

DIRECTION GÉNÉRALE

# RAPPORT QUALITÉ 2017



## CE QUE VOUS TROUVEREZ DANS LE RAPPORT QUALITÉ

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.

### ÉDITORIAL

## UNE QUALITÉ QUI SE FONDE SUR DES VALEURS



Oliver Peters  
Directeur général adjoint

En 2012, lorsque la Suisse introduisait un nouveau plan pour le financement des hôpitaux, le pays nourrissait de grands espoirs. On pensait que les nouvelles règles comptables et la mise en concurrence des institutions, avec la mise en œuvre d'indicateurs de qualité, allaient tout résoudre. Les coûts de la santé allaient baisser, la qualité des soins allait s'améliorer.

Aujourd'hui, il faut déchanter. Tandis que les coûts continuent d'augmenter, les patients et patientes reçoivent trop souvent des prestations inutiles. Quant aux indicateurs de qualité, ils pénalisent les hôpitaux qui accueillent les patients les plus lourdement atteints.

En plus des indicateurs habituels, ce rapport qualité 2017 publie les résultats essentiels de nos quatre centres oncologiques, ainsi que de trois des 27 domaines de la Médecine hautement spécialisée (MHS), pour lesquels le CHUV détient des compétences de pointe. Ces informations permettent d'apprécier la capacité de notre hôpital à traiter des cas complexes



Il arrive parfois que les objectifs économiques imposés aux hôpitaux s'opposent au meilleur traitement possible pour un patient ou une patiente.

L'ensemble du rapport démontre par ailleurs que le travail du CHUV se fonde en priorité sur les valeurs qui forment le cœur de notre institution: la compétence, l'empathie, la responsabilité, la créativité et la transparence. Il arrive parfois que les objectifs économiques imposés aux hôpitaux s'opposent au meilleur traitement possible pour un patient ou une patiente. A cet égard, la direction du CHUV est très claire: dans tous les cas, il faut choisir le traitement le plus adéquat, en pesant les bénéfices et les risques le plus honnêtement possible. Dans cette même logique, lors de gestes invasifs ou de toute procédure sensible, le CHUV demande à ses collaborateurs et collaboratrices de toujours privilégier la sécurité des personnes. Ce n'est pas seulement une question morale ou de qualité des soins. Nous sommes convaincus que, à long terme, cette orientation montrera également sa pertinence économique.



## 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 16 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.



**50'333**  
patientes et patients  
hospitalisés



**1'568**  
lits exploités



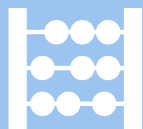
**505'587**  
journées d'hospitalisation



**73'121**  
urgences traitées



**3'227**  
naissances



**363'212'412**  
points TARMED facturés en  
consultations ambulatoire



**11'364**  
collaboratrices et  
collaborateurs qui  
représentent 107 nationalités  
(9'241 emplois à plein temps)



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



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

Les hôpitaux qui placent la qualité des soins et la sécurité des patients au rang de première priorité obtiennent de meilleurs résultats. Cette priorité occupe le CHUV depuis plusieurs années. Elle se décline en 5 objectifs permanents.

Pour chacun de ces objectifs, des indicateurs permettent de surveiller la qualité de soins de façon systématique. Les résultats sont analysés de façon détaillée, puis régulièrement transmis à l'ensemble des cadres, ainsi qu'à tous et toutes les collaborateurs et collaboratrices des départements cliniques. Ensuite, en cas de besoin, la Direction du CHUV et les services initient des démarches d'amélioration, dont les effets sont suivis avec les mêmes indicateurs, ou si nécessaire, avec des indicateurs supplémentaires.

Objectif n° 1

**Mieux informer la patiente ou le patient, et le ou la reconnaître comme un ou une véritable partenaire**

Objectif n° 2

**S'appuyer sur l'expertise clinique et le travail d'équipe pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de maladies nécessitant des traitements onéreux et/ou complexes**

Objectif n° 3

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

Objectif n° 4

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

Objectif n° 5

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



# 1 DOMAINES DE POINTE : LA MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE (MHS) ET LES CENTRES INTERDISCIPLINAIRES



Pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de maladies qui nécessitent des traitements onéreux et/ou complexes, le CHUV s'appuie sur l'expertise clinique et le travail d'équipe.

Dans ses domaines de pointe, le premier souci du CHUV est d'assurer que chaque patient bénéficie d'une prise en charge interdisciplinaire et adaptée à sa situation. Sa priorité n'est pas de réaliser l'intervention ou d'administrer le traitement pour lequel le patient est adressé au CHUV, mais est d'évaluer soigneusement sa situation et de répondre au mieux à ses besoins afin d'améliorer sa qualité de vie. Pour atteindre cet objectif, il est indispensable de recourir à l'expertise des équipes compétentes dans les domaines de la MHS comme dans les centres interdisciplinaires. Dans chacun des domaines, les spécialistes suivent de manière très rigoureuse les résultats de leurs actions en les comparant à ceux des meilleurs centres européens et internationaux.

# 1.1 LA MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE



La médecine hautement spécialisée (MHS) comprend les soins cliniques particulièrement complexes, qui demandent des compétences pointues et font appel à une technique très sophistiquée.

Les traitements de la MHS se caractérisent par un grand besoin d'innovation. De ce fait, il est indispensable de regrouper les compétences et les équipements nécessaires dans les hôpitaux capables de les prodiguer en respectant les standards de qualité.



## DOMAINES DE LA MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE

Les mandats qui autorisent les hôpitaux à prendre en charge des patients et des patientes, 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 2017, le CHUV a déployé son activité dans le cadre des domaines suivants:

### Domaines

Transplantations pulmonaires
Transplantations cardiaques
Transplantations rénales
Transplantations rénales chez l'enfant
Traitement des brûlures graves chez l'adulte
Traitement des brûlures graves chez l'enfant
Traitement des blessés graves chez l'adulte
Traitement des blessés graves et des polytraumatismes, y compris les traumatismes cranio-cérébraux chez l'enfant
Traitement des accidents vasculaires cérébraux
Résection œsophagienne
Résection hépatique
Résection pancréatique
Résection rectale profonde
Chirurgie bariatrique complexe
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
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
Tumeurs rares de la moelle épinière
Traitement en milieu hospitalier des enfants et adolescents cancéreux
Traitement des neuroblastomes
Traitement des rétinoblastomes chez l'enfant
Chirurgie trachéale complexe élective chez l'enfant
Soins intensifs pour les nouveau-nés
Troubles congénitaux spéciaux du métabolisme chez l'enfant
Implantation cochléaire (implantation aux HUG)



# 1.2 LES TRANSPLANTATIONS D'ORGANES



S'ils ou elles doivent recevoir un organe, ou s'ils ou elles ont déjà bénéficié d'une transplantation, les patients et les patientes requièrent une prise en charge interdisciplinaire qui réunit de nombreux spécialistes.

Au CHUV, c'est le Centre des transplantations d'organes (CTO) qui assure la prise en charge interdisciplinaire des patients. Entre autres spécialistes, des chirurgiennes et des chirurgiens, des médecins internistes, intensivistes et anesthésistes, un coordinateur ou une coordinatrice de transplantation y collaborent.



Les interventions de transplantation sont réparties entre le CHUV et les HUG.

En 2004, le CTO du CHUV s'est associé au Service de transplantation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) afin de former le «Centre universitaire romand de transplantation» (CURT). Cette alliance a pour but de développer l'excellence de l'enseignement, de la recherche et des soins dans le domaine de la transplantation en Suisse romande. Dès lors, les interventions de transplantation sont réparties entre les deux hôpitaux, dans le cadre des mandats de médecine hautement spécialisée.

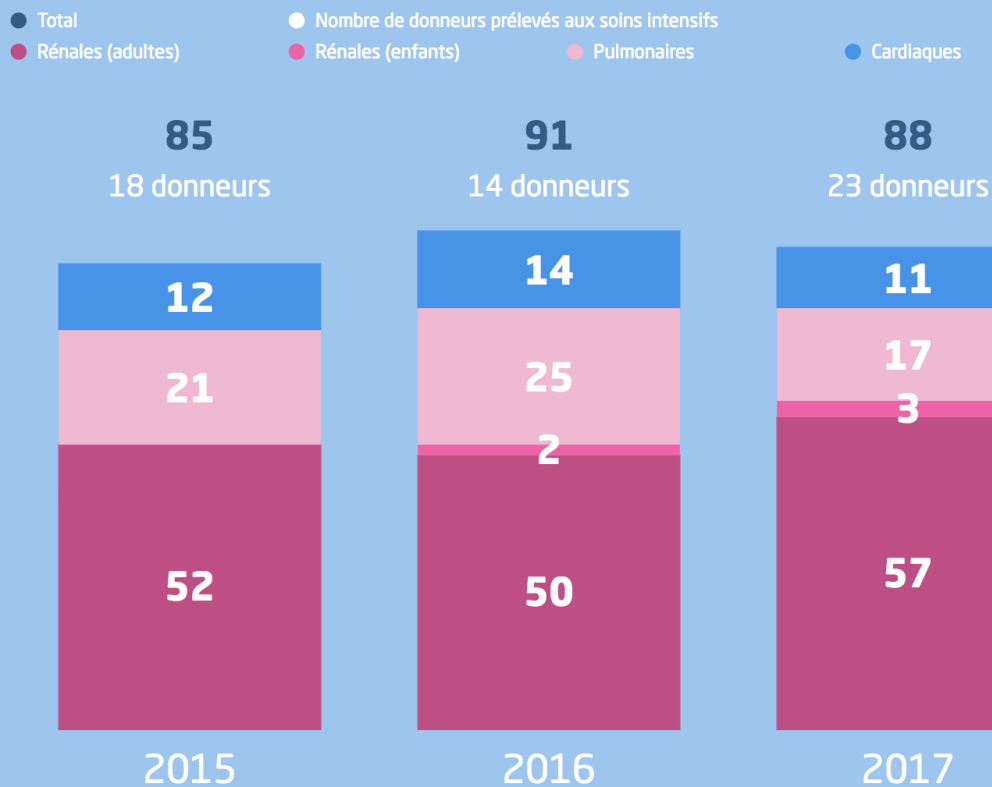
La répartition entre les cantons de Vaud et Genève obéit à une logique par organe:

- Le thorax à Lausanne avec les transplantations du cœur et des poumons;
- l'abdomen à Genève avec les transplantations du foie et du pancréas.

La transplantation rénale se pratique sur les deux sites.



# MHS - NOMBRE DE TRANSPLANTATIONS



## Commentaires du graphique

L'évolution du nombre de transplantations montre qu'en 2017, les transplantations rénales ont atteint le nombre de 57 pour les adultes et trois pour les enfants. Ce volume d'activités souligne notamment la performance du programme interdisciplinaire de donneurs et donneuses vivant-e-s du CHUV, en complément des organes des donneurs et donneuses décédé-e-s. La transplantation rénale permet d'offrir une alternative à l'hémodialyse aux patients et patientes qui souffrent d'insuffisance rénale terminale. Ils et elles pourront alors bénéficier d'une espérance de vie plus longue avec une meilleure qualité de vie. Les résultats du CHUV montrent que le taux de survie des patients et des patientes transplanté-e-s du rein est de 95% à 5 ans.

Dans le domaine des transplantations pulmonaires, le volume d'activités est stable, avec 17 transplantations en 2017. Avec le CURT, le CHUV obtient des résultats de survie d'environ 75% à 5 ans. Ce chiffre est supérieur aux résultats attendus au niveau européen et international.

En ce qui concerne les transplantations cardiaques, le volume d'activités est stable avec un taux de survie de près de 80% à 5 ans. En moyenne, un ou une enfant par année bénéficie d'une transplantation cardiaque.

Le nombre de donneurs et donneuses prélevé-e-s a augmenté en 2017. Cette évolution témoigne d'un investissement important de l'équipe du Service de médecine intensive adulte du CHUV afin d'identifier les donneurs et donneuses potentiel-le-s, en état de mort cérébrale ou dans le cadre du prélèvement d'organes sur un patient ou une patiente après un arrêt cardio-circulatoire. Ce type de prélèvement fait partie de mesures mises en place au niveau national pour pallier le manque d'organes mis à la disposition des personnes en attente de greffe, alors que certaines décèdent lorsqu'elles sont en liste d'attente.



# 1.3 LA PRISE EN CHARGE DES BRÛLURES GRAVES



Lorsqu'elles sont étendues et profondes, les brûlures figurent parmi les lésions accidentelles les plus graves. Elles nécessitent une prise en charge complexe réalisée par une équipe interdisciplinaire.

Dans le domaine des brûlures, la gravité des blessures dépend de la surface corporelle atteinte, de la profondeur des brûlures et de l'âge du patient. En l'absence de soins spécialisés, les brûlures cicatrisent de façon pathologique, la récupération fonctionnelle est de moindre qualité, et les patients et patientes ont un risque de surmortalité. A cela s'ajoutent des séquelles psychologiques et socioprofessionnelles.



La prise en charge d'une personne brûlée nécessite de nombreux intervenants et intervenantes spécialisé-e-s.

Dès l'admission au CHUV d'une personne brûlée, la prise en charge nécessite de nombreux intervenants et intervenantes spécialisé-e-s. Le noyau de base comprend des infirmières et infirmiers spécialisé-e-s, des médecins intensivistes et des chirurgiennes et des chirurgiens plasticien-ne-s. Ces professionnels et professionnelles sont entouré-e-s d'anesthésistes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de psychiatres.



Le CHUV prend en charge 65 à 80 personnes adultes brûlé-e-s par année.

Au CHUV, les personnes gravement brûlées commencent toujours leur séjour au Centre des brûlés du Service de médecine intensive adulte, où elles sont suivies de manière continue. Leur état nécessite une prise en charge très précise, notamment pour la réanimation liquidienne et pharmacologique, ainsi que pour la nutrition. Les premières heures sont décisives pour la survie et la récupération

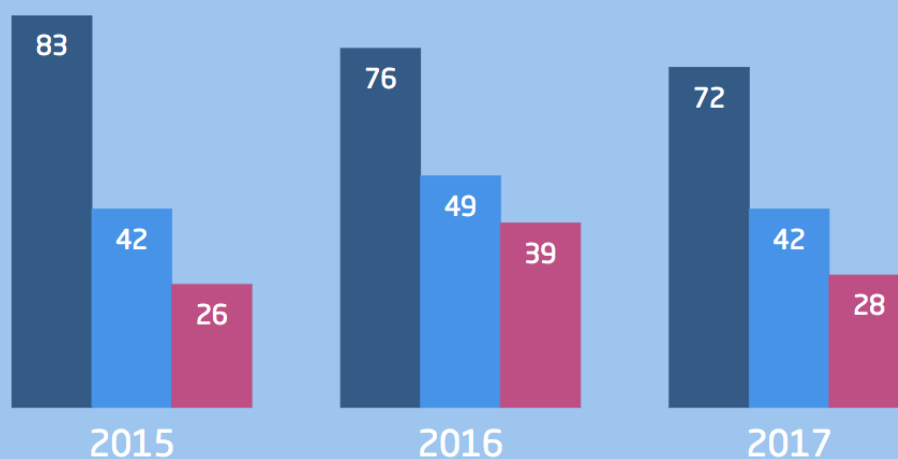
des patients et patientes. Durant cette phase aiguë, l'organisme est totalement déséquilibré et très fragile. Le processus de réanimation est ainsi régi par un protocole strict.



## NOMBRE DE PATIENTS

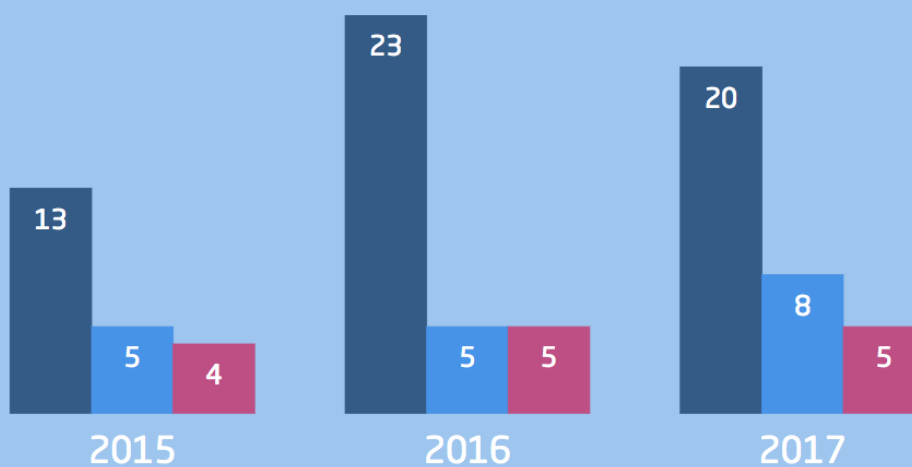
### Adultes

- Patients brûlés toutes catégories
- Patients avec brûlures graves
- Patients avec brûlures remplissant les critères MHS



### Enfants

- Patients brûlés toutes catégories
- Patients avec brûlures graves
- Patients avec brûlures remplissant les critères MHS





## Commentaires du graphique

Le CHUV prend en charge 65 à 80 personnes adultes brûlé-e-s par année. Parmi elles, 40 à 50 nécessitent des soins intensifs, et 20 à 30 remplissent les critères MHS. Du côté des enfants, sur les 15 à 25 hospitalisés par an, 5 à 10 nécessitent des soins intensifs. En 2017, le nombre de patients et patientes adultes qui correspondent aux critères de la MHS s'est élevé à 28.

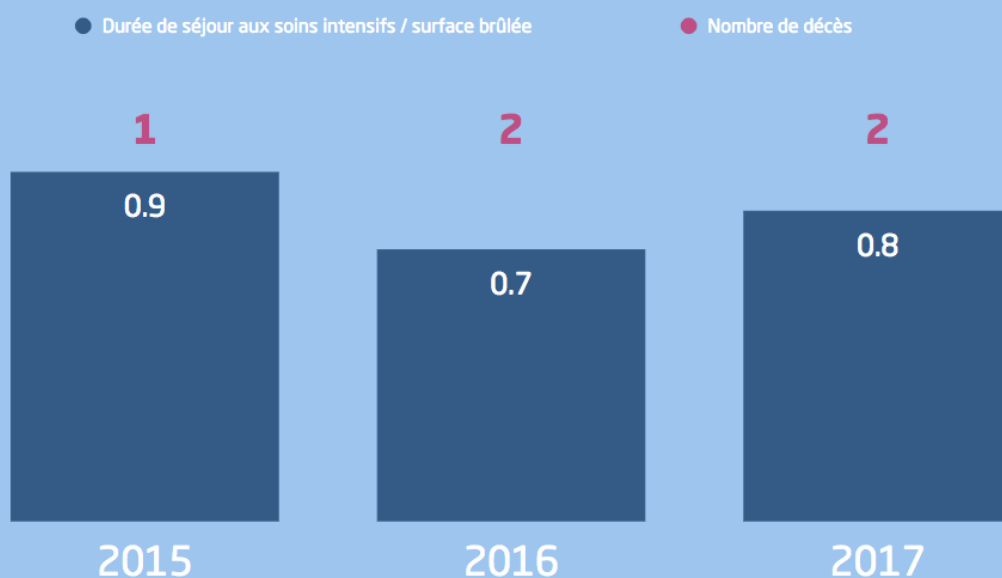
Pour correspondre aux critères MHS, il faut que les patients et les patientes présentent une surface brûlée égale ou supérieure à 10% de leur corps, et/ou un syndrome d'inhalation caractérisé par des lésions respiratoires.

La qualité de la prise en charge intégrée (réanimation et chirurgie) se mesure en comparant la durée de séjour aux soins intensifs d'un ou une patiente, par rapport à la surface de son corps brûlée. En effet, durant cette période décisive, si la réanimation, la nutrition, la prévention et le traitement des infections sont bien conduits et intègrent les interventions chirurgicales, la récupération du patient ou de la patiente est d'autant plus rapide et rend possible sa sortie des soins intensifs, afin de rejoindre une unité de soins standards.

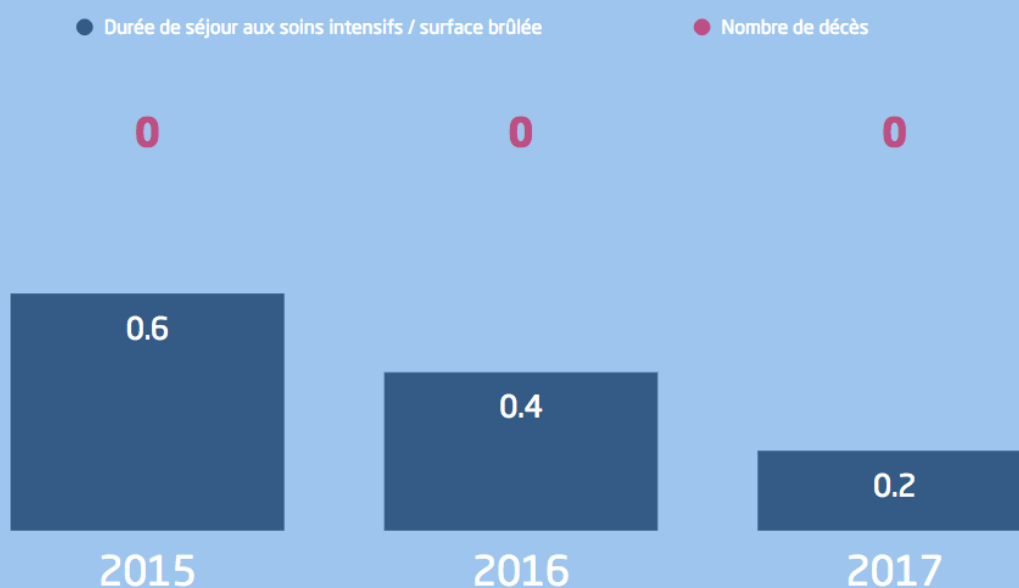


## DURÉE DE SÉJOUR ET NOMBRE DE DÉCÈS

### Adultes



### Enfants



Dans les centres spécialisés, la relation entre durée de séjour et surface brûlée doit être inférieure à 1 jour par pourcent du corps brûlé, ce qui est le cas au CHUV. Par ailleurs, de même que dans les centres internationaux, la mortalité y est faible (deux décès adultes en 2017, mais aucun décès d'enfant).



## LA FILIÈRE DES BRÛLÉS : UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE POUR LES ENFANTS

### PERSONNES DE RÉFÉRENCE :

Prof. Mette Berger,  
coordinatrice de la filière  
brûlés, Service de  
médecine intensive adulte  
& brûlés

PD Dr Anthony de Buys  
Roessingh,  
co-coordonateur de la  
filiale brûlés, Service de  
chirurgie pédiatrique

La « filière brûlés » a permis la mise en lien de tous les intervenants de la chaîne de soins. Elle a entraîné une meilleure connaissance du rôle de chacun et une amélioration de la prise en charge des patients et des patientes.

En ce qui concerne plus spécifiquement les enfants, les accidents domestiques sont courants puisque 80% des brûlures surviennent à domicile, aux heures des repas et en présence des parents: le CHUV relève plus de 300 urgences de brûlures par année, 250 soins sous narcose pour débridements et pansements, et plus de 30 interventions chirurgicales avec greffe de peau.

Il est donc important que les durées d'hospitalisation soient limitées au strict minimum, afin que les enfants puissent réintégrer au plus vite leur famille et un rythme de vie normal dans un contexte familial habituel et rassurant. Afin que l'enfant retrouve rapidement sa famille, les greffes de peau de petite surface sont effectuées en ambulatoire avec une antalgie adéquate. Les traitements de physiothérapie, d'ergothérapie ou du suivi psychologique sont également dispensés en ambulatoire. Une brochure informative, établie par toutes les équipes intervenant dans cette prise en charge, a été conçue pour les enfants et leurs proches. Elle facilite la compréhension des différentes étapes de cette longue prise en charge.



L'accident par brûlure constitue un événement particulièrement traumatisant pour l'enfant et sa famille.

Les enfants gravement brûlés sont traités aux soins intensifs de pédiatrie, puis dans le Service de chirurgie de l'enfant et de l'adolescent.

L'accident par brûlure constitue un événement particulièrement traumatisant pour l'enfant et sa famille. Parmi les manifestations psychiques réactives les plus fréquentes, on retrouve l'angoisse, la dépression, les troubles du sommeil, des troubles alimentaires ou des troubles du comportement sous la forme d'inhibition, de passivité ou de comportement régressif. Ces réactions sont intimement liées aux ressources de chaque enfant et à son histoire affective et relationnelle avec sa famille.





## POUR LES GRANDS BRÛLÉS, UNE CULTURE DE GREFFES DE PEAU UNIQUE EN SUISSE

### PERSONNES DE RÉFÉRENCE :

Laurent Waselle - PhD,  
Chef de production,  
Centre de production  
cellulaire

PD Dr Anthony de Buys  
Roessingh,  
co-coordonateur de la  
filière brûlés, Service de  
chirurgie pédiatrique

Depuis 2012, le CHUV dispose d'un Centre de production cellulaire hautement spécialisé pour les greffes de la peau. Une compétence unique en Suisse et rare en Europe.

Lorsqu'une personne, adulte ou enfant, subit une brûlure profonde, il est nécessaire de recourir à des greffes. Si la surface de peau endommagée n'est pas trop importante, il est possible de prélever des parties de peau saine du patient pour les poser sur les parties brûlées. Mais si la brûlure a endommagé plus de 40% de la surface du corps, il est nécessaire de fabriquer des peaux de culture en laboratoire. Cette technique appelée CEA (culture d'épiderme autologue) a été utilisée pour la première fois en clinique en 1981 aux Etats Unis et en 1985 au CHUV par le Service de chirurgie plastique.



Le CHUV dispose d'un centre de production cellulaire spécialisé dans la culture de greffes de peau.

Depuis 2012, le CHUV dispose d'un centre de production cellulaire spécialisé dans la culture de ce type de greffes. Située à Epalinges, à quelques kilomètres du site hospitalier, cette infrastructure hautement technologique obéit de façon rigoureuse à la loi sur les produits thérapeutiques. Elle bénéficie de l'autorisation d'exploitation de Swissmedic. Unique en Suisse, le Centre de production cellulaire fournit des feuillets de peau pour les patients du CHUV comme pour les patientes et patients de l'Universitätsspital et du Kinderspital de Zurich.

Le développement d'une culture cellulaire de peau dure environ trois semaines. Le processus se déroule dans un environnement contrôlé et est suivi de façon très stricte par un personnel formé et qualifié. Le travail commence dès l'arrivée du patient ou de la patiente à l'hôpital, par le prélèvement d'une surface de peau saine (environ 10 cm<sup>2</sup>). Placées dans un environnement aseptique et nutritif, les cellules de cet échantillon vont se multiplier plus de 300 fois, pour atteindre en totalité plus de 3'000 cm<sup>2</sup>. Cette surface permettra de couvrir l'équivalent de la surface du dos du patient ou de la patiente. Pour greffer entièrement une personne brûlée à 40%, il est nécessaire de réaliser trois lots de greffes.

Dès que les nouveaux feuillets de peau sont prêts, ils peuvent immédiatement être emmenés au CHUV ou à l'hôpital de Zurich, afin d'être greffés sur le patient. Le Centre de production cellulaire d'Epalinges réalise ainsi les préparations pour 10 à 20 patients et patientes par année. Des hôpitaux français et allemands étant intéressés par cette compétence hautement spécialisée, ce nombre est susceptible d'augmenter.



## L'HYPNOSE, UN SERVICE PRÉCIEUX POUR LES GRANDS BRÛLÉS

### PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Maryse Davadant,  
infirmière, Service de  
médecine intensive adulte

Depuis 2004, le Service des soins intensifs du CHUV propose des séances d'hypnose aux patients et aux patientes qui le désirent. Avec de multiples bénéfices.

Chaque année, le CHUV s'occupe de soigner un peu plus de 50 personnes grièvement brûlées, adultes ou enfants. Ces patients et patientes nécessitent des soins quotidiens, notamment pour nettoyer leurs plaies. Malheureusement, ces traitements sont extrêmement douloureux. Les grands brûlés prennent alors des antidouleurs afin de vivre les soins dans les meilleures conditions possibles. Dans certains cas, la douleur est si intense qu'il est nécessaire de recourir à une anesthésie générale.

Lorsque les médicaments ne suffisent pas à rendre la douleur supportable, et lorsqu'on veut éviter de procéder une nouvelle fois à une anesthésie générale, les soins intensifs du CHUV proposent au patient ou à la patiente de recourir à l'hypnose. Le Service comprend une infirmière spécialisée, Maryse Davadant, qui intervient à la demande.



Les patients et les patientes qui recourent à l'hypnose augmentent leur tolérance à la douleur et se sentent moins anxieux.

Madame Davadant utilise une méthode d'hypnose non directive, dite « éricksonienne ». Cette méthode consiste à aider le ou la patiente à utiliser ses propres ressources face à la douleur. Il ou elle apprend à mettre des images sur ses sensations, et à les transformer. Utilisées au sein d'une relation de confiance indispensable entre patient et soignant, ces techniques plongent le ou la patiente dans un champ de conscience élargi, et lui permettent de maintenir la douleur à distance. Le ou la praticienne en hypnose joue ainsi essentiellement un rôle d'accompagnement, tout en favorisant une gestion toujours plus autonome de la douleur. Après quelques séances, certains patients parviennent à maîtriser la méthode de façon à pouvoir, si nécessaire, se passer d'une intervention extérieure.



En agissant sur l'activité cérébrale, l'hypnose permet au patient et à la patiente de contrôler des fonctions physiologiques.

Lorsqu'elle a commencé à pratiquer l'hypnose aux soins intensifs du CHUV en 2004, Maryse Davadant a immédiatement constaté des effets importants. Les patients et patientes qui recourent à l'hypnose augmentent leur tolérance à la douleur et se sentent moins anxieux. Ils peuvent diminuer les médicaments, de même que le recours aux anesthésies générales. Par ailleurs, leurs plaies cicatrisent plus rapidement, ce qui a pour conséquence de diminuer leur séjour à l'hôpital (et d'en réduire les coûts). Les effets de l'hypnose ne se font cependant pas seulement sentir chez les brûlés: lorsqu'un ou une praticienne intervient dans le Service des soins intensifs, le stress global de toute l'équipe soignante

baisse. En 2006, le Centre romand des brûlés a effectué une étude portant sur 46 patients pendant un an, qui a permis de documenter ces différents impacts avec précision.

Les mécanismes précis de l'hypnose étant toujours mal connus, cette méthode garde encore une part de mystère. Son effet analgésique est cependant scientifiquement prouvé et documenté depuis longtemps par des études internationales. En agissant sur l'activité cérébrale, l'hypnose modifie la perception de la douleur et permet au patient de contrôler des fonctions physiologiques habituellement involontaires. L'état hypnotique est cependant un état naturel, que tout un chacun vit sans en avoir conscience, notamment lors des moments de grande concentration. Il n'y a donc pas de patient plus ou moins « hypnotisable » : toute personne qui en a besoin peut bénéficier de cette méthode.

# 1.4 LA FILIÈRE DE TRAUMATOLOGIE



Depuis 2011, le CHUV dispose d'une équipe spécialisée dans le traitement des blessé-e-s graves. Chargé de soigner des patients et des patientes polytraumatisé-e-s, ce groupe réunit des spécialistes de plusieurs disciplines.

Dans l'équipe spécialisée de la filière de traumatologie, on trouve des médecins et des infirmiers et infirmières 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 et elles ont organisé la prise en charge au sein d'une procédure intitulée « Filière trauma ».

Un patient ou une patiente 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.



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

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 blessé ou une blessée 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 ensuite impératif que sa prise en charge soit rapide, adaptée aux blessures et conduite selon les bonnes priorités.

Soigner des blessées et des blessés 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 patientes et des patients 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.



### Un blessé grave, c'est quoi ?

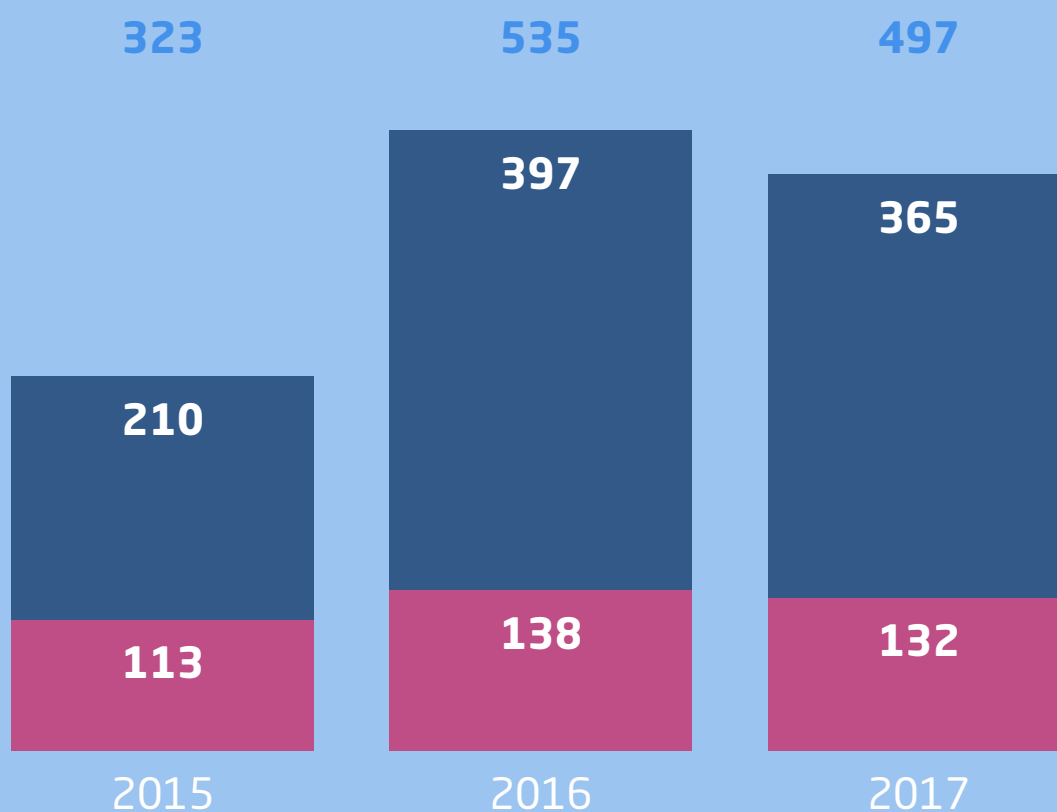
Dans le cadre de la Médecine hautement spécialisée (MHS), est considérée comme « blessé grave » une personne qui présente une ou plusieurs lésions qui atteignent un score de gravité d'au moins 20 points, selon une échelle définie par l'Injury Severity Score (ISS). En font aussi partie les victimes d'un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

Le CHUV est l'un des 12 hôpitaux suisses chargés de proposer une filière de traumatologie spécialisée. Depuis 2011, la prise en charge des patients et patientes 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.



## VOLUME D'ACTIVITÉS

- 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 MHS535

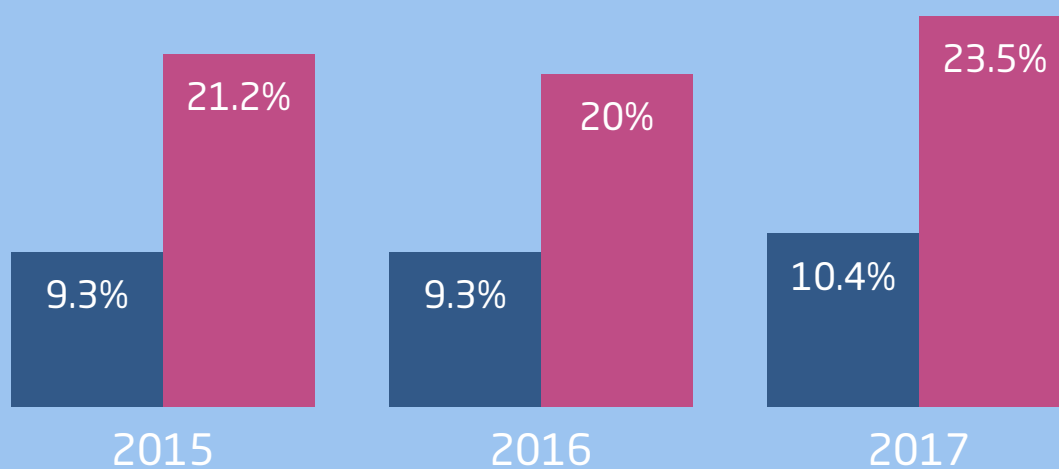






## TAUX DE MORTALITÉ EN FILIÈRE TRAUMA

- 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



## Commentaires du graphique

Le nombre annuel de patients et de patientes qui correspondent aux critères de la Médecine hautement spécialisée (MHS) oscille entre 120 et 150. Ce chiffre demeure stable depuis 2008. Depuis 2014, le taux de mortalité est stable autour des 10% pour l'ensemble des patientes et des patients polytraumatisé-e-s admis-e-s dans la salle de déchocage aux Urgences du CHUV et varie entre 20-25% pour les personnes les plus gravement blessé-e-s. La légère hausse en 2017, par rapport à 2016, est non significative et potentiellement explicable par une proportion plus importante de traumatismes crâniens sévères. Depuis 2015, ces résultats font l'objet d'une analyse systématique dans le cadre de colloques interdisciplinaires qui leur sont consacrés. Les spécialistes y repassent en vue les prises en charge de toutes les personnes décédé-e-s, dans le but de proposer, si nécessaire, des mesures d'amélioration.

Effectuée depuis 2015, cette revue a montré que les trois quarts des décès étaient associés à une lésion neurologique sévère (76%). Par ailleurs, ses participants et participantes ont mis 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.



### OBJECTIFS POUR 2018

En 2018, l'équipe du Centre de traumatologie poursuivra les séances de simulation pour maintenir voire augmenter ses performances. Elle continuera aussi à analyser chaque décès pour identifier les éventuelles pistes d'amélioration.

# 1.5 LES CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE



Conçus comme des pôles d'expertise, les centres en oncologie du CHUV offrent aux patients et aux patientes une prise en charge complète adaptée à chaque type de cancer.

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 a été officialisé fin 2017. Trois nouveaux centres verront le jour d'ici à 2019: les centres des tumeurs neuro-endocrines, de neuro-oncologie et des tumeurs ORL.

Le travail interdisciplinaire représente aujourd'hui la pierre angulaire de la prise en charge des personnes atteintes 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.



Depuis 2008, le CHUV a mis en place plusieurs centres spécialisés dans le domaine du cancer.

Le concept qui consiste à réunir tous les spécialistes autour des patients et des patientes souffrant d'un cancer a progressivement évolué vers celui de centre. Aujourd'hui, ce type d'unité transversale réunit tous les professionnels et toutes les professionnelles impliqués-e-s dans les investigations et les traitements liés à un cancer spécifique: radiologues, pathologistes, chirurgiennes et chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, radio-oncologues et infirmières et infirmiers cliniciens-ne-s. 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 patients et patientes y bénéficient de la meilleure prise en charge possible.

Les objectifs d'un centre en oncologie sont:

- 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.



Renouvelées avec succès en 2017, les certifications témoignent de la qualité des soins qui prévaut dans le centre du sein du CHUV.

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.

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. Renouvelés avec succès en 2017, 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 ou onze structures de ce genre.

## Description des indicateurs et commentaires des résultats

Dans les tableaux ci-contre, le nombre de nouveaux patients et de nouvelles patientes représente les personnes attribuées à un centre et traitées dans ce cadre dès le premier diagnostic de cancer. 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 patients et patientes référé-e-s par d'autres centres ou services pour un deuxième avis, afin de consolider un diagnostic, comme dans le domaine des sarcomes. Par ailleurs, l'expertise du centre se bâtit également grâce aux nombreux patients et aux nombreuses patientes qui s'y rendent lorsque la maladie progresse. Ces personnes ne sont pas comptabilisées au sein des nouveaux cas.

Dans le domaine de l'oncologie, il est essentiel pour la qualité des soins que tous les spécialistes concernés discutent de la situation du patient ou de la patiente. Il faut ensuite que les traitements prennent toutes les disciplines en compte. Pour cette raison, les colloques de concertation interdisciplinaires doivent examiner la quasi-totalité des nouvelles patientes et des nouveaux patients (plus de 95%). Le Centre du sein, le Centre des tumeurs thoraciques et le Centre des sarcomes ont largement atteint cet objectif. Au Centre de la prostate, des mesures ont été mises en place afin de rendre ces discussions de cas encore plus systématiques.



Dans le domaine de l'oncologie, il faut que les traitements prennent toutes les disciplines en compte.

La chirurgie représente souvent le premier traitement d'une tumeur cancéreuse. Dans certains cas, d'autres options de traitement s'offrent aux patients, 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. Lorsqu'une intervention consiste à enlever entièrement un sein, il ne sera logiquement pas nécessaire de réopérer pour enlever un reste de tumeur. Cependant, 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. Il est donc normal, dans ce domaine, d'avoir des taux de reprises plus élevés que, par exemple, en chirurgie de la prostate au cours de laquelle on enlève entièrement la glande lors de la première opération.

Afin de faciliter l'accès des patients et patientes 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 patientes et des patients.



## CENTRE DU SEIN

### CENTRE DU SEIN

	Objectif	2016	2017
Nombre de nouveaux patients		214	212
Proportion de nouveaux patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	97.7%	100%
Proportion de nouveaux patients ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		95.3%	
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		10.8%	
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement d'oncologie médicale		81.3%	
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement de radio-oncologie		61.2%	
Nombre de patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			416
Proportion de nouveaux patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien	>95%		86.8%
Etudes en cours			10
- Nombre de patients inclus dans les études			93
- dont patients sous traitement			39





## CENTRE DE LA PROSTATE

### CENTRE DE LA PROSTATE

	Objectif	2016	2017
Nombre de nouveaux patients		95	116
Proportion de nouveaux patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	76.3%	86.7%
Proportion de nouveaux patients ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		39.8%	
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		0.0%	
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement d'oncologie médicale		24.7%	
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement de radio-oncologie		18.3%	
Proportion de nouveaux patients sous surveillance		12.9%	
Nombre de patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			417
Proportion de nouveaux patients ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%		83.6%
Etudes en cours			8
- Nombre de patients inclus dans les études			57
- dont patients sous traitement			19



# CENTRE DU TUMEURS THORACIQUES

## CENTRE DU TUMEURS THORACIQUES

	Objectif	2016	2017
Nombre de nouveaux patients		298	329
Proportion de nouveaux patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	99.0%	98.8%
Proportion de nouveaux patients ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		53.8%	
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		1.3%	
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement d'oncologie médicale		55.5%	
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement de radio-oncologie		43.8%	
Nombre de patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			317
Proportion de nouveaux patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien	>95%		70.2%
Etudes en cours			11
- Nombre de patients inclus dans les études			29
- dont patients sous traitement			22



## CENTRE DES SARCOMES

### CENTRE DES SARCOMES

	Objectif	2016	2017
Nombre de nouveaux patients		54	81
Proportion de nouveaux patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	96.3%	93.7%
Proportion de nouveaux patients ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		52.1%	
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		16%	
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement d'oncologie médicale		41.7%	
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement de radio-oncologie		22.9%	
Nombre de patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			224
Proportion de nouveaux patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien	>95%		63.2%
Etudes en cours			1
- Nombre de patients inclus dans les études			1
- dont patients sous traitement			1

## 2 INFORMATION ET PARTICIPATION DU PATIENT



Bien informer la patiente ou le patient 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 constituent des principes importants pour réussir une prise en charge. Il est indispensable qu'entre patients, patientes, proches et soignant-e-s s'établisse une relation de confiance, de transparence et d'écoute.

## 2.1 LA SATISFACTION DES PATIENTS, DES PATIENTES ET DES PROCHES



Il est essentiel que les patients et patientes livrent leur appréciation sur les soins qu’elles et ils reçoivent à l’hôpital. Demander régulièrement leur avis 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 patients et patientes.

La satisfaction des patients et patientes 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 patientes et patients 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 leur avis met en évidence les domaines où leurs attentes n’ont pas été satisfaites.

Utilisé depuis 2016, le questionnaire 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 ?



## RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE DE SATISFACTION AUPRÈS DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UN PROBLÈME SOMATIQUE

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

- Nombre de réponses
- Accord moyen (sur une échelle de 1 à 5)

1'061

850

4,07

4,06

2016

2017

Patients hospitalisés en soins aigus

Depuis 2013, le degré de satisfaction des patientes et patients est très stable. En moyenne, l'ensemble des questions reçoit une évaluation proche de 9.



## Enquête nationale de satisfaction auprès des patients de réadaptation et auprès des parents des enfants hospitalisés

Depuis 2013, les patients et patientes 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 patientes et patients 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 ?



Les personnes interrogées en pédiatrie et en réadaptation expriment leur perception générale de la qualité des services du CHUV sur une échelle de 1 à 10.

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 infirmière 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?

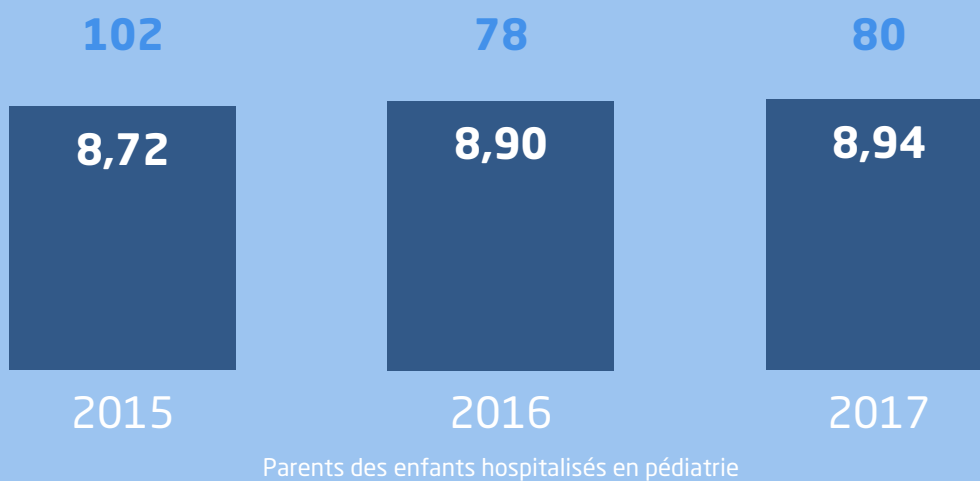
Le taux de réponses est d'environ 45% pour la pédiatrie. Le taux de réponse pour la réadaptation est de 50%.



## RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION NATIONALE EN RÉADAPTATION ET EN PÉDIATRIE

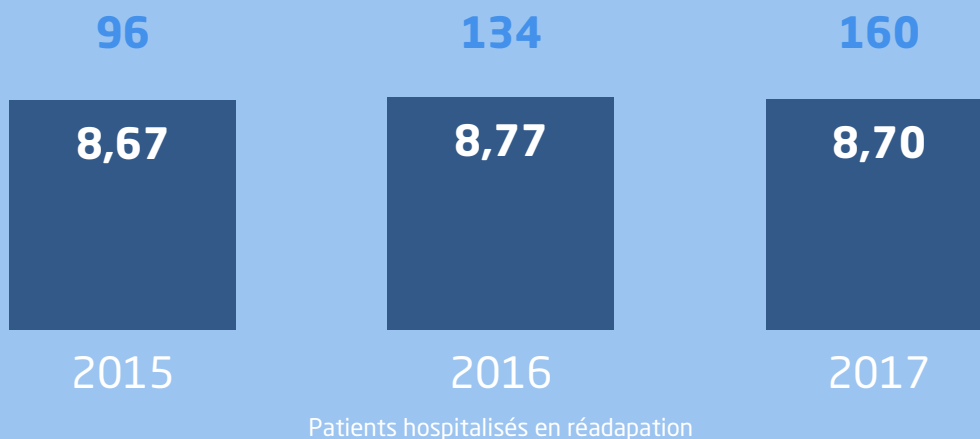
Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille ou à vos amis?

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



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)





Les résultats 2017 de l'enquête annuelle interne au CHUV montrent que 94,6% des patients et des patientes restent globalement satisfait-e-s des soins qu'elles et ils ont reçus.

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 2017 de l'enquête annuelle montrent que 94,6% des patientes et des patients restent globalement satisfait-e-s des soins qu'elles et ils ont reçus au CHUV. Ces résultats sont similaires à ceux de 2016. Concernant l'information donnée aux patients et patientes pour que sa sortie se déroule au mieux, plus de 22% des personnes interrogées estiment que celle-ci pourrait être plus complète.



### Objectifs pour 2018

En 2018, le CHUV améliorera la préparation à la sortie du patient ou de la patiente dans le cadre du projet de gestion proactive des séjours (GPS+). Ce projet poursuivra également ses travaux, qui ont notamment pour objectif de mieux informer les patientes et les patients et de les impliquer dans leur prise en charge sur le déroulement de leur séjour et la préparation de leur sortie.

## 2.2 ESPACE PATIENTS & PROCHES



Lorsqu'un conflit survient entre un patient ou une patiente et les professionnels et les professionnelles de soins du CHUV, trois médiatrices et médiateurs peuvent recueillir les doléances et s'assurer que chacun et chacune exprime son point de vue. En 2017, l'Espace Patients&Proches a vu son activité augmenter.

Il est inévitable que le milieu hospitalier génère des conflits. Les tensions ne sont cependant pas le signe d'un échec de la prise en charge. Elles sont l'expression de difficultés susceptibles de surgir dans la relation entre patients et patientes et professionnels et professionnelles de soins. Ces problèmes doivent être traités: ignorer le conflit, c'est risquer de le nourrir.



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

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 professionnel-le-s. Lorsque la relation devient difficile entre les patients et les patientes ou leurs proches et les équipes de professionnels et de professionnelles, 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 patient ou une patiente 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 professionnels et professionnelles 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 et chacune 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 patients et patientes. 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 patients et patientes, proches et professionnels et professionnelles, mais aussi entre les citoyennes et citoyens et « leur » hôpital. Cet objectif est d'autant plus important que nombre de patients et de patientes 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 patientes et les patients 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 de manière anonyme 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

- 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%





## Commentaires du graphique

En 2017, l'Espace Patients & Proches a vu son activité augmenter légèrement, avec 2,4 nouvelles situations par jour ouvré. Comme les années précédentes, les plaintes concernent en majeure partie les relations et les échanges d'informations entre les professionnelles et professionnels et les patients et patientes et leurs proches. Viennent ensuite les frustrations que génère parfois l'organisation de l'hôpital, puis les questions cliniques. Cette 6e année d'activité se distingue en outre par une augmentation du nombre de collaborateurs et collaboratrices du CHUV faisant appel à l'équipe de médiation pour évaluer certaines situations qu'ils estiment délicates à gérer, voire pour demander directement l'organisation d'une médiation. Par ailleurs, dans le cadre des démarches d'amélioration continue, les témoignages recueillis à l'EPP sont utilisés lors de formations ou d'échanges avec les services.

## 3 CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE



La maladie rend vulnérable et très dépendant de l'organisation des soins. Afin d'assurer la continuité des soins, les équipes cliniques du CHUV ont pour tâche d'établir un échange d'informations régulier entre tous les acteurs qui soignent un patient ou une patiente, y compris le médecin de famille et le centre de soins à domicile.

## 3.1 LE FAXMED DE SORTIE



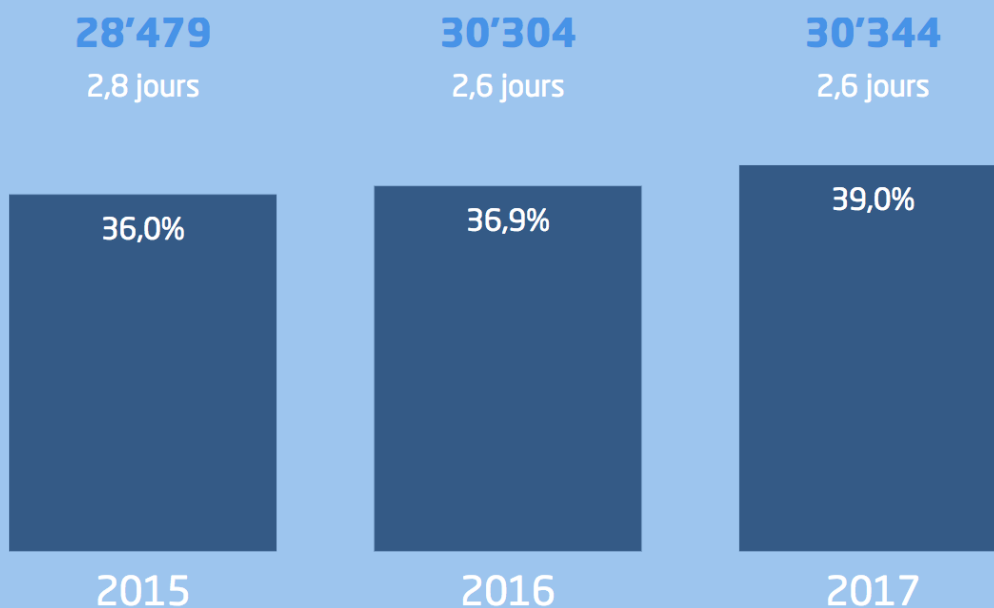
Si l'on veut assurer une transition optimale et prévenir les ruptures de continuité des soins, avertir le médecin traitant que son patient est sorti de l'hôpital est très important.

Le processus en vigueur au CHUV requiert qu'un document de sortie très synthétique soit envoyé dans les 48 heures suivant la sortie du patient. Complémentaire à la lettre de sortie, le Faxmed informe le médecin traitant du diagnostic et du traitement réalisé durant le séjour hospitalier, ainsi que du traitement qui doit être suivi à domicile, dont les médicaments prescrits.



## DÉLAI D'ENVOI DES FAXMED DE SORTIE

- Nombre de séjours (éligibles) sortis
- Délai moyen
- Taux de documents envoyés dans les 48 heures



Le taux de Faxmed envoyés dans les 48 heures après la sortie du patient s'élève à près de 40%. Il n'atteint pas encore l'objectif visé de 100%.

Cet indicateur a été récemment mis à disposition des services cliniques. Avec l'appui de la Direction médicale, ces derniers mettent progressivement en place des mesures d'amélioration pour diminuer les délais d'envoi.



### **Objectifs pour 2018**

En 2018, le projet lancé en 2017, qui vise à améliorer globalement la transmission des documents aux médecins traitants et aux CMS, sera progressivement déployé dans tous les services du CHUV. Le délai d'envoi du Faxmed devrait alors être raccourci pour atteindre au maximum 48 heures après la sortie du patient.

## 3.2 LE DÉLAI D'ENVOI DES LETTRES DE SORTIE



Quelques jours après qu'un patient ou une patiente a quitté l'hôpital, son médecin ou sa médecin de référence élabore un document de synthèse de son séjour au CHUV. C'est la lettre de sortie.

Lorsqu'un patient ou une patiente sort du CHUV pour rentrer chez lui ou chez elle, ou lorsqu'il ou elle est transféré-e dans un autre établissement de soins, le service qui l'a pris-e en charge communique d'abord un résumé de sa situation clinique à son médecin traitant (le Faxmed, cf. chapitre précédent). Après ce premier envoi, le médecin ou la médecin référent-e du patient ou de la patiente à l'hôpital élabore un deuxième document qui décrit plus en détail la situation de la personne soignée, les investigations réalisées, les résultats obtenus, les traitements lancés durant son hospitalisation et les mesures à prendre après sa sortie.



La lettre de sortie permet au médecin traitant de comprendre au mieux le parcours que son patient ou sa patiente a suivi durant son séjour au CHUV.

Il est primordial que la lettre de sortie soit transmise rapidement. Ses informations permettent au médecin traitant de comprendre au mieux le parcours que son patient ou sa patiente a suivi durant son séjour au CHUV. Plus le délai de transmission est court, plus la transition entre l'hôpital et le médecin traitant ou la médecin traitante, ou un autre établissement, sera optimale, et plus on évitera une rupture potentielle dans la continuité des soins.

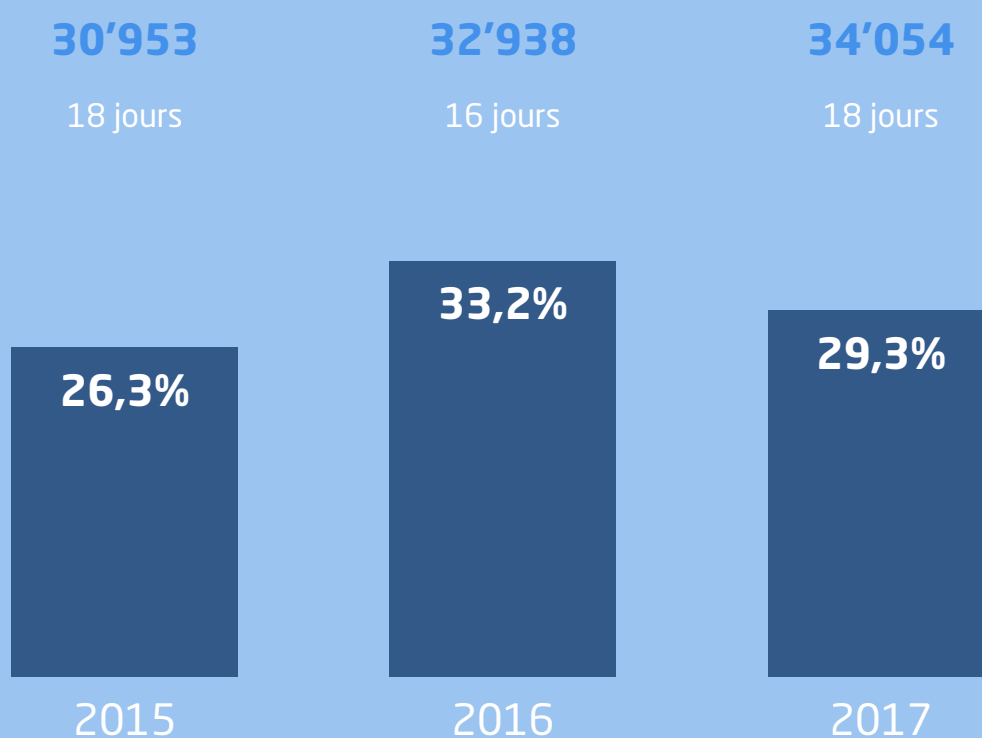
Il faut savoir, par ailleurs, que la facturation du séjour d'un patient ou d'une patiente au CHUV s'établit sur la base de la lettre de sortie. Ce document a donc également une grande importance pour le suivi administratif de l'hôpital.

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



## DÉLAI D'ENVOI DES LETTRES DE SORTIE

- Délai moyen de production de la lettre
- Nombre de séjours (éligibles) sortis
- Proportion de lettres envoyées dans les huit jours suivant la 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 80%. Après une diminution progressive du délai moyen d'envoi depuis 2011, passant de 28 jours à un peu plus de 15 jours, les résultats sont moins satisfaisants en 2018 avec un délai d'envoi de 18 jours. En 2017, les efforts faits pour simplifier le processus d'élaboration de la lettre de sortie grâce au dossier informatisé du patient étaient toujours en cours et n'ont pas encore porté leurs fruits.



### **Objectifs pour 2018**

En 2018, les mesures visant à simplifier l'élaboration de la lettre de sortie en utilisant le dossier patient informatisé continueront à être mises en oeuvre. Parallèlement, le projet visant à organiser la transmission des documents aux médecins traitants sera déployé dans l'ensemble des services du CHUV.



## 3.3 LES RÉADMISSIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES



Lorsqu'un patient ou une patiente 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 patient ou une patiente revient au CHUV moins de trente 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 ou la patiente 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 patient ou de la patiente résulte d'un problème dans sa prise en charge. Une infection suite à une opération peut se déclarer une fois le patient ou la patiente rentré-e chez lui ou chez elle, 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.

“

Il faut se demander si le retour du patient ou de la patiente résulte d'un problème dans sa prise en charge.

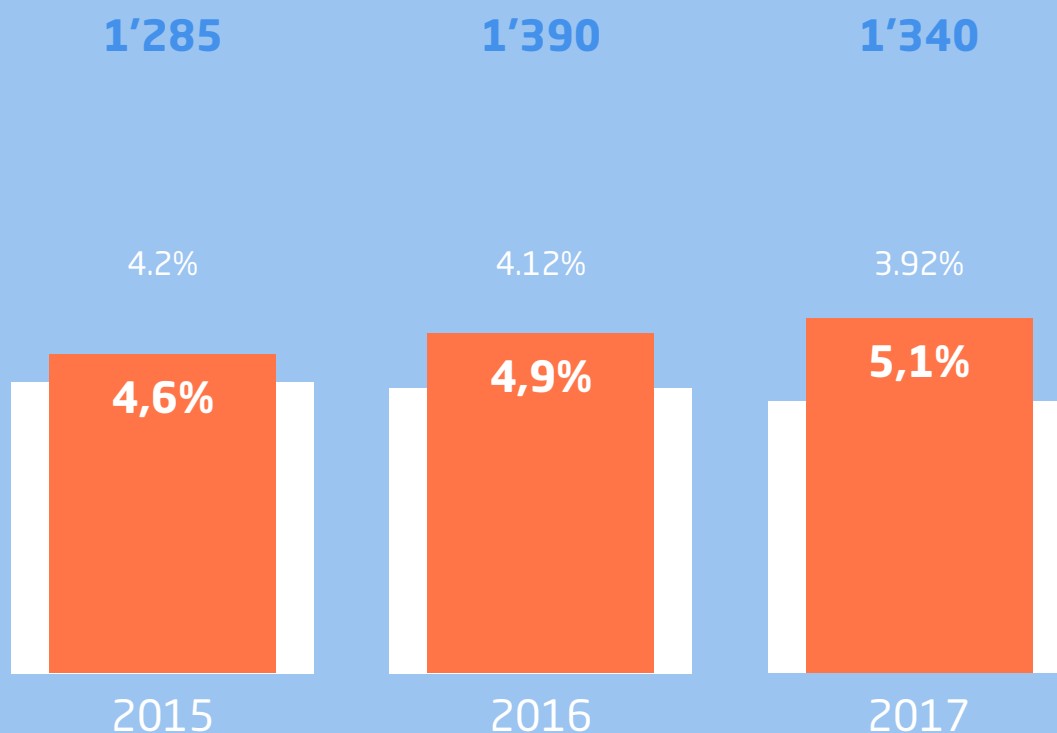
Dans son set d'indicateurs, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a retenu le taux de réadmissions potentiellement évitables à 30 jours calculé par l'algorithme SQLAPE®.

Si une nouvelle admission survient dans un délai de trente jours après la sortie du patient ou de la patiente, 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 patientes et des patients 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.



## 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



Après un fléchissement en 2015 par rapport à 2014, les résultats 2016 et 2017 mettent en évidence une nouvelle augmentation. Les réadmissions potentiellement évitables témoignent de la qualité de la transition entre l'hôpital et le domicile du ou de la patiente, ou les structures qui se trouvent en amont ou en aval de l'hôpital. Le CHUV suit cet indicateur semestriellement avec beaucoup d'attention. C'est la raison pour laquelle une analyse approfondie des résultats a été conduite en 2017. Cette étude a montré que, dans certains cas, la préparation à la sortie n'était pas assez bien organisée. Durant le séjour, certains problèmes pouvant survenir à domicile n'avaient pas été suffisamment anticipés par des mesures préventives.



### Objectifs pour 2018

En 2018, des mesures d'amélioration de la préparation à la sortie du patient ou de la patiente seront mises en œuvre dans le cadre du projet de Gestion proactive des séjours (GPS+). Certains problèmes survenant après une hospitalisation seront également anticipés, davantage par des mesures préventives durant le séjour. Il faut cependant souligner que certains problèmes ne sont pas liés à l'hôpital, mais au patient ou à la patiente lui-même ou elle-même ou à un manque de suivi après la fin de son séjour. De plus, les protocoles de prévention de certaines complications pouvant générer des réadmissions évitables (thromboses veineuses, sepsis), de même que leur bonne application, seront revus pour limiter ces réadmissions au maximum. A moyen terme, l'ensemble de ces démarches devrait contribuer à la diminution des réadmissions potentiellement évitables.

## 4 SÉCURITÉ PAR LA GESTION DES RISQUES



Un patient ou une patiente qui entre dans un hôpital ne devrait courir aucun risque évitable durant son séjour. Via un outil spécifique, toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs du CHUV peuvent signaler un événement indésirable ; l'incident sera ensuite analysé et des mesures prises. Le CHUV met en œuvre plusieurs programmes pour renforcer la sécurité des patientes et des patients.

# 4.1 LA 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 check-list 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.



La check-list de sécurité interventionnelle vise à prévenir les erreurs de site opératoire, les infections ou les oublis de corps étrangers.

Plus spécifiquement, la check-list a pour objectifs:

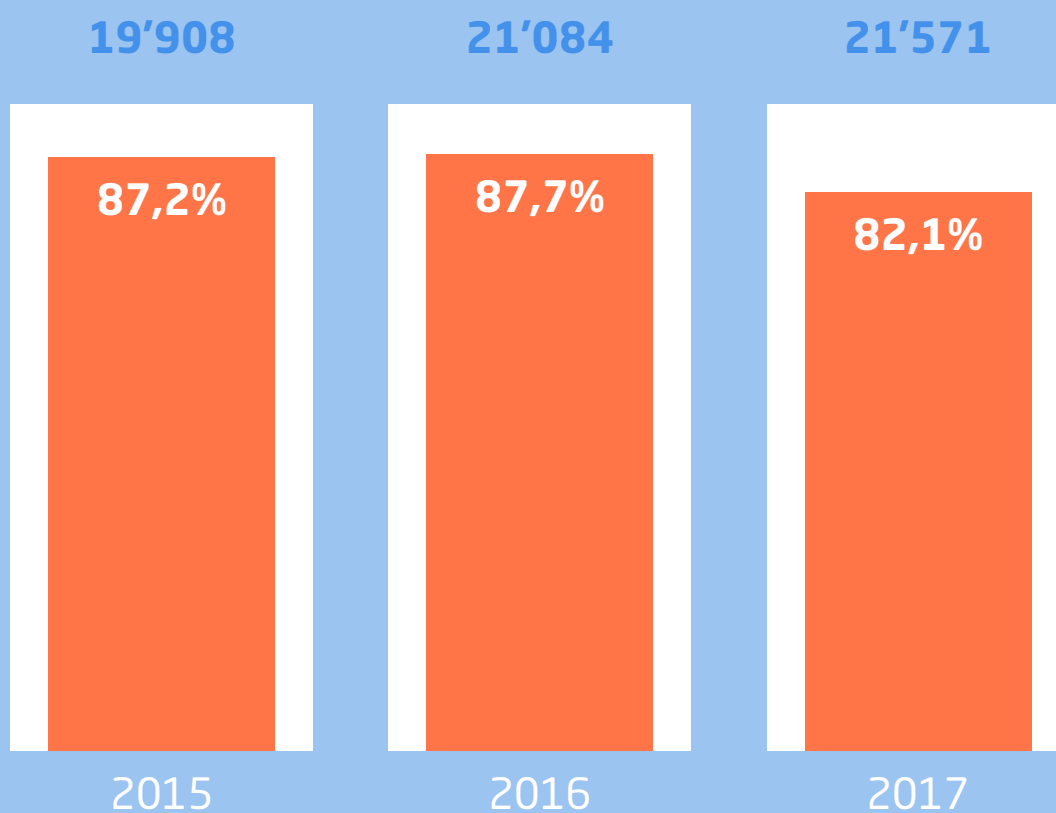
- d'améliorer la sécurité interventionnelle en intégrant dans les pratiques des équipes la vérification croisée de différents points critiques de sécurité;
- de renforcer la communication et le partage des informations au sein des équipes travaillant au bloc opératoire ou plateau technique interventionnel.

La liste comprend une succession d'étapes déclinées en activités, telles que le contrôle de l'identité du patient ou de la patiente, 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.



## CHECKLISTE INTERVENTIONNELLE, ÉVOLUTION DEPUIS DÉBUT 2013

- 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'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 2017, elle a été renseignée de façon exhaustive pour 82 % des interventions. Ce résultat est inférieur à celui de 2016 en raison d'un changement de logiciel permettant de documenter une partie de la checkliste. De ce fait, certaines données ne sont pas prises en compte dans le calcul du taux de remplissage total pour 2017.



### **Objectifs pour 2018**

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 2018.



## 4.2 L'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. L'institution 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 patientes et les patients fragilisé-e-s, certaines et certains 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.

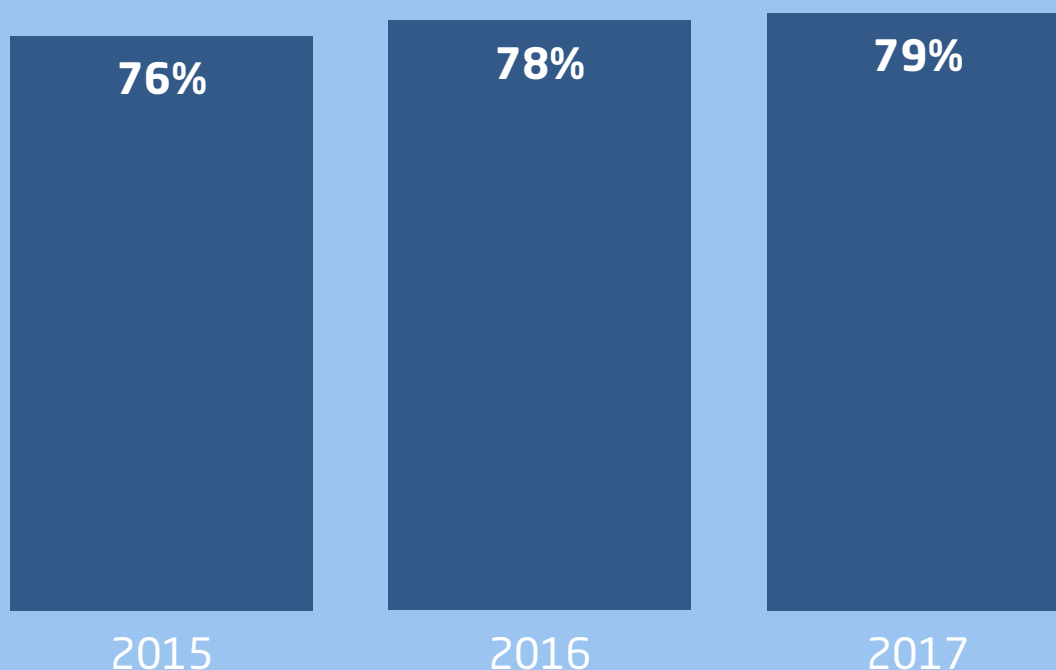
L'observance de l'hygiène des mains est évaluée selon les critères de l'OMS, qui définit cinq « opportunités » ou moments clés au cours desquels un membre du personnel soignant doit se désinfecter les mains: (1) avant d'entrer en contact avec un patient ou une patiente, (2) avant de procéder à un acte invasif (comme poser une sonde), (3) après tout contact avec une patiente ou un patient ou (4) avec son environnement immédiat, ou (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.



## HYGIÈNE DES MAINS, OBSERVANCE GLOBALE

● Taux d'observance



Effectués chaque année, les audits observent auprès de divers professionnels un grand nombre d'indications à des mesures d'hygiène des mains à appliquer (2799 en 2017). On reporte un geste d'hygiène des mains lorsqu'il a été effectué selon les recommandations. En 2017, une désinfection a bien été effectuée dans 79% des moments clés définis par l'OMS. Après le fléchissement du taux global observé en 2015, le taux augmente progressivement; par rapport à la littérature scientifique, il est tout à fait satisfaisant.



### **Objectifs pour 2018**

En 2018, des actions de communication, en particulier lors de la Journée de l'hygiène des mains, seront menées pour continuer à sensibiliser le corps médico-soignant à la désinfection des mains.

## 4.3 LES INFECTIONS DU SITE OPÉATOIRE



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 œuvre 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 méthode utilisée pour détecter et suivre les infections du site opératoire obéit aux règles édictées par Swissnoso.

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 patients et des patientes.

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

- Les taux bruts d'infections. Ces résultats ne tiennent pas compte de la gravité de la situation des patientes et des patients 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 patientes et des patients. 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'interventions touche peu de patientes et patients, 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.

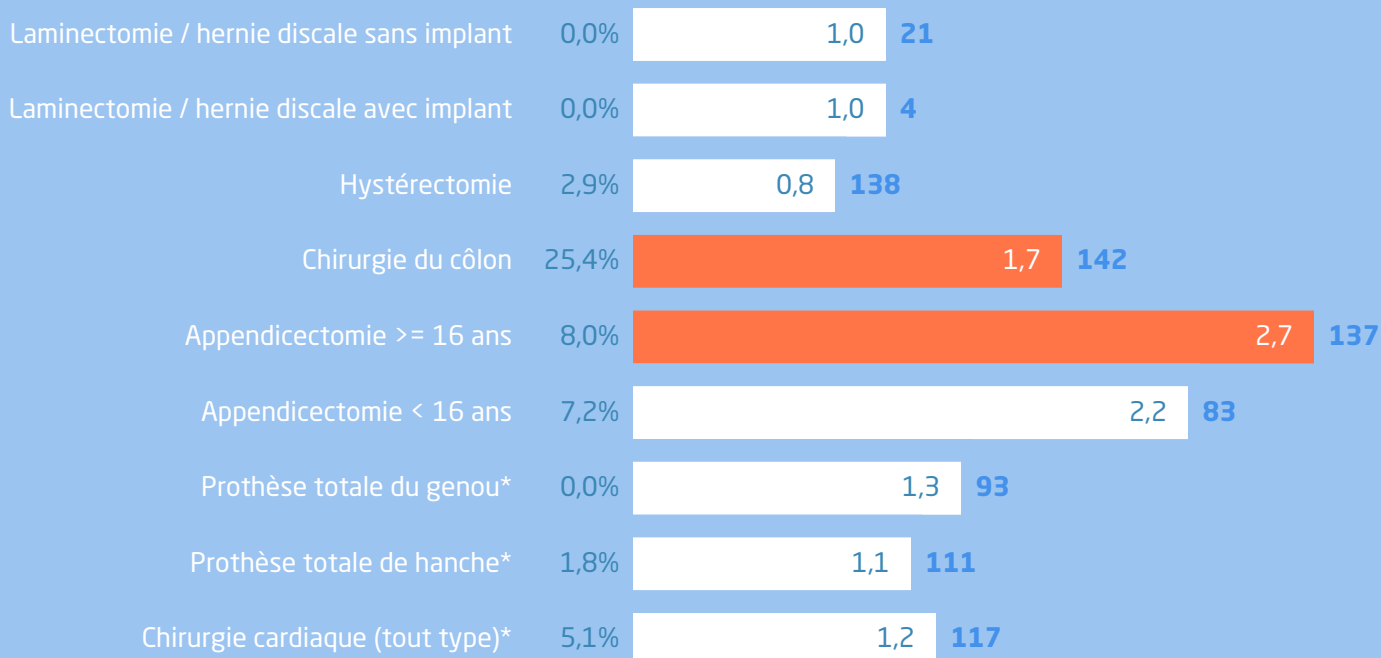
En 2017, Swissnoso a une nouvelle fois évalué la qualité avec laquelle le CHUV effectuait le suivi des infections du site opératoire; la note de 4 sur 4 a été attribuée pour la deuxième fois. Ce résultat souligne la rigueur avec laquelle ces infections sont dépistées au CHUV.

Les résultats présentés ci-dessous concernent la période d'octobre 2016 à septembre 2017, sauf lorsque indiqué par une astérisque; dans ce cas, la période de mesure est d'octobre 2015 à septembre 2016.



## INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRES: 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



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 colectomies (ablation de tout ou partie du côlon), il s'agit d'un domaine à haut risque d'infections chez des patients pouvant souffrir de nombreuses comorbidités; les résultats sont un peu en-dessus de la norme. Vu ces résultats, les mesures prophylactiques pour améliorer l'administration de l'antibioprophylaxie, en particulier lors d'intervention de longue durée, ont été renforcées.



### **Objectifs pour 2018**

En 2018, le suivi étroit des infections et des mesures prophylactiques sera poursuivi.

## 4.4 LA PRÉVALENCE DES ESCARRES



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.

Chaque année au CHUV, une centaine d'enquêteurs et d'enquêtrices professionnel-le-s spécifiquement formé-e-s examinent la peau de 800 patients et patientes en moyenne, afin d'identifier le nombre de personnes souffrant d'escarres, que ces lésions soient nosocomiales (acquises durant le séjour à l'hôpital) ou déjà présentes lors de l'admission du patient ou de la patiente.

“

Chaque année au CHUV, une centaine d'enquêteurs et d'enquêtrices examinent la peau de 800 patients et patientes en moyenne.

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.

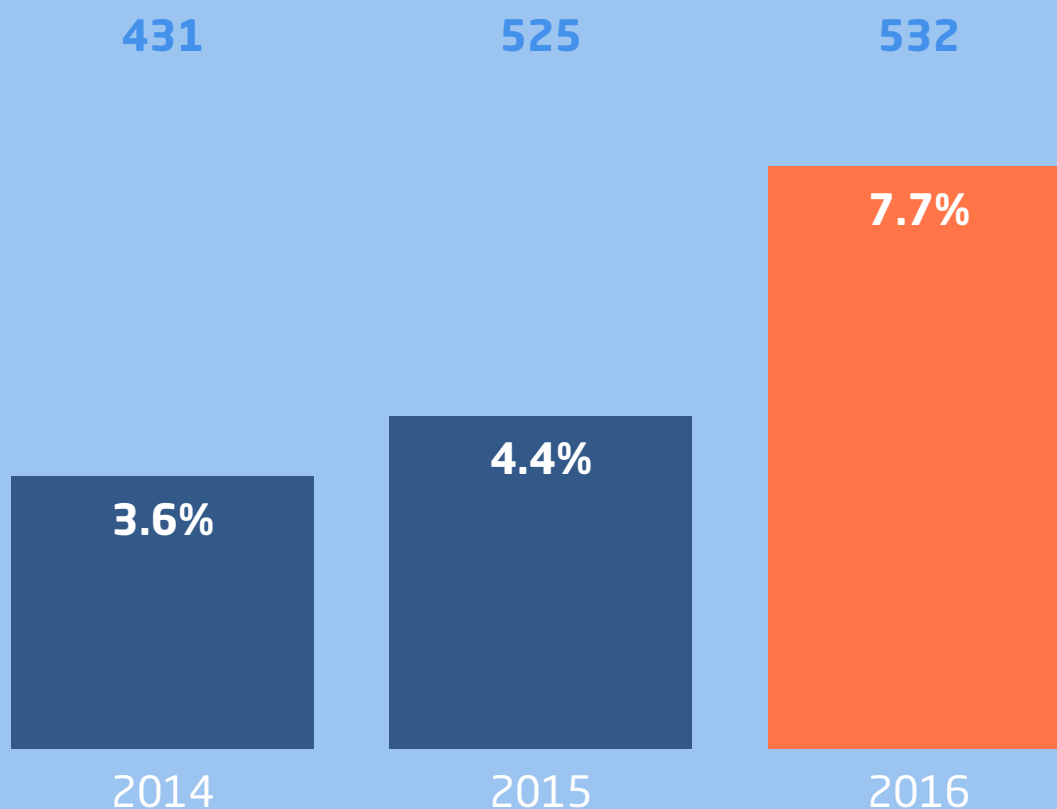
Le taux d'escarres est comparé au taux suisse, tenant compte de tous les facteurs de risque (pathologies, durée de séjour, temps opératoire, immobilité, etc.). La comparaison permet de déterminer si le chiffre observé est, à population comparable, dans la norme suisse, ou s'il est significativement trop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





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

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



Après des taux d'escarres plus bas entre 2012 et 2015, et malgré les mesures prises, le taux de 2016 a de nouveau augmenté. C'est pourquoi un nouveau plan a été élaboré, afin de renforcer la prévention chez les patients et patientes à risque. Le plan d'action 2018 pour la prévention et la prise en charge des escarres permettra de mieux identifier les personnes à risque aux soins intensifs, ainsi qu'à la sortie du bloc opératoire. Un audit sur la mise en œuvre des bonnes pratiques est prévu au mois de juin 2018. Par ailleurs, des échanges sur l'organisation et les pratiques de soins ont désormais lieu avec d'autres hôpitaux modèles.

## 4.5 LA MORTALITÉ HOSPITALIÈRE



Le décès d'une patiente ou d'un patient qui survient lors du séjour à l'hôpital constitue un événement majeur qui oblige une institution à comprendre ce qui 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 patient ou une patiente 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.



En 2017, 16 dossiers de patients et patientes, décédé-e-s après avoir été hospitalisé-e-s pour un accident vasculaire cérébral, ont été examinés.

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

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.

En 2017, 16 dossiers de patients et patientes, décédé-e-s après avoir été hospitalisé-e-s pour un accident vasculaire cérébral, ont été examinés. La démarche de revue par les pairs élaborée en Allemagne consiste à faire examiner les dossiers de patients et patientes décédé-e-s par des médecins et des infirmiers et infirmières issus d'autres institutions membres de l'IQM.



Le déroulement de la revue a permis de mettre en évidence que les standards de bonnes pratiques cliniques étaient très bien respectés.

Dans un premier temps, 13 professionnels et professionnelles, les uns et les unes issu-e-s de sept services de l'hôpital (Service de neurologie, Service de médecine intensive adulte, Service de neuroréadaptation, Service des urgences, Service de neurochirurgie, Service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle), les autres faisant partie de l'équipe du Centre cérébrovasculaire du CHUV, ont examiné 16 dossiers. Ensemble, ils et elles ont discuté des étapes de la prise en charge, de la manière dont les décisions cliniques avaient été prises et des traitements réalisés. Ensuite, une équipe de sept médecins, infirmières et infirmiers d'hôpitaux allemands et suisses alémaniques, est venue à Lausanne afin d'analyser les mêmes situations et en discuter avec l'équipe clinique du CHUV.

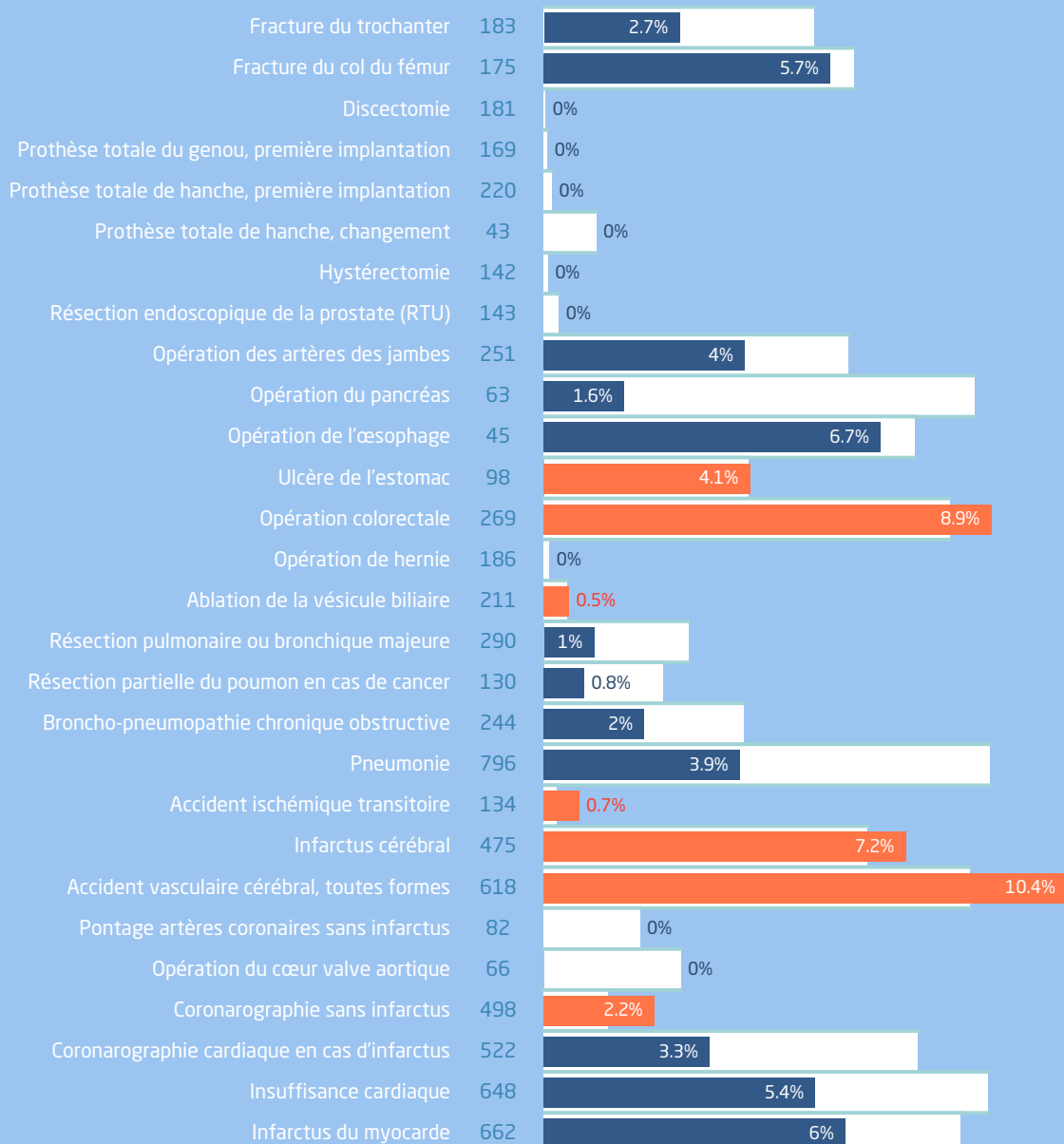
Le déroulement de la revue a permis de mettre en évidence que les standards de bonnes pratiques cliniques étaient très bien respectés par l'équipe du Centre cérébrovasculaire. Quelques pistes d'amélioration ont néanmoins été proposées. L'une d'elles consiste à inclure plus rapidement les soins palliatifs dans la prise en charge, lorsque l'évolution du patient ou de la patiente le requiert. Il s'agira aussi d'orienter plus rapidement le patient ou la patiente vers l'équipe du Centre cérébrovasculaire lorsqu'un accident vasculaire cérébral survient lors d'un séjour dans un autre service du CHUV.



# TAUX DE MORTALITÉ EN 2016

● Nombre de patients observés  
● Norme

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



## 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)

## 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 ce qui peut expliquer, par exemple, la mortalité observée plus élevée qu'attendue pour les coronarographies ou la chirurgie colorectale.

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 l'ablation de la vésicule biliaire ou l'accident ischémique transitoire.

Les études multicentriques ont montré qu'après un AVC, les traitements de recanalisation 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. Dès lors, l'évaluation de la mortalité requiert une analyse différenciée de ces diverses situations.



### OBJECTIFS POUR 2018

En 2018, les situations de patient-e-s décédé-e-s continueront à être analysées lorsque le taux de mortalité observé sera plus élevé qu'attendu. Une équipe de médecins et infirmiers du CHUV sera formée lors de la revue par les pairs. Destinée à la réalisation de revues dans d'autres hôpitaux, cette formation permettra aussi au CHUV d'en bénéficier pour améliorer la revue interprofessionnelle de dossiers dans le cadre des colloques mortalité-morbidité.

## 4.6 LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES ET INDÉSIRABLES



Lorsqu'un incident se produit dans un hôpital, la première étape consiste à en avoir connaissance. Il est donc essentiel de promouvoir une culture de déclaration d'incidents. Depuis 2012, le CHUV met en place des outils dans ce but.

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

Fruit d'une politique institutionnelle, le Recueil des événements critiques et indésirables (RECI) consiste à admettre que des incidents, tels que des problèmes lors de gestes opératoires, ou des erreurs de dosage ou d'administration de médicaments, peuvent se produire au sein d'un hôpital. En conséquence, il est nécessaire de signaler ces problèmes afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent. La mise en œuvre du RECI s'appuie sur un outil informatique qui permet de répertorier les incidents, de même que les quasi-incidents, soit des problèmes évités de justesse et dont le signalement peut être utile à leur prévention.



Le Recueil des événements critiques et indésirables (RECI) consiste à admettre que des incidents peuvent se produire au sein d'un hôpital.

### 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 et peut rester anonyme. 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 de proposer la mise en œuvre de mesures qui éviteront que l'événement ne se reproduise.

### **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 ou l'auteure 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.

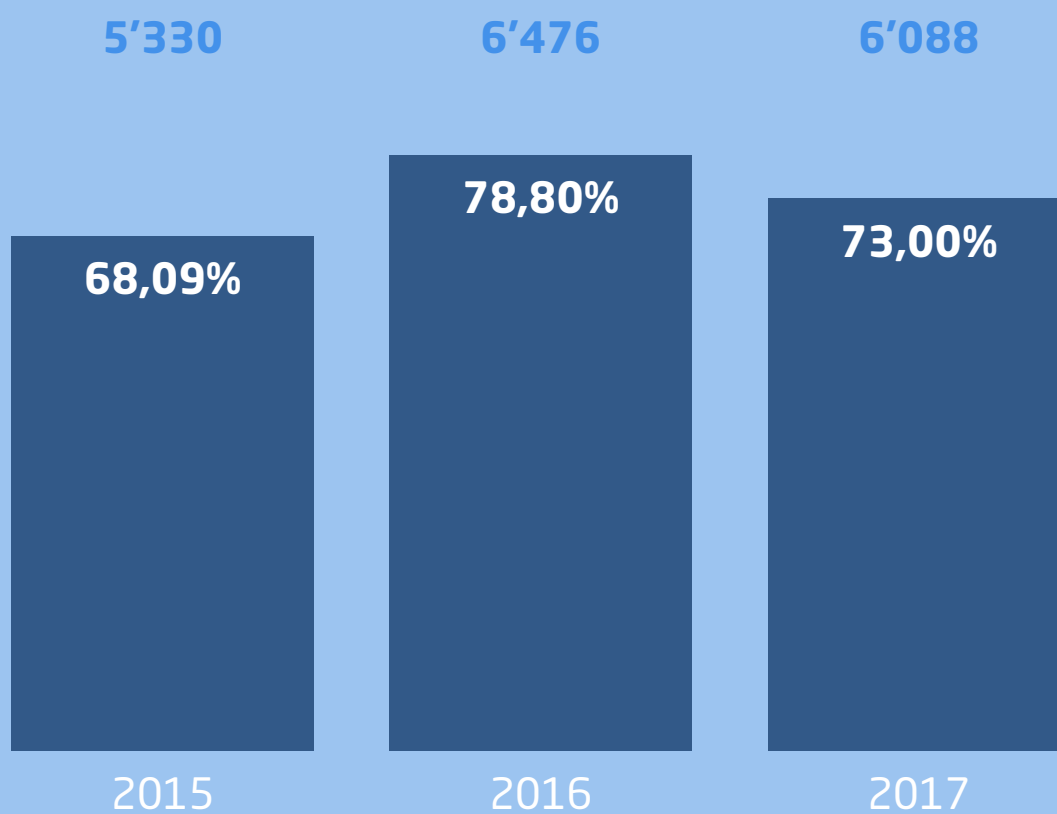
Par ailleurs, les personnes qui signalent un incident doivent avoir la garantie de recevoir un retour d'information sur les mesures prises pour améliorer la situation et prévenir de nouveaux incidents. L'absence de retour constitue un frein à la dynamique du RECI.





## RECUEIL DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES ET INDÉSIRABLES - RECI

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



## Commentaires du graphique

Depuis la fin de l'année 2014, le RECI est déployé dans tous les services cliniques. Jusqu'en 2016, il a connu une augmentation progressive des signalements pour 100 personnes qui ont accès à l'outil. Le fléchissement observé en 2017 peut en partie s'expliquer par le retard que connaît l'analyse de certains événements recueillis. Les personnes qui les ont signalés n'ont pas reçu de retour, ou avec retard. Ce délai n'encourage pas les collaborateurs à signaler de nouveaux cas.

La baisse du nombre de déclarations peut également s'expliquer par le fait qu'en 2017, le déploiement du RECI dans les services cliniques était terminé. De ce fait, l'importance de déclarer les événements a été moins soulignée, avec pour conséquence un nombre de déclarations moins élevé. Des actions d'améliorations ont été entreprises avec la révision des processus de travail et une meilleure définition des responsabilités auprès des hiérarchies concernées.

Une analyse par type d'incidents montre que les chutes et les incidents liés aux médicaments sont les plus fréquents.



### OBJECTIFS POUR 2018

En 2018, l'utilisation du système RECI sera simplifiée. Le but est qu'il soit plus léger, plus fluide et plus efficace. Cette évolution implique notamment de revoir l'organisation des processus de gestion, ainsi que les responsabilités de chaque intervenant; de suivre l'implémentation des mesures d'amélioration ainsi que les délais, et de simplifier la saisie des informations et des signalements dans l'outil informatique. Parallèlement, ce changement sera accompagné par la mise en œuvre des actions relatives à « l'identitovigilance » dans les secteurs interventionnels (introduction systématique du bracelet d'identité, mise en place des processus de contrôle), ainsi que l'audit des pratiques déjà déployées comme, par exemple, l'application de la check-list de sécurité interventionnelle.



## PRENDRE DES MÉDICAMENTS EN TOUTE SÉCURITÉ

### PERSONNES DE RÉFÉRENCE :

Jérémi Bulteel, Direction des soins

Monica Cosma Rochat, Direction médicale

Afin d'éviter les erreurs de médication, le CHUV a lancé en 2017 un programme d'analyse des risques dans ce domaine. Une démarche pionnière en Suisse.

Il y aurait en Suisse, chaque année, environ 20 000 hospitalisations dues à des erreurs de médication. Extrapolé à partir d'études américaines, ce chiffre montre qu'il est impératif de mettre en place une véritable politique de sécurité de la médication.

Les erreurs médicamenteuses proviennent de causes très diverses. De sa sortie d'usine à son administration à un patient, tout médicament suit un parcours constitué de plusieurs étapes. A chacune d'entre elles, des erreurs peuvent se produire. Un produit pharmaceutique peut avoir été mal acheminé, pour arriver au mauvais destinataire. Il peut être mal stocké et se détériorer. Deux médicaments peuvent avoir des noms très proches qui prêtent à confusion. Il arrive aussi que certains patients ou certaines patientes, lors de leur entrée à l'hôpital, oublient de préciser qu'ils ou elles prennent déjà un ou plusieurs médicaments. Cette lacune peut conduire un ou une médecin à prescrire sans le savoir un médicament qui provoquera un surdosage ou une interaction pharmacologique dommageable entre deux substances.



Un produit pharmaceutique peut avoir été mal acheminé, pour arriver au mauvais destinataire.

Afin de prévenir au maximum tout incident médicamenteux, la direction du CHUV a lancé, en 2017, un programme d'analyse des risques de ce type. Mené par un groupe qui réunit médecins, pharmaciens et personnel soignant, ce travail a d'abord consisté à identifier les moments les plus périlleux du parcours que suivent les médicaments. Le groupe de travail a notamment utilisé un outil d'analyse français très performant nommé InterDiag, en l'adaptant à la réalité suisse. Il s'est également servi du Recueil des événements critiques et indésirables, le RECI, qui répertorie les incidents qui se sont déjà produits au CHUV, de même que les erreurs qui auraient pu se produire (les presque incidents). A terme, le groupe de travail établira une cartographie précise des risques du processus médicamenteux au sein du CHUV. De cette manière, l'outil InterDiag sera complémentaire au RECI: alors que ce dernier permet la gestion a posteriori d'un incident avec la mise en place de mesures correctives, InterDiag permet de travailler en amont du risque pour la mise en place des actions préventives.



L'une des mesures peut consister à éviter de ranger les médicaments par ordre alphabétique.

Prévue pour 2018, l'étape suivante consiste à déployer InterDiag au sein de la centaine d'unités de soins que comprend le CHUV, afin de dessiner un plan d'action qui se déclinera en mesures concrètes. L'une des mesures peut consister,

par exemple, à éviter de ranger les médicaments par ordre alphabétique. Placer le Tramadol® dans le même tiroir que le Toradol® augmente sensiblement le risque d'erreur. Il s'agit alors de mettre en place un système de rangement qui évite toute confusion entre deux produits presque homonymes.

Chaque service a cependant une manière d'administrer les médicaments qui correspond à sa discipline. C'est donc au sein de chaque service, voire de chaque unité, que se définiront les mesures concrètes les plus pertinentes à mettre en œuvre pour sécuriser la prescription des médicaments. La direction du CHUV tient à créer une dynamique forte, de façon à ce que les soignants impliqués directement dans le processus médicamenteux considèrent les actions d'amélioration comme une priorité.



## AVEC UNE COMMUNICATION STRUCTURÉE, LES PATIENTS ET PATIENTES SONT EN SÉCURITÉ

### PERSONNES DE RÉFÉRENCE :

Muriel Gasser, Direction  
des ressources humaines

Raul Prieto, Direction des  
ressources humaines

Nahid Yeganeh-Rad,  
Direction des soins

Afin d'assurer un bon échange d'informations cliniques, le CHUV a lancé un projet d'amélioration des transmissions orales.

Dans le but d'assurer la continuité des soins, les professionnels de la santé se transmettent les informations nécessaires plusieurs fois par jour. Cette transmission peut cependant se faire de façon incomplète, ou d'une manière qui porte à malentendu. D'ailleurs, lorsqu'un incident survient lors d'une prise en charge à l'hôpital, il y a plus d'une chance sur deux que son origine relève d'un problème de communication et de collaboration. Selon l'organisation Sécurité des patients Suisse, le nombre de décès en lien avec des événements indésirables (qu'ils soient ou non reliés à un problème de communication) représente entre 700 et 1700 décès chaque année.



Lorsqu'un incident survient lors d'une prise en charge à l'hôpital, il y a plus d'une chance sur deux que son origine relève d'un problème de communication.

Afin de prévenir les problèmes de transmission d'information entre professionnels de la santé, la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) s'est mise en quête d'un outil spécifique. Elle s'est notamment penchée sur un instrument intitulé TeamStepps®, une méthode utilisée aux États-Unis aussi bien dans le domaine de l'aviation que dans l'armée. Recommandé par la Joint commission, organe de référence au niveau mondial, TeamStepps est également utilisé dans le domaine des soins. Depuis 2016, la FHV a traduit cette méthode en français, avant de mettre en œuvre une formation de formateurs pour cet outil.

Constitué de plusieurs volets, TeamStepps est un instrument complexe. La Direction générale du CHUV, associée à la Direction médicale et à la Direction des soins, en a retenu les aspects les plus adaptés au contexte de son institution. Les trois directions ont d'abord identifié les moments où la transmission d'information a le plus de risque de mal se produire. Elles ont ensuite pris la décision de lancer un programme de e-learning spécifiquement conçu pour ce domaine.



La formation e-learning proposée par le CHUV permettrait à d'autres hôpitaux romands et francophones d'en bénéficier.

Le Centre de formation du CHUV a conçu un enseignement à distance d'une durée de deux heures, destinée aux médecins comme au personnel soignant. Intitulée « Communication structurée, patient en sécurité, 5 outils issus de TeamStepps », cette approche pédagogique vise la mise en pratique des outils de communication grâce à des vignettes cliniques reproduisant des situations réelles. Ludique et interactif, le programme délivre un ensemble d'informations et de consignes nécessaires pour communiquer de façon adéquate selon les circonstances. L'une

de ces consignes consiste, par exemple, à répéter systématiquement les informations transmises oralement d'une personne à une autre. Une autre consiste à suivre toujours le même ordre dans la manière de délivrer des éléments sur un patient.

Pionnière dans la culture hospitalière romande, la formation e-learning proposée par le CHUV permettrait à d'autres hôpitaux romands et francophones d'en bénéficier. Pensée comme un accompagnement aux équipes médico-soignantes, et non comme un ensemble de directives, elle a pour but de contribuer à un changement de culture au sein des professionnels du soin en Suisse romande. Un résumé des cinq outils structurés de communication orale, élaboré en collaboration avec le Service d'appui multimédia du CHUV est remis aux équipes après la formation en ligne. A la fin de l'année 2017, environ 200 collaborateurs et collaboratrices de l'hôpital s'étaient déjà formé-e-s avec l'e-learning.

## 5 EFFICACITÉ ET L'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.

# 5.1 LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES



Au Service des urgences du CHUV, le temps d'attente avant une prise en charge varie selon la gravité des situations. En 2017, plus de 64 000 personnes ont passé ses portes.

Le premier défi du Service des urgences est de déterminer correctement les priorités de prise en charge des patients et les patientes 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 patients et de patientes extrêmement variable et de plus en plus important, puisque le Service des urgences du CHUV a accueilli plus de 64'000 personnes en 2017, soit 5'500 de plus qu'en 2013 (+9,3%).

“

Plus des deux tiers des patients et patientes ont pu regagner leur domicile directement après leur prise en charge aux Urgences.

En 2017, près de 40'000 patients et patientes ont été soigné-e-s directement dans le Service des urgences, dont plus des deux tiers (70%) ont pu regagner leur domicile directement après leur prise en charge aux urgences.

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 ou de la patiente;
- 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).

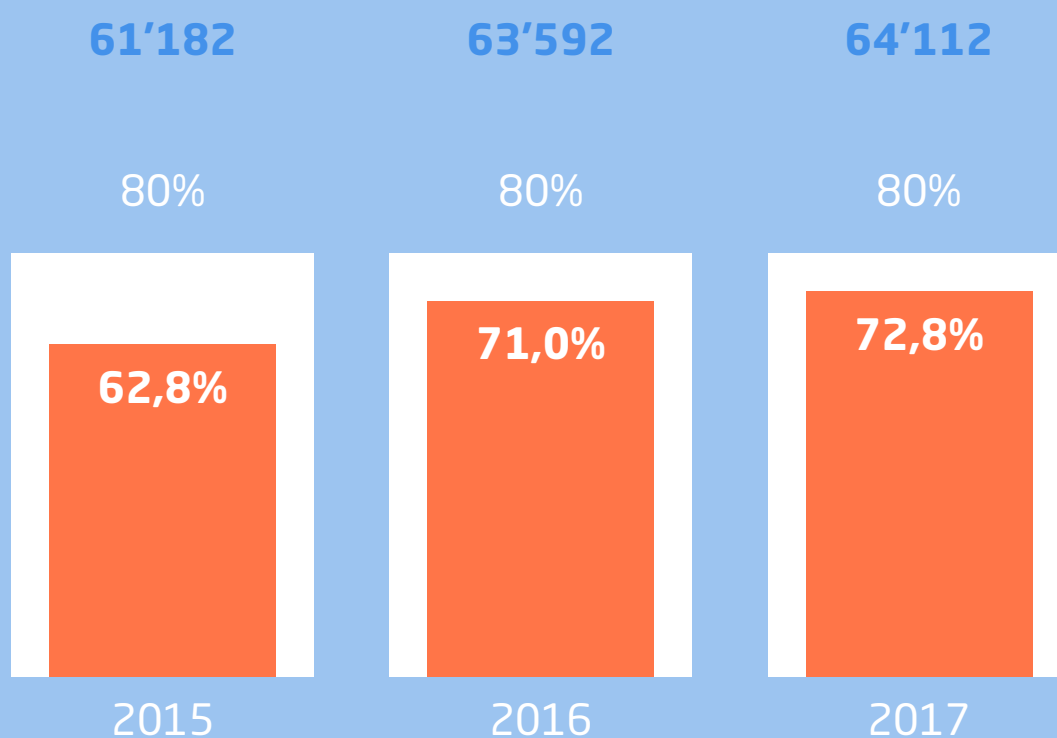


L'indicateur suivi mensuellement concerne la proportion de patients et de patientes en situation de degré 2 qui sont pris en charge dans les délais.



## DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

- 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, malgré l'augmentation de l'activité, près de 73% des patients en situation de degré 2 (urgences vitales potentielles) ont été pris en charge dans les 20 minutes après leur arrivée. Ce résultat 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 plus de la moitié. Ce délai passe de 10 mn en 2015 à 4 mn et demie en 2017.

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



Afin d'accélérer l'hospitalisation des patients et des patientes atteint-e-s 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.

“

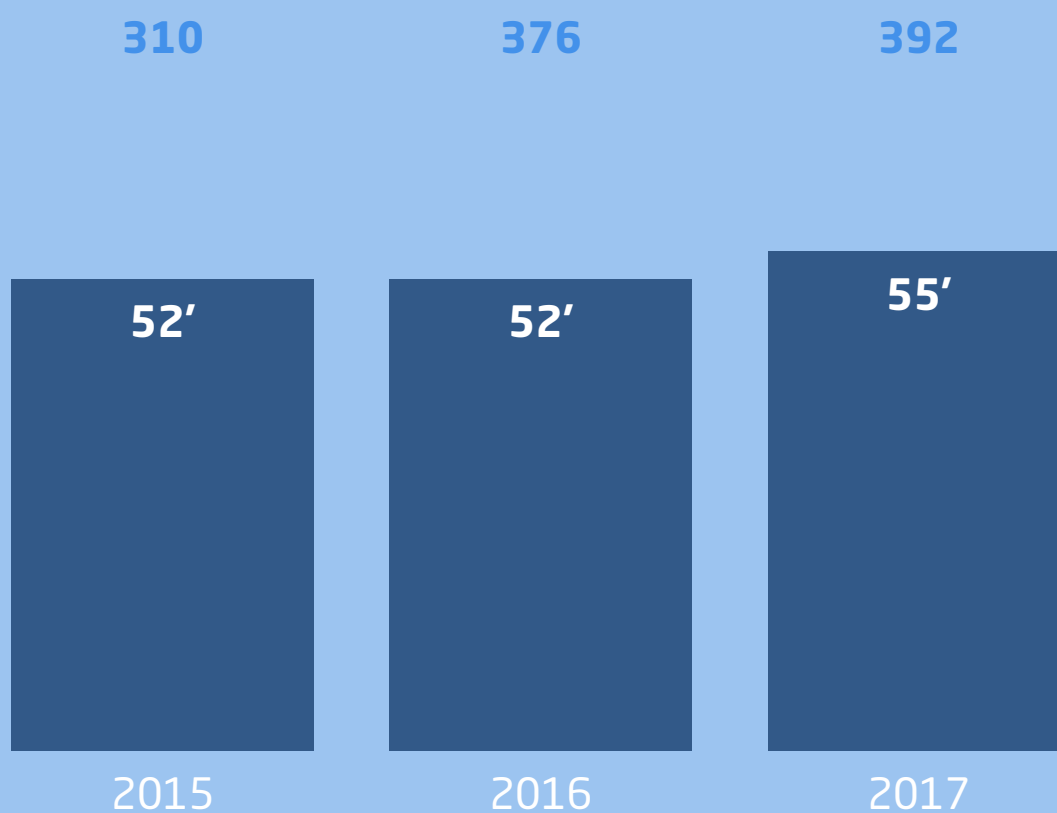
Dans le canton de Vaud, le CHUV est le seul centre qui réalise des cathétérismes cardiaques 24 heures sur 24.

En janvier 2013, après avoir constaté que des patientes et des patients 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 « ST Elevation Myocardial Infarction », 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'une médecin ou un médecin du Service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR) pose un diagnostic, puis organise le transfert du patient ou de la patiente directement au CHUV, et simplifie la procédure d'admission à l'hôpital. Le malade ou la malade va directement dans l'Unité de cardiologie interventionnelle qui va le ou la 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.



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

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



Le nombre de patients et de patientes bénéficiant de la filière STEMI continue à augmenter en 2017 (21% par rapport à 2016). Parallèlement, le temps médian entre l'arrivée du patient au CHUV et le traitement se maintient en dessous de soixante minutes, même s'il a un peu augmenté depuis 2014. Ce résultat est très satisfaisant.



### **Objectifs pour 2018**

En 2018, l'objectif sera de maintenir le délai entre l'arrivée du patient et le début du traitement, malgré l'augmentation du nombre de patients pouvant bénéficier de la filière STEMI.

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



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 et les patientes reçoivent désormais les soins moins de trente 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.



Le CHUV s'est fixé un objectif de moins de trente minutes entre l'arrivée à la porte de l'hôpital et la thrombolyse.

Pour environ la moitié des patients et patientes, 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.

Les recommandations pour la prise en charge de ces patients et patientes comportent des règles pour le transport des personnes. Leur application permet un meilleur tri en périphérie, et garantit aux malades de se voir acheminé-e-s le

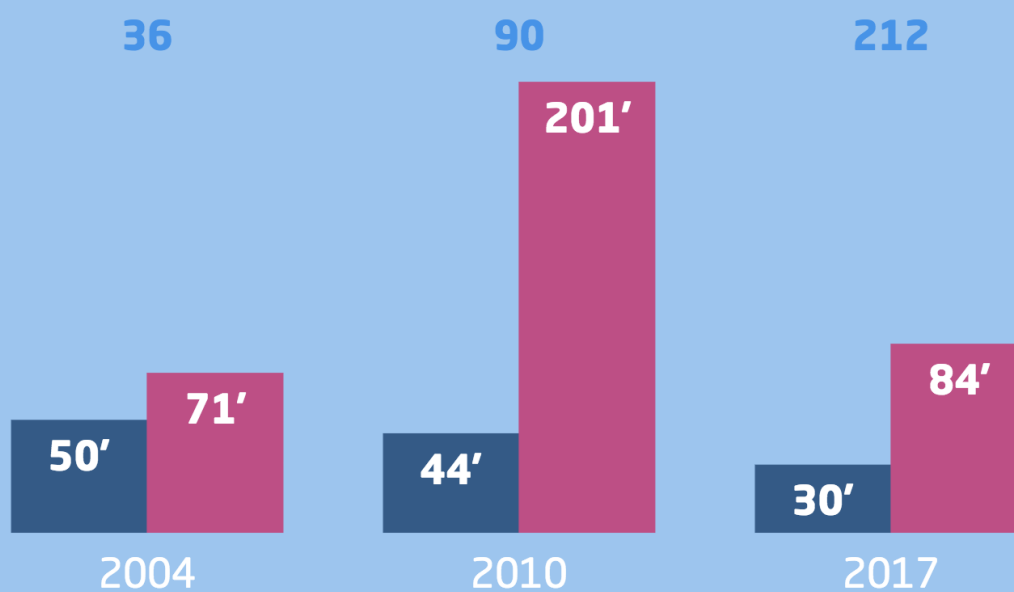
plus rapidement possible vers l'Unité cérébrovasculaire disponible la plus proche.

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'une patiente ou d'un patient chez qui l'on suspecte un AVC. 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 patient ou la patiente, et à collecter des informations dès la phase pré-hospitalière, 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 trente minutes entre l'arrivée à la porte de l'hôpital et la thrombolyse.



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

- Nombre de traitements de revascularisation effectués dans les délais standards
- Délai en minutes : Porte du CHUV --> injection de la thrombolyse
- Délai en minutes : Porte du CHUV --> ponction inguinale pour la thrombectomie





## Commentaires du graphique

Le graphique montre que, de 2004 à 2017, le nombre de patients et de patientes victimes d'un AVC ischémique et qui ont bénéficié d'une revascularisation, augmente progressivement de 36 à 212. Par rapport à 2016, l'année 2017 a vu 16% de plus de patientes et de patients bénéficier d'une thrombolyse ou d'une thrombectomie.

Parallèlement à cette évolution, les délais de traitement (en médiane) s'améliorent pour les patients et patientes ayant bénéficié d'une revascularisation: pour la thrombolyse intraveineuse depuis l'arrivée du patient au CHUV, les délais atteignent trente minutes en 2017.

De plus, entre 2006 et 2017, le délai pour lancer une thrombectomie entre l'arrivée au CHUV et la ponction inguinale a diminué de 50% pour atteindre 84 min. Même s'il n'atteint pas encore l'objectif de soixante minutes, ce résultat peut être qualifié de très bon: le processus inclut une anamnèse, un examen neurologique, la réalisation de l'imagerie cérébrovasculaire, les examens de laboratoire, la réalisation du traitement de thrombolyse, le transfert en salle d'angiographie, l'anesthésie générale, la désinfection du point de ponction et l'initiation de la procédure.



### OBJECTIFS POUR 2018

Mises en place en 2017 afin de raccourcir le temps de transfert vers le CHUV des patients et patientes qui ont besoin d'un traitement endovasculaire, les mesures n'ont pas encore abouti à l'amélioration prévue. En 2018, l'équipe du Centre cérébrovasculaire va s'efforcer de raccourcir ce délai en s'appuyant sur des exercices de simulation. De plus, du moins au début, l'introduction de l'IRM comme imagerie initiale de l'AVC en phase très aiguë risque de rallonger de cinq à dix minutes la période qui court de l'arrivée au CHUV à l'injection de la thrombolyse; le Centre cérébrovasculaire a l'intention de résoudre ce délai supplémentaire dès le début de l'année 2019.

## 5.4 LE PROGRAMME ERAS



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 spécifique qui accélère la récupération des patients et des patientes après une opération chirurgicale. En 2017, un tel protocole a aussi été instauré en chirurgie thoracique.

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 une patiente ou un patient, et de maintenir son bon état physiologique. Appliqué avec la participation active des patients et des patientes, ce protocole atténue les effets négatifs d'une opération et réduit significativement les complications postopératoires. Les patientes et les patients jouissent ainsi d'une meilleure qualité de vie avant, pendant et après leur intervention.

“

ERAS a pour but de diminuer le stress qu'entraîne toute intervention pour une patiente ou un patient, et de maintenir son bon état physiologique.

Plus de vingt mesures composent le programme ERAS. Comme l'état nutritionnel d'une personne et notamment sa réserve en glucides jouent un rôle prépondérant pour la chirurgie comme pour la récupération, le futur ou la future opéré-e doit consommer, la veille de 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 patient ou une patiente 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 patient ou la patiente reçoit un traitement antidouleur plus puissant.

D'autres mesures du programme ERAS s'adressent aux équipes chirurgicales. Elles demandent, entre autres, de bien hydrater le patient ou la patiente 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 chirurgiennes et chirurgiens recourent prioritairement à la chirurgie par laparoscopie. Moins invasive, elle nécessite aussi moins de drains.

Le succès d'ERAS exige que plusieurs disciplines collaborent: chirurgiens et chirurgiennes, anesthésistes, infirmières et infirmiers, physiothérapeutes, nutritionnistes, stomathérapeutes. Il demande aussi et surtout la participation active des patientes et des patients. La première personne à bénéficier d'une prise en charge ERAS au CHUV a été opérée en mai 2011 déjà, dans le Service de chirurgie viscérale.

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 patients et patientes 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 patients et patientes 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)



## APPLICATION DU PROGRAMME ERAS EN CHIRURGIE VISCÉRALE

L'application du programme ERAS en chirurgie viscérale concerne trois domaines particuliers: les chirurgies du pancréas, du foie et colorectale. Depuis 2011, près de 2000 patients et patientes de ces trois domaines ont bénéficié de la prise en charge ERAS. La plupart sont des personnes traitées pour un cancer.

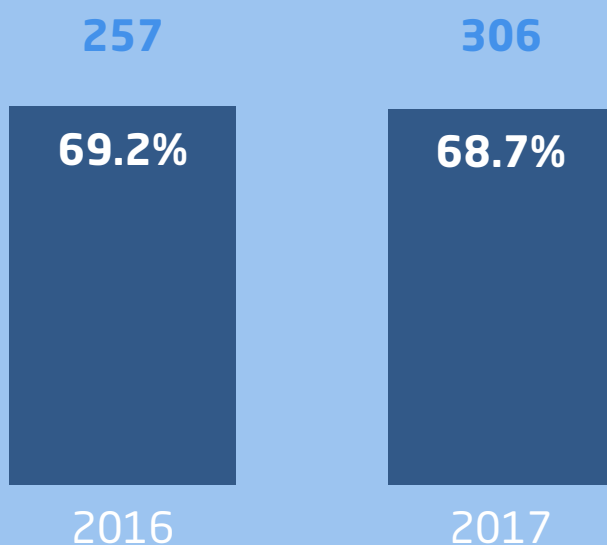


## RÉSULTATS DU PROGRAMME ERAS EN CHIRURGIE VISCÉRALE

### Proportion de mesures ERAS appliquées

● Nombre de réponses

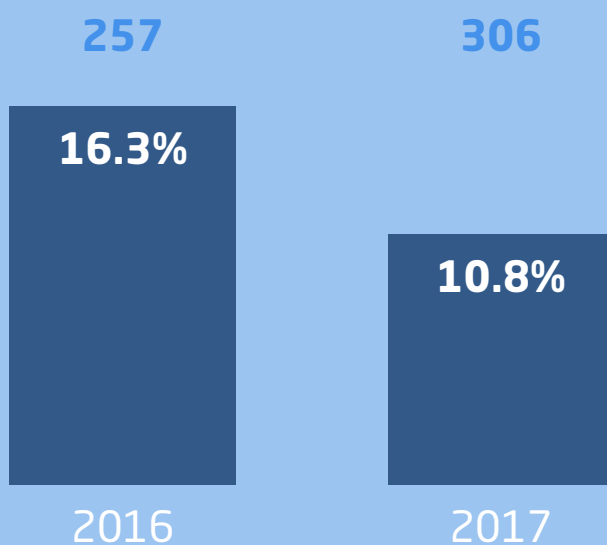
● Proportion de mesures ERAS appliquées



### Taux de complications IIIb et plus

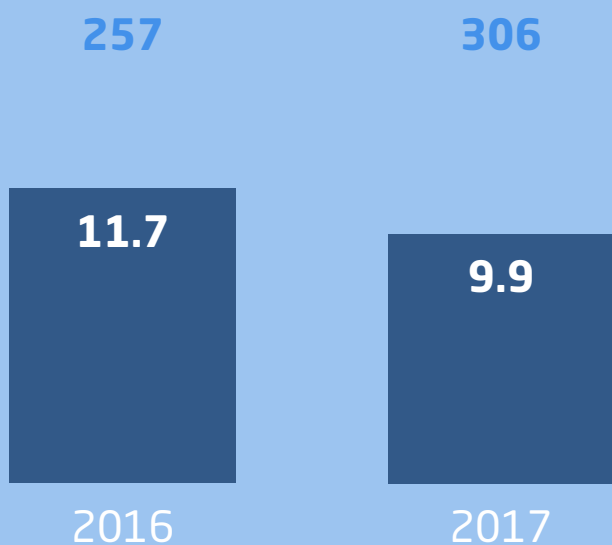
● Nombre de réponses

● % de patients avec complications IIIb et plus



## Durée moyenne de séjour entre l'intervention et la sortie de l'hôpital

- Nombre de réponses
- LOS moyenne totale (primary et réadmission)



## Commentaires du graphique

Globalement, on observe qu'entre 2016 et 2017, l'adhérence au programme ERAS est stable avec 69% des items du protocole ERAS qui sont respectés. A cet égard, si l'on veut conserver ses effets bénéfiques sur la durée de séjour et la survenue de complications, il faut souligner que l'adhérence au programme ERAS implique une collaboration permanente entre chirurgiens, anesthésistes et équipes infirmières.

Entre 2016 et 2017, le taux de complications, qui nécessitent une ré-intervention sous anesthésie générale ou une prise en charge en soins intensifs, diminue. Il en est de même pour la durée de séjour, qui diminue de plus de 15%. Alors que les traitements multidisciplinaires, tels que la radiothérapie, permettent de prendre en charge des patients et des patientes à un stade plus avancé de la maladie et comportent davantage de risque de développer des complications et d'allonger le séjour hospitalier, ce résultat est particulièrement satisfaisant.



### OBJECTIFS POUR 2018

En 2018, le Service de chirurgie viscérale poursuivra le suivi étroit de l'adhérence au programme ERAS.



## APPLICATION DU PROGRAMME ERAS EN CHIRURGIE THORACIQUE

En 2017, le programme ERAS a démarré pour les patients de chirurgie thoracique ayant une chirurgie du poumon par thoracoscopie (lobectomie et segmentectomie). En général, cette approche minimale invasive consiste à atteindre la cavité thoracique grâce à trois petites incisions de deux centimètres. Après ce type d'opération, les complications sont assez fréquentes. Elles comprennent en particulier une diminution de la capacité respiratoire, principalement à cause de pneumonies et de problèmes cardiaques avec des troubles du rythme cardiaque. La survenue de complications peut allonger la durée de séjour après l'intervention chirurgicale et retarder la sortie du patient de l'hôpital.





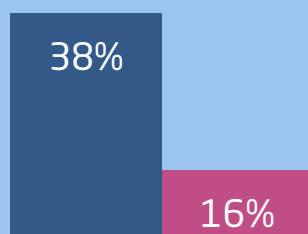
## RÉSULTATS DU PROGRAMME ERAS EN CHIRURGIE THORACIQUE

### Complications cardio-pulmonaires dans les 30 jours

● avant la mise en place du programme ERAS (N=50)

● avec le programme ERAS (N=50)

N = nombre de patients

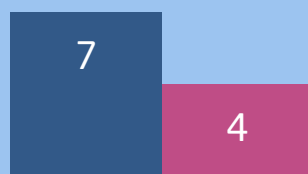


### Durée de séjour après intervention (en nombre de jours)

● avant la mise en place du programme ERAS (N=50)

● avec le programme ERAS (N=50)

N = nombre de patients



Ce graphique résulte de la comparaison des 50 premiers patients et premières patientes après l'introduction du programme ERAS, avec les 50 derniers et dernières avant son introduction. Les résultats obtenus démontrent que la durée de séjour, après l'intervention chirurgicale, a diminué de 43%. Les complications cardiopulmonaires ont baissé de plus de la moitié.



### **Objectifs pour 2018**

Le programme ERAS sera poursuivi pour maintenir ces excellents résultats. Il est prévu de l'étendre courant 2018 à la chirurgie ouverte par thoracotomie.

## 5.5 EFFICIENCE ET SMARTER MEDICINE



Afin de favoriser des prestations médicales dont la plus-value est réelle pour le patient, le CHUV est engagé dans la lutte contre la surmédicalisation.

Aux Etats-Unis, certaines voix se sont élevées afin de mettre en garde contre les conséquences d'un excès de soins médicaux. En 2011, des médecins américains lancent l'initiative Choosing Wisely (« Choisir avec sagesse ») qui favorise les prestations médicales dont la plus-value est bien réelle pour le patient. Cette démarche vise aussi à mieux partager le processus de décision entre patient et patiente et médecin. En Suisse, l'association Smarter medicine a lancé une campagne pour lutter contre la surmédicalisation. Y sont associés la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG) et l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), mais aussi les patients et les patientes.



En Suisse, l'association Smarter medicine a lancé une campagne pour lutter contre la surmédicalisation.

Dans le domaine des soins hospitaliers, la Société suisse de médecine interne générale recommande de ne pas pratiquer certains tests et prestations. Elle conseille, par exemple, de ne pas effectuer des prises de sang à intervalles réguliers ou de ne pas planifier des batteries d'examen sans répondre à une question clinique spécifique, ou encore, pour des patients et patientes qui ne sont pas en soins intensifs, d'éviter de laisser en place une sonde urinaire uniquement pour des raisons de commodité.

Dans le cadre de l'une de ces recommandations, et afin de ne pas laisser les personnes âgées alitées pendant leur séjour à l'hôpital, le CHUV a décidé de lancer un projet dans le domaine de la mobilisation.



## LE MOUVEMENT, INDISPENSABLE À LA GUÉRISON

### PERSONNE DE RÉFÉRENCE :

Guillaume Roulet,  
physiothérapeute chef de  
service, Département de  
médecine

Depuis 2017, le Service de médecine interne du CHUV met en place un programme de mobilisation pour les patientes et patients qui séjournent à l'hôpital. Un bouleversement culturel.

Rester au lit, bouger le moins possible, économiser ses forces en réduisant ses mouvements: tel était auparavant le modèle de comportement que le monde médical conseillait après une opération, à l'hôpital ou chez soi. Aujourd'hui, cette vision a totalement changé. On sait désormais que le mouvement, quelle que soit sa maladie ou son opération, conduit à une meilleure guérison.



Les patients et patientes âgé-e-s qui ne bougent pas assez peuvent rapidement décliner.

En 2017, à l'initiative de Guillaume Roulet, physiothérapeute chef de service, le Département de médecine interne du CHUV a lancé un programme de « Mobilisation précoce ». Cette initiative a pour but de susciter un changement culturel chez les patients et patientes comme chez leurs proches et les équipes médicales. Par le biais d'exercices, mais aussi de documentation, de séminaires et de supports visuels, les uns et les autres peuvent désormais comprendre l'importance du mouvement pour le processus de guérison. La question est même vitale au-delà d'un certain âge: les patients et patientes âgé-e-s qui ne se mobilisent pas assez peuvent rapidement décliner, et perdre toute autonomie lors de leur retour à la maison. Ils et elles risquent alors de devoir revenir à l'hôpital ou être placé-e-s dans une institution.

Au cours de l'année 2017, le Département de médecine a édité un dépliant intitulé « Bouger aide à la guérison ». Destiné aux patientes et patients, ce document de quatre pages explique ce que veut dire « bouger à l'hôpital »: tous les mouvements, y compris les plus simples tels que: se lever de son lit, en faire le tour, s'habiller ou faire sa toilette ont des effets positifs sur le processus de guérison. Une activité régulière permet de préserver sa musculature, de maintenir son endurance physique, de prévenir les complications liées à la position couchée telles que les escarres, la douleur ou des problèmes respiratoires. Les patients et patientes qui bougent supportent mieux leurs traitements et maintiennent aussi bien leur autonomie que leur moral. Distribuée aux patientes et patients et à leurs proches dès leur arrivée au CHUV, cette information est également diffusée via des posters et des écrans dans les services.



Posées à côté de chaque patient et patiente, des affiches indiquent le type de mobilisation qui convient à chacune et chacun.

Afin d'accompagner les patients et patientes et les équipes médicales dans ce changement de culture, le Département de médecine a également édité des affiches colorées qui précisent la capacité de mobilisation des personnes soignées. Certaines peuvent bouger librement, d'autres doivent demander de l'aide pour accompagner leurs déplacements, d'autres encore ne peuvent être mises en mouvement que par les soignants et soignantes. Posées à côté de chaque

patient et patiente, ces affiches indiquent le type de mobilisation qui convient à chacune et chacun.

Enfin, plus précisément destinés au personnel soignant, des séminaires sont organisés, afin que les professionnels et les professionnelles adoptent les bonnes pratiques en la matière.

# 6 CERTIFICATIONS ET ACCRÉDITATIONS



## ACCRÉDITATIONS

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>UNITÉ DE PHARMACOGÉNÉTIQUE ET PSYCHOPHARMACOLOGIE CLINIQUE</b>			
SN EN ISO 15189:2013 et SN EN ISO/CEI 17025:2005	2002	2016	Processus spécifiques au laboratoire (clinique/recherche)
<b>LABORATOIRE DE TOXICOLOGIE ET DE CHIMIE FORENSIQUES (UTCF)</b>			
ISO 17025:2005	2005	2015	
<b>LABORATOIRE SUISSE D'ANALYSE DU DOPAGE (LAD)</b>			
ISO 17025:2005	2005	2015	Analyses de substances et de méthodes dopantes
<b>UNITÉ DE GÉNÉTIQUE FORENSIQUE (UGF)</b>			
ISO 17025:2005	2004	2014	Analyses ADN
<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	Accréditation du Master ès Sciences en sciences infirmières par le DFE (aujourd'hui DEFR) Programme conjoint UNIL - HES-SO lancé en automne 2009.
<b>SERVICE D'HÉMATOLOGIE (CELLULES SOUCHES)</b>			
JACIE	2005	2011	Cellules souches pour greffe autologue
<b>INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET HYGIÈNE HOSPITALIÈRE</b>			
ISO 17025:2005	2001	2016	
<b>LABORATOIRE CENTRAL D'HÉMATOLOGIE</b>			
SN EN ISO 15189:2013	2001	2016	
<b>LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE</b>			
ISO 17025:2005	1999	2014	Laboratoire d'essais pour les analyses médicales dans les domaines de l'allergologie, de l'immunologie clinique et de la



Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>LABORATOIRE DE CHIMIE CLINIQUE</b> ISO 15189:2012	2000	2015	
<b>LABORATOIRES DE GÉNÉTIQUE</b> SN EN ISO 15189:2013	2002	2017	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses dans le domaine de la génétique
<b>INSTITUT DE RADIOPHYSIQUE</b> ISO 17025:2005 ISO 17020:2012	2001	2016	Laboratoire d'essais pour l'analyse et la mesure des sources et des contaminants radioactifs, des doses délivrées aux personnes et aux matériaux et paramètres associés - Laboratoire d'étalonnage d'instruments de mesure des radiations ionisantes et d'installations d'irradiation - Organisme d'inspection (type C) pour les contrôles de conformité dans le cadre de l'utilisation des radiations ionisantes
<b>LABORATOIRE D'ANDROLOGIE</b> ISO 15159:2012	2001	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	Filière des brûlés (adultes et enfants)
<b>INSTITUT UNIVERSITAIRE ROMAND DE SANTÉ AU TRAVAIL</b> ISO 17025:2005	1997	2017	Laboratoire d'essais pour l'évaluation de l'exposition professionnelle par des mesures de substances dangereuses, de nuisances physiques et de biomarqueurs
<b>UNITÉ DE MÉDECINE TRANSFUSIONNELLE - LABORATOIRE D'IMMUNOHÉMATOLOGIE DE L'UMT</b> ISO 17025:2005	2003	2013	Laboratoire d'essais pour les analyses médicales dans le domaine de l'immunohématologie (sérologie transfusionnelle)
<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>LABOS HÉMATOLOGIE - GÉNÉTIQUE DU CANCER</b> SN EN ISO 15189:2013	2002	2017	
<b>LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE</b> Standards EFL	2013	2017	



# CERTIFICATIONS

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>CENTRE DES FORMATIONS DU CHUV</b> ISO 29990:2010	2005	2017	Toute l'offre du Centre des formations
<b>PROCESSUS ALIMENTATION DES PATIENT-E-S (PROALIM)</b> ISO 9001:2015	2003	2017	Cité hospitalière, site de Cery, Sylvana
<b>CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE</b> Critères d'évaluation de la LSC et SSS d'octobre 2012	2013	2017	Centre du sein
<b>ATELIER SANITAIRE</b> Annexe II (exclue s4) Directive 93/42/CEE	2001	2016	
<b>DIRECTION DES CONSTRUCTIONS, INGÉNIERIE, TECHNIQUE ET SÉCURITÉ</b> ISO 9001:2008	2011	2015	
<b>UNITÉ FINANCEMENT ET PLANIFICATION DE LA DIRECTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE</b> REKOLE®	2014	2014	
<b>SERVICE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE HOSPITALIÈRE</b> ISO 9001:2015	2001	2017	
<b>DIRECTION DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE</b> ISO 9001:2015	2007	2017	Processus de management, ressources et amélioration
<b>SERVICE DE MÉDECINE INTERNE</b> ISO 9001:2015	2004	2017	
<b>SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES</b> ISO 9001:2015	2004	2017	
<b>CUTR DE SYLVANA</b> SPEQ ISO 9001:2015	1998	2017	
<b>RÉHABILITATION - ATELIER CES</b> ISO 9001:2008 Q-Institutions pour personnes avec un handicap:2016 + critères CLASS	2001	2015	Processus de prise en charge à visée réhabilitative des ateliers
<b>DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE ET SANTÉ COMMUNAUTAIRES (DUMSC) : PROCESSUS ADMINISTRATIFS, SOINS, RECHERCHE ET FORMATION</b> ISO 9001:2008	2005	2015	
<b>SERVICE DE NEUROLOGIE</b> MHS - Décision 4343	2013	2016	AVC (Stroke Center)
<b>DIRECTION DU DÉPARTEMENT DES LABORATOIRES</b> ISO 9001:2015	2011	2017	Tout le département
<b>SERVICE DE PHARMACIE</b> ISO 9001:2015 + référentiel RQPH	2007	2016	
<b>FORMATION ET LOGISTIQUE DE L'INSTITUT DE RADIOPHYSIQUE</b> ISO 29990:2010	2015	2015	

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE</b>			
ISO 9001:2015 + QMA Audits in nuclear medicine practices	2013	2016	Clinique
<b>UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE PÉDIATRIE</b>			
ISO 9001:2015	2009	2015	
<b>DIRECTION ACTIVITÉS COMMUNES PÉDIATRIQUES</b>			
Label «Qualité dans les soins palliatifs» de l'ASQSP/SQPC	2004	2014	Equipe mobile de soutien et soins palliatifs de pédiatrie
<b>CONSULTATION MÉDECINE DE LA REPRODUCTION</b>			
ISO 9001:2015	2003	2016	
<b>MÉDECINE INTENSIVE ADULTE</b>			
ISO 9001:2008	2009	2015	Tous les secteurs, y compris brûlés
<b>MÉDECINE INTENSIVE ADULTE</b>			
Directives pour la certification du SSMI	2006	2016	
<b>EMS SOERENSEN-LA ROSIÈRE</b>			
ISO 9001:2015	2003	2016	
<b>POLICLINIQUE MÉDICALE UNIVERSITAIRE (PMU)</b>			
ISO 9001:2008	1999	2015	Processus administratifs, soins, recherche et formation
<b>ATELIER SANITAIRE</b>			
EN ISO 13485:2012	2001	2016	
<b>CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE</b>			
EUSOMA	2015	2017	Centre du sein
<b>CENTRE DE STÉRILISATION ET DÉSINFECTION</b>			
ISO 9001:2015 ISO 13485:2016	1998	2017	BH04 + Sterbop (HO non compris)
<b>HOSPITALISATION EN MÉDECINE PALLIATIVE ET CONSULTATION INTRAHOSPITALIÈRE DES SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT</b>			
Label «Qualité dans les soins palliatifs» de l'ASQSP/SQPC	2014	2014	Hospitalisation en médecine palliative + équipe mobile intra-hospitalière
<b>CONSULT. EXTRAHOSPITALIÈRE DES SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT</b>			
Label «Qualité dans les soins palliatifs» de l'ASQSP/SQPC	2014	2014	Equipe mobile de soutien et soins palliatifs

# INSPECTIONS

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>LABORATOIRE MALADIES MOLÉCULAIRES</b>			
Autorisation No Lab-070033	2008	2013	
<b>CENTRE DE PRODUCTION CELLULAIRE</b>			
Autorisation No 507482 d'exploitation pour Fabrication de Transplants Standardisés (TrSt) / Thérapie Génique (TG) / Organismes génétiquement Modifiés (OGM)	2012	2017	
<b>LABORATOIRES DE MÉDECINE NUCLÉAIRE</b>			
Loi sur les produits thérapeutiques, LPT (RS 812.21)	2014	2016	- Fabrication de principes actifs de principes hautement actifs (radiopharmaceutiques), - Fabrication de produits intermédiaires et médicaments prêts à l'emploi sous forme liquide (radiopharmaceutiques), de manière aseptique, destinés à des essais cliniques
<b>LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE</b>			
Ordonnances	2010	2016	
<b>EMS SOERENSEN-LA ROSIÈRE</b>			
Grille d'évaluation CIVESS	2013	2016	
<b>CENTRE DE RECHERCHE CLINIQUE</b>			
LPT + LRH + Oclin + Ligne directrice sur les Bonnes Pratiques Cliniques	2011	2014	
<b>LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE</b>			
Ordonnances	2010	2016	
<b>SERVICE DE PHARMACIE</b>			
GMP et BPF petites quantités suisses. Loi: LPT Ordon: Oméd, OAMéd	2001	2016	Fabrication (unité de production, unité de laboratoire de contrôle qualité et unité de coordination des études cliniques)

# RECONNAISSANCES

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>CENTRE DE TRANSPLANTATION D'ORGANES</b>			
MHS	2010	2015	Reins, poumons, coeur
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES 11ÈME PED (ENFC.11SC)</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES 12ÈME ORL (ORLH.12NC)</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES 13ÈME NCH+NRA (NCHH.13NC ET NRAH.13NI)</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	
<b>UNITÉ DE SOINS INTERMÉDIAIRES DE NEUROLOGIE</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES 14ÈME OTR (TRAH.14SC)</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	
<b>UNITÉ DE SOINS INTERMÉDIAIRES DE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET VISCÉRALE</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES 16ÈME CAR+CCV (CARH.16SC, CCVH.16CC)</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	

**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.

# IMPRESSUM

## **Édition Rapport d'activité**

Pierre-Louis Chantre  
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  
Romaric Drigon  
Netinfluence

## **Photographie**

Jeanne Martel  
Gilles Weber  
Service d'appui multimédia

## **Vidéo**

Numa Luraschi  
Philippe Gétaz  
Service d'appui multimédia

## **Gestion de projet**

Gabriella Sconfitti  
Service de communication