin d'analyser le processus d'élaboration des lettres de sortie dans le service d'urologie. Le travail de Madame Kulik a consisté à disséquer chaque étape d'élaboration de ces documents (dictée, saisie, correction, impression, etc.). En collaboration avec les médecins et les secrétaires, elle a ensuite dégagé des pistes qui permettent de réduire les délais.

Les médecins assistant-e-s ont été encouragé-e-s à commencer leur lettre de sortie dès l'arrivée d'un-e patient-e. Ils complètent ensuite le document tout au



long de son séjour. Ils y inscrivent progressivement les éventuels problèmes cliniques rencontrés, ainsi que les prestations du service. Pour faciliter le travail des médecins assistant-es, la Direction des systèmes d'information a mis en place en 2016 un formulaire de saisie adapté au service d'urologie, et compatible avec le dossier patient informatisé SOARIAN, utilisé dans tous les services du CHUV.



A la fin de l'année 2016, le délai d'envoi des lettres de sortie du Service d'urologie n'était plus que de 12 jours.

A la fin de l'année 2016, le délai d'envoi des lettres de sortie du Service d'urologie n'était plus que de 12 jours. La nouvelle méthode a permis de réduire le délai moyen, mais également l'écart entre les délais les plus courts et les plus longs. Si un-e acteur-trice de la chaîne, telle que la secrétaire médicale, est absent-e quelques jours, il est possible que la situation se détériore, mais les médecins et médecins assistant-e-s s'approprient la nouvelle procédure et l'améliorent d'eux-mêmes. Il arrive maintenant que leurs lettres de sortie soient envoyées aux médecins traitant-e-s dix jours après la sortie d'un patient. On peut aussi souligner que le contenu de l'information s'est amélioré. Par ailleurs, au moment de la sortie d'un-e patient-e, le service transmet désormais de façon automatique un faxmed en main propre - ce document contient une information initiale destinée au médecin traitant.

### **La méthode mise en place au Service d'urologie peut-elle être étendue aux autres services du CHUV?**

Très réactive, évaluée tous les mois, la méthode mise en place par le Service d'urologie paraît suffisamment robuste pour être étendue à d'autres secteurs de l'hôpital. Son efficacité vient notamment du renforcement de la collaboration entre médecins assistants, secrétaires médicales et chef-fe-s de clinique. Si chacun tient ses délais propres et travaille régulièrement avec les autres, le délai d'envoi des lettres de sortie peut approcher son idéal de huit jours d'au plus près.

## 2.2 RÉADMISSIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES



Lorsqu'un-e patient-e doit revenir à l'hôpital de façon imprévue, le CHUV cherche toujours à savoir si cette réadmission met en cause la qualité de ses soins, ou si d'autres problèmes peuvent y avoir conduit.

Lorsqu'un-e patient-e revient au CHUV moins de 30 jours après sa sortie de l'hôpital, on parle de réadmission. Certains de ces retours sont prévisibles ou même planifiés, suite à une opération, ou lorsqu'un traitement au long cours demande que le patient revienne séjourner au sein de l'institution (par exemple en cas de cancer). Mais d'autres réadmissions sortent de ce cadre. Il faut alors se demander si le retour du ou de la patient-e résulte d'un problème dans sa prise en charge. Une infection suite à une opération peut se déclarer une fois le ou la patient-e rentré-e chez lui ou l'organisation de la sortie vers le domicile peut ne pas avoir été gérée de manière optimale. Afin d'améliorer la qualité des soins, il est donc important d'identifier les réadmissions qui pourraient être évitées.



La sortie d'un patient vers son domicile peut ne pas avoir été organisée de manière optimale.

Dans son set d'indicateurs, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a retenu le taux de réadmissions potentiellement évitables à 30 jours calculé par l'algorithme SQLAPE®.

Si une admission survient dans un délai de 30 jours après la sortie du ou de la patient-e, cet algorithme identifie si la réadmission était potentiellement évitable et calcule un taux pour le CHUV. Son calcul se base sur les données médico-administratives, dont les codes de diagnostic ; il prend également en compte les caractéristiques des patient-e-s et la complexité des situations. Le taux du CHUV est comparé à un taux attendu, basé sur les données de la Suisse entière pour les années 2007 à 2012.

## Commentaires du graphique

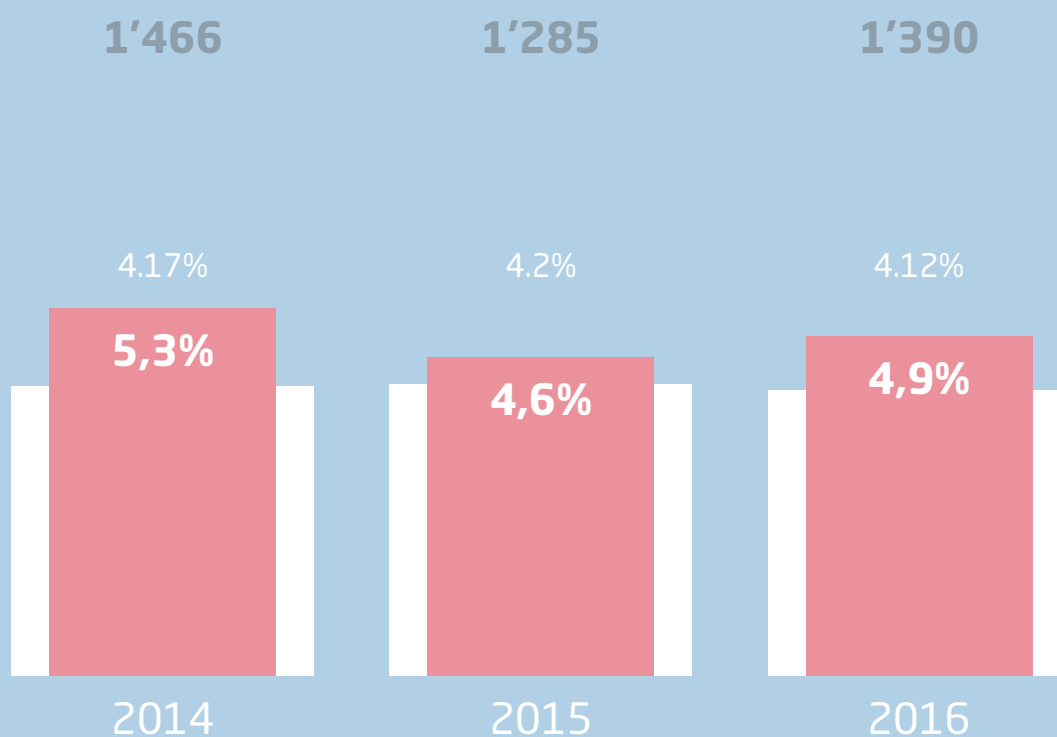
Par rapport à 2014, les résultats 2015 mettent en évidence un fléchissement, puis une nouvelle augmentation en 2016. Le taux reste toutefois inférieur au taux de 2014. Il faut savoir que les réadmissions potentiellement évitables témoignent de la qualité de la transition entre l'hôpital et les structures en amont ou en aval de l'hôpital. Certains problèmes peuvent ne pas être liés à l'hôpital, mais au patient lui-même ou à un manque de suivi après son séjour.

Probablement faut-il mettre cette situation en lien avec l'engorgement régulier du CHUV. Parfois, le besoin de libérer rapidement des lits pousse les services à préparer la sortie des patients sans y mettre toutes les précautions requises. Des démarches sont en cours, afin de permettre aux patient-e-s une meilleure transition vers leur domicile, par exemple en transmettant plus rapidement les informations relatives au séjour hospitalier au médecin de ville. Si l'état de son ou de sa patient-e s'aggrave, cette mesure lui permettra de réagir de manière adéquate et d'éviter peut-être une réhospitalisation. D'autres mesures sont mises en œuvre, afin de limiter l'engorgement du CHUV.



## TAUX DE RÉADMISSIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES

- Limite supérieure attendue, selon les caractéristiques des patients
- Nombre de réadmissions potentiellement évitables
- Pourcentage de réadmissions potentiellement évitables au dessus de la limite
- Pourcentage de réadmissions potentiellement évitables en dessous de la limite



En 2017, le CHUV mettra en place un projet qui consiste, d'une part, à définir un projet thérapeutique pour chaque patient-e, dans les 24 heures après son admission, et d'autre part, à anticiper sa sortie. Ces mesures devraient permettre de limiter les réadmissions liées à une mauvaise préparation de la sortie du ou de la patient-e. De plus, l'hôpital continue de déployer des mesures dans le but de diminuer les délais de transmission de la lettre de sortie. L'ensemble de ces actions a pour objectif une meilleure continuité des soins et la prévention des réadmissions évitables.

## 2.3 COLLABORATION AVEC LES MÉDECINS DE FAMILLE



Afin de maintenir de bonnes relations avec les médecins traitants, le CHUV réalise une enquête tous les quatre ans. Les médecins de famille qui répondent au questionnaire se montrent de plus en plus satisfaits.

Lorsqu'un-e médecin installé-e hospitalise l'un-e de ses patient-e-s au CHUV, il est important qu'elle ou il fournisse des informations à l'équipe hospitalière et, qu'à la fin du séjour, elle ou il reçoive des informations de la part de l'équipe clinique de l'hôpital. Cette transmission permet d'assurer aux patient-e-s des soins avec continuité. Elle joue également un rôle, entre autres, pour prévenir des réadmissions à l'hôpital. Si la ou le médecin de famille dispose de toutes les informations de la part de l'hôpital, elle ou il peut par exemple adapter le traitement en connaissance de cause et éviter une réhospitalisation.

Tous les quatre ans, le CHUV réalise avec la Société vaudoise de médecine (SVM) une enquête de satisfaction auprès des médecins traitants. Les résultats servent ensuite à améliorer la qualité des soins sous plusieurs aspects, comme la sécurité des patient-e-s ou la continuité des soins.



La satisfaction des médecins installé-e-s s'évalue par le biais d'un questionnaire composé de 27 entrées.

La satisfaction des médecins installé-e-s s'évalue par le biais d'un questionnaire composé de 27 entrées. Les questions visent à recueillir l'opinion et à mesurer la satisfaction des médecins installé-e-s concernant l'ensemble des services et des prestations du CHUV. Elles ont aussi pour objectif d'évaluer les mesures mises en place suite aux enquêtes précédentes.

Les médecins qui reçoivent un questionnaire sont tous membres de la Société vaudoise de médecine et installé-e-s dans le Canton de Vaud. Pour le questionnaire 2016, il fallait qu'elles et ils aient hospitalisé un-e patient-e entre

le 1er avril et le 30 septembre de cette année. Le critère d'une hospitalisation récente constitue une première. Lors des enquêtes précédentes, tous les médecins vaudois-es avaient reçu un questionnaire, y compris celles et ceux qui n'avaient envoyé aucun-e patient-e au CHUV.

Parmi les 1080 médecins qui ont reçu le questionnaire, seuls 179 l'ont renvoyé, soit 16,6% d'entre eux. C'est un taux de participation très bas (en 2008, il était de 29,5% et en 2012, de 18.3%).

Les résultats montrent cependant que, depuis 2008, les médecins sont de plus en plus satisfaits des soins dispensés au CHUV. En 2016, 90% des médecins répondants se disent satisfait-e-s. En 2012, ce taux ne s'élevait qu'à 83.6%.

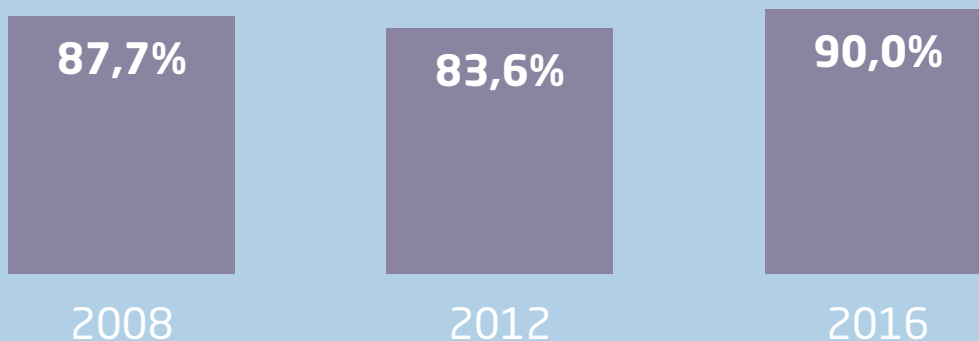
Parmi les médecins qui ont répondu, seuls 41.1% estiment qu'elles et ils reçoivent les lettres de sortie dans un délai suffisamment court, après que leur patient-e a quitté le CHUV. Cette proportion est plus élevée qu'en 2012, mais elle montre que l'hôpital doit encore renforcer les mesures déjà mises en œuvre pour raccourcir les délais ([voir chapitre 2.1](#)). Concernant le résumé de sortie que le CHUV envoie par fax (faxmed), moins de 60% des médecins estiment le recevoir dans un délai raisonnable. L'instauration d'un indicateur spécifique devrait permettre de raccourcir progressivement le temps mis à effectuer cet envoi.



## SATISFACTION DES MÉDECINS DE FAMILLE

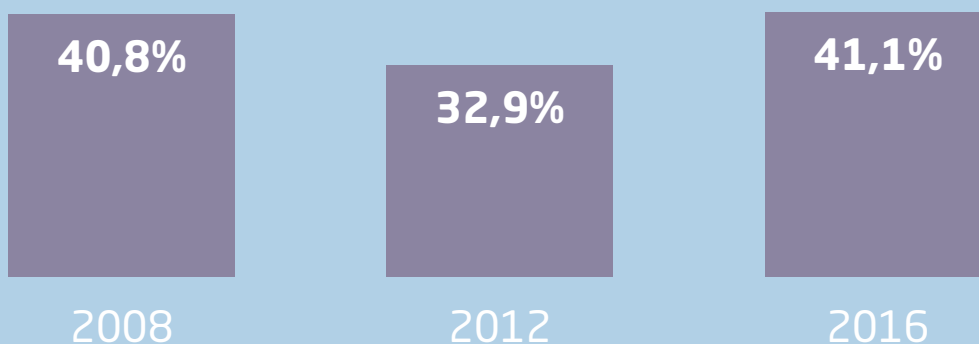
Etiez-vous globalement satisfait de la qualité des soins dispensés?

● Proportion de réponses positives ("oui, tout à fait" ou "oui")



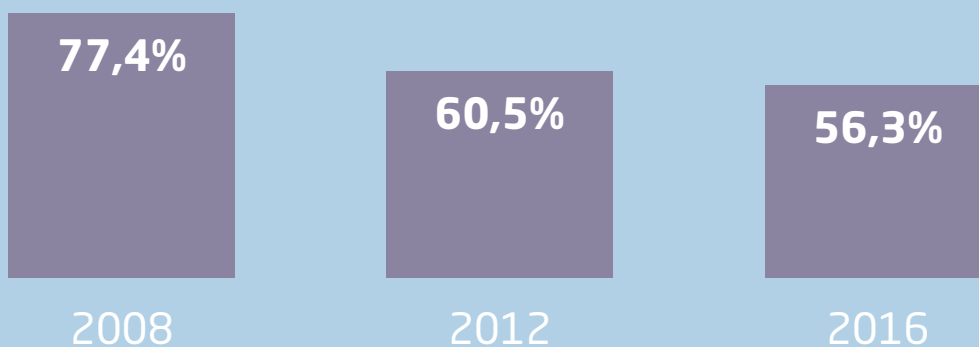
Le délai de réception des lettres de sortie était-il raisonnable?

● Proportion de réponses positives ("oui, tout à fait" ou "oui")



Le délai de réception du faxmed était-il raisonnable?

● Proportion de réponses positives ("oui, tout à fait" ou "oui")







## "MA RELATION AVEC LE CHUV S'EST NETTEMENT AMÉLIORÉE"

### LA COLLABORATION DU CHUV AVEC LES MÉDECINS DE FAMILLE - FOCUS

Interview. Dr Stéphane David, médecin à Lausanne

Médecin traitant à Lausanne, le Docteur Stéphane David envoie ses patient-e-s au CHUV depuis plus de 20 ans. Tout en soulignant une évolution très positive de sa collaboration avec l'hôpital, il suggère quelques idées pour la rendre encore plus fluide.

### D'une façon générale, comment jugez-vous votre collaboration avec le CHUV?

J'aimerais d'abord souligner que je n'ai aucun reproche à faire du côté de la qualité technique des soins. Le CHUV est à un niveau de perfectionnement très élevé. Je ne dois jamais me battre pour les aspects élémentaires de la prise en charge. S'il y a encore des points à améliorer, c'est du côté de la communication entre l'hôpital et les médecins traitants. Et de ce point de vue, ma relation avec le CHUV s'est nettement améliorée. Les services font des efforts très nets. Simplement, nous n'avons pas encore atteint la perfection.

### Quel est l'aspect de votre collaboration avec le CHUV qui a le plus évolué?

Ma relation avec le Service des Urgences s'est beaucoup améliorée. Aujourd'hui, les médecins assistant-e-s qui réceptionnent mes appels comprennent très bien la limite de mes moyens, lorsque je suis au domicile d'un-e patient-e et que je demande son hospitalisation. J'ai l'impression d'un vrai partenariat. Ce n'était pas du tout le cas auparavant.



Ma relation avec le CHUV s'est nettement améliorée.

Peut-être que ce changement vient du fait que les étudiant-e-s en médecine, depuis quelques années, doivent effectuer un mois de stage obligatoire chez un-e médecin de famille au cours de leur 6ème année d'étude, et qu'elles et ils reçoivent un éclairage sur la médecine générale tout au long du cursus universitaire. Mais on voit aussi que le Service des Urgences s'efforce d'être accueillant.

### Etes-vous rapidement informé lorsque votre patient-e est admis au CHUV ou sort des Urgences?

Si le ou la patient-e repart directement chez lui, je reçois généralement vite un faxmed. Si elle ou il est hospitalisé en médecine interne, on reçoit aussi rapidement des nouvelles, pour nous dire qui s'occupe du ou de la patient-e. En revanche, si elle ou il est hospitalisé-e dans un autre service, c'est moins souvent le cas. Tout dépend de la pathologie du ou de la patient-e. Selon les situations, on me demande rapidement des informations. Il arrive même qu'on me demande deux ou trois fois les mêmes documents : une première fois quand le ou la patient-e est aux Urgences, une autre fois quand elle ou il arrive dans les étages, une autre fois encore lorsqu'elle ou il est à Sylvana, au Service de gériatrie. Lorsque ce genre de chose arrive, je me demande comment fonctionne la

communication interne du CHUV. Cela dit, les informations que je communique sont toujours bien prises en compte par le service qui les reçoit.

### **Recevez-vous suffisamment d'informations sur vos patient-e-s durant leur séjour au CHUV?**

Si une complication survient, la plupart du temps, je ne reçois pas de nouvelles. Mais je ne suis pas vraiment demandeur. Je comprends que ce n'est pas une priorité, du point de vue médical. En revanche, s'il y a des problèmes relationnels entre l'équipe soignante et la famille d'un-e patient-e, les proches se dirigent le plus souvent tout droit chez moi. Dans ce genre de situation, il serait très utile que le service m'appelle. La perception du ou de la patient-e ou de sa famille n'a parfois pas grand chose à voir avec la réalité médicale. Si je reçois un éclairage professionnel, je peux expliquer ce qui se passe. Je peux désamorcer les choses. Ce travail fait partie de mon métier.

### **Êtes-vous souvent confronté à ces problèmes de compréhension?**

Assez fréquemment. Mais ce n'est pas la règle, et ce n'est pas spécifique au CHUV. Tous les hôpitaux connaissent les mêmes problèmes.

### **Que suggérez-vous pour améliorer ce point?**

Il faudrait que les équipes soignantes ou les médecins de l'hôpital aient le réflexe d'appeler le ou la médecin de famille dès que ce type de malentendu arrive. Ce serait très précieux.

### **Si vous cherchez à joindre le ou la médecin qui s'occupe de votre patient au CHUV, parvenez-vous facilement à l'atteindre?**

Le parcours ordinaire d'un-e médecin de famille, lorsqu'elle ou il veut atteindre la personne en charge de son ou de sa patient-e, consiste à appeler le CHUV, demander dans quel service se trouve son ou sa patient-e, parler avec le desk du service en question pour identifier la bonne personne... Ce processus peut prendre de longues minutes. Si la réception de l'hôpital pouvait savoir quel-le médecin s'occupe de tel-le patient-e au moment de notre appel, puis nous le passer directement, ce serait l'idéal.

### **Enfin, lorsque votre patient-e sort du CHUV pour rentrer chez elle ou chez lui, les informations sur son séjour mettent-elles parfois trop de temps à vous parvenir?**

C'est là le point le plus sensible. Il arrive que la lettre de sortie d'un-e patient-e nous parvienne deux semaines, voire davantage, après son retour au domicile. Mais lorsqu'un-e patient-e sort du CHUV, très souvent, elle ou il se rend chez son ou sa médecin de famille le jour suivant pour discuter de son ordonnance de sortie. Et si je ne sais pas ce qui s'est passé les 15 jours précédents, c'est difficile... On peut essayer de retrouver un-e médecin qui s'est occupé du ou de la patient-e au CHUV, mais la ou le responsable a pu changer plusieurs fois pendant le séjour, ce n'est donc pas évident d'identifier la bonne personne. Les patient-es eux-mêmes, la plupart du temps, ne parviennent pas à nous donner le nom d'un-e médecin de référence.



Il serait utile qu'à sa sortie, le ou la patient-e reçoive les copies des résultats d'examens que le CHUV a effectué.

### **Quelle solution suggérez-vous dans ce cas?**

Si un service voit qu'il va mettre du temps à rédiger une lettre de sortie, il serait utile qu'à sa sortie, le ou la patient-e reçoive les copies des résultats d'examens que le CHUV a effectué pendant son séjour. Même bruts, ces documents permettent au médecin de famille d'éclaircir le parcours, et de pouvoir apprécier une ordonnance de sortie en connaissance de cause.

## 3 SÉCURITÉ PAR LA GESTION DES RISQUES



Un ou une patient-e qui entre dans un hôpital ne devrait courir aucun risque évitable durant son séjour. Afin de développer une culture de la sécurité en son sein, le CHUV met en œuvre des programmes qui améliorent l'hygiène, renforcent la sécurité des interventions et permettent l'expression des patient-e-s. L'hôpital encourage également ses collaboratrices et collaborateurs à signaler tout incident qui survient lors de l'administration des soins.

L'hôpital encourage également ses collaboratrices et collaborateurs à signaler tout incident qui survient lors de l'administration des soins.

# 3.1 SÉCURITÉ INTERVENTIONNELLE



Avant toute opération, les médecins et les soignants doivent remplir une liste de contrôle afin de prévenir les erreurs. Le CHUV surveille son taux de remplissage de très près.

En s'appuyant sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour une chirurgie plus sûre afin d'épargner des vies, le CHUV a introduit une checkliste de sécurité interventionnelle. Les équipes médico-soignantes doivent la remplir avant toute intervention chirurgicale et acte interventionnel. Cette procédure vise à prévenir les erreurs de site opératoire, les infections ou les oublis de corps étrangers.



En 2016, la liste de contrôle avant opération a été remplie de façon exhaustive pour 87,7% des interventions.

Plus spécifiquement, la checkliste a pour objectifs :

- d'améliorer la sécurité interventionnelle en intégrant, dans les pratiques des équipes médicales, la vérification croisée de différents points critiques de sécurité ;
- de renforcer la communication et le partage des informations au sein des équipes travaillant au bloc opératoire ou sur un plateau technique interventionnel.

La liste comprend une succession d'étapes déclinées en activités, telles que le contrôle de l'identité du patient, le contrôle du marquage du site opératoire, la disponibilité du bon matériel, le comptage des compresses, etc. Pour chaque intervention dans un bloc opératoire, elle est considérée comme remplie à 100% lorsque tous les éléments de toutes les étapes sont renseignés.

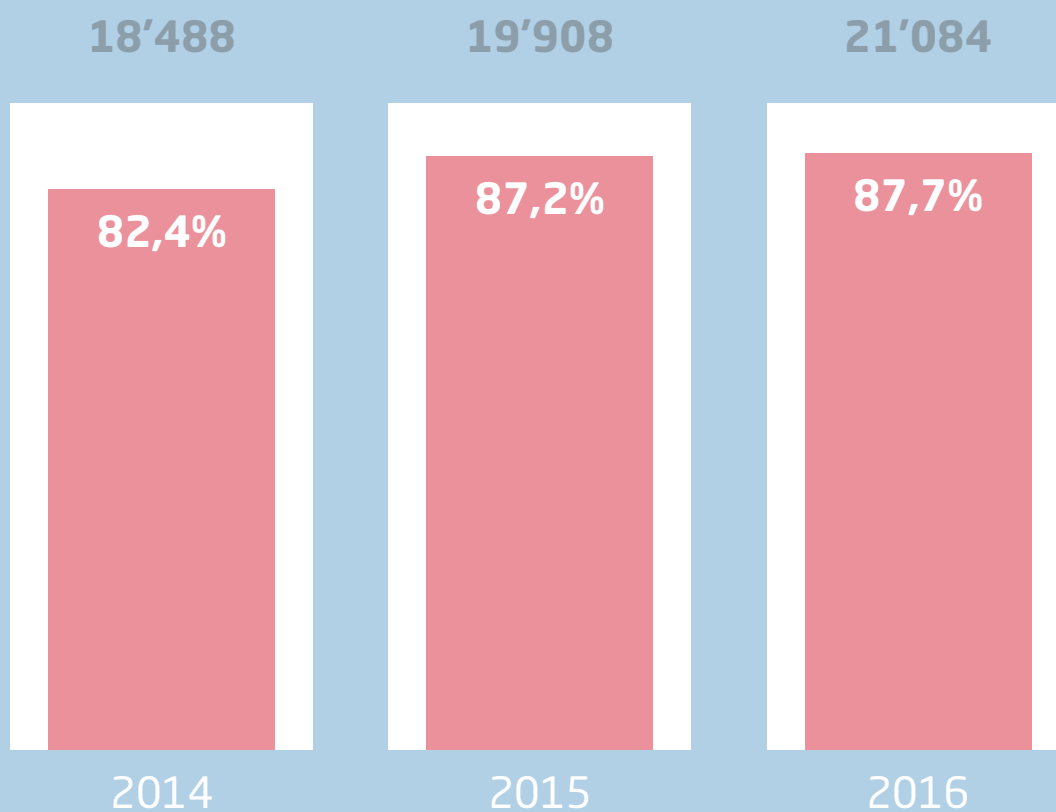
Mise en place en 2010 et informatisée début 2013, cette procédure présente un nombre toujours plus important de checklists remplies à 100% par les équipes.



## CHECKLISTE INTERVENTIONNELLE, ÉVOLUTION DEPUIS DÉBUT 2013

L'exigence de cet indicateur est très élevée : pour chaque intervention, il faut procéder à près de 40 actions de sécurité, chacune devant être documentée. Dès 2013, la liste est au moins partiellement remplie pour 100% des interventions. En 2016, elle a été renseignée de façon exhaustive pour 87,7% des interventions.

- Objectif
- Nombre d'interventions
- Proportion d'interventions avec tous les éléments de la checkliste renseignés au dessus de l'objectif
- Proportion d'interventions avec tous les éléments de la checkliste renseignés en dessous de l'objectif



L'objectif des 95% de taux de saisie de la checkliste n'étant pas encore atteint, le CHUV continuera à améliorer progressivement la systématisation de cette pratique en 2017.

## 3.2 OBSERVANCE DE L'HYGIÈNE DES MAINS



Afin de prévenir les infections, les médecins et le personnel soignant du CHUV doivent se désinfecter les mains de façon très disciplinée. Le CHUV évalue chaque année le respect des consignes.

L'hygiène des mains joue un rôle clé dans la prévention des infections : c'est par les mains que se transmet la majeure partie des microbes pathogènes. A la base de toute profession soignante, son observance est particulièrement importante dans un hôpital. Les germes y sont nombreux et les patient-e-s fragilisés, certain-e-s étant précisément hospitalisé-e-s pour des infections. Le Service de médecine préventive hospitalière du CHUV est extrêmement attentif à ce danger.



C'est par les mains que se transmet la majeure partie des microbes pathogènes.

L'observance de l'hygiène des mains est évaluée selon les critères de l'OMS, qui définit cinq « opportunités » ou moments clés au cours desquels un membre du personnel soignant doit se désinfecter les mains :

- (1) avant d'entrer en contact avec un-e patient-e;
- (2) avant de procéder à un acte invasif (comme poser une sonde);
- (3) après tout contact avec un-e patient-e;
- (4) avec son environnement immédiat;
- (5) après avoir été en contact avec un liquide biologique tel que le sang.

Le Service de médecine préventive hospitalière mesure chaque année l'adéquation aux recommandations de l'OMS par des audits auprès d'une douzaine de services du CHUV. Il promeut également l'hygiène des mains depuis de nombreuses années par des actions pratiques.





L'observance de l'hygiène des mains est évaluée selon les critères de l'OMS.

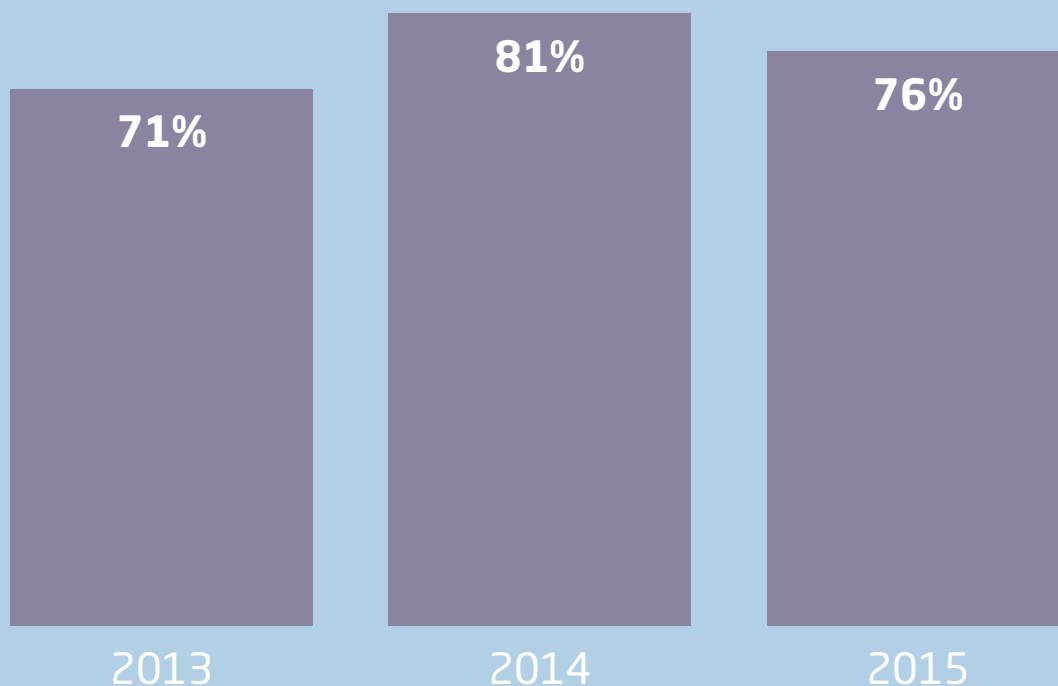
Des actions de communication et en particulier lors de la journée de l'hygiène des mains du 5 mai 2017 seront menées pour continuer à sensibiliser le corps médico-soignant à la désinfection des mains.



## OBSERVANCE GLOBALE

Les audits effectués chaque année observent un grand nombre d'indications à appliquer des mesures d'hygiène des mains (1527 en 2014) auprès de divers professionnels. On reporte un geste d'hygiène des mains lorsqu'il a été effectué selon les recommandations. En 2015, une désinfection a bien été effectuée dans 76% des moments clés définis par l'OMS. Même si l'on observe un fléchissement du taux global par rapport à 2014, ceci reste tout à fait satisfaisant par rapport à ce qui est publié dans la littérature scientifique.

● Taux d'observance



En 2017, le CHUV renforcera encore la mise à disposition de la solution hydro-alcoolique dans les chambres et plus particulièrement pour qu'elle soit proche des lits des patient-e-s. Des actions de communication et en particulier lors de la journée de l'hygiène des mains du 5 mai 2017 seront menées pour continuer à sensibiliser le corps médico-soignant à la désinfection des mains.

# 3.3 INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE



Après une intervention, il arrive qu'une infection survienne à l'endroit du corps qui a été opéré. Le CHUV a pour tâche de déterminer les raisons de tels événements. Il met également des actions en œuvres afin d'éviter ce type de problèmes.

Les infections du site opératoire (endroit du corps où a lieu une intervention chirurgicale) figurent parmi les infections associées aux soins les plus fréquentes.

Une infection du site opératoire est considérée comme telle si elle survient dans les trente jours après l'intervention, ou durant l'année qui suit en cas de pose de prothèse (implant définitif tel que : valve cardiaque, prothèse articulaire, etc.).

L'infection peut être superficielle ou affecter des zones plus profondes.

La survenue d'une infection dépend principalement du type d'opération. Elle dépend aussi de l'état de santé du ou de la patient-e, de la technique opératoire, des mesures de prévention telles que l'asepsie, l'administration d'antibiotiques avant l'opération et la désinfection du site opératoire.

“

La survenue d'une infection dépend principalement du type d'opération.

La méthode utilisée pour détecter et suivre les infections du site opératoire obéit aux règles édictées par Swissnoso ([www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)). Cette association suisse de médecins hospitaliers, dédiée à la lutte contre les infections nosocomiales, veille à sa bonne application par les hôpitaux. Swissnoso s'assure que le relevé des infections s'effectue avec rigueur, sans biais dans la sélection des patient-e-s.

Nous rapportons ici les résultats observés au CHUV de deux manières :

- Les taux bruts d'infection: Ces résultats ne tiennent pas compte de la gravité de la situation des patient-e-s et de certains facteurs de risque;

- Le ratio standardisé d'infections (SIR). Il s'agit du taux brut d'infections divisé par le taux des infections que l'on peut attendre, compte tenu de différents facteurs de risque comme l'état des patient-e-s. Un SIR inférieur à 1 signifie que l'hôpital a moins d'infections que les autres hôpitaux pour le même type d'intervention. Un SIR supérieur à 1 signifie que l'hôpital a plus d'infections que les autres hôpitaux pour le même type d'intervention. Cependant, lorsqu'une catégorie d'intervention touche peu de patient-e-s, une ou deux infections suffisent à faire augmenter le taux. Il faut donc prendre en compte une marge d'erreur ; les résultats indiquent si le taux d'infections du CHUV est dans la norme ou significativement trop élevé par rapport aux autres hôpitaux suisses.

En 2016, Swissnoso a à nouveau évalué avec quelle qualité le suivi des infections du site opératoire était effectué au CHUV ; la note de 4 sur 4 a été attribuée pour la deuxième fois.

Ce résultat souligne la rigueur avec laquelle ces infections sont dépistées au CHUV.

### Commentaires du graphique

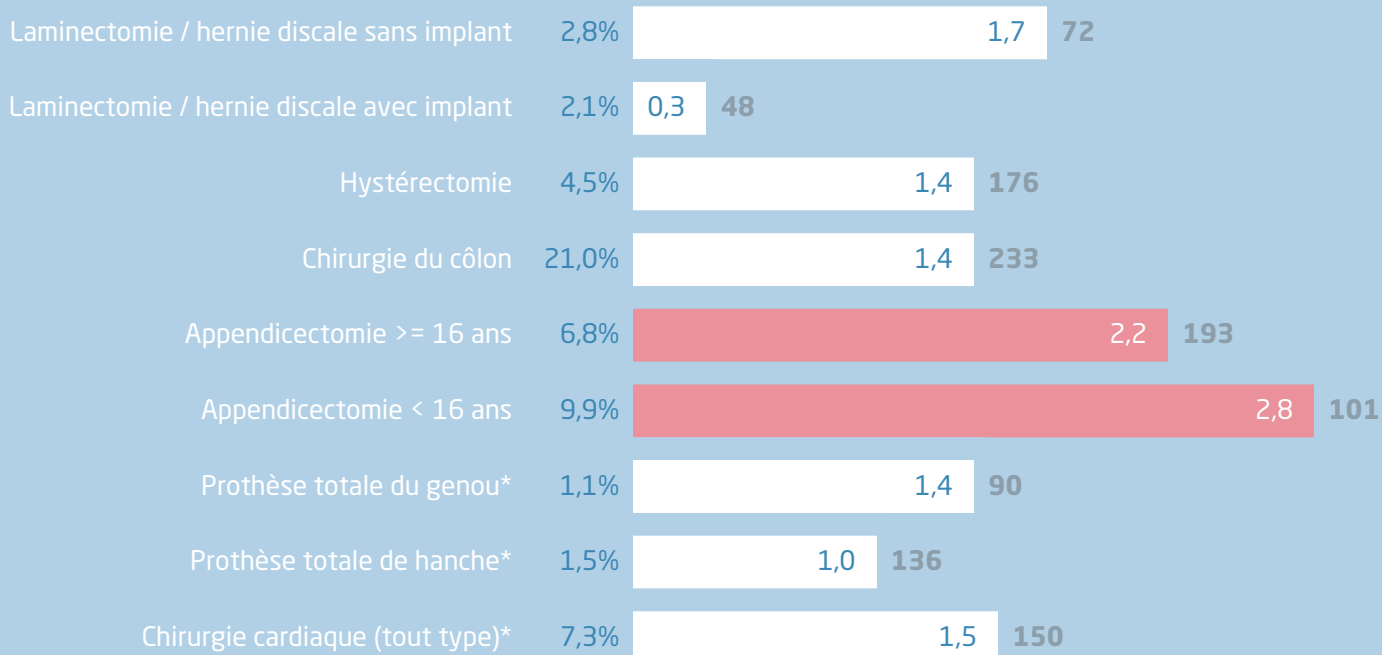
Lorsqu'ils sont hors normes, les taux d'infections du site opératoire font l'objet d'analyses approfondies et de mesures préventives avec les équipes chirurgicales, en particulier s'ils montrent une tendance à la hausse. Le ratio standardisé d'infections (SIR) ne tient compte que partiellement des différents facteurs de risque. En ce qui concerne les appendicectomies, un taux d'infections plus élevé peut s'expliquer par le fait que les interventions les plus simples s'effectuent désormais en ambulatoire. De ce fait, elles ne font plus partie du programme de surveillance. Le contrôle ne comprend donc plus que les appendicectomies les plus compliquées, dont le risque d'infection est plus important.

Les résultats présentés ci-dessous concernent la période d'octobre 2015 à septembre 2016, sauf lorsque indiqué par une astérisque; dans ce cas, la période de mesure est d'octobre 2014 à septembre 2015.



## INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE, RATIO STANDARDISÉ (SIR)

- Taux d'infections brut
- Ratio standardisé (SIR) dans la norme
- Ratio standardisé (SIR) significativement plus élevé qu'attendu
- Nombre d'interventions suivies



En 2017, il est prévu d'adapter et de mettre en place les nouvelles recommandations pour l'antibioprophylaxie pédiatrique. Par ailleurs, l'encadrement et le suivi de ces interventions seront renforcés.



# PRÉVENIR LES INFECTIONS POSTOPÉRATOIRES TOUT EN LIMITANT L'USAGE DES ANTIBIOTIQUES

## LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRES - FOCUS

Personne de référence :  
Dr Laurence Senn,  
médecin associée, Service  
de médecine préventive  
hospitalière.

Depuis 2008, le Groupe de travail sur les anti-infectieux émet des recommandations sur le bon usage des antibiotiques au CHUV. Il conseille en particulier de limiter leur administration dans la majorité des interventions.

## Qu'est-ce que l'antibioprophylaxie?

Toute intervention chirurgicale comprend un risque d'infection, dont l'importance varie selon le type d'opération. Entre autres mesures, l'antibioprophylaxie permet de limiter les infections du site opératoire. En cas d'indication, chirurgien-ne-s et médecins anesthésistes protègent les patient-e-s qu'ils opèrent en leur administrant un antibiotique.

## Qui s'occupe de déterminer les bons antibiotiques à utiliser pendant une opération au CHUV?

Dans le but de fixer les bons principes d'utilisation des antibiotiques en son sein, le CHUV a créé, en 2008, un Groupe de travail sur les anti-infectieux. On y trouve des pharmaciens-ne-s et des médecins spécialistes en infectiologie, en microbiologie, en pharmacologie clinique et en hygiène, prévention et contrôle des infections (HPCI). L'une de leurs tâches consiste à émettre des recommandations d'antibioprophylaxie adaptées au risque d'infection de chaque situation chirurgicale.

## Quelles sont les mesures mises en place par le CHUV pour promouvoir une administration appropriée des antibiotiques lors d'une intervention chirurgicale?

Depuis sa création en 2008, le Groupe de travail sur les anti-infectieux du CHUV publie et met à jour des recommandations détaillées et opérationnelles pour le bon usage des antibiotiques en prophylaxie chirurgicale. Destinées aux chirurgien-ne-s et médecins anesthésistes, ces recommandations ont été élaborées avec leur collaboration. Dans le domaine de la chirurgie viscérale, de la chirurgie cardiaque et vasculaire, en oto-rhino-laryngologie, en orthopédie et en urologie, ces recommandations donnent des indications très précises sur le bon antibiotique à utiliser pour une intervention. Pour chaque type d'opération, elles indiquent à quelle dose, à quel moment et à quel intervalle il convient de l'administrer. Le Groupe de travail insiste également sur la nécessité, dans la majorité des cas, de limiter l'administration des antibiotiques à une dose unique au début de l'intervention.



Auparavant, selon les interventions, il était d'usage d'administrer largement des antibiotiques aux patients opérés.

### **Pourquoi faut-il limiter l'usage des antibiotiques lors d'une opération chirurgicale?**

Auparavant, lors de certaines interventions chirurgicales, il était d'usage d'administrer largement des antibiotiques aux patients opérés avant, pendant et après leur opération.

Des études montrent cependant qu'administrer une seule dose d'antibiotiques avant une opération s'avère tout aussi protecteur que de donner plusieurs doses avant et après l'opération. Par ailleurs, l'usage non limité d'antibiotiques a conduit à l'augmentation du nombre de germes résistants. Depuis les années 2000, les infections dues à des bactéries résistantes deviennent de plus en plus nombreuses. Le développement de nouveaux antibiotiques ne paraissant, aujourd'hui, pas suffisamment prometteur, ces germes résistants menacent de rendre les médicaments de moins en moins efficaces.

### **Quels secteurs du CHUV reste-t-il à couvrir avec des recommandations?**

De 2008 à 2016, le Groupe de travail sur les anti-infectieux du CHUV a travaillé avec les spécialités chirurgicales de l'hôpital les plus exposées aux infections, notamment la chirurgie digestive.



Administrer une seule dose d'antibiotiques avant une opération s'avère tout aussi protecteur que d'en donner plusieurs.

Les secteurs qui restent à couvrir présentent des risques infectieux moindres: il s'agit principalement de la neurochirurgie, de la chirurgie thoracique et de la gynécologie-obstétrique. Enfin, les recommandations actuelles ne conviennent qu'à l'antibioprophylaxie des adultes. Il reste encore à les adapter au secteur pédiatrique.



## 3.4 PRÉVALENCE DES ESCARRES



Le CHUV enquête chaque année sur les lésions de la peau dont les patients peuvent souffrir durant leur séjour à l'hôpital. Il met également en place diverses mesures afin les éviter.

Depuis 2011, sous l'égide de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), une enquête annuelle de prévalence des escarres est organisée durant la même journée, dans toutes les institutions de Suisse affiliées à l'ANQ. Au CHUV, une centaine d'enquêteurs-trices qui sont des professionnel-le-s spécifiquement formé-e-s, examinent la peau de 800 patient-e-s en moyenne, afin d'identifier le nombre de personnes souffrant d'escarres, que celles-ci soient nosocomiales (acquises durant le séjour à l'hôpital) ou déjà présentes lors de l'admission du ou de la patient-e.

L'enquête précise également la gravité de l'escarre selon la classification suivante:

- Catégorie 1 : Erythème cutané sur une peau intacte, ne disparaissant pas à la levée de la pression.
- Catégorie 2 : Perte partielle de substance au niveau du derme, sous forme d'une phlyctène intacte ou non.
- Catégorie 3 : Perte complète de substance, mais les os, muscles et tendons ne sont pas exposés.
- Catégorie 4 : Perte complète de substance avec exposition des os, tendons ou muscles.



En 2016, le taux d'escarres du CHUV reste dans la norme des hôpitaux suisses.

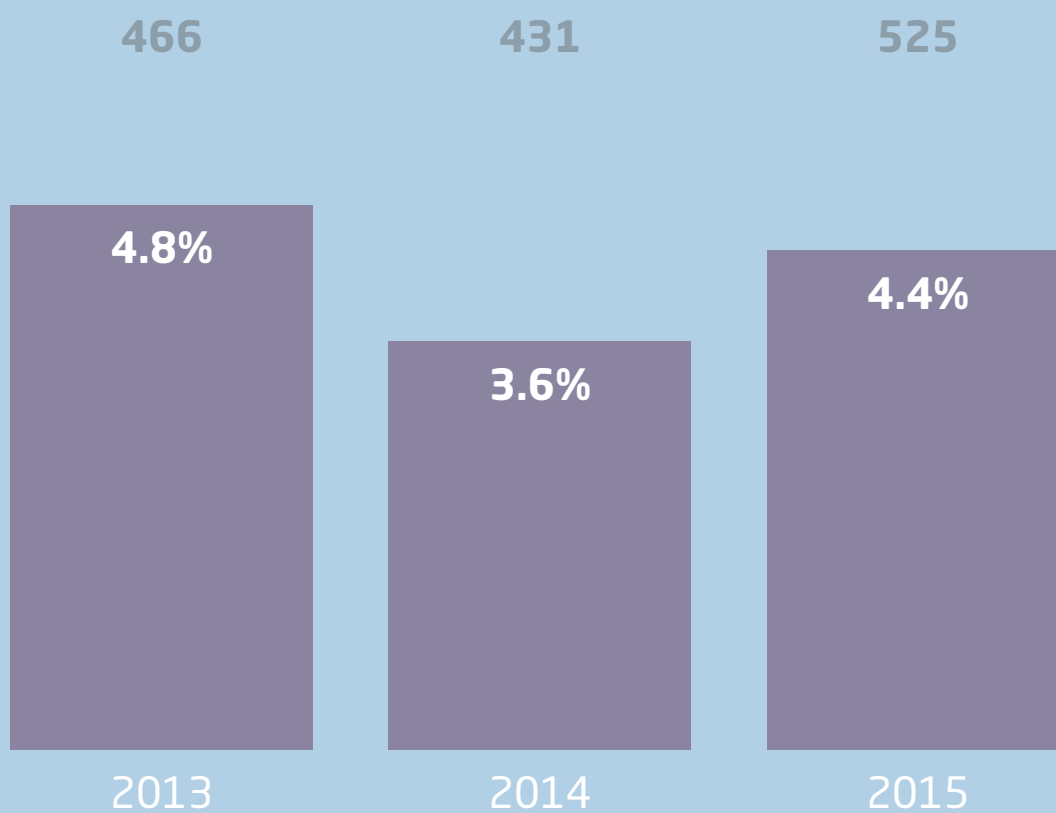
Le taux d'escarres du CHUV est comparé au taux suisse, tenant compte de tous les facteurs de risque (pathologies, durée de séjour, temps opératoire, immobilité, etc.). La comparaison permet de déterminer si le chiffre observé est, à population comparable, dans la norme suisse, ou s'il est significativement trop élevé.



## PRÉVALENCE D'ESCARRES NOSOCOMIALES DE CATÉGORIES 2 À 4

Après un taux d'escarres significativement élevé en 2011, les mesures qui ont été prises ont permis au CHUV de se placer, puis de rester dans la norme suisse, ceci même si le taux d'escarres augmente un peu en 2015.

- Nombre de patients observés
- Taux du CHUV significativement au-dessus de l'objectif
- Taux du CHUV dans l'objectif



En 2017, le CHUV continuera de déployer la trousse de mesures minimales requises pour la prévention des escarres. Elle poursuivra aussi l'utilisation du matériel de prévention des escarres.



## DES CAPTEURS POUR PRÉVENIR ESCARRES ET CHUTES

### LA PRÉVENTION DES ESCARRES - FOCUS

Personnes de références:  
Philippe Thomas, adjoint à  
la Direction des soins,  
Département de  
médecine.

Florence Carrea Bassin,  
infirmière clinicienne  
spécialisée, Direction des  
soins.

En 2015 et 2016, le CHUV a testé un nouveau matériel de prévention des escarres et des chutes, le Mobility monitor. Doté de capteurs reliés à un système d'alarme, ce dispositif permet d'améliorer très sensiblement les soins.

### Comment le personnel soignant du CHUV peut-il éviter qu'un-e patient-e ne développe des escarres, tout en prévenant les chutes?

Il existe plusieurs méthodes pour éviter qu'une personne ne souffre d'escarres durant une hospitalisation. La première consiste à s'assurer que le ou la patient-e change régulièrement de position dans son lit. Il faut également, si possible, qu'elle ou il se mobilise en marchant un peu à intervalles réguliers. De même, il faut veiller à ce qu'elle ou il ne reste pas toujours dans la même posture pendant son sommeil. Si l'on veut qu'un-e patient-e ne développe pas d'escarres, sa position doit changer au moins une fois toutes les deux heures. Enfin, si l'on veut éviter qu'un-e patient-e ne chute, il faut adapter son environnement, ajuster sa médication et pratiquer des exercices de physiothérapie, entre autres mesures recommandées.



Prévenir les lésions cutanées et les chutes pendant un séjour hospitalier demande une grande vigilance au personnel soignant.

Prévenir les lésions cutanées et les chutes pendant un séjour hospitalier demande ainsi une grande vigilance au personnel soignant. Sa première tâche consiste à repérer les patient-e-s susceptibles de chuter ou de développer des escarres. Il doit ensuite définir l'importance de ce risque. Une fois ce repérage effectué, les soignant-e-s mettent en place un plan de mobilisation adapté à chaque patient-e.

### Qu'est-ce que le Mobility Monitor?

Doté de très nombreux capteurs électroniques, le Mobility Monitor est un dispositif que l'on place sous un matelas. Il permet de détecter les mouvements d'un-e patient-e dans son lit au cours de son séjour hospitalier. Ses mesures montrent avec précision si une personne change suffisamment de position durant la journée ou la nuit. Lorsque ce n'est pas le cas, ou que le ou la patient-e sort de son lit, un système d'alerte prévient le personnel soignant. Installé au desk infirmier, un tableau de bord affiche la situation de chaque patient-e dont le lit est équipé de cet appareil.

## **En quoi une machine qui mesure les mouvements d'un-e patient-e dans son lit peut-elle compléter le travail humain?**

Très peu mobiles, les patient-e-s « à haut risque » d'escarres ne sont pas difficiles à identifier. En revanche, du fait qu'ils parviennent à se mouvoir un peu, les patient-e-s à risque « faible » ou « modéré » sont parfois difficiles à repérer. Par ailleurs, selon l'état de santé d'un-e patient-e ou selon les médicaments qu'elle ou il prend, sa capacité à se mouvoir peut changer pendant son séjour à l'hôpital. Parfois, elle change même au cours d'une journée. Quant aux patient-e-s à risque de chute, il est important que les soignant-e-s accompagnent leurs déplacements. Lorsqu'un-e patient-e est en état de confusion, elle ou il n'est pas toujours capable d'appeler les infirmier-ère-s avant de se lever. Un appareil qui mesure les mouvements d'une personne hospitalisée dans son lit, et qui alerte le personnel soignant avant qu'un-e patient-e ne se lève, s'avère donc précieux.

En 2015 et 2016, le CHUV a mené deux tests avec le Mobility Monitor dans deux services de médecine interne, où les patient-e-s à risque d'escarres sont nombreux-ses. Après un premier essai effectué avec des tapis attribués à une quinzaine de patient-e-s différents, le CHUV a mené un deuxième essai de grande envergure. Dans un premier temps, 30 dispositifs ont été testés durant deux semaines, en phase aveugle et sans alarme, afin de déterminer des critères de sélection et d'utilisation cliniques. Puis, durant deux mois, le test a continué avec 15 Mobility Monitor, cette fois munis d'alarmes pour les chutes comme pour la mobilisation. Durant cette deuxième phase, 60 patient-e-s ont bénéficié du dispositif. 25% d'entre eux-elles étaient observé-e-s tant pour la prévention des chutes que des escarres, 13% pour la prévention des chutes seulement, et 62% uniquement pour la prévention des escarres.

## **Quels sont les résultats des tests effectués avec le Mobility Monitor?**

Les deux périodes d'essais ont clairement démontré l'utilité d'une telle machine. D'une part, les senseurs électroniques permettent de représenter le degré de mobilisation des patient-e-s de façon objective. D'autre part, les alertes émises par l'appareil indiquent avec précision au personnel soignant à quel moment il doit intervenir pour mobiliser un-e patient-e. Grâce aux informations transmises en direct sur un ordinateur, les senseurs aident les équipes d'infirmiers et infirmières à mieux coordonner leurs interventions. Le travail du service s'améliore ainsi clairement. Par ailleurs, la précision des données permet de personnaliser chaque prise en charge.

Parmi de nombreux résultats positifs, les tests de l'appareil montrent que son utilisation diminue de plus de moitié l'immobilité des patient-e-s. D'une façon générale, l'ensemble des actions de soins pour la prévention des escarres se sont améliorées de plus de 50%. Durant la phase de test avec les systèmes d'alarme, l'un des patients a développé une escarre de catégorie 1 (rougeur qui ne disparaît pas à la pression et sans ouverture de la peau), mais à la fin de l'hospitalisation, le problème était résolu. Par ailleurs, aucune chute n'a eu lieu. A noter aussi que, selon les cas, un appareil de surveillance comme le Mobility Monitor évite des mesures de contention, ce qui tranquillise aussi bien les soignant-e-s que les familles des patient-e-s à risque.

### **Quelles sont les contraintes d'un appareil comme le Mobility Monitor?**

Aussi positive soit-elle, l'utilisation d'une technologie comme le Mobility Monitor s'accompagne de certaines contraintes. Très sophistiqué, un tel équipement requiert de bien former le personnel à son utilisation. Par ailleurs, et comme pour toute machine, il implique non seulement un coût de départ, mais aussi un entretien régulier pour garantir son bon fonctionnement. Enfin, il est indispensable que sa présence ne dissuade pas le personnel soignant de faire appel à une réflexion individuelle. Bien que précieux, ce type d'appareil doit se concevoir comme une aide à la décision, et non comme un instrument de remplacement de l'initiative humaine.

Pour toutes ces raisons, y recourir demande un accompagnement spécifique. Lors du deuxième essai du Mobility Monitor, une infirmière expérimentée avait pour charge de gérer l'ensemble des appareils. Elle veillait à ce qu'ils soient attribués aux bon-ne-s patient-e-s. Encadrée par une infirmière clinicienne spécialisée, soutenue aussi par ses cadres de soins, elle avait également pour tâche d'interpréter les données transmises par les machines.

Il faut enfin souligner qu'un appareil à capteurs est une machine à récolter des informations sur les patient-e-s. Il est nécessaire de veiller aussi à la protection de ces données.

# 3.5 MORTALITÉ HOSPITALIÈRE



L'indicateur de mortalité hospitalière témoigne du nombre de patients qui décèdent durant leur séjour au CHUV. Surveillé de très près, il permet également de mettre en place des mesures appropriées.

Un décès qui survient lors du séjour d'un-e patient-e à l'hôpital constitue un événement majeur qui oblige une institution à examiner ce qu'il s'est passé. Les indicateurs de mortalité actuellement utilisés permettent d'indiquer la mortalité spécifique à une maladie ou à un type d'intervention, dont le taux de décès peut révéler un défaut de qualité des soins.

L'indicateur de mortalité hospitalière témoigne de la mortalité durant le séjour hospitalier. Il s'agit cependant d'une évaluation partielle. En effet, lorsqu'un-e patient-e meurt après sa sortie de l'hôpital, son décès n'est pas pris en compte dans la statistique de l'établissement qui l'a pris en charge.

Par ailleurs, cet indicateur est pondéré par un taux attendu de mortalité en fonction de l'âge et du sexe du ou de la patient-e. La prise en compte de ces deux paramètres est très importante : plus l'âge d'un-e patient-e est avancé, plus le risque de décéder augmente.

Néanmoins, il serait encore plus pertinent de prendre en compte l'ensemble des maladies dont elle ou il souffre, par exemple un diabète, une insuffisance cardiaque, une maladie neurologique, etc. L'identification de toutes ses pathologies permettrait de mieux définir le degré de sévérité de la situation d'un-e patient-e.

Tel qu'il est défini aujourd'hui, l'indicateur de mortalité hospitalière ne prend pas ces éléments en compte. Cette lacune constitue l'une des limites de cet indicateur.





Plus l'âge d'un-e patient-e est avancé, plus le risque de décéder augmente.

L'indicateur national de mortalité hospitalière est fourni aux hôpitaux par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans un délai d'au moins deux ans. Pour analyser des informations plus récentes, le CHUV s'appuie sur les indicateurs calculés dans le cadre de l'Initiative pour la qualité en médecine (IQM). Cette association allemande pour la promotion de la qualité en médecine est également à l'origine d'une démarche d'analyse des décès par une équipe médico-soignante issue d'autres hôpitaux.

Le CHUV s'appuie sur les indicateurs de mortalité hospitalière pour mettre en place des mesures d'amélioration.

Par exemple, dans le domaine des accidents vasculaires cérébraux, des mesures ont été prises pour assurer l'orientation précoce des patient-e-s vers le CHUV selon l'intensité de leurs symptômes. Il en va de même pour la chirurgie colorectale dans le cadre du Programme ERAS.

### Commentaires du graphique

Lorsque le taux de mortalité hospitalière observé au CHUV est au-dessus de la valeur attendue, les équipes cliniques analysent les causes de ce résultat. Pour un certain nombre de situations, le taux élevé s'explique avant tout par la gravité de l'état des patient-e-s. En tant qu'hôpital de référence, le CHUV a la responsabilité de prendre en charge les patient-e-s les plus sévèrement atteint-e-s. L'indicateur de mortalité ne prend cependant pas ce facteur en compte. C'est par exemple ce qui peut expliquer la mortalité observée plus élevée qu'attendue pour la chirurgie colorectale ou les coronarographies.

Dans certaines situations, pour lesquelles la mortalité est très rare, un seul décès peut faire varier le taux de manière très importante. C'est le cas pour la prothèse totale de hanche.

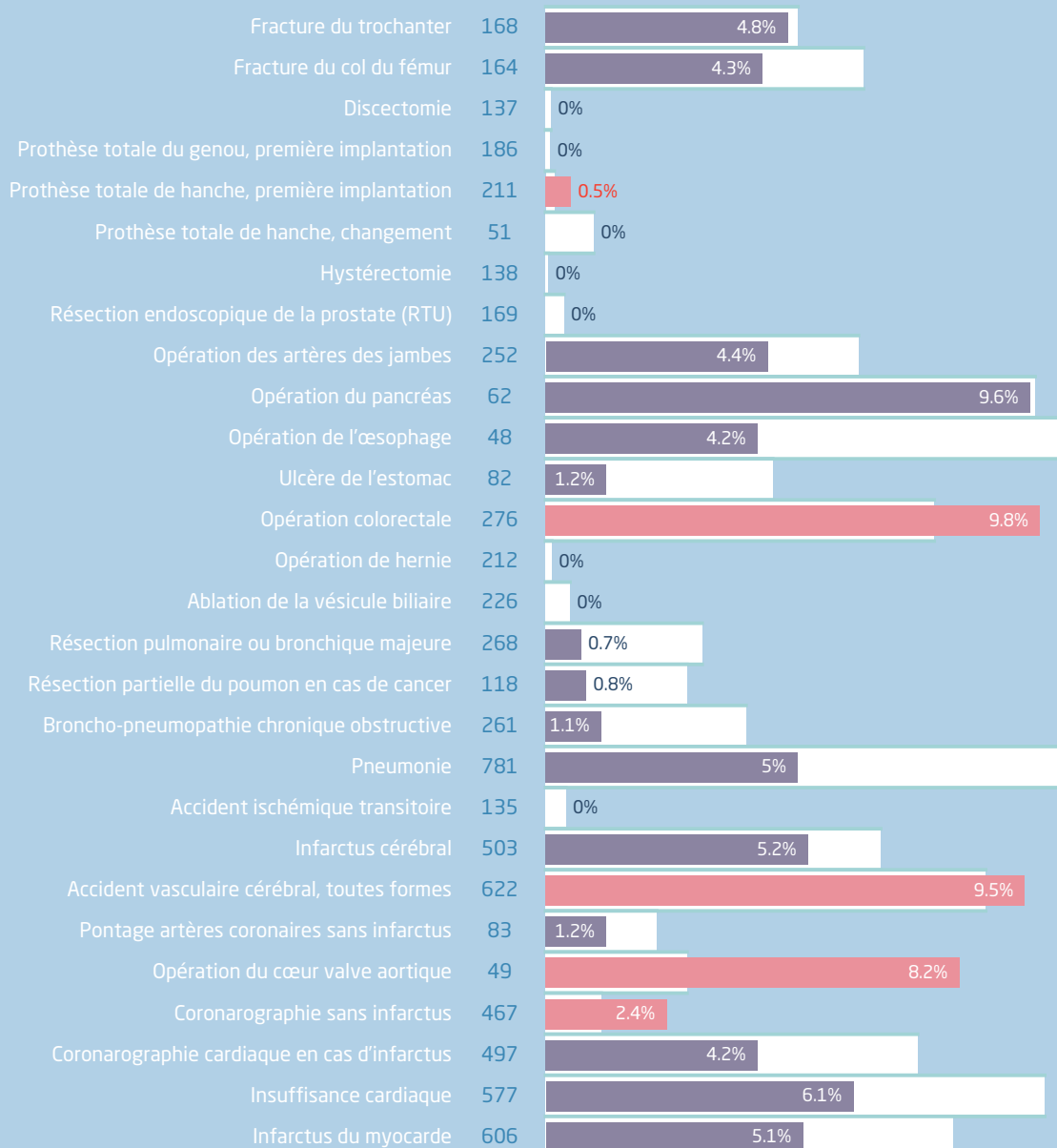
Il a été montré, dans les études multicentriques, que les traitements de recanalisation après un AVC ne réduisent pas la mortalité, mais le handicap. De plus, lors d'un AVC massif, c'est un projet de soins palliatifs qui est souvent décidé, et qui vise à accompagner le patient jusqu'à son décès sans avoir à le transférer dans une autre structure hospitalière. L'évaluation de la mortalité requiert dès lors une analyse différenciée de ces différentes situations.



## TAUX DE MORTALITÉ, CHUV 2015, SÉLECTION DES DIAGNOSTICS / INTERVENTIONS AVEC PLUS DE 50 CAS

● Nombre de patients observés  
● Norme

● Taux du CHUV dans l'objectif  
● Taux du CHUV significativement au-dessus de l'objectif



En 2017, les situations de patient-e-s décédé-e-s continueront à être analysées lorsque le taux de mortalité est plus élevé qu'attendu. Une revue par les pairs (« peer review ») sera organisée en collaboration avec l'Initiative pour la qualité en médecine (IQM). Une équipe de médecins et infirmiers-ères d'autres hôpitaux viendront analyser 15 dossiers et discuteront d'éventuelles pistes d'amélioration avec les équipes du CHUV.

## LIBELLÉS EXACTS DES PATHOLOGIES / INTERVENTIONS APPARAISSANT DANS LE GRAPHIQUE

Fracture du trochanter	Fracture du trochanter (âge >19)
Fracture du col du fémur	Fracture du col du fémur (âge>19)
Discectomie	Discectomie
Prothèse totale du genou, première implantation	Première implantation d'EPT de genou
Prothèse totale de hanche, première implantation	Première implantation d'EPT de hanche (pas en cas de fracture)
Prothèse totale de hanche, changement	Changement d'EPT de hanche et changement de composants
Hystérectomie	Hystérectomie pour affections bénignes (âge >14)
Résection endoscopique de la prostate (RTU)	RTU de prostate
Opération des artères des jambes	OP des artères du bassin/des jambes
Opération du pancréas	Total des résections du pancréas (sans transplantation, âge >19)
Opération de l'œsophage	Interventions complexes de l'œsophage
Ulcère de l'estomac	DP ulcère de l'estomac, du duodénum ou du jéjunum, sans tumeur
Opération colorectale	Total des résections colorectales
Opération de hernie	Herniotomie sans OP de l'intestin
Ablation de la vésicule biliaire	Cholécystectomie en cas de calculs biliaires et cholécystite, sans tumeur
Résection pulmonaire ou bronchique majeure	Pneumonectomie en cas de carcinome bronchique, pourcentage
Résection partielle du poumon en cas de cancer	Résections pulmonaires partielles en cas de carcinome bronchique
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	BPCO sans tumeur (âge >19)
Pneumonie	DP de pneumonie
Accident ischémique transitoire	AIT
Infarctus cérébral	Infarctus cérébral
Accident vasculaire cérébral, toutes formes	DP d'accident vasculaire cérébral, toutes les formes (âge >19)
Pontage artères coronaires sans infarctus	OP des vaisseaux coronaires uniquement,
Opération du cœur valve aortique	Remplacement isolé de valve aortique à cœur ouvert
Coronarographie sans infarctus	Cathétérisme diagnostique des vaisseaux coronaires
Coronarographie cardiaque en cas d'infarctus	Cathétérisme des vaisseaux coronaires en cas de DP
Insuffisance cardiaque	DP insuffisance cardiaque (âge >19)
Infarctus du myocarde	DP infarctus du myocarde (âge >19)

## 3.6 GESTION DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES ET INDÉSIRABLES



### PERSONNES DE RÉFÉRENCE

Mirela Caci, directrice médicale adjointe.

Patrick Genoud, directeur adjoint des soins.

Nahid Yeganeh-Rad, coordinatrice qualité sécurité.

Alessandro Foletti, responsable du déploiement RECI.

La première étape pour gérer les incidents est d'en avoir connaissance. Il est donc essentiel de promouvoir une culture de la déclaration d'incidents. Depuis 2012, le CHUV met en place des outils à cet effet.

### Qu'est-ce que le RECI?

En premier lieu, le RECI (Recueil des événements critiques et indésirables) s'appuie sur une politique institutionnelle qui consiste à admettre que des incidents peuvent se produire au sein d'un hôpital et qu'il faut les signaler, afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent. Ensuite, d'un point de vue pratique, le système RECI est un outil informatique de récolte et de gestion de ces incidents. Ces derniers comprennent aussi bien les vols et pertes de matériel ou erreurs de facturation, que les chutes de patient-e-s au sein de l'hôpital et les problèmes de dosages médicamenteux, jusqu'aux incidents qui parfois surviennent lors des soins. Dans son acception la plus large, le RECI comprend également les quasi-incidents, soit des problèmes évités de justesse et dont le signalement peut être utile à leur prévention.

### Comment le RECI est-il organisé au CHUV?

Toute personne qui travaille dans un département du CHUV peut signaler un incident, qu'elle soit impliquée ou non. Le signalement s'effectue à l'aide d'un formulaire. Le document est transmis à la personne responsable de la coordination RECI au sein du service ou du département concerné. L'incident est ensuite analysé par une équipe de spécialistes RECI, afin d'en comprendre toutes les causes et proposer la mise en œuvre de mesures qui éviteront que l'événement ne se reproduise.



Les “événements indésirables” comprennent aussi bien les pertes de matériel que les problèmes qui surviennent lors des soins.

Par ailleurs, les personnes qui signalent un incident doivent avoir la garantie de recevoir un retour d'information sur les mesures prises pour améliorer la situation et prévenir de nouveaux incidents. L'absence de retour constitue un frein à la dynamique du RECI.

### **Quelles sont les conditions de réussite d'un tel outil?**

Partager un incident dont on est soi-même l'auteur n'est pas facile, pas plus que de signaler un problème dont on a été témoin. La pratique du RECI exige qu'une personne qui signale un incident soit certaine de ne pas subir de conséquences négatives. Sauf en cas d'acte intentionnel ou de négligence grave, le RECI implique un principe de non-punition. Au CHUV, l'auteur-e d'un incident de même que la personne qui l'a signalé sont assurés du soutien de l'institution dans leur démarche. Ce principe est indispensable au développement d'une culture du signalement ; il se fonde sur la conviction qu'un incident n'est pas seulement le résultat d'une responsabilité individuelle mais d'un environnement collectif dont il faut mettre à jour les mécanismes par une analyse systémique. Pour cette raison, le signalement d'un incident peut aussi être anonyme.

### **Comment le RECI s'est-il déployé au CHUV?**

Après une phase de formations et d'essai de 2012 à 2013, le CHUV a déployé le RECI dans l'ensemble des services cliniques jusqu'à la fin de l'année 2014 puis dans plusieurs services non cliniques, comme la Direction des ressources humaines, la Logistique hospitalière, la Direction générale, etc. En 2016, Le déploiement du RECI a été étendu au sein du Département universitaire de médecine et de santé communautaire et du Service des Constructions, Ingénierie Technique et Sécurité. Depuis 2012, plus de 300 collaboratrices et collaborateurs de l'hôpital, destiné-e-s à devenir coordinateurs-trices et membres de communautés RECI qui ont reçu une formation intensive pendant plusieurs jours. Chargés d'analyser les incidents et de proposer des mesures afin de les éviter, ces groupes partagent aussi régulièrement leurs bonnes pratiques. Par ailleurs, un site intranet spécifique est à la disposition de toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs du CHUV.



Toute personne qui travaille dans un département du CHUV peut signaler un incident.

Une analyse par type d'incidents montre que les chutes et les incidents liés à la médication sont les plus souvent rapportés.

### **Quelles sont les démarches réalisées en 2016?**

Dans le domaine de l'« empowerment » du ou de la patiente, le CHUV a lancé un projet intitulé « Oser en parler ». Cette démarche, dont le pilote se déroule dans le service de néphrologie, vise à encourager le ou la patient-e à devenir un véritable partenaire dans la prévention et le signalement des incidents. Une brochure a été rédigée sur la base des recommandations de la Joint Commission

(autorité américaine sur la qualité et la sécurité des soins).

Par ailleurs, la démarche Quick-Alert a été poursuivie avec les services cliniques. La Fondation pour la sécurité des patients suisse émet régulièrement des recommandations et des mises en garde qui concernent des problèmes critiques précis. Elaborées par des experts, ces recommandations sont mises à la disposition des professionnel-le-s de la santé en Suisse sur le site [www.patientsicherheit.ch](http://www.patientsicherheit.ch). Lorsque la Fondation émet une recommandation Quick-Alert, le CHUV effectue une enquête de terrain pour s'assurer que les pratiques de l'hôpital sont conformes aux recommandations. Si ce n'est pas le cas, des mesures sont proposées. En 2016, le CHUV a poursuivi les actions suite à des recommandations Quick-Alert.

### **Quels sont les objectifs dans le domaine de la gestion des événements indésirables pour 2017?**

Le développement de la politique RECI fait l'objet d'un plan d'actions pour les années 2016-2017. Ce plan vise à continuer de promouvoir la culture de l'annonce RECI au sein de l'hôpital pour que la participation au RECI devienne un réflexe.

Il est également prévu d'augmenter le retour d'informations aux équipes, et en particulier aux signalant-e-s, sur les mesures prises pour améliorer la sécurité. Il est très important qu'une personne qui a signalé un incident soit informée des suites qu'on lui donne. Les retours l'encourageront à continuer. Par ailleurs, les responsabilités des médecins et infirmier-ère-s cadre seront aussi précisées de manière à mettre en œuvre et pérenniser les changements qu'un incident a rendus nécessaires.

L'année 2017 verra aussi se poursuivre le projet "Transmissions orales", en partenariat avec la Fédération des Hôpitaux Vaudois. Ce projet a pour but d'améliorer la communication au sein des équipes et à prévenir la perte ou la mauvaise compréhension des informations. Il s'appuie sur un ensemble de stratégies et d'outils TeamSTEPS (Team Strategies to Enhance Performance and Patient Safety) développé par l'Agence américaine pour la recherche et la qualité en santé (Agency for Healthcare Research and Quality).

Enfin, un nouveau programme institutionnel est lancé pour améliorer la sécurité de la médication. Plusieurs aspects seront travaillés, tels que le contrôle lors de la préparation des médicaments ou leur administration. Un plan pour la sécurité de la médication sera défini. Il s'appuiera sur le bilan du projet « Progress médicaments ».

L'ensemble de ces mesures devrait permettre de renforcer la culture de la sécurité au sein du CHUV.



Le CHUV lance un nouveau programme institutionnel pour améliorer la sécurité de la médication.

En 2016, le CHUV a participé au projet national « Progress médicaments » avec neuf autres hôpitaux. Ce projet avait pour objectif de vérifier les médicaments pris par le ou la patient-e avant son admission à l'hôpital, et de les comparer avec les produits prescrits peu après son admission. Ce contrôle est important si l'on veut éviter que des traitements importants ne soient interrompus. Il s'agit également de limiter les interactions médicamenteuses. Le projet s'est déroulé dans deux unités pilotes. Les résultats finaux sont attendus pour 2017.

Dans le domaine de la sécurité des médicaments, le CHUV a mis sur pied, en septembre 2016, un séminaire d'une semaine consacré aux différents processus permettant de sécuriser la prescription, la préparation et l'administration des médicaments. La Fondation pour la sécurité des patients était partenaire de cette réunion. L'objectif était de sensibiliser les professionnel-le-s de santé et de favoriser les échanges sur les bonnes pratiques dans ce domaine très important pour la sécurité des patient-e-s.

L'année 2016 a par ailleurs vu la réalisation d'une enquête auprès des collaboratrices et collaborateurs du CHUV, afin d'évaluer l'évolution de la culture de la sécurité et de la gestion des risques. 1'715 professionnel-le-s y ont répondu, soit 29.9% des collaborateurs et collaboratrices en contact avec les patient-e-s. En 2011, ils et elles étaient 32%. En revanche, davantage de collaborateurs-trices qu'en 2011 ont indiqué le département auquel elles et ils sont rattaché-e-s. Cette évolution montre une plus grande confiance envers la procédure.

Quatre dimensions (les transferts et les transmissions, la réaction non punitive à l'erreur, le soutien du management à la sécurité des patient-e-s et la collaboration entre unités et départements) montrent une amélioration en 2016 par rapport à 2011. En revanche, les résultats sont significativement moins bons dans cinq dimensions, notamment la perception globale de la sécurité, le rôle du ou de la supérieur-e hiérarchique comme vecteur de sécurité, le feed-back aux signalant-e-s, ou encore, la communication interne des erreurs.

Le système de déclarations RECI repose sur la confiance que les collaborateurs présentent à l'égard du système, fondée en grande partie sur une culture non-punitive. A l'instar des hôpitaux de la FHV, le CHUV a initié un travail d'adaptation d'un arbre décisionnel – filtre à sanctions – lorsque le comportement des collaborateurs est mis en cause dans la survenance d'un événement indésirable. L'objectif de la démarche est l'analyse et la prise en compte de toutes les causes du système et des facteurs humains, avant de conclure à une faute personnelle. La démarche est en cours de validation et sera introduite de suite.

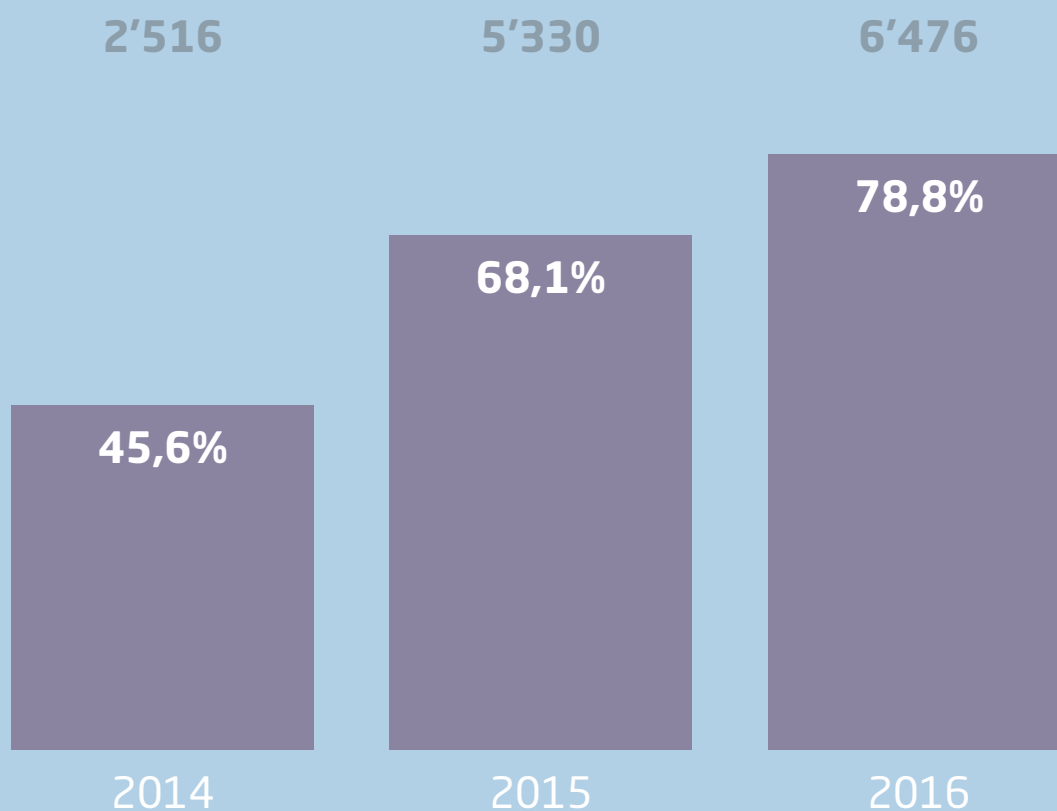




## RECI - RECUEIL DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES ET INDÉSIRABLES

Depuis la fin de l'année 2014, le RECI est déployé dans tous les services cliniques. Nous notons une nette augmentation du nombre de signalements pour 100 personnes ayant accès à l'outil, ce qui traduit une intégration toujours plus importante de la culture du signalement.

- Nombre total de signalements
- Nombre de signalements pour 100 personnes ayant accès à l'outil de signalement



# 4 EFFICACITÉ ET EFFICIENCE DES SOINS



Le CHUV a pour priorité de délivrer des soins fondés sur les meilleures preuves scientifiques et qui correspondent aux standards internationaux. Afin d'éviter toute perte de temps, les équipes médicales veillent à enchaîner au mieux les étapes nécessaires à l'établissement d'un diagnostic et à la mise en œuvre des traitements.

## 4.1 DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES



### PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Prof. Bertrand Yersin, chef  
du Services des urgences

Au Service des urgences du CHUV, le temps d'attente avant une prise en charge varie selon la gravité des situations. En 2016, plus de 60 000 personnes ont passé ses portes. Un nombre en constante augmentation.

Le premier défi d'un service d'urgences est de déterminer correctement les priorités de prise en charge des patient-e-s à leur arrivée en fonction de la sévérité de leur état (urgence vitale immédiate, urgence vitale potentielle, sans urgence vitale). Le deuxième défi consiste à gérer un flux de patient-e-s extrêmement variable et de plus en plus important, puisque le Service des urgences du CHUV a accueilli environ 63'600 personnes en 2016, soit 6000 de plus qu'en 2012 (+12%).

“

En 2016, 71% des patients de degré 2 (urgence vitale potentielle) ont été pris en charge dans les 20 minutes après leur arrivée.

Selon l'Echelle suisse de tri des urgences (EST) appliquée en Suisse romande, les degrés de priorité sont les suivants :

- Degré 1 : Urgence vitale, nécessitant une prise en charge médicale immédiate ;
- Degré 2 : Urgence vitale potentielle, nécessitant une prise en charge médicale dans les vingt minutes après l'arrivée du patient ;
- Degré 3 : Urgence modérée, nécessitant une prise en charge dans les deux heures ;
- Degré 4 : Pas d'urgence, prise en charge dès que possible (mais en moins de cinq heures).

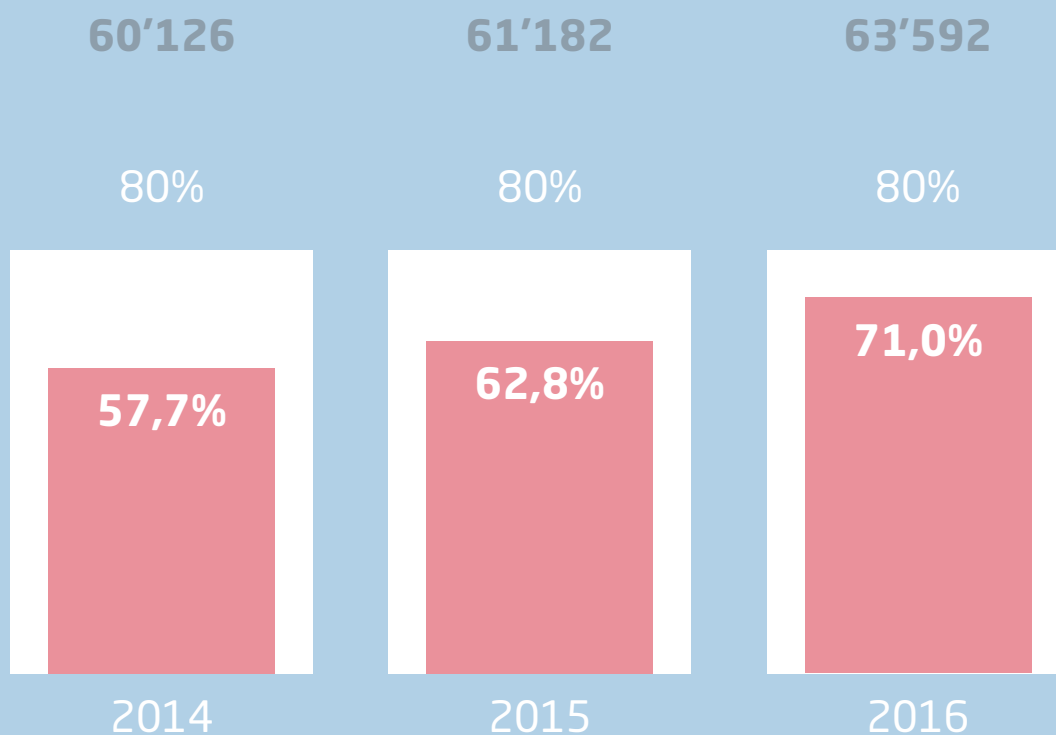


## DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

En 2016, malgré l'augmentation de l'activité, 71% des patients en situation de degré 2 (urgences vitales potentielles) ont été pris en charge dans les 20 minutes après leur arrivée, ce qui représente une amélioration de 10% depuis 2015.

De plus, le nombre de minutes (en médiane) que les patients en situation de degré 2 doivent attendre a diminué de 50%, passant de 10 minutes 2015 à 5 minutes en 2016.

- Objectif
- Nombre d'interventions
- Proportion de patients de degré 2 installés dans les délais au dessous de l'objectif
- Proportion de patients de degré 2 installés dans les délais en dessus de l'objectif



En 2017, le Service des urgences du CHUV poursuivra les actions entreprises pour améliorer les délais de prise en charge des patients aux urgences et limiter leur attente.

Plusieurs projets du service portent ainsi sur l'amélioration du processus de tri et des délais d'installation des patients à leur arrivée, ainsi que sur la réduction du délai avant le premier contact médical.

Pour les patients nécessitant de rester au CHUV, une orientation et un transfert plus rapide vers les services d'hospitalisation constituent également des objectifs prioritaires.

## 4.2 DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'INFARCTUS DU MYOCARDE



### PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Prof. Pierre Vogt, chef du Service de cardiologie

Afin d'accélérer l'hospitalisation des patients atteints d'une crise cardiaque, le CHUV a mis en place une mesure qui permet de prodiguer des soins au plus vite. Son application donne de très bons résultats.

Lorsqu'un infarctus du myocarde survient, suite à l'occlusion d'une artère coronaire, il est impératif d'intervenir très rapidement pour désobstruer l'artère bouchée. Au bout de trente minutes, le muscle cardiaque commence à se nécroser de façon irréversible.

En janvier 2013, après avoir constaté que des patient-e-s arrivaient trop tard dans la salle prévue pour administrer le traitement adéquat, le CHUV a mis en place la filière STEMI. Issue de l'anglais, cette abréviation décrit l'anomalie que révèle un électrocardiogramme lors d'un probable infarctus du myocarde. La filière STEMI organise les actions à suivre lorsqu'on suspecte un tel événement. Après l'appel au 144, elle veille à ce qu'un-e médecin du Service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR) pose un diagnostic, puis organise le transfert du ou de la patiente directement au CHUV, et simplifie la procédure d'admission à l'hôpital. Le ou la malade va directement dans l'Unité de cardiologie interventionnelle qui va le prendre en charge, sans passer par les urgences.

Dans le canton de Vaud, le CHUV est le seul centre qui réalise des cathétérismes cardiaques 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.



Dans le canton de Vaud, le CHUV est le seul centre qui réalise des cathétérismes cardiaques 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.

Il reste cependant un point sur lequel ce dispositif n'a aucun impact : le temps entre l'infarctus et l'appel au 144 ; souvent, cet appel n'a même pas lieu !

La filière ne permet pas de diminuer ce délai, qui tend au contraire à augmenter. Pour le réduire, il est nécessaire de lancer une campagne publique d'information. Le public doit apprendre à ne pas minimiser les douleurs thoraciques. Il doit également avoir le réflexe d'appeler immédiatement le 144, et non un-e médecin traitant-e ou un centre d'urgence local. Une étude pour comprendre pourquoi les délais d'appel au 144 sont encore trop longs est en cours en 2016.

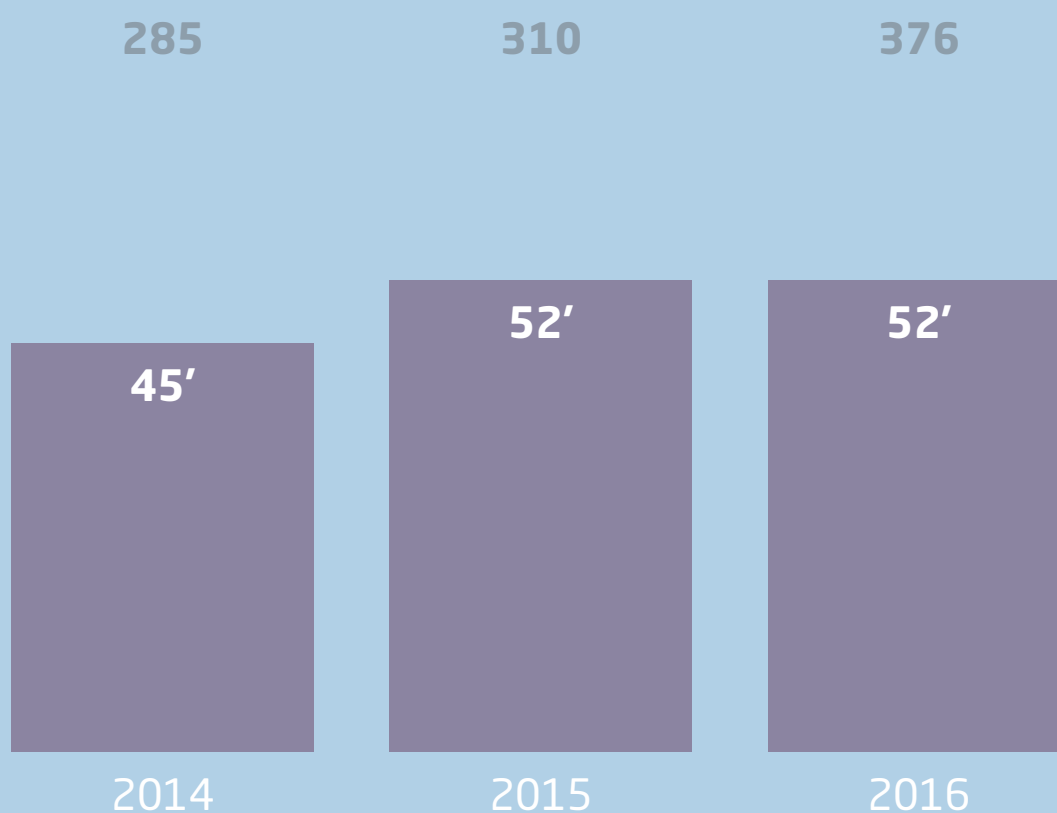




## LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'INFARCTUS DU MYOCARDE

Depuis la mise en place de la filière STEMI, les délais entre l'apparition des symptômes et l'administration du traitement ont diminué de 13%, et le temps entre l'arrivée au CHUV et le traitement a diminué de 35%, alors que le nombre de patient-e-s augmente progressivement. Ce résultat est très satisfaisant.

- Nombre de patients observés
- Temps (médian) entre l'arrivée au CHUV et le traitement



En 2017, l'équipe de la filière STEMI continuera à initier le traitement dans un délai inférieur à 60 minutes depuis l'arrivée du ou de la patient-e au CHUV et ceci malgré l'augmentation constante du nombre de patient-e-s.

## 4.3 DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL



### PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Prof. Patrik Michel,  
médecin chef, Centre  
cérébrovasculaire, Service  
de neurologie.

Afin de traiter au plus vite tous les cas d'accident vasculaire cérébral, le CHUV suit une procédure qui permet de réduire le temps de prise en charge au minimum. Les patients reçoivent désormais les soins moins de 30 minutes après leur arrivée à l'hôpital.

Tout comme l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est une urgence médicale absolue. Lorsque les traitements efficaces ne sont pas appliqués, des millions de neurones et synapses meurent chaque minute.

Le premier traitement de référence est la thrombolyse intraveineuse, qui permet la désagrégation des caillots obstruant les vaisseaux sanguins. Cette intervention doit être effectuée dans les quatre heures et demie suivant l'AVC dans une unité spécialisée, appelée Unité cérébrovasculaire. Il existe une unité de ce type au CHUV ; ailleurs, les plus proches se trouvent à Genève, Nyon, Sion, Neuchâtel ou Berne.

Pour environ la moitié des patient-e-s, un deuxième traitement s'ajoute à la thrombolyse, le traitement endovasculaire : de petits cathéters sont introduits dans les artères du cerveau pour les déboucher des caillots qui s'y trouvent. Cette intervention se pratique dans les Centres cérébrovasculaires hautement spécialisés, tels que celui du CHUV, seul du genre dans le canton de Vaud.



Le protocole AVC précise les symptômes que les médecins doivent rechercher, ainsi que les bons gestes à effectuer.

Les recommandations pour la prise en charge de ces patients comportent des règles pour le transport des patient-e-s. Leur application permet un meilleur tri des personnes en périphérie, et garantit aux malades de se voir acheminé-e-s le plus rapidement possible vers l'Unité cérébrovasculaire disponible la plus proche.



En 2010, le CHUV a officialisé la filière AVC. Ce protocole précise les symptômes que les médecins doivent rechercher, ainsi que les bons gestes à effectuer auprès d'un-e patient-e chez qui l'on suspecte un accident vasculaire cérébral.

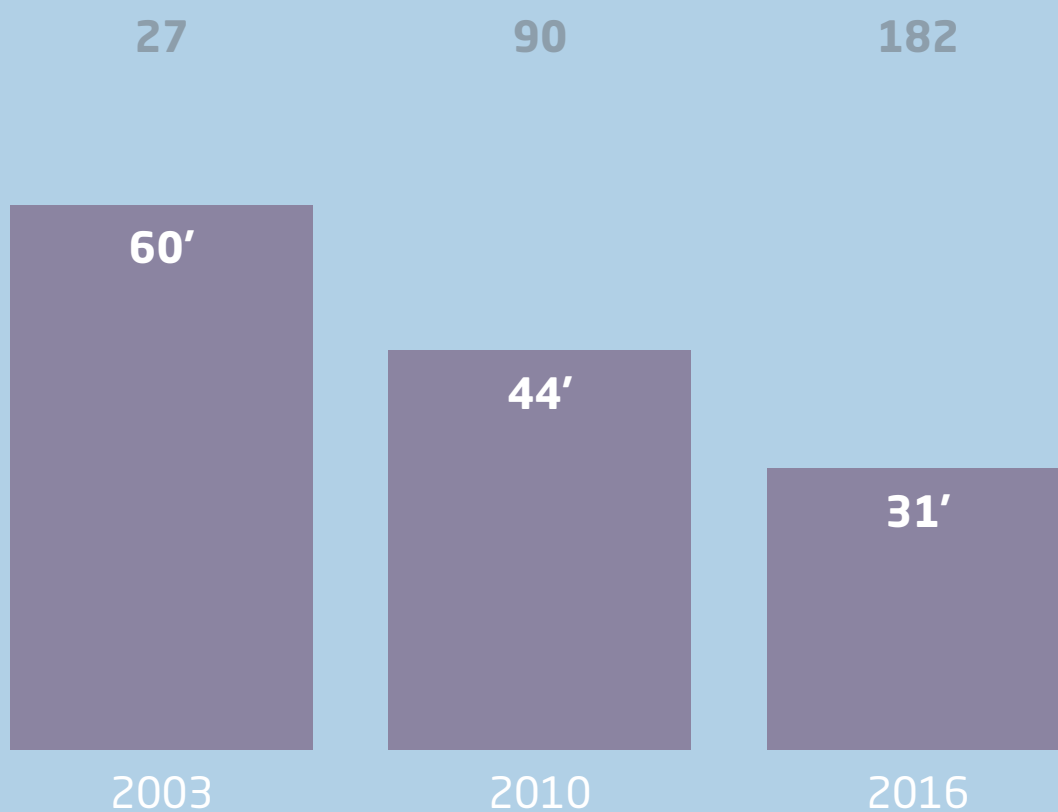
Les buts de la filière consistent à raccourcir les délais d'acheminement au Centre de thrombolyse, à administrer au plus vite un traitement endovasculaire en cas de nécessité, à préparer le Centre cérébrovasculaire qui va accueillir le ou la patient-e, et à collecter des informations dès la phase préhospitalière, en vue de la prise en charge. Afin de correspondre aux standards de bonne pratique, le CHUV s'est fixé un objectif de moins de 30 minutes entre l'arrivée à la porte de l'hôpital et la thrombolyse.



## DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Le graphique montre les délais de traitement (en médiane) pour les patient-e-s ayant bénéficié d'une thrombolyse intraveineuse, avec ou sans traitement endovasculaire. Les recommandations internationales demandent que les patient-e-s soient traité-e-s moins de quatre heures et demie après le moment de l'AVC. Entre 2003 et 2016, le délai entre l'arrivée au CHUV et le traitement a diminué de moitié. L'objectif de 30 minutes est maintenant atteint. En parallèle, on observe une forte augmentation de l'activité : par rapport à 2003, et malgré un nombre d'AVC aigus similaire, l'année 2016 a vu près de six fois plus de patient-e-s bénéficier d'une thrombolyse.

- Nombre de patients observés
- Temps (médian) entre l'arrivée au CHUV et le traitement



Les mesures mises en place en 2016, afin de raccourcir le temps de transfert vers le CHUV des patient-e-s qui ont besoin d'un traitement endovasculaire, ont porté leurs fruits. En 2017, il s'agira, d'une part, de maintenir les acquis, et d'autre part, de raccourcir encore les délais pour les traitements endovasculaires.

# 4.4 FILIÈRE DE TRAUMATOLOGIE



## PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Dr Tobias Zingg, Service de chirurgie viscérale

Chargé de soigner les blessé-e-s graves, le CHUV dispose d'une filière spécialisée qui regroupe plusieurs disciplines. Chaque année, on y soigne de 120 à 150 personnes "polytraumatisées".

Depuis 2011, le CHUV dispose d'une équipe spécialisée dans le traitement des blessé-e-s graves. Chargé de soigner des patient-e-s polytraumatisé-e-s, ce groupe réunit des spécialistes de plusieurs disciplines. On y trouve des médecins et des infirmier-ère-s issu-e-s du Service des urgences, du Service de chirurgie viscérale, du Service de radiologie, du Service d'anesthésiologie, du Service de traumatologie, du Service de neurochirurgie et du Service de médecine intensive adulte. Ensemble, ils ont organisé la prise en charge au sein d'une procédure intitulée "Filière trauma".

Un-e patient-e est "polytraumatisé-e" si elle ou il présente au moins deux blessures, dont l'une menace sa vie à court terme. Le plus souvent, ces traumatismes multiples sont dus à un accident de la route, du travail ou des loisirs. On compte en Suisse de 800 à 1000 blessé-e-s graves par an, et parmi eux, beaucoup de personnes jeunes. Les traumatismes multiples représentent 13 à 24 % des décès parmi les personnes de moins de 40 ans. C'est la première cause de mortalité au sein de cette population.

“

On compte en Suisse de 800 à 1000 blessé-e-s graves par an.

Dans le cadre de la Médecine hautement spécialisée (MHS), est considérée comme "blessé grave" une personne qui présente une ou plusieurs lésions qui atteignent un score de gravité d'au moins 20 points, selon une échelle définie par l'Injury Severity Score (ISS). En font aussi partie les victimes d'un traumatisme cranio-cérébral significatif, qui atteint un score de gravité plus grand ou égal à 3, selon une échelle définie par l'Abbreviated Injury Score (AIS).

Les polytraumatismes sont dangereux du fait que les lésions ne font pas que s'additionner: elles s'aggravent souvent les unes les autres. Le risque existe aussi que l'équipe clinique n'identifie pas l'une d'elle, ou qu'elle sous-estime la gravité d'une autre. Une telle erreur peut conduire au décès. Un-e blessé-e grave représente donc toujours une urgence clinique. Il ou elle exige d'abord un traitement immédiat et adéquat sur le lieu même de l'accident.

Il est impératif que sa prise en charge soit rapide, adaptée aux blessures et conduites selon les bonnes priorités.



Soigner des blessé-e-s graves de façon adéquate représente un enjeu majeur.

Soigner des blessé-e-s graves de façon adéquate représente ainsi un enjeu majeur. Il est indispensable de disposer de centres de traumatologie dont la structure et l'organisation offrent des moyens humains spéciaux, et dont les moyens techniques répondent aux besoins diagnostiques et thérapeutiques. L'équipe interdisciplinaire doit être entraînée à la gestion des patient-e-s polytraumatisé-e-s, ainsi qu'à la coordination du traitement médical nécessaire. A noter que ces exigences ne servent pas seulement à améliorer sans cesse les résultats, elles permettent aussi d'assurer une bonne formation post-graduée du personnel soignant et des médecins.

Le CHUV est l'un des douze hôpitaux suisses chargés de proposer une filière de traumatologie spécialisée. Depuis 2011, la prise en charge des patient-e-s polytraumatisé-e-s fait l'objet d'un mandat de Médecine hautement spécialisée (MHS). Cette obligation demande de répondre à certains critères. Il faut un volume d'activités suffisant et une équipe interdisciplinaire. Cette dernière doit suivre des tâches définies, ainsi que des recommandations de bonnes pratiques cliniques.



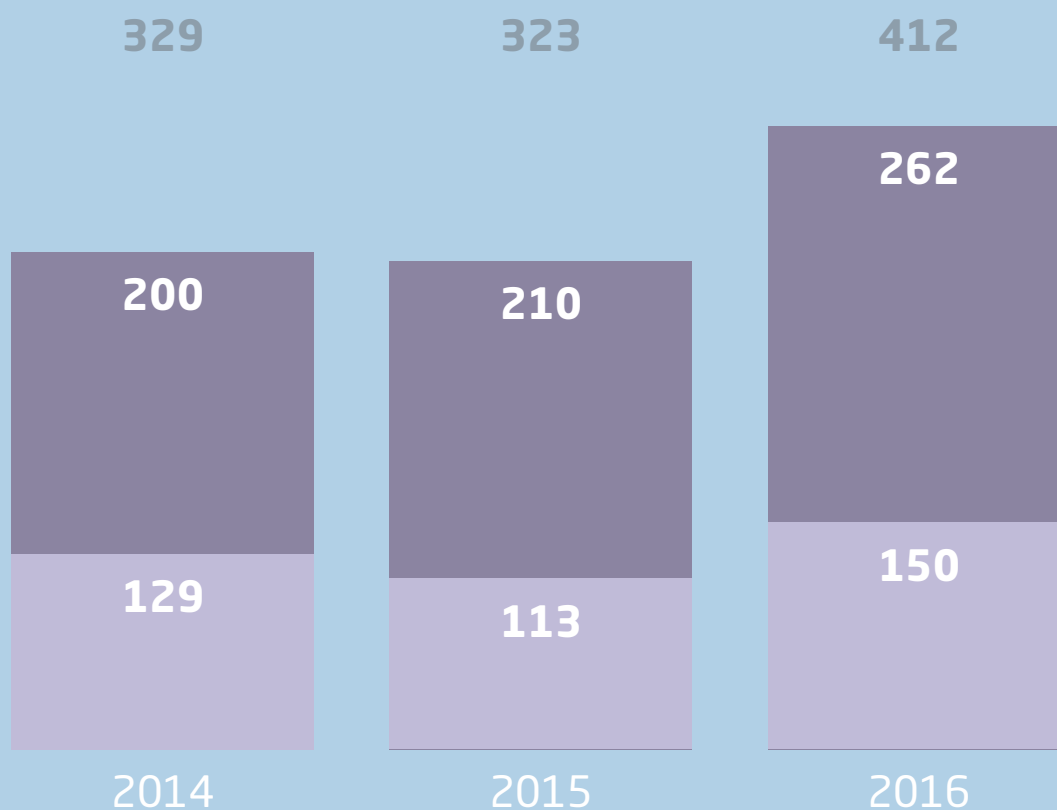
## RÉSULTATS DE LA FILIÈRE TRAUMA

Le nombre annuel de patient-e-s qui correspondent aux critères de la Médecine hautement spécialisée (MHS) oscille entre 120 et 150. Ce chiffre demeure stable depuis 2008.

Depuis 2011, le taux de mortalité descend progressivement pour les patient-e-s les plus gravement blessé-e-s, de même que pour l'ensemble des patient-e-s polytraumatisé-e-s admis-e-s dans la salle de déchocage aux Urgences du CHUV. Depuis 2015, ces résultats font l'objet d'un examen systématique dans le cadre de colloques interdisciplinaires qui leur sont consacrés. Les spécialistes y analysent les prises en charge de tous les patient-e-s décédé-e-s, dans le but de proposer, si nécessaire, des mesures d'amélioration.

En 2015 et 2016, cette revue a montré que les trois-quarts des décès étaient associés à une lésion neurologique (76%). Par ailleurs, ses participant-e-s ont décidé de mettre en place des séances régulières de simulation afin d'améliorer la bonne application des procédures par l'équipe de la filière trauma, dans un contexte où le temps compte.

- Nombre total de patients de la filière de traumatologie admis au déchocage
- Patients de la filière trauma admis au déchocage ne remplissant pas les critères MHS
- Patients de la filière de traumatologie admis au déchocage remplissant les critères MHS

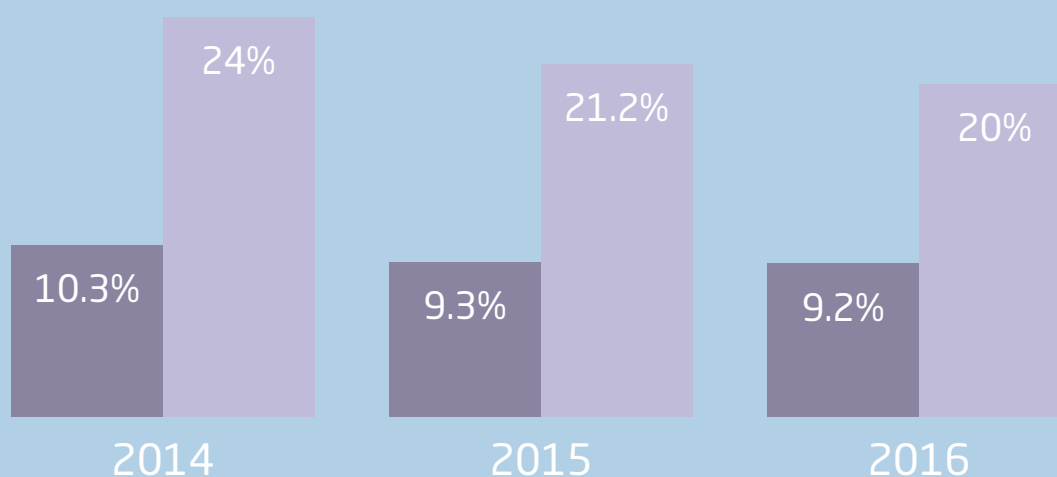


Le taux de mortalité pour les patient-e-s sans critères MHS (colonnes mauves) est tout-à-fait dans la norme internationale. En ce qui concerne le groupe de patient-e-s qui correspond aux critères MHS, on observe une dynamique à la baisse des taux de mortalité.



## TAUX DE MORTALITÉ EN FILIÈRE TRAUMA

- Patients de la filière trauma admis au déchocage ne remplissant pas les critères MHS
- Patients de la filière trauma admis au déchocage remplissant les critères MHS



En 2017, l'équipe du centre de traumatologie poursuivra les séances de simulation pour augmenter encore ses performances. Elle continuera aussi à analyser chaque décès pour identifier les éventuelles pistes d'amélioration.

## 4.5 PROGRAMME ERAS



### PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Prof. Nicolas Demartines,  
chef du Service de  
chirurgie viscérale

Le programme ERAS permet de récupérer rapidement après une opération. Il implique autant les patients que les médecins et le personnel soignant.

Depuis plusieurs années, les Services de chirurgie viscérale, d'urologie et de gynécologie du CHUV suivent un protocole spécial qui accélère la récupération des patient-e-s après une opération chirurgicale.

Intitulé ERAS, pour Enhanced Recovery after Surgery (littéralement : récupération améliorée après la chirurgie), ce programme a pour but de diminuer le stress qu'entraîne toute intervention pour un-e patient-e, et de maintenir son bon état physiologique. Appliqué avec la participation active des patient-e-s, ce protocole atténue les effets négatifs d'une opération et réduit significativement les complications postopératoires. Les patient-e-s jouissent ainsi d'une meilleure qualité de vie avant, pendant et après leur intervention.

Plus de 20 mesures composent le programme ERAS. Comme l'état nutritionnel d'une personne, et notamment sa réserve en glucides, joue un rôle prépondérant pour la chirurgie comme pour la récupération, le ou la futur-e opéré-e doit consommer, le jour avant l'opération, des boissons riches en sucre. Elle ou il doit aussi s'alimenter peu de temps après l'intervention, si possible le jour même. En cas de besoin, elle ou il reçoit un traitement anti-nauséeux.

Pour qu'un-e patient-e récupère rapidement, il est aussi crucial qu'elle ou il se mette en mouvement peu après son opération. Le programme ERAS recommande de se lever quelques heures après une intervention, et de rester assis dans un fauteuil au moins pendant deux heures. Les jours suivants, il faut aussi marcher, ou prendre ses repas à table. Si nécessaire, afin de rendre cette mise en mouvement plus facile, le ou la patient-e reçoit un traitement antidouleur plus puissant.



ERAS exige que les chirurgien-ne-s, anesthésistes, infirmier-ère-s, physiothérapeutes, nutritionnistes, stomathérapeutes collaborent étroitement.

D'autres mesures du programme ERAS s'adressent aux équipes chirurgicales. Elles demandent, entre autres, de bien hydrater le ou la patient-e durant l'intervention. Elles visent aussi à empêcher que sa température corporelle ne s'abaisse; si c'est le cas, son organisme dépense davantage d'énergie, ce qu'il faut précisément éviter. ERAS recommande par ailleurs que les chirurgien-ne-s recourent prioritairement à la chirurgie par laparoscopie. Moins invasive, elle nécessite aussi moins de drains.

Le programme ERAS a été conçu en 2001 par un groupe de chirurgien-ne-s basé en Suède. En 2011, dans le but d'unifier et de standardiser leurs pratiques de prise en charge, ces médecins ont fondé l'ERAS®Society. A l'attention des équipes chirurgicales, elles et ils ont rédigé des recommandations basées sur les meilleures données scientifiques. Leurs propositions sont de plus en plus suivies au niveau international, principalement en chirurgie viscérale.

Le succès d'ERAS exige que plusieurs disciplines collaborent : chirurgien-ne-s, anesthésistes, infirmier-ère-s, physiothérapeutes, nutritionnistes, stomathérapeutes. Il demande aussi et surtout la participation active des patient-e-s.

La première personne à bénéficier d'une prise en charge ERAS au CHUV a été opérée en mai 2011 déjà. Fin 2016, quelques 2'300 patient-e-s avaient bénéficié de ce programme.

Cependant, afin que les recommandations soient bien appliquées, de même que pour juger des résultats cliniques, il est indispensable d'évaluer un tel programme par un audit de qualité. De manière anonyme et prospective (au fur et à mesure), les cliniciens du CHUV récoltent les données des patient-e-s relatives à leur prise en charge ERAS. Sur cette base, l'équipe du CHUV évalue la qualité des soins (les complications, la durée du séjour, etc.), ainsi que l'évolution des patient-e-s après leur opération. Ce suivi permet de contrôler régulièrement, et avec précision, le degré d'adhésion au programme ERAS et de comparer les résultats du CHUV avec ceux d'autres établissements certifiés.

Site internet : [www.erassuisse.ch](http://www.erassuisse.ch)



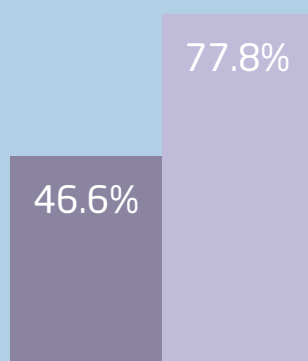


## RÉSULTATS DU PROGRAMME ERAS

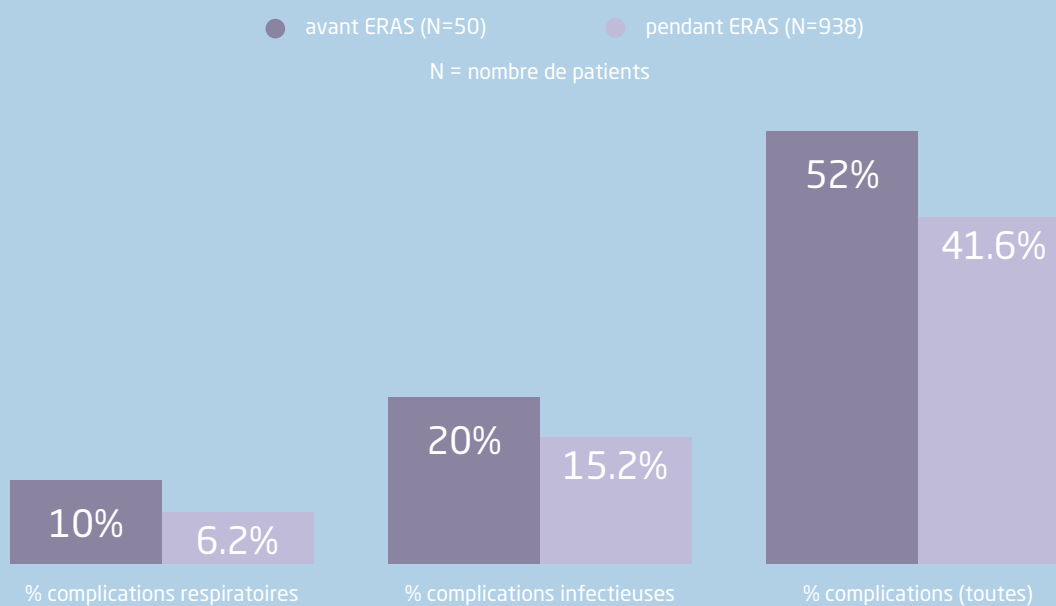
Avant la mise en place du programme ERAS, les équipes cliniques du CHUV appliquaient déjà plusieurs de ses mesures. Le graphique montre qu'avant 2011, 46.6% des 20 mesures ERAS étaient appliquées aux patient-e-s lors d'une chirurgie colorectale programmée. Depuis la mise en place du programme ERAS et le suivi de l'audit, on voit que le degré d'application des mesures s'élève à près de 80% en moyenne sur la période 2012 à 2016. Chez les patient-e-s opéré-e-s pour une chirurgie colorectale élective (qui n'a pas été pratiquée en urgence), le programme ERAS a permis de réduire la durée d'hospitalisation de plus de 5 jours (40%).

### Proportion de mesures ERAS appliquées

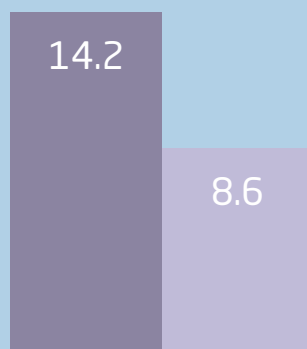
● avant ERAS (N=50)      ● pendant ERAS (N=938)  
N = nombre de patients



## Taux de complications



## Durée moyenne entre intervention et sortie (en nombre de jours)



Vu le succès du programme et l'amélioration de la qualité de vie pour les patient-e-s, ERAS sera adapté en 2017 pour la chirurgie thoracique et plus particulièrement pour les patient-e-s qui doivent subir une chirurgie du poumon.

## 4.6 CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE



Conçus comme des pôles d'expertises, les centres en oncologie du CHUV offrent aux patients une prise en charge complète adaptée à chaque type de cancer. De nombreux indicateurs évaluent la qualité de leurs soins.

Depuis 2008, le CHUV a mis en place plusieurs centres spécialisés dans le domaine du cancer. Le Centre du sein a été officialisé en 2009. Les centres de la prostate et des tumeurs thoraciques ont suivi en 2015, et l'année 2016 a vu l'inauguration du Centre des sarcomes. En cours de développement, le Centre des tumeurs gynécologiques devrait être officialisé en 2017.

Le travail interdisciplinaire représente aujourd'hui la pierre angulaire de la prise en charge des patient-e-s atteints d'une pathologie oncologique.

Face à l'évolution rapide des connaissances et des possibilités de traitements, le partage de compétences est devenu indispensable. Il permet de proposer des traitements appropriés et de coordonner les soins.



Le travail interdisciplinaire représente aujourd'hui la pierre angulaire de la prise en charge des patient-e-s atteints d'une pathologie oncologique.

Le concept qui consiste à réunir tous les spécialistes autour des patient-e-s souffrant d'un cancer a progressivement évolué vers celui de centre. Aujourd'hui, ce type d'unité transversale réunit toutes et tous les professionnel-le-s impliqué-e-s dans les investigations et les traitements liés à un cancer spécifique : radiologues, pathologistes, chirurgien-ne-s, oncologues, radiothérapeutes, radio-oncologues et infirmier-ère-s cliniciennes. En concentrant les activités et en offrant un cadre de travail aux spécialistes, une telle structure permet de coordonner les soins, depuis le diagnostic jusqu'au suivi post-traitement. Les patient-e-s y reçoivent la meilleure prise en charge possible.

Les objectifs d'un centre en oncologie sont de :

- assurer des soins de qualité: personnalisés, dispensés à temps, en toute sécurité et efficaces;
- garantir les concertations interdisciplinaires (colloques et consultations);
- offrir une prise en charge globale de la personne avec des soins de soutien intégrés (information, soutien psychologique, etc.);
- développer la recherche clinique et son application (essais cliniques, recherche en soins);
- développer une offre de formation.

Les centres en oncologie du CHUV répondent à de nombreux critères de qualité des soins. Chaque structure dispose d'indicateurs qui évaluent les prises en charge.



Dans un centre, les patient-e-s reçoivent la meilleure prise en charge possible.

Le Centre du sein s'est soumis aux accréditations de la Ligue suisse contre le cancer en 2013 et de la Société européenne de sénologie en 2015. Obtenus avec succès, ces labels témoignent de la qualité des soins qui prévaut dans cette unité.

A l'avenir, pour autant que la création de ce type de structure se justifie sur le plan clinique et s'avère nécessaire pour l'organisation et la qualité des soins, chacun des organes touchés par le cancer disposera d'un centre. A terme, le CHUV offrira dix à onze structures de ce genre.

## Commentaires des principaux indicateurs des centres

Dans les tableaux ci-contre, le nombre de nouveaux et nouvelles patient-e-s représente les personnes atteintes d'une tumeur, attribuées à un centre et traitées dans ce cadre dès le premier diagnostic. Le nombre de nouveaux cas témoigne ainsi de l'expertise du centre. Cependant, les compétences s'acquièrent également lors de la prise en charge des patient-e-s référé-e-s par d'autres centres ou services pour un deuxième avis, afin de consolider un diagnostic, comme dans le domaine des sarcomes. D'autre part, l'expertise du centre est aussi reconnue au travers de nombreux patient-e-s référé-e-s lorsque la maladie progresse. Ces personnes n'apparaissent pas dans le nombre des nouveaux cas.

Dans le domaine de l'oncologie, un aspect essentiel de la qualité des soins consiste à ce que les divers spécialistes discutent de la situation du ou de la patient-e, et proposent des traitements qui prennent en compte toutes les disciplines. Pour cette raison, les colloques de concertation interdisciplinaires doivent examiner la quasi-totalité des nouveaux et des nouvelles patient-e-s (plus de 95%). Le Centre du sein et le Centre des tumeurs thoraciques ont largement atteint cet objectif. Des mesures ont été mises en place au Centre de la prostate, afin de rendre ces discussions de cas encore plus systématiques.

Concernant les patient-e-s souffrant d'une tumeur thoracique et indiqué-e-s dans le tableau comme "ayant eu une consultation infirmière de soutien", il s'agit en majorité de patient-e-s dont la situation est particulièrement complexe. En plus d'une prise en charge en oncologie médicale, elles et ils bénéficient de rencontres avec un ou une infirmier-ère. Voilà pourquoi 47.9% seulement de l'ensemble des patient-e-s a bénéficié d'au moins une consultation infirmière. A terme, il est prévu que les autres patient-e-s aient également accès à ce soutien. L'équipe infirmière du Centre a été renforcée dans ce but.

La chirurgie représente souvent le premier traitement d'une tumeur cancéreuse.

Dans certains cas, d'autres options de traitement s'offrent aux patients comme par exemple pour le cancer de la prostate. Une complication peut cependant apparaître après une intervention. Il est alors nécessaire de réopérer. Il en va de même lorsqu'une première intervention ne permet pas d'enlever la totalité d'une tumeur. L'ensemble de ces réopérations se comptabilise par le taux de reprise.

Dans le domaine de la chirurgie du sein, le taux de reprises doit être mis en perspective avec le taux de mastectomies. En effet, lorsqu'une intervention consiste à enlever entièrement un sein, il ne sera pas nécessaire de réopérer la patiente pour enlever un reste de tumeur. L'objectif de la chirurgie du sein est d'être le plus conservateur possible, c'est-à-dire de n'enlever qu'exceptionnellement la totalité du sein. Dès lors, il est normal d'avoir des taux de reprises plus élevés que, par exemple, pour la chirurgie de la prostate au cours de laquelle on enlève entièrement la glande lors de la première opération.

Afin de faciliter l'accès des patient-e-s à l'innovation, les centres agissent comme des plateformes pour la recherche. Au travers d'études, les centres cherchent à améliorer notamment l'efficacité des traitements et la qualité de vie des patient-e-s.



## CENTRE DU SEIN

**CENTRE DU SEIN**

	<b>Objectif</b>	<b>Valeur</b>
Nombre de nouveaux patients		213
Proportion de nouveaux patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	97.6%
Proportion de nouveaux patients ayant eu une chirurgie		89.9%*
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		13.1%*
Proportion de nouveaux patients ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	91.1%*
Etudes en cours		12
- Nombre de patients inclus dans les études		68

\* La plupart des données concernent 2016; lorsque les dernières données disponibles concernent 2015, le résultat est accompagné d'un astérisque.



## CENTRE DE LA PROSTATE

### CENTRE DE LA PROSTATE

	Objectif	Valeur
Nombre de nouveaux patients		102
Proportions de nouveaux patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	79.6%
Proportion de nouveaux patients ayant eu une chirurgie		28.1%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		3.6%
Proportion de nouveaux patients ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	81.4%
Etudes en cours		8
- Nombre de patients inclus dans les études		39

\* La plupart des données concernent 2016; lorsque les dernières données disponibles concernent 2015, le résultat est accompagné d'un astérisque.



# CENTRE DES TUMEURS THORACIQUES

## CENTRE DES TUMEURS THORACIQUES

	Objectif	Valeur
Nombre de nouveaux patients		305
Proportion de nouveaux patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	98.3%*
Proportion de nouveaux patients ayant eu une chirurgie		54.7%*
Proportion de nouveaux patients ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	47.9%
Etudes en cours		19
- Nombre de patients inclus dans les études		44

\* La plupart des données concernent 2016; lorsque les dernières données disponibles concernent 2015, le résultat est accompagné d'un astérisque.





## CENTRE DES SARCOMES

**CENTRE DES SARCOMES**

	<b>Objectif</b>	<b>Valeur</b>
Nombre de nouveaux patients		64
Proportion de nouveaux patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	92.3%*
Proportion de nouveaux patients ayant eu une chirurgie		70.5%*
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		4.9%*
Proportion de nouveaux patients adultes ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	62.1%
Etudes en cours		3
- Nombre de patients inclus dans les études		2

\* La plupart des données concernent 2016; lorsque les dernières données disponibles concernent 2015, le résultat est accompagné d'un astérisque.

## 5 DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES



Acteur principal des soins et traitements, le personnel soignant et médical se trouve au cœur de la qualité des soins et de la sécurité des patient-e-s. Avec la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne et les Hautes écoles spécialisées vaudoises, le Centre de formations CHUV a mis sur pied des formations dédiées, qui s'adressent aussi bien aux cadres qu'aux collaboratrices et collaborateurs qui dispensent les soins.

# 5.1 AMÉLIORER L'INTERPRÉTATION DES ÉLECTROCARDIOGRAMMES



## **PERSONNES DE RÉFÉRENCE**

Dr Jürg Schläpfer,  
médecin-adjoint, Service  
de cardiologie.

Sigrid Duperrex, Centre  
des formations, chargée  
d'enseignement en soins  
intensifs.

Raul Prieto, Centre des  
formations, responsable  
TICE pour l'enseignement

Afin d'améliorer la lecture des électrocardiogrammes (ECG), le CHUV a créé plusieurs dispositifs d'apprentissage en ligne. Destinés au personnel soignant et aux médecins, ces "e-learning" recueillent des évaluations extrêmement positives.

## **Qu'est qu'un électrocardiogramme (ECG)?**

L'électrocardiogramme est un examen indolore et non invasif. Par le biais d'électrodes placées sur le corps du ou de la patient-e, un électrocardiographe enregistre l'activité électrique du cœur et permet d'évaluer son fonctionnement. Avant chaque battement cardiaque, une impulsion électrique traverse le cœur et provoque une contraction : l'observation du signal électrique et du temps que met cette impulsion à traverser les diverses structures cardiaques permettent de déterminer si l'activité du cœur est normale ou pathologique.

## **Quelles sont les raisons de pratiquer un ECG?**

Un-e médecin décide d'effectuer un électrocardiogramme principalement pour les raisons suivantes :

- dépister une éventuelle pathologie cardiaque, par exemple chez une personne qui doit subir une intervention chirurgicale sous anesthésie générale;
- identifier des problèmes cardiaques (tel qu'un infarctus du myocarde ancien, récent ou en cours), des arythmies (des battements irréguliers), une augmentation du volume ou des parois du cœur ou une inflammation de la membrane qui le recouvre (péricardite);
- surveiller l'évolution d'un-e patient-e atteint d'une maladie cardiaque;
- vérifier l'effet de certains médicaments;
- surveiller la bonne fonction d'un pacemaker.

## **Pourquoi les médecins et membres du personnel infirmier du CHUV doivent-ils améliorer leurs compétences pour la lecture des ECG?**

Les données enregistrées par un ECG donnent des informations précieuses sur l'état de santé d'un-e patient-e. Hormis les spécialistes en cardiologie, les médecins n'ont souvent pas toutes les compétences requises pour comprendre en détail le tracé d'un électrocardiogramme. Il est donc important de renforcer de manière continue la formation des médecins et des infirmiers-ières à l'interprétation des ECG.



La lecture d'un électrocardiogramme nécessite un entraînement soutenu.

Dès 2008, la direction du CHUV décide de développer la formation continue pour améliorer l'interprétation des ECG par les médecins et le personnel infirmier concernés. En 2009, le Centre des formations propose un premier module de formation, destiné au personnel infirmier. En 2012, le CHUV lance un second chantier, à destination cette fois du corps médical. Ces deux formations sont conçues sous la forme de modules d'apprentissage en ligne, ou "e-learning".

## **Pourquoi le CHUV a-t-il choisi le modèle du "e-learning" pour cet apprentissage, plutôt qu'une formation traditionnelle?**

Un module d'apprentissage en ligne permet d'intégrer des connaissances sur une plateforme internet spécialement conçue dans ce but. La personne qui se forme travaille sur un ordinateur, depuis son lieu de travail ou chez elle, et suit les diverses étapes de l'apprentissage prévues par le dispositif.

La direction du CHUV a privilégié ce mode de formation pour plusieurs raisons. Premièrement, la lecture d'un ECG nécessite un entraînement soutenu. Le module en ligne propose des exercices pratiques tout en dispensant des connaissances théoriques. Deuxièmement, ce genre de dispositif permet à chaque participant-e d'apprendre à son rythme et de répéter les exercices autant que nécessaire. Enfin, la science des électrocardiogrammes est un domaine de connaissance suffisamment stable pour qu'il vaille la peine de financer un module en ligne. Même si l'interprétation des tracés ECG continue de s'affiner, les examens de ce type sont pratiqués selon le même schéma depuis plus de 100 ans.

## **Que comprennent les modules de formation à destination du personnel soignant?**

Le dispositif à destination du personnel infirmier a été conçu par Madame Sigrid Duperrex, chargée d'enseignement en soins intensifs, en collaboration avec Monsieur Raul Prieto, responsable des technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement. Le projet comprend deux formations, qui ont demandé au total près de 1200 heures de travail. Leur but commun est de former le personnel soignant à identifier un problème cardiaque, évaluer son degré d'urgence et proposer des interventions infirmières appropriées.



Le module d'apprentissage destiné au personnel soignant a été suivi par plus de 700 participants et participantes.

La première formation destinée au personnel soignant offre un apprentissage des troubles du rythme cardiaque. C'est un module hybride : il est dispensé sous forme d'apprentissage en ligne et de cours qui requièrent la présence physique des participants et participantes. Son objectif est d'assurer une surveillance de qualité des patient-e-s sous monitoring cardiaque et une prise en charge adéquate par le personnel soignant. Il représente trois heures de travail personnel et doit être achevé par le ou la participant-e un mois après le début de l'apprentissage. Si les acquis sont validés, le ou la participant-e obtient une attestation.

La deuxième formation destinée au personnel soignant propose un apprentissage sur le mécanisme qui mène à un infarctus du myocarde. Son but est que les participants et participantes puissent repérer un processus en cours, définir son stade et déterminer à quel endroit du cœur il se déroule. Suivi entièrement en ligne, ce module doit être achevé deux mois après le début de la formation. Comme le précédent, il représente trois heures de travail personnel et aboutit à une attestation.

### **Que comprennent les modules de formation à destination des médecins?**

La plateforme à destination des médecins a été conçue par le Dr Jürg Schläpfer, médecin-adjoint en cardiologie, également en collaboration avec Monsieur Raul Prieto. Elle a demandé plus de 3000 heures de travail sur une période de quatre ans.

Le but de ce module est de rendre les participant-e-s, en particulier les médecins assistant-e-s, capables d'identifier rapidement les principales pathologies du cœur sur la base d'un tracé ECG. Il aborde avant tout les problèmes de rythme cardiaque, l'infarctus du myocarde, les troubles de conduction, les troubles métaboliques, électrolytiques et les effets de certains médicaments.

Différent des modules précédents, ce dispositif d'apprentissage a été conçu sur le mode du "jeu sérieux". Les participants et participantes évoluent dans une cité hospitalière virtuelle, au sein de laquelle ils et elles sont mis-es en situation. Des "défis" permettent de gagner des points en fonction des performances. Ces points servent ensuite à se procurer des outils d'apprentissage ou permettent d'avoir recours à des aides. A la fin de chaque chapitre, un "challenge" permet de mettre le savoir en pratique et d'évaluer le niveau de connaissances.

### **Quels sont les résultats des modules de e-learning pour la lecture des ECG?**

Mis en œuvre dès 2009, le module d'apprentissage destiné au personnel soignant a été suivi par plus de 700 participants et participantes. Plus de 91% d'entre eux ont réussi l'évaluation finale. Un réexamen de ces connaissances quelques temps plus tard montre par ailleurs que les personnes qui ont suivi ce module ont gardé plus de 90% des compétences acquises.

Présenté fin 2016 à une dizaine de chef-fe-s de services du CHUV, le projet pilote du module destiné aux médecins recueille de premiers échos très positifs. Les testeurs-trices ont montré beaucoup d'enthousiasme et d'admiration devant la qualité et l'originalité de cet e-learning : neuf sur dix estiment que ce module permet d'acquérir de nouvelles connaissances et d'améliorer la qualité du diagnostic médical. Tous et toutes estiment que le contenu de la formation peut s'appliquer directement dans le travail quotidien. A l'unanimité, elles et ils recommanderaient cette plateforme en ligne à leurs collègues.

Suite à ces essais pilote, le module d'apprentissage destiné aux médecins sera déployé dès l'année 2017. L'interprétation des ECG étant devenue obligatoire, 700 médecins du CHUV sont susceptibles de suivre cette formation dans un avenir proche. Il faut signaler par ailleurs que les trois modules de formation intéressent d'autres structures hospitalières, en Suisse comme à l'étranger.

## 6 DOMAINES DE LA MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE (MHS)



La médecine hautement spécialisée (MHS) comprend les soins cliniques particulièrement complexes, qui demandent des compétences pointues et font appel à une technique très sophistiquée. Ces traitements se caractérisent également par un grand besoin d'innovation. De ce fait, il est indispensable de regrouper les compétences et le matériel nécessaires dans les hôpitaux capables de les prodiguer en respectant les standards de qualité.





## MANDATS ACTIFS EN 2016

Les mandats qui autorisent les hôpitaux à prendre en charge des patients dans l'un ou l'autre des domaines de la médecine hautement spécialisée sont attribués sous l'égide de la Conférence des directeurs sanitaires suisses. En 2016, le CHUV a déployé son activité de MHS dans le cadre des domaines suivants :

### Domaines

Implantation cochléaire (implantation aux HUG)
Transplantations rénales
Transplantations pulmonaires
Transplantations cardiaques
Brûlures graves chez l'adulte
Traitement des blessés graves
Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde
Traitement neurochirurgical des pathologies vasculaires du système nerveux central (SNC) sans les anomalies vasculaires complexes
Tumeurs rares de la moelle épinière
Traitement des accidents vasculaires cérébraux
Résection oesophagienne
Résection hépatique
Résection pancréatique
Chirurgie bariatrique complexe
Transplantations rénales chez l'enfant
Traitement en milieu hospitalier des enfants et adolescents cancéreux
Traitement des neuroblastomes
Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes (bras, jambes)
Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes (bassin, abdomen, thorax)
Traitement des tumeurs du système nerveux central
Traitement des brûlures graves chez l'enfant
Chirurgie trachéale complexe élective chez l'enfant
Traitement des rétinoblastomes chez l'enfant
Soins intensifs pour les nouveau-nés
Traitement des blessés graves et des polytraumatismes, y compris les traumatismes cranio-cérébraux chez l'enfant
Troubles congénitaux spéciaux du métabolisme chez l'enfant



# 7 CERTIFICATIONS ET ACCRÉDITATIONS



## PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Patrick Mayor, Chef de projet qualité, Service projets et organisation stratégiques.

Les certifications et les accréditations attestent du respect des normes et de la conformité des actions. Les solliciter sert à assurer la qualité et la sécurité des soins, ainsi qu'à promouvoir une politique d'amélioration continue au sein de l'établissement.

Les personnes qui réalisent les évaluations, et déterminent si une certification ou une accréditation peut être délivrée, doivent être indépendantes de l'établissement qu'elles examinent.

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>ACHATS</b>			
ISO 9001:2008	2010	2014	
<b>ATELIER SANITAIRE</b>			
Annexe II (exclue s4) Directive 93/42/CEE	2001	2016	
<b>ATELIER SANITAIRE</b>			
Annexe II (exclue s4) Directive 93/42/CEE	2001	Prévu 2016	Tous
<b>ATELIER SANITAIRE</b>			
ISO 13485:2003	2001	Prévu 2016	Tous
<b>BIOCHIMIE ET PSYCHOPHARMACOLOGIE</b>			
ISO 17025:2005	2002	2016	Processus spécifiques aux laboratoires (clinique/recherche)
<b>BIOCHIMIE ET PSYCHOPHARMACOLOGIE</b>			
ISO 15189:2013	2002	2016	Processus spécifiques aux laboratoires (clinique/recherche)

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>CENTRE DE PRODUCTION CELLULAIRE</b> Autorisation No 507482 d'exploitation pour fabrication de transplants standardisés GMP	2012	2014	
<b>CENTRE DE STÉRILISATION ET DÉSINFECTION</b> ISO 9001:2008	1998	2014	BH04 + Sterbop (HO non compris)
<b>CENTRE DE STÉRILISATION ET DÉSINFECTION</b> ISO 13485:2003	1998	2014	BH04 + Sterbop (HO non compris)
<b>CENTRE DE STÉRILISATION ET DÉSINFECTION</b> ISO 17665:2006	1998	2014	BH04 + Sterbop (HO non compris)
<b>CENTRE DE TRANSPLANTATION D'ORGANES</b> MHS	2010	2014	
<b>CENTRE DES FORMATIONS DU CHUV</b> EduQua:2012	2005	2014	Toute l'offre du Centre des formations
<b>CENTRE ST-MARTIN</b> ISO 9001:2008 et QuaThéDA	2009	2015	Processus cliniques
<b>CONSULTATION MÉDECINE REPRODUCTION</b> ISO 9001:2015	2003	2016	
<b>CUTR DE SYLVANA</b> SPEQ ISO 9001:2008	2005	2014	Tous les secteurs
<b>DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE / PROCESSUS TRANSVERSAUX</b> ISO 9001:2008	2009	2015	processus de management, ressources et amélioration
<b>DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE ET SANTÉ COMMUNAUTAIRES (DUMSC) : PROCESSUS ADMINISTRATIFS, SOINS, RECHERCHE ET FORMATION</b> ISO 9001:2008	2005	2015	- Direction, Rh, Contrôle de gestion, Communication, Bureau qualité, ALC (Adm., Tamaris, USE), CURML (Adm., UMV), IUFRS, IUHMSP, IUMSP (UES - Cellule Esope)
<b>DIRECTION DES CONSTRUCTIONS, INGÉNIERIE, TECHNIQUE ET SÉCURITÉ</b> ISO 9001:2008	2011	2015	Tous les secteurs
<b>DIRECTION DES CONSTRUCTIONS, INGÉNIERIE, TECHNIQUE ET SÉCURITÉ</b> ISO 9001:2008	2011	Prévu 2016	Tous les secteurs
<b>DIRECTION DMCP</b> Label «Qualité dans les soins palliatifs» de l'ASQSP/SQPC	2004	2014	Equipe mobile de soutien et soins palliatifs de pédiatrie
<b>DIRECTION DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE</b> ISO 9001:2008	2007	2014	processus de management, ressources et amélioration
<b>DIRECTION DU DÉPARTEMENT DES LABORATOIRES</b> ISO 9001:2008	2011	2015	Tout le département
<b>EMS SOERENSEN-LA ROSIÈRE</b> ISO 9001:2008	2003	2016	L'ensemble de l'EMS sur les 2 sites
<b>EMS SOERENSEN-LA ROSIÈRE</b> Grille d'évaluation CIVESS	2013	2014	L'ensemble de l'EMS sur les 2 sites
<b>FINANCEMENT ET PLANIFICATION</b> Directives de certification REKOLE®	2014	2014	

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>FORMATION ET LOGISTIQUE</b>			
ISO 29990:2010	2015	2015	
<b>FORMATION ET RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (IUFRS)</b>			
Standards OAQ relatifs aux filières d'études des HES et, par convention et de manière subsidiaire, les standards CUS relatifs aux filières d'études universitaires	2012	2012	Accréditations du Master ès Sciences en sciences infirmières
<b>GESTION DES CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE</b>			
Critères d'évaluation de la LSC et SSS d'octobre 2012	2013	2013	Centre du sein
<b>GESTION DES CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE</b>			
EUSOMA	2015	2015	Centre du sein
<b>INGÉNIERIE BIOMÉDICALE</b>			
ISO 9001:2008	2011	2014	
<b>INSTITUT DE MICROBIOLOGIE</b>			
ISO 17025:2005	2001	2016	IMU - DAM
<b>INSTITUT DE RADIOPHYSIQUE</b>			
ISO 17025:2005 ISO 17020:2012	2001	2016	
<b>INSTITUT DE RADIOPHYSIQUE</b>			
ISO 17025:2005	2001	2011	Toutes les activités de l'institut
<b>INSTITUT DE RADIOPHYSIQUE</b>			
ISO 17020:2012	2001	2011	Toutes les activités de l'institut
<b>INSTITUT UNIVERSITAIRE ROMAND DE SANTÉ AU TRAVAIL</b>			
ISO 17025:2005	1997	2012	
<b>LABORATOIRE CENTRAL D'HÉMATOLOGIE</b>			
SN EN ISO 15189:2013	2001	2016	
<b>LABORATOIRE CENTRAL D'HÉMATOLOGIE</b>			
ISO 17025:2005 ISO 15189:2012	2001	Prévu 2016	
<b>LABORATOIRE CENTRAL D'HÉMATOLOGIE</b>			
ISO 17025:2005	2001	Prévu 2016	
<b>LABORATOIRE CENTRAL D'HÉMATOLOGIE</b>			
ISO 15189:2012	2001	Prévu 2016	
<b>LABORATOIRE D'ANDROLOGIE</b>			
ISO 15159:2012	2001	2016	
<b>LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE</b>			
ISO 17025:2005	1999	2014	
<b>LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE</b>			
Ordonnances	2010	2016	
<b>LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE</b>			
standards EFl	2013	2013	
<b>LABORATOIRE DE CHIMIE CLINIQUE</b>			
ISO 15189:2012	2000	2015	

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>LABORATOIRE DE TOXICOLOGIE ET DE CHIMIE FORENSIQUES (UTCf)</b>			
ISO 17025:2005	2005	2015	Analyses ADN
<b>LABORATOIRE MALADIES MOLÉCULAIRES</b>			
Autorisation No Lab-070033	2008	2013	Processus de prise en charge à visée réhabilitative
<b>LABORATOIRE SUISSE D'ANALYSE DU DOPAGE (LAD)</b>			
ISO 17025:2005	2005	2015	Analyses de substances et de méthodes dopantes
<b>LABORATOIRES DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE</b>			
ISO 17025:2005 SN EN ISO 15189:2013	2002	2012	
<b>LABORATOIRES DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE</b>			
ISO 17025:2005 ISO 15189:2007	2002	Prévu 2016	
<b>LABORATOIRES DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE</b>			
ISO 17025:2005	2002	2016	
<b>LABORATOIRES DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE</b>			
ISO 15189:2007	2002	2016	
<b>LABORATOIRES DE MÉDECINE NUCLÉAIRE</b>			
Loi sur les produits thérapeutiques, LPTh (RS 812.21)	2014	2016	
<b>MÉDECINE INTENSIVE ADULTE</b>			
Directive pour la certification du SSMI	2006	2016	
<b>MÉDECINE INTENSIVE ADULTE - CENTRE DES BRÛLÉS</b>			
MHS Brûlures graves chez l'adulte et son art. 3f + normes de l'European Burn Association (EBA)	2015	2015	
<b>MÉDECINE INTENSIVE ADULTE - HOSPITALISATION</b>			
ISO 9001:2008	2009	2016	Tous les secteurs, y compris brûlés
<b>POLICLINIQUE MÉDICALE UNIVERSITAIRE (PMU): PROCESSUS ADMINISTRATIFS, SOINS, RECHERCHE ET FORMATION</b>			
ISO 9001:2008	1999	2015	
<b>PROCESSUS ALIMENTATION DES PATIENT-E-S (PROALIM)</b>			
ISO 9001:2008	2003	2014	Cité hospitalière, site de Cery, Sylvana
<b>RÉHABILITATION - ATELIER CES</b>			
ISO 9001:2008	2001	2015	
<b>RÉHABILITATION-ATELIER BRICO CES</b>			
OFAS-IV AI 2000	2001	2015	Processus de prise en charge à visée réhabilitative
<b>SECTEUR PSYCHIATRIQUE OUEST / PROCESSUS TRANSVERSAUX</b>			
ISO 9001:2008	2012	2015	
<b>SERVICE D'HÉMATOLOGIE (CELLULES SOUCHES)</b>			
JACIE	2005	2011	Cellules souches pour greffe autologue
<b>SERVICE DE CARDIOLOGIE</b>			
ISO 9001:2008	2007	2014	hospitalisation, activités ambulatoires et interventionnelles
<b>SERVICE DE MÉDECINE ET PSYCHIATRIE PÉNITENTIAIRES</b>			
ISO 9001:2008	2012	2015	Processus cliniques

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>SERVICE DE MÉDECINE INTERNE</b> ISO 9001:2008	2004	2014	
<b>SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE</b> ISO 9001:2015 QMA Audits in nuclear medicine practices	2013	2016	Clinique
<b>SERVICE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE HOSPITALIÈRE</b> ISO 9001:2008	2001	2014	Sphère d'activité : Domaine médical. Domaine certifié : Hygiène hospitalière, Prévention et contrôle de l'infection, Médecine du personnel yc Unité SST
<b>SERVICE DE NEUROLOGIE - AVC (STROKE UNIT)</b> MHS	2014	2014	AVC (Stroke Unit)
<b>SERVICE DE PHARMACIE</b> GMP et BPF petites quantités suisses. Loi: LPTh Ordon: Oméd, OAMéd	2001	2015	Fabrication (unité de production, unité de laboratoire de contrôle qualité et unité de coordination des études cliniques)
<b>SERVICE DE PHARMACIE</b> ISO 9001:2015 + référentiel RQPH	2007	2016	Tout le service
<b>SERVICE DE PHARMACIE</b> référentiel RQPH	2007	2015	Tout le service
<b>SERVICE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE</b> ISO 9001:2008	2012	2015	Processus cliniques
<b>SERVICE DE SOINS PALLIATIFS</b> Label «Qualité dans les soins palliatifs» de l'ASQSP/SQPC	2015	2015	
<b>SERVICE DE SOINS PALLIATIFS</b> Label «Qualité dans les soins palliatifs» de l'ASQSP/SQPC	2015	2015	Unité de médecine palliative + équipe mobile intra-hospitalière
<b>SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES</b> ISO 9001:2008	2004	2014	
<b>SERVICE DES URGENCES</b> ISO 9001:2008	2010	2015	Tous secteurs
<b>SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'ÂGE AVANCÉ</b> ISO 9001:2008	2009	2015	Processus cliniques
<b>UNITÉ DE GÉNÉTIQUE FORENSIQUE (UGF)</b> ISO 17025:2005	2004	2014	
<b>UNITÉ DE MÉDECINE DE LA REPRODUCTION</b> ISO 9001:2008	2003	2013	
<b>UNITÉ DE MÉDECINE TRANSFUSIONNELLE - LABORATOIRE D'IMMUNO-HÉMATOLOGIE DE L'UMT</b> ISO 17025:2005	2003	2013	
<b>UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE PÉDIATRIE</b> ISO 9001:2015	2009	2015	

# IMPRESSUM

## **Édition Rapport d'activité**

Floriane Beetschen  
Service de communication

## **Édition Rapport qualité**

Pierre-Louis Chantre  
Anne-Claude Griesser  
Estelle Lécureux  
Vincent Adatte  
Direction médicale et Direction des soins

## **Design & développement**

Marc Grand d'Hauteville  
Jean Szabo  
Sandrine Szabo  
Netinfluence

## **Photographie**

Philippe Gétaz  
Gilles Weber  
Service d'appui multimédia

## **Gestion de projet**

Gabriella Sconfitti  
Service de communication

## **Webpublishing**

Anne-Laure Magne