

DIRECTION GÉNÉRALE

RAPPORT QUALITÉ 2018



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

LA QUALITÉ DES SOINS, C'EST TRAVAILLER ENSEMBLE



Oliver Peters
Directeur général adjoint

Offrir aux patientes et patients des soins de qualité ne demande pas seulement que toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs d'un hôpital soient animés de bonne volonté. Encore faut-il mettre en place, à tous les niveaux de l'institution, une organisation du travail qui réponde spécifiquement à ce but.

Une gouvernance de la qualité

Voilà plusieurs années que le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) met progressivement en place un Dispositif qualité. Cette démarche a d'abord consisté à créer, au niveau de la direction, un Comité qualité et sécurité. Le rôle de cette instance est de s'assurer du suivi des événements indésirables, des plaintes et des indicateurs clés. Elle détermine également les projets d'amélioration prioritaires et surveille leur implémentation. Depuis 2018, cette gouvernance a été progressivement étendue aux services cliniques du CHUV: au sein de chaque service, les efforts sont coordonnés par un Comité de service sous la responsabilité du médecin et de l'infirmière cheffe ou l'infirmier chef de service. Les responsabilités essentielles de ces Comités de service sont d'établir un cockpit des instruments et mesures «Qualité et sécurité» (Q&S) essentiels, ainsi que de définir le plan d'amélioration annuel du service. La dernière étape va être d'intégrer les démarches «Performance des soins» déployées dans chaque unité de soins avec les dispositifs Q&S des services.

“

Les centres et filières du CHUV ont pour trait commun de privilégier le travail en équipe interdisciplinaire et de définir chaque étape de la prise en charge de façon précise.

Parmi les éléments forts du Dispositif qualité du CHUV figurent les centres spécialisés dans le domaine du cancer, mis en place depuis 2008: les Centres du sein, de la prostate, des tumeurs thoraciques, des sarcomes et des tumeurs gynécologiques. Parallèlement, au sein de plusieurs départements, l'hôpital a créé une série de «filières» spécifiques à certaines prises en charge: la filière de traumatologie pour les accidents graves, la filière STEMI pour les infarctus du myocarde, la filière AVC pour les attaques cérébrales, la filière de la fracture ostéoporotique afin de garantir le soin optimal des fractures majeures du fémur, des vertèbres ou du bassin, ou encore le programme ERAS (pour enhanced recovery after surgery) qui optimise les prises en charge dans un certain nombre de services chirurgicaux.

Encourager les projets internes

Ces centres et filières ont pour trait commun de privilégier le travail en équipe interdisciplinaire et de définir chaque étape de la prise en charge de façon précise. Très positifs, leurs résultats montrent que cette voie, qui met ensemble toutes les professions nécessaires autour de chaque patiente et patient, est la meilleure pour offrir des soins sûrs, efficaces et de qualité.

Le Comité qualité et sécurité du CHUV n'est cependant pas seulement une instance qui oriente l'organisation de la prise en charge des patientes et patients. Son rôle consiste aussi à encourager les nombreux projets qui, chaque année, naissent spontanément au sein des équipes du CHUV. C'est la démarche du concours Qualiday (voir plus bas). Fin 2018, sa première édition a récompensé les initiatives qui, au sein des services de l'hôpital, améliorent le plus nettement la qualité et la sécurité des soins.



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 la Fédération des hôpitaux vaudois et la Société vaudoise de médecine.



51'274
patientes et patients
hospitalisés



1'554
lits exploités



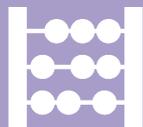
500'229
journées d'hospitalisation



75'766
urgences traitées



3'375
naissances



355'405'365
points TARMED facturés
en consultations ambulatoires



11'681
collaboratrices et
collaborateurs qui
représentent 106 nationalités
(9'227 emplois à plein temps)



1,8
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 patientes et 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 des soins de façon systématique. Les résultats sont analysés de façon détaillée, puis régulièrement transmis à l'ensemble des cadres, ainsi qu'à toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs 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 la ou le reconnaître comme une ou un véritable partenaire

Objectif n° 2

S'appuyer sur l'expertise clinique et le travail d'équipe pour améliorer la prise en charge des patientes et 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



JOURNÉE QUALIDAY

Organe de référence: Comité qualité et sécurité

UNE JOURNÉE POUR CÉLÉBRER LA QUALITÉ

Depuis 2018, le CHUV organise un concours pour encourager les projets de ses équipes.

Les collaboratrices et collaborateurs du CHUV conçoivent chaque année, souvent spontanément, de très nombreux projets pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

En 2018, dans l'idée d'encourager encore l'inventivité de ses équipes et de leur offrir une caisse de résonance, le Comité qualité et sécurité du CHUV a lancé un concours annuel de projets internes. Son aboutissement a lieu pendant une journée de présentation et de récompenses, la journée Qualiday, organisée au sein de l'hôpital. Le Comité qualité et sécurité est composé de cadres soignant-e-s, de médecins cheffes et chefs de départements et de services, ainsi que de membres de la Direction générale.



Le jury de la première journée Qualiday a examiné 57 projets.

Première édition du genre, la journée Qualiday 2018 s'est tenue au mois de novembre. Chargés d'examiner 57 dossiers, les membres du jury ont évalué pour chacun son degré d'innovation, son impact potentiel ou déjà réel pour la patiente ou le patient, la possibilité de le transférer dans d'autres services ou encore sa simplicité de mise en œuvre. Le degré de collaboration entre diverses professions de l'hôpital et entre services, que chaque projet implique, faisait également partie des critères de jugement.

En 2018, la journée Qualiday a désigné les cinq lauréats suivants:

Prix du jury pour les meilleurs projets réalisés

Le Service de médecine interne, pour son «point de 8h», organisation d'un colloque quotidien.

Le Service de chirurgie viscérale, pour son application pionnière du programme ERAS pour une meilleure récupération après la chirurgie.

Prix coup de cœur

L'équipe infirmière du Service de chirurgie cardiaque pour son projet de patiente ou patient actrice ou acteur du colloque.

Prix du public

L'Institut universitaire de pathologie (IPA) pour son projet intitulé «Autopsies médicales: un index de contrôle qualité?».

Diplôme du jury

L'équipe de la filière des fractures majeure de l'ostéoporose.

1 LES DOMAINES DE POINTE: LA MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE ET LES CENTRES INTERDISCIPLINAIRES



Pour améliorer la prise en charge des patientes et 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 patiente et 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 la patiente ou le patient est adressé-e au CHUV, mais 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 médecine hautement spécialisée (MHS), comme dans les centres interdisciplinaires. Dans chacun des domaines, les spécialistes suivent de manière très rigoureuse les résultats de leurs actions et les comparent à ceux des meilleurs centres européens et internationaux.

1.1 LA MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE



La médecine hautement spécialisée comprend les soins cliniques particulièrement complexes, qui demandent des compétences pointues et font appel à une technique très sophistiquée. Ces traitements se caractérisent également par un grand besoin d'innovation. De ce fait, il est indispensable de regrouper les compétences et 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 patientes et patients dans l'un ou l'autre des domaines de la médecine hautement spécialisée sont attribués sous l'égide de la Conférence des directeurs sanitaires suisses. En 2018, le CHUV a déployé son activité dans le cadre des domaines suivants:

Domaines

Transplantations rénales

Transplantations pulmonaires

Transplantations cardiaques

Brûlures graves chez l'adulte

Traitement des blessé·e·s graves adultes

Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux/involontaires et stimulation cérébrale profonde

Traitement neurochirurgical des pathologies vasculaires du système nerveux central (SNC) sans les anomalies vasculaires complexes

Tumeurs rares de la moelle épinière

Traitement des accidents vasculaires cérébraux

Résections œsophagiennes

Résections hépatiques

Résections pancréatiques

Résections rectales profondes

Chirurgie bariatrique complexe

Transplantations rénales chez l'enfant

Traitement en milieu hospitalier des enfants et adolescent·e·s cancéreuses et cancéreux

Traitement des neuroblastomes

Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes (bras, jambes)

Traitement des sarcomes des tissus mous et des tumeurs osseuses malignes (bassin, abdomen, thorax)

Traitement des tumeurs du système nerveux central

Traitement des brûlures graves chez l'enfant

Chirurgie trachéale complexe élective chez l'enfant

Traitement des rétinoblastomes chez l'enfant

Soins intensifs pour les nouveau-né·e·s

Traitement des blessé·e·s graves et des polytraumatismes, y compris les traumatismes cranio-cérébraux chez l'enfant

Troubles congénitaux spéciaux du métabolisme chez l'enfant

Implantation cochléaire (réalisation aux HUG)

1.2 LES TRANSPLANTATIONS D'ORGANES



S'ils doivent recevoir un organe, ou s'ils ont déjà bénéficié d'une transplantation, les patientes et patients requièrent une prise en charge interdisciplinaire qui réunit de nombreux spécialistes, tels que des chirurgiennes et chirurgiens, des médecins internistes, des spécialistes en médecine intensive et des anesthésistes, une coordinatrice ou un coordinateur de don ou de transplantation, etc. Au CHUV, c'est le Centre de transplantation d'organes (CTO) qui assure la prise en charge interdisciplinaire des patientes et des patients.



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:

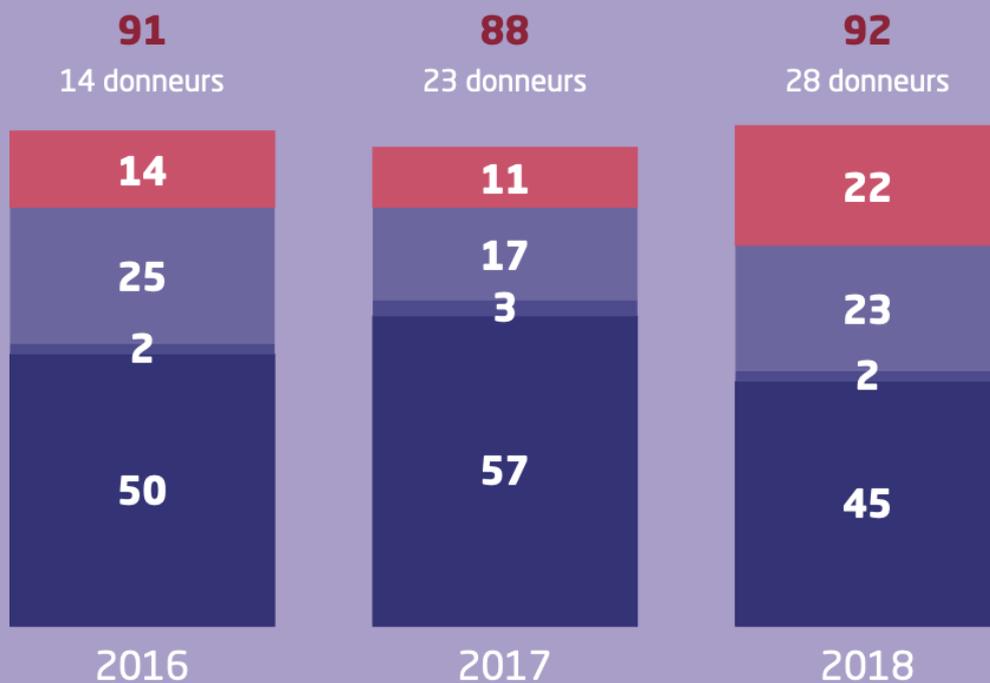
- le thorax à Lausanne, avec les transplantations du cœur et des poumons;
- l'abdomen à Genève, avec les transplantations du foie et du pancréas.

La transplantation rénale se pratique sur les deux sites.



MHS - NOMBRE DE TRANSPLANTATIONS

- Total
- Nombre de donneuses et donneurs prélevé-e-s aux soins intensifs
- Rénales (adultes)
- Rénales (enfants)
- Pulmonaires
- Cardiaques



Commentaires des résultats

En 2018, le CHUV a pratiqué 45 transplantations rénales pour des adultes et deux pour des enfants.

La transplantation rénale permet d'offrir une alternative à l'hémodialyse aux patientes et patients qui souffrent d'insuffisance rénale terminale. Elles et ils bénéficient alors d'une survie plus longue avec une meilleure qualité de vie. Les résultats du CHUV montrent que le taux de survie des personnes transplantées du rein est d'environ 95% à 5 ans.

Dans le domaine des transplantations pulmonaires, le volume d'activités est stable, avec 23 transplantations en 2018. Avec le Centre universitaire romand de transplantation (CURT), le CHUV obtient des résultats de survie d'environ 75% à 5 ans. Ce chiffre est supérieur aux résultats attendus aux niveaux européen et international.

En ce qui concerne les transplantations cardiaques, le volume d'activité a augmenté, avec 22 transplantations en 2018, dont trois pour des enfants. Avec le CURT, le CHUV obtient des résultats de survie d'environ 80% à 5 ans.

Le nombre de donneuses et donneurs prélevé·e·s au CHUV (et en Suisse) continue à augmenter en 2018. Cette évolution témoigne d'un investissement important de l'équipe du Service de médecine intensive adulte du CHUV afin d'identifier les donneuses et donneurs potentiel·le·s, en état de mort cérébrale ou dans le cadre du prélèvement d'organes sur une patiente ou un patient après un arrêt cardio-circulatoire. Ce type de prélèvement fait partie des mesures mises en place au niveau national pour pallier le manque d'organes mis à 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 CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT



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 de la patiente ou du patient. En l'absence de soins spécialisés, les brûlures cicatrisent de façon pathologique, la récupération fonctionnelle est de moindre qualité, et les patientes et patients ont un risque de surmortalité. A cela s'ajoutent des séquelles psychologiques et socioprofessionnelles.

“

L'état d'une personne brûlée nécessite une prise en charge très précise.

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

Les personnes gravement brûlées commencent toujours leur séjour au CHUV, au Centre romand des grands 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 pharmacologique et par perfusion de liquides, ainsi que pour la nutrition. Les premières heures sont décisives pour la survie et la récupération des patientes et patients. Durant cette phase aiguë, l'organisme est totalement déséquilibré et très fragile. Le processus de réanimation est ainsi régi par un protocole strict.



Il est important que les durées d'hospitalisation des enfants soient limitées au strict minimum.

Les enfants gravement brûlé·e·s sont traité·e·s 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.

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. Ainsi, 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 le suivi psychologique sont aussi réalisés 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.



NOMBRE DE PATIENTES ET PATIENTS

Adultes

- Patientes et patients brûlé-e-s hospitalisé-e-s toutes catégories
- Patientes et patients avec brûlures remplissant les critères MHS



Enfants

- Patientes et patients brûlé-e-s hospitalisé-e-s toutes catégories
- Patientes et patients avec brûlures remplissant les critères MHS

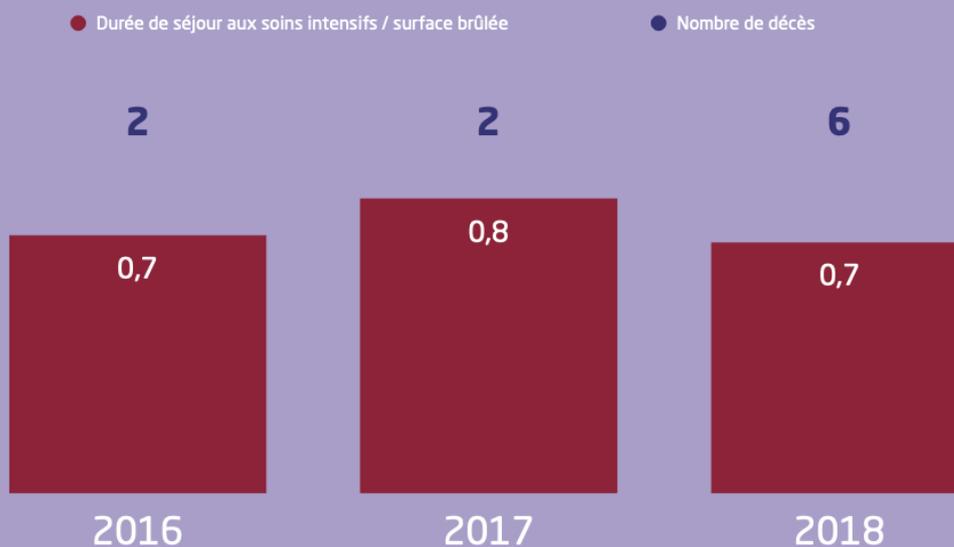




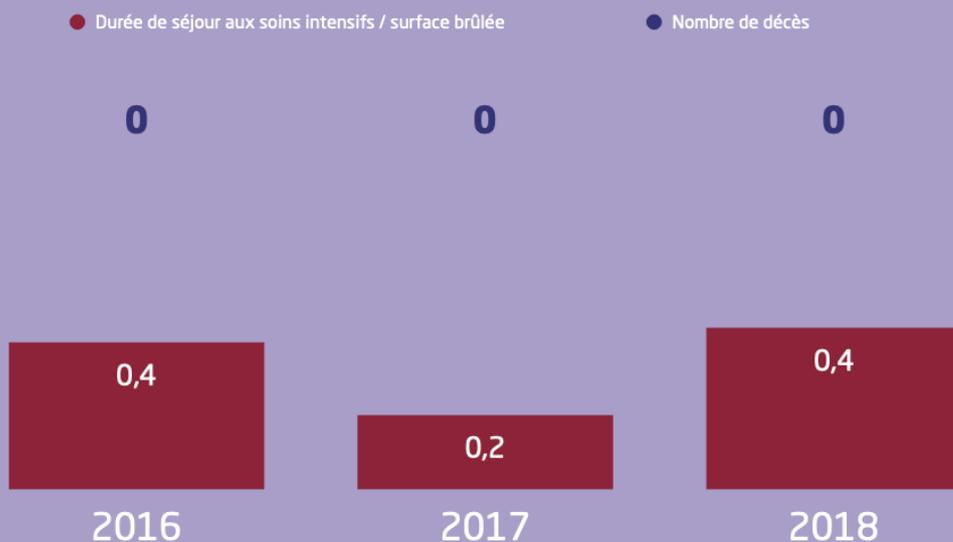
DURÉE DE SÉJOUR ET NOMBRE DE DÉCÈS

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.

Adultes



Enfants



En 2018, aucun décès d'enfant n'a eu lieu, ni aucun décès de patiente ou patient adulte chez les personnes pour lesquelles des soins intensifs ont été pratiqués. En revanche, six patientes ou patients sont décédé·e·s pour lequel·le·s des soins de confort avaient été décidés dans les heures suivant leur admission.

PERSONNES DE RÉFÉRENCE:

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

Docteur privat-docent Anthony de Buys Roessingh, co-coordonateur de la filière brûlés, Service de chirurgie pédiatrique

Commentaires des résultats

Pour correspondre aux critères de médecine hautement spécialisée (MHS), il faut que les patientes et patients présentent une surface brûlée égale ou supérieure à 10% de leur corps si elles ou ils sont des enfants ou des personnes âgées de plus de 65 ans. La norme passe à plus de 20% si elles ou ils sont adultes. Les critères MHS s'appliquent également pour les patientes et patients qui souffrent d'un syndrome d'inhalation ou de brûlures profondes des zones critiques (visage-cou, mains, grandes articulations, périnée).

En 2018, 89 patientes et patients adultes ont été pris en charge au CHUV pour une brûlure. Ce nombre représente une augmentation par rapport aux années antérieures, durant lesquelles 65 à 80 personnes adultes brûlées étaient prises en charge chaque année. Parmi les 89 patients de 2018, 74 remplissaient les critères MHS, redéfinis en 2017 par la European Burns Association. Du côté des enfants, 25 remplissaient les critères. Parmi eux, seulement 9 ont dû être hospitalisé·e·s en 2018; 16 ont pu être pris·e·s en charge en ambulatoire.

La qualité de la prise en charge intégrée (réanimation et chirurgie) se mesure en comparant la durée de séjour aux soins intensifs d'une patiente ou un patient à la surface de son corps brûlée. 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 de la patiente ou du patient est d'autant plus rapide. Il lui est alors possible de sortir des soins intensifs, afin de rejoindre une unité de soins standard.

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 patientes et patients 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 infirmières et infirmiers 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, elles et ils ont organisé la prise en charge au sein d'une procédure intitulée «filière de traumatologie».

Une patiente ou un patient 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.



Un·e blessé·e grave représente toujours une urgence clinique.

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'elles ou qu'elle sous-estime la gravité d'une autre. Une telle erreur peut conduire au décès. Un·e blessé·e grave représente donc toujours une urgence clinique. Elle ou il 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 blessé·e·s graves de façon adéquate représente ainsi un enjeu majeur. Il est indispensable de disposer de centres de traumatologie dont la structure et l'organisation offrent des moyens humains spéciaux, et dont les moyens techniques répondent aux besoins diagnostiques et thérapeutiques. L'équipe interdisciplinaire doit être entraînée à la gestion des patientes et 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 postgraduée du personnel soignant et des médecins.



Un·e blessé·e grave, c'est quoi?

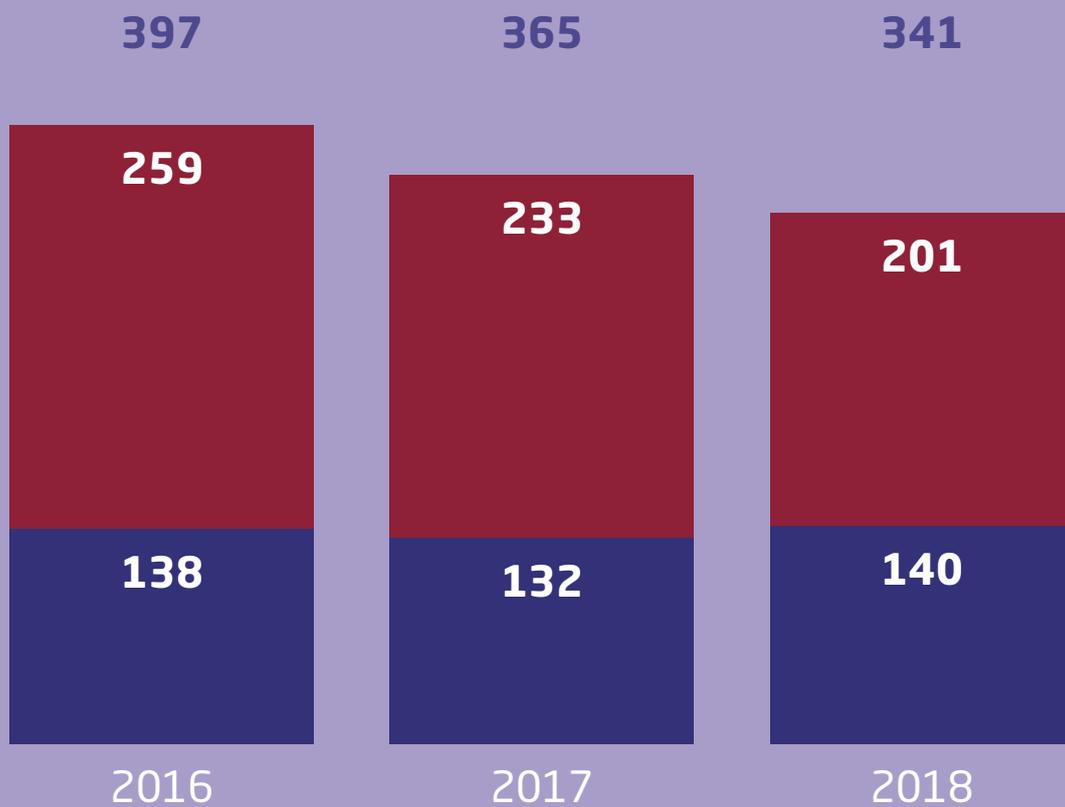
Dans le cadre de la médecine hautement spécialisée (MHS), est considérée comme «blessé·e grave» une personne qui présente une ou plusieurs lésions qui atteignent un score de gravité d'au moins 20 points selon une échelle définie par l'Injury Severity Score (ISS). En font aussi partie les victimes d'un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

Le CHUV est l'un des douze hôpitaux suisses chargés de proposer une filière de traumatologie spécialisée. Depuis 2011, la prise en charge des patientes et patients polytraumatisé·e·s fait l'objet d'un mandat de médecine hautement spécialisée. 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 MHS397





TAUX DE MORTALITÉ DANS LA FILIÈRE DE TRAUMATOLOGIE

- Parmi tous les patients de la filière de traumatologie admis au déchocage
- Parmi les patients de la filière de traumatologie admis au déchocage remplissant les critères MHS



Commentaires des résultats

Ces trois dernières années, le nombre annuel de patientes et patients qui correspondent aux critères de la médecine hautement spécialisée oscille entre 130 et 150. Le taux de mortalité reste stable autour des 10% pour l'ensemble des patientes et patients polytraumatisé·e·s admis·e·s dans la salle de déchocage du Service des urgences du CHUV. Il varie entre 21% et un peu plus de 23 % pour les patientes et patients les plus gravement blessé·e·s.



Objectif pour 2019

En 2019, l'équipe du centre de traumatologie poursuivra les séances de simulation pour maintenir, voire augmenter ses performances. Elle continuera aussi à analyser chaque décès, afin d'identifier les éventuelles pistes d'amélioration.



ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES BLESSÉES ET BLESSÉS GRAVES

PERSONNE DE RÉFÉRENCE:

Docteur Tobias Zingg, responsable de la filière de traumatologie, Service de chirurgie viscérale

Après avoir identifié des difficultés dans l'organisation des soins pour les patientes et patients polytraumatisé·e·s, le CHUV a mis en œuvre des mesures afin de les traiter de manière optimale.

Lorsqu'une blessée ou un blessé grave arrive au CHUV, elle ou il doit être soigné·e le plus rapidement possible. Face à des blessures nombreuses et diverses, il est nécessaire que certains soins soient dispensés avant les autres, ce qui demande d'établir des priorités. Cette exigence demande en conséquence une direction d'équipe efficace et une attribution des rôles claire parmi les membres de l'équipe interdisciplinaire et interprofessionnelle qui s'occupe de la prise en charge.

Vers une coordination optimale

Depuis que la filière de traumatologie existe au CHUV (2011), son équipe a pris en charge entre 300 et 400 blessées et blessés graves par année. L'expérience a cependant montré que les membres du groupe travaillaient souvent avec des fonctions mal définies. Parfois incomplète, l'équipe suivait également un processus mal coordonné. Dans le feu de l'action, certaines personnes suivaient des priorités parfois différentes. Selon les cas, ce manque d'organisation a conduit à des situations confuses, ainsi qu'à des opinions divergentes et des conflits nuisibles à la qualité des soins.



Lorsqu'une personne polytraumatisée arrive au CHUV, elle est désormais attendue et prise en charge par une équipe complète.

Afin de remédier à cette situation, le CHUV a mandaté un groupe de travail composé de toutes les disciplines et professions concernées. Ce collège a émis une série de recommandations dans le but d'opérer une refonte du processus de prise en charge des patientes et patients polytraumatisé·e·s. Ces recommandations sont appliquées à l'hôpital depuis 2016.

Une meilleure interaction

Parmi ces changements, les premiers ont consisté à établir des fonctions claires parmi les membres de la filière de traumatologie, puis à attribuer la direction d'équipe à la chirurgienne ou au chirurgien viscéral·e de garde. De par sa formation, cette spécialité est la plus susceptible d'avoir une vision globale des blessures parfois multiples dont souffre une patiente ou un patient gravement blessé·e. Une autre mesure consistait à mettre en place des formations régulières afin que les membres de la filière apprennent, par exemple, à communiquer de façon fluide ou à mettre en place des attitudes de soutien mutuel au sein de l'équipe. Depuis fin 2016, en simulation autour d'un mannequin sophistiqué et à l'aide de figurantes et figurants, les membres concerné·e·s se réunissent une fois par mois pour se former à la prise en charge des patientes et patients.

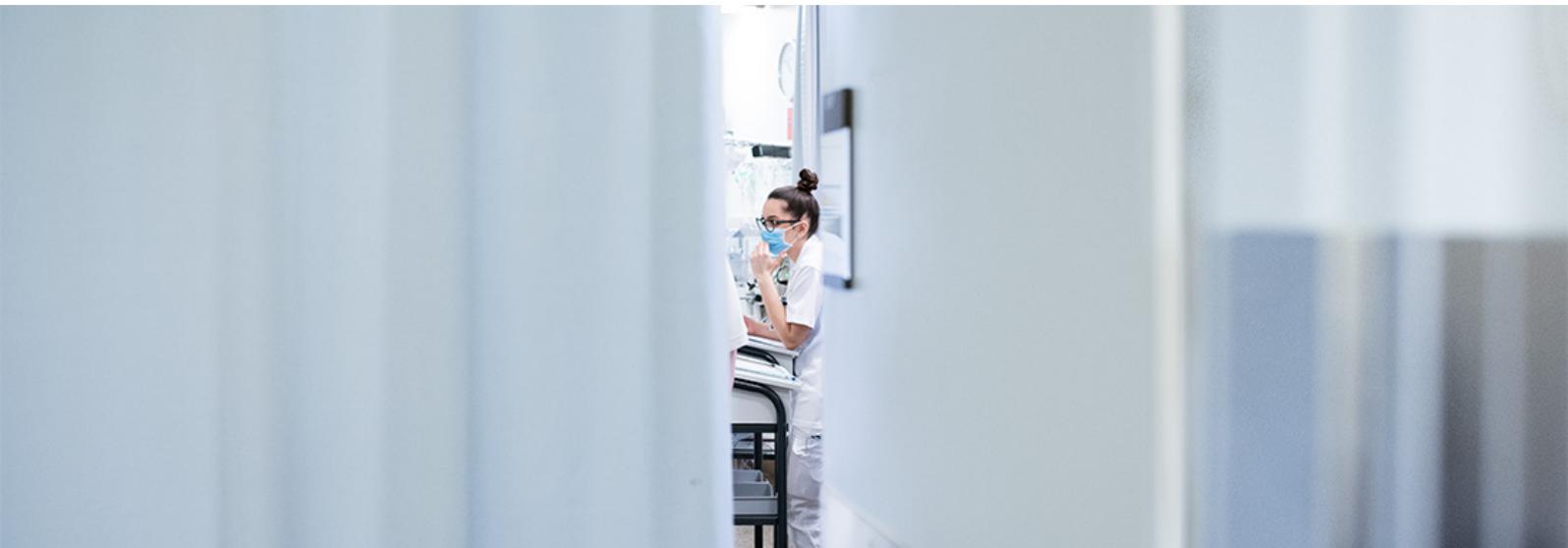
Une amélioration supplémentaire a été de doter la filière de documents d'aide à la décision simples à consulter; sous forme de schémas, ces aide-mémoire décrivent les bonnes décisions à prendre aux différentes étapes de diverses situations. Enfin, si une patiente ou un patient décède lors de son hospitalisation, les raisons de cette issue sont systématiquement analysées en adoptant les points de vue de toutes les disciplines et professions impliquées. Ce travail vise à mettre à jour les failles qui subsisteraient dans le travail d'équipe.

Depuis qu'ils ont été introduits dans la filière de traumatologie, ces changements ont débouché sur des résultats positifs: lorsqu'une patiente ou un patient polytraumatisé·e arrive au CHUV, elle ou il est désormais attendu·e et pris·e en charge par une équipe complète. Les membres du groupe communiquent mieux et interagissent en étant attentives ou attentifs à chaque situation.

Un registre local et national

Depuis 2008, afin d'appuyer le suivi clinique et épidémiologique des blessées et blessés graves, le CHUV tient un registre. Depuis 2015, chacun des douze centres qui ont en Suisse le mandat MHS pour la prise en charge des blessées et blessés graves fournit ses données au registre national (Swiss Trauma Registry).

1.5 LES CENTRES INTERDISCIPLINAIRES D'ONCOLOGIE



Conçus comme des pôles d'expertise, les centres d'oncologie du CHUV offrent aux patientes et patients 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, l'année 2016 a vu l'inauguration du Centre des sarcomes et, à la fin 2017, c'est le Centre des tumeurs gynécologiques qui a été officialisé. Trois nouveaux centres sont en cours de création et seront officialisés d'ici à 2021: 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 patientes et patients atteint·e·s 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.

“

En concentrant les activités et en offrant un cadre de travail aux spécialistes, un centre permet de coordonner les soins.

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

Les objectifs d'un centre en oncologie

- 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 avec des soins de soutien intégrés (information, soutien psychologique, etc.);
- développer la recherche clinique et son application (essais cliniques, recherche en soins);
- développer une offre de formation.

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

A l'avenir, pour autant que la création de ce type de structure se justifie sur le plan clinique et se révèle 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.



CENTRE DU SEIN

Le Centre du sein s'est soumis aux accréditations de la Ligue suisse contre le cancer en 2013 et de la Société suisse de sénologie en 2015. Renouvelés avec succès en 2018, ces labels témoignent de la qualité des soins qui prévaut dans le Centre du sein du CHUV.

CENTRE DU SEIN

	Objectif	2016	2017	2018
Nombre de nouvelles et nouveaux patient·e·s		214	211	213
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	97,7%	100%	98%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		95,3%	90,0%	(**) 91,3%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		10,8%	16,4%	5,1%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement d'oncologie médicale		81,3%	80,5%	(**) 86,7%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement de radio-oncologie		61,2%	53,0%	(**) 62,7%
Nombre de patient·e·s ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			423	381
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien	>95%	91,1%	86,8%	89,7%
Etudes en cours		12	10	12
- Nombre de patient·e·s inclus·es dans les études		68	93	88
- dont patient·e·s sous traitement			39	30

(**) La plupart des données concernent l'année entière 2018; lorsque les données disponibles concernent uniquement les trois premiers trimestres, le résultat est accompagné de deux astérisques.



CENTRE DE LA PROSTATE

CENTRE DE LA PROSTATE

	Objectif	2016	2017	2018
Nombre de nouveaux patients		95	116	132
Proportion de nouveaux patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	76,3%	86,7%	(**) 95,2%
Proportion de nouveaux patients ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		39,8%	31,9%	(**) 24,5%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		0,0%	0,0%	0,0%
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement d'oncologie médicale		24,7%	21,2%	(**) 24,5%
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement de radio-oncologie		18,3%	19,5%	(**) 24,5%
Proportion de nouveaux patients sous surveillance		12,9%	16,5%	(**) 9,6%
Nombre de patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			418	502
Proportion de nouveaux patients ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	81,4%	83,6%	81,8%
Etudes en cours		8	8	8
- Nombre de patients inclus dans les études		39	57	146
- dont patients sous traitement			19	16

(**) La plupart des données concernent l'année entière 2018; lorsque les données disponibles concernent uniquement les trois premiers trimestres, le résultat est accompagné de deux astérisques.



CENTRE DES TUMEURS THORACIQUES

CENTRE DES TUMEURS THORACIQUES

	Objectif	2016	2017	2018
Nombre de nouvelles et nouveaux patient·e·s		298	311	352
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	93,0%	95,1%	94,3%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		53,8%	52,1%	(**) 47,7%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		1,3%	5,6%	11,9%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement d'oncologie médicale		55,5%	48,2%	(**) 49,1%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement de radio-oncologie		43,8%	37,6%	(**) 37,0%
Nombre de patient·e·s ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			330	382
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien	>95%	47,9%	53,1%	54,2%
Etudes en cours		19	11	14
- Nombre de patient·e·s inclus·es dans les études		44	29	20
- dont patient·e·s sous traitement			22	20

(**) La plupart des données concernent l'année entière 2018; lorsque les données disponibles concernent uniquement les trois premiers trimestres, le résultat est accompagné de deux astérisques.



CENTRE DES SARCOMES

CENTRE DES SARCOMES

	Objectif	2016	2017	2018
Nombre de nouvelles et nouveaux patient·e·s		54	82	83
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	96,3%	86,7%	86,3%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		52,1%	70,3%	(**) 78,9%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		16%	15,4%	7,0%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement d'oncologie médicale		41,7%	27,4%	(**) 22,8%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement de radio-oncologie		22,9%	20,5%	(**) 17,5%
Nombre de patient·e·s ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			224	237
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien	>95%	62,1%	63,6%	56,0%
Etudes en cours		3	1	1
- Nombre de patient·e·s inclus·es dans les études		2	1	57
- dont patient·e·s sous traitement			1	0

(**) La plupart des données concernent l'année entière 2018; lorsque les données disponibles concernent uniquement les trois premiers trimestres, le résultat est accompagné de deux astérisques.



CENTRE DES TUMEURS GYNÉCOLOGIQUES

CENTRE DES TUMEURS GYNÉCOLOGIQUES

	Objectif	2016	2017	2018
Nombre de nouvelles patientes		84	89	102
Proportion de nouvelles patientes présentées au colloque de concertation interdisciplinaire	>95%	77,8%	59,8%	93,3%
Proportion de nouvelles patientes ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		63,9%	89,2%	(**) 65,8%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		8,7%	6,8%	6,3%
Proportion de nouvelles patientes ayant eu un traitement d'oncologie médicale		50,0%	37,3%	(**) 46,6%
Proportion de nouvelles patientes ayant eu un traitement de radio-oncologie		23,6%	15,7%	(**) 19,2%
Nombre de patientes ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			170	204
Proportion de nouvelles patientes ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien	>95%	62,1%	88,8%	85,3%
Etudes en cours		3	5	4
- Nombre de patientes incluses dans les études		2	62	15
- dont patientes sous traitement			62	15

(**) La plupart des données concernent l'année entière 2018; lorsque les données disponibles concernent uniquement les trois premiers trimestres, le résultat est accompagné de deux astérisques.

Commentaires des résultats

Dans les tableaux ci-contre, le nombre de nouvelles patientes et nouveaux patients 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 patientes et patients référés 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 aussi grâce aux nombreuses patientes et aux nombreux patients 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 toutes et tous les spécialistes concerné·e·s discutent de la situation de la patiente ou du patient. 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 nouveaux patients (plus de 95%). Le Centre du sein, le Centre des tumeurs gynécologiques et le Centre de la prostate ont largement atteint cet objectif.



Les patientes et patients pris en charge en oncologie ont aussi accès à des prestations de médecine complémentaire.

La chirurgie représente souvent le premier traitement d'une tumeur cancéreuse. Dans certains cas, d'autres options de traitement s'offrent aux patientes et 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.

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

Les délais d'accès au diagnostic et aux traitements peuvent varier selon les cancers, la provenance géographique et les catégories socio-économiques des patientes et patients.

En matière de qualité des soins, afin de mieux répondre aux besoins des patientes et des patients, la maîtrise du temps d'attente pour l'accès au diagnostic et au traitement est essentielle. La durée de l'attente, entre l'arrivée de la patiente ou du patient dans le centre et le début du premier traitement, est exprimée par le délai de prise en charge. En fonction des centres, ces délais varient selon le besoin de confirmer un diagnostic de cancer ou la nécessité de réaliser des investigations complémentaires. Pour certains cancers, il n'y a pas d'urgence à agir. Laisser le temps de la réflexion aux patientes et patients afin de favoriser l'adhésion au traitement choisi peut être bénéfique à long terme.

Une infirmière ou un infirmier comme relais

Pour assurer un soutien aux patientes et patients, des consultations avec une infirmière ou un infirmier référent·e spécialisé·e sont proposées. Cette infirmière ou cet infirmier est présent·e dès l'annonce du diagnostic et tout au long des traitements. Son rôle consiste à apporter conseils et soutien aux patientes et patients et à leurs proches. Elle ou il les oriente vers les offres de soins et de support disponibles au CHUV ou ailleurs. Elle ou il a une véritable fonction de relais entre la patiente ou le patient et l'équipe interdisciplinaire.

Les patientes et patients pris en charge en oncologie ont aussi accès à des prestations de médecine complémentaire afin de soulager les symptômes liés au cancer ou à son traitement. Ces prestations prodiguées par le Centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC) peuvent être notamment de l'acupuncture, des massages thérapeutiques, de l'hypnose et de l'art-thérapie.

2 INFORMATION ET PARTICIPATION DE LA PATIENTE OU 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 patient·e·s, proches et soignant·e·s s'établisse une relation de confiance, de transparence et d'écoute.

2.1 LA SATISFACTION DES PATIENTES OU PATIENTS ET DES PROCHES



Il est essentiel que les patientes et patients 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 patientes et patients.

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

Evaluation de la satisfaction des patientes et patients hospitalisé·e·s pour des soins somatiques aigus

Utilisé depuis 2016, le questionnaire de satisfaction 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 MENÉE AUPRÈS DES PATIENTES ET PATIENTS HOSPITALISÉ·E·S 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)



Globalement, les patientes et patients hospitalisé·e·s pour un problème somatique aigu sont satisfait·e·s de la qualité des soins qu'elles et ils ont reçus au CHUV. Le score moyen de 2018 atteint 4,07 sur 5.

Evaluation de la satisfaction des patientes et patients hospitalisé·e·s en réadaptation

Dans le domaine de la réadaptation, un nouveau questionnaire a été mis en place par l'ANQ en 2018, avec les questions suivantes:

1. Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge par l'équipe (personnel médical et thérapeutique, personnel infirmier, service social)?
2. Au début de votre séjour de réadaptation, avez-vous été informé·e de manière compréhensible sur le déroulement et les objectifs de votre réadaptation?
3. Durant votre séjour de réadaptation, avez-vous été suffisamment impliqué·e dans les décisions?
4. Avez-vous eu des réponses compréhensibles à vos questions?
5. Les thérapies ont-elles répondu à vos attentes (portée, déroulement, etc.)?
6. Comment était l'organisation des principales mesures prises pour vous et vos proches pour la période qui a suivi votre séjour de réadaptation (accompagnement, aide et soins à domicile, thérapies, etc.)?



RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE DE SATISFACTION MENÉE AUPRÈS DES PATIENTES ET PATIENTS HOSPITALISÉ·E·S EN RÉADAPTATION

Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge par l'équipe (personnel médical et thérapeutique, personnel infirmier, service social)?

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



Les patientes et patients hospitalisé·e·s en réadaptation sont également satisfait·e·s de la qualité des soins. Le score moyen de 2018 atteint 4,17 sur 5.

Evaluation de la satisfaction des parents des enfants hospitalisé·e·s

Depuis 2013, les parents des enfants hospitalisé·e·s 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 taux de réponse est d'environ 45%.

Le questionnaire ANQ adressé aux parents des enfants hospitalisé·e·s se compose des questions suivantes:

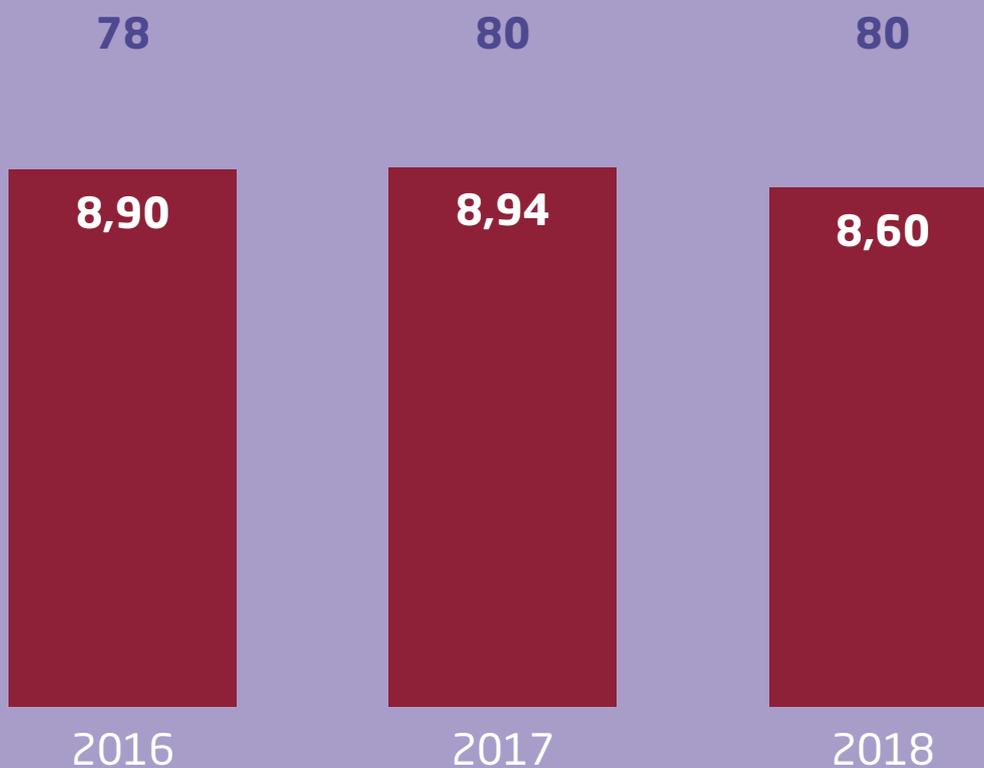
1. Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille ou à vos ami·e·s?
2. Que pensez-vous des soins que votre enfant a reçus à l'hôpital?
3. Quand vous avez posé des questions importantes à une ou un médecin au sujet de votre enfant, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?
4. Quand vous avez posé 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?



RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE DE SATISFACTION AUPRÈS DES PARENTS DES ENFANTS HOSPITALISÉ·E·S POUR UN PROBLÈME SOMATIQUE

Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille ou à vos ami·e·s?

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



Parents des enfants hospitalisé·e·s en pédiatrie

Depuis 2013, le degré de satisfaction des patientes et patients est très stable. En moyenne, l'ensemble des questions reçoit une évaluation entre 8,6 et 9 sur 10. Le léger fléchissement des résultats en 2018 n'est statistiquement pas significatif.

Enquêtes complémentaires

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 2018 de l'enquête annuelle montrent que 95% des patientes et patients restent globalement satisfait·e·s des soins qu'elles et ils ont reçus au CHUV. Ces résultats sont semblables à ceux de 2017. Plus de 20% des patientes et patients estiment que l'organisation de la sortie pourrait être mieux préparée. Elles et ils désireraient notamment une information plus complète, afin que la période qui suit la sortie se déroule au mieux.



Objectif pour 2019

En 2019, le CHUV continuera à améliorer la préparation à la sortie de la patiente ou du patient 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 et impliquer les patientes et patients quant à leur prise en charge, au déroulement de leur séjour comme à la préparation de leur sortie.

2.2 L'ESPACE PATIENTS & PROCHES



Lorsqu'un conflit survient entre une patiente ou un patient et les professionnelles et professionnels de soins du CHUV, trois médiatrices et un médiateur peuvent recueillir les doléances et s'assurer que chacune et chacun exprime son point de vue.

Il est inévitable que le milieu hospitalier génère des conflits. Ceux-ci ne sont pas le signe d'un échec de la prise en charge, mais l'expression de difficultés susceptibles de surgir dans la relation entre patientes ou patients et professionnelles ou professionnels 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) voit le jour en avril 2012, avec trois médiatrices et médiateurs professionnel·le·s. Lorsque la relation devient difficile entre les patientes et patients ou leurs proches et les équipes de professionnel·le·s, 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'une patiente ou un patient ou l'un·e de ses proches vient exprimer un problème, l'équipe de médiation vérifie d'abord qu'elle ou il a parlé aux professionnel·le·s concerné·e·s. Si ce n'est pas le cas, la médiatrice ou le médiateur accompagne la reprise du dialogue et peut, si nécessaire, proposer une médiation qui permet à chacune et chacun 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 patientes ou patients. 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 patientes et patients, proches, professionnelles et professionnels, mais aussi entre les citoyennes et citoyens et «leur» hôpital. Cet objectif est d'autant plus important que nombre de patientes et patients 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 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 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: 13,1%
- Sécurité: 15,7%
- Gestion et infrastructure: 15,8%
- Accès et attente: 14,8%
- Communication: 25,9%
- Egards et attention: 9,8%
- Droit des patients: 5,0%



En 2018, bien que le nombre de permanences ait été provisoirement réduit, l'Espace Patients & Proches a vu son activité augmenter. Comme les années précédentes, les plaintes concernent en majeure partie les relations et les échanges d'informations entre les professionnel·le·s, les patient·e·s et leurs proches. Viennent ensuite les difficultés que génère parfois l'organisation de l'hôpital. Quant au domaine clinique - le moins souvent cité - on constate cette année une augmentation des doléances concernant la sécurité, avec un accent particulier sur les complications, ainsi que sur la documentation et la transmission des informations médicales. Ces témoignages sont utilisés pour élaborer des projets d'amélioration de la qualité - par exemple, le projet qui vise à accélérer l'envoi des documents de sortie à la médecin traitante ou au médecin traitant.



POUR DES PATIENTES ET PATIENTS PARTENAIRES DES SOINS

LES PATIENTES ET PATIENTS ACTRICES ET ACTEURS AU SERVICE DE CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE

Personnes de référence: **Arnaud Zufferey**, infirmier chef de service, et **Catherine Bolduc**, infirmière clinicienne spécialisée, Service de chirurgie cardiovasculaire

Une fois par mois, au sein du Service de chirurgie cardiovasculaire du CHUV, une patiente ou un patient peut donner son avis sur la qualité des soins. Le début d'une nouvelle vision de l'hôpital.

Comment avez-vous vécu votre séjour au CHUV? Comment évaluez-vous la qualité des soins? Estimez-vous que le personnel hospitalier vous a traité avec respect? Après leur séjour à l'hôpital, les patientes et patients reçoivent par courrier un questionnaire de satisfaction, qui permet d'évaluer le travail des équipes médicales et soignantes. Il est cependant plus rare que ces questions soient posées pendant le séjour et, qui plus est, directement par les équipes responsables de la prise en charge.



Le personnel soignant écoute ce que chacune et chacun veut raconter.

Consciente des problèmes qu'entraîne la fragmentation de la prise en charge et désireuse d'offrir des soins qui s'adressent à la personne dans son ensemble, l'équipe des infirmières et infirmiers de cette unité a mis en place un projet qui permet aux patientes et patients de raconter leur expérience au sein du service (collaboration, coordination, sécurité des soins, etc.), d'exprimer des désirs pour la suite de leur traitement, et de donner leur avis sur la relation qu'ils ont vécue avec le personnel soignant. Une fois par mois, lorsqu'une patiente ou un patient arrive en fin de séjour, elle ou il est convié-e à un colloque avec les infirmières et infirmiers. Pendant cette discussion, elle ou il répond à une série de questions prévues: est-ce que vous vous êtes senti-e en sécurité? Est-ce que vous avez reçu les informations importantes? Est-ce qu'on a pris en compte vos craintes? Au-delà du questionnaire, le personnel soignant écoute aussi ce que chacune et chacun veut raconter.

La pluie et le beau temps

Lors des premiers témoignages, les patientes et patients ont avant tout émis beaucoup de compliments et de reconnaissance: plus de neuf réponses ou remarques sur dix soulignent une très bonne qualité d'attention et de relation de la part des équipes soignantes. Infirmières et infirmiers sont cependant très désireux de recueillir également des doléances qui permettent d'améliorer leur travail. Un patient a par exemple raconté qu'il sentait que la personne était moins disponible durant les veilles, ce qui le rendait anxieux. Une autre personne a demandé qu'on ne lui parle pas de la pluie et du beau temps chaque fois qu'on entrait dans sa chambre... Ces remarques montrent à quel point les patientes et patients ont besoin d'être perçu-e-s comme des personnes dont les besoins diffèrent de l'une à l'autre.



Ce projet n'a généré que des bénéfices.

Depuis qu'il a été mis en œuvre en août 2017, ce projet n'a généré que des bénéfices pour les patientes et patients comme pour l'équipe soignante. Tout en acquérant un nouveau rôle au sein de l'hôpital, les premières et les premiers ont eu la satisfaction de contribuer à l'amélioration des soins, sinon pour elles-mêmes et eux-mêmes (puisque'elles ou ils étaient sur le point de quitter l'hôpital), du moins pour les patientes et patients qui allaient leur succéder. Quant aux infirmières et infirmiers qui assistent à ces entretiens, elles et ils ne récoltent pas seulement des idées pour améliorer la qualité des soins, mais acquièrent également davantage de cohérence dans leur équipe et de confiance dans leur travail. La suite du projet consiste à intégrer les proches et les familles. Leur expérience apportera une brique supplémentaire à l'édifice des soins hospitaliers.

Raconter son expérience

Dans le Service de chirurgie cardiovasculaire du CHUV, les équipes s'occupent de cas complexes tels que des greffes du cœur, des pontages aorto-coronariens, des changements de valves, etc. Le personnel soignant y effectue quotidiennement des surveillances et prodigue des soins techniques. Mais dans le feu de l'action, d'autres besoins plus globaux, moins physiques et relatifs aux désirs, aux pensées et aux émotions de chaque patiente ou patient peuvent être laissés de côté.



Lauréat Qualiday

Lors de la journée Qualiday 2018 du CHUV, ce projet a reçu le Prix coup de cœur du jury.

3 LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE



La maladie rend les personnes vulnérables et très dépendantes 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 toutes les intervenantes et tous les intervenants qui soignent une patiente ou un patient, y compris la ou 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 la médecin traitante ou le médecin traitant que sa patiente ou son patient est sorti.e de l'hôpital est très important.

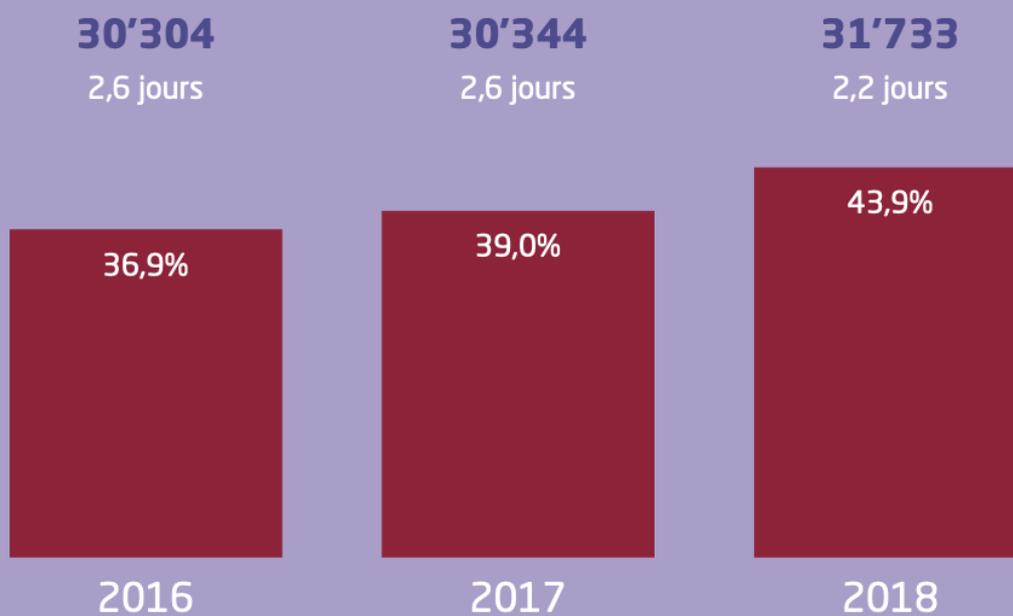
Le processus en vigueur au CHUV requiert qu'un document de sortie très synthétique soit envoyé à la médecin traitante ou au médecin traitant dans les 48 heures suivant la sortie de la patiente ou du patient. Complémentaire à la lettre de sortie, le Faxmed informe la médecin traitante ou le médecin traitant du diagnostic retenu 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

Depuis un peu plus d'un an, cet indicateur est à la 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.

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



Commentaires des résultats

Le taux de Faxmed envoyés dans les 48 heures après la sortie de la patiente ou du patient s'élève à près de 44%. Il n'atteint pas encore l'objectif visé de 100%, mais le délai moyen d'envoi diminue progressivement. Il passe de 2,6 jours en 2017 à 2,2 jours en 2018.



Objectif pour 2019

En 2019, le projet qui vise à améliorer globalement la transmission des documents aux médecins traitant·e·s et aux centres médico-sociaux (CMS), initié en 2017, continuera à être déployé dans tous les services du CHUV. Le délai d'envoi du Faxmed devrait continuer à diminuer pour atteindre au maximum 48 heures après la sortie de la patiente ou du patient.

3.2 LE DÉLAI D'ENVOI DES LETTRES DE SORTIE



Après un résumé de la situation clinique, envoyé à la médecin traitante ou au médecin traitant au moment de la sortie du CHUV, le service qui a pris en charge une patiente ou un patient prépare une lettre de sortie. Ce document doit être transmis rapidement.

Elaborée par la médecin référente ou le médecin référent de la patiente ou du patient à l'hôpital, la lettre de sortie est un document de synthèse qui décrit en détail la situation de la personne soignée, les investigations réalisées, les résultats obtenus, les traitements initiés durant son hospitalisation et les mesures à prendre après sa sortie.

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



Envoyer la lettre de sortie 8 jours au plus tard après que la patiente ou le patient a quitté l'hôpital est un objectif incontournable.

Il faut savoir, par ailleurs, que la facturation du séjour d'une patiente ou d'un patient 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.

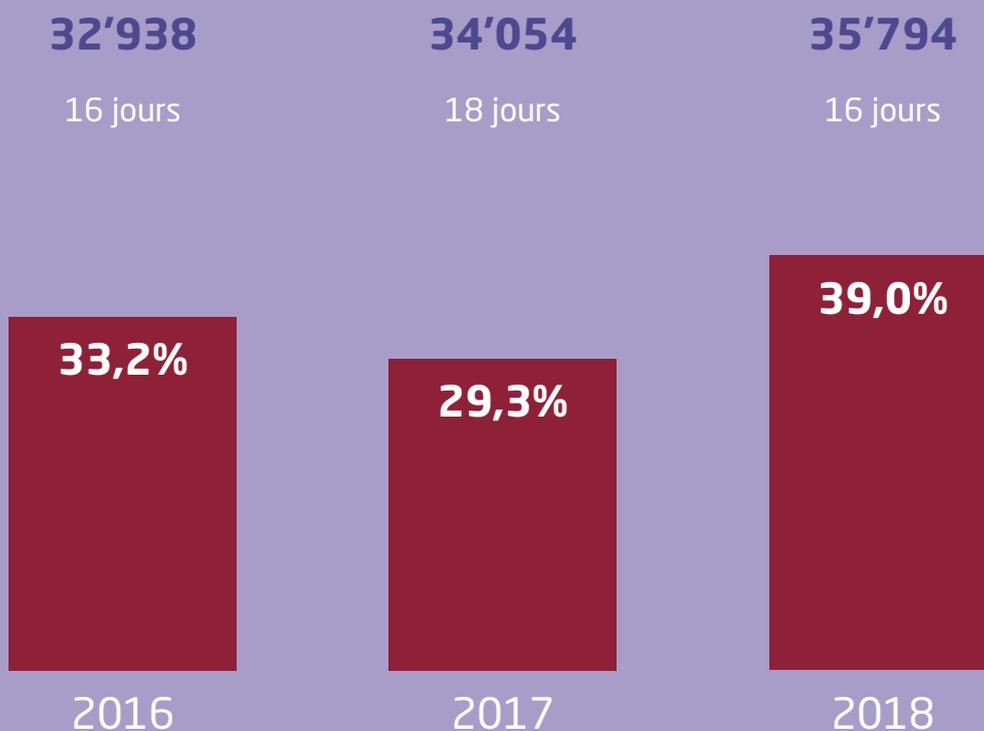
Le CHUV a fixé le délai idéal de transmission de la lettre de sortie à 8 jours au plus tard après que la patiente ou le patient a quitté l'hôpital. Bien qu'encore difficile à atteindre, cette cible est incontournable.



DÉLAI D'ENVOI DES LETTRES DE SORTIE

Il faut souligner que, pour certains services chirurgicaux, il est souvent difficile d'envoyer une lettre de sortie dans les délais requis. Pour les situations oncologiques, il faut attendre les résultats des examens de pathologie. Chaque cas doit ensuite être rediscuté en colloque interdisciplinaire avant de finaliser le courrier pour la médecin traitante ou le médecin traitant.

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



Commentaires des résultats

Le taux de lettres de sortie envoyées dans les 8 jours suivant la sortie de la patiente ou du patient de l'hôpital n'atteint pas encore l'objectif fixé de 80%. Depuis 2011, le délai moyen d'envoi diminue progressivement. Après une légère augmentation en 2017, les résultats montrent une nouvelle diminution en 2018, avec un délai moyen d'envoi de 16 jours et un taux de 39% de lettres envoyées dans les 8 jours suivant la sortie.



Objectif pour 2019

En 2019, le projet visant à organiser la transmission des documents aux médecins traitant·e·s continuera à être déployé dans l'ensemble des services du CHUV.

3.3 LES RÉADMISSIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES



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

“

Lorsqu'une personne revient séjourner à l'hôpital, il faut se demander si son retour vient d'un problème dans sa prise en charge.

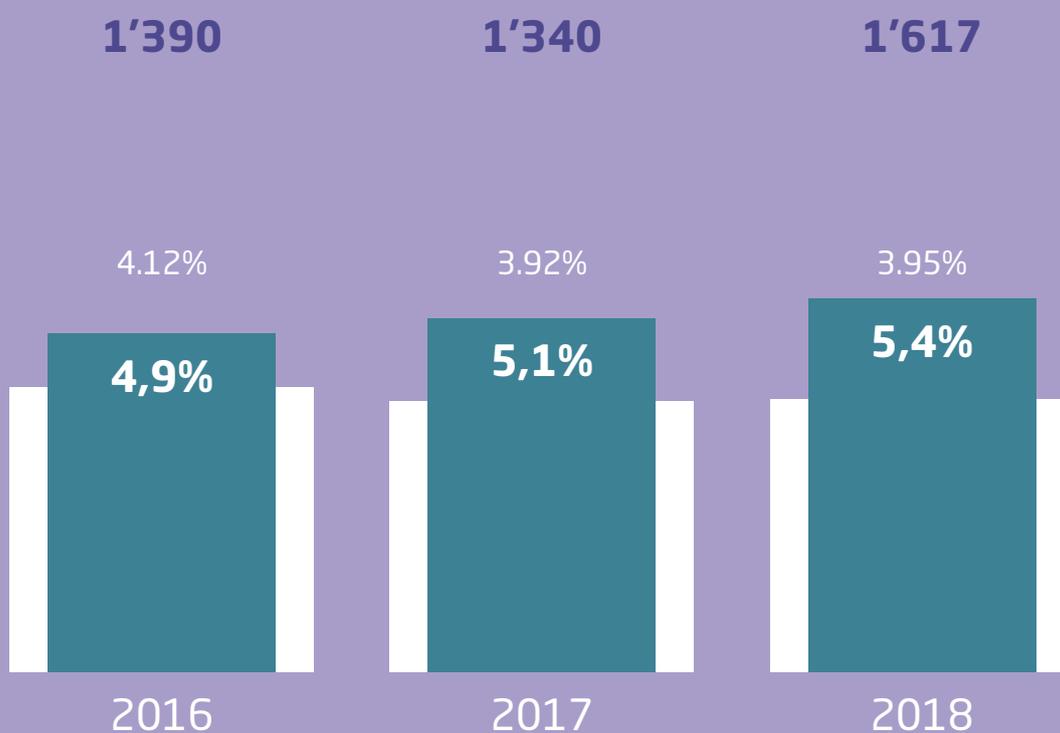
Dans son éventail d'indicateurs, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a retenu le taux de réadmissions potentiellement évitables à 30 jours, calculé par l'algorithme SQLape®.

Si une nouvelle admission survient dans un délai de 30 jours après la sortie de la patiente ou du patient, cet algorithme évalue si la réadmission était potentiellement évitable et calcule un taux observé 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 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



Commentaires des résultats

Les résultats 2018 mettent en évidence un taux trop élevé de réadmissions potentiellement évitables. Le CHUV suit cet indicateur semestriellement et avec beaucoup d'attention. C'est pourquoi deux analyses approfondies des résultats ont été conduites en 2017 et en 2018. Ces études ont montré que, dans certains cas, la préparation à la sortie n'était pas assez bien organisée. Durant la même période, des travaux importants ont été menés dans le Département de médecine. Réorganisé en profondeur, il planifie désormais mieux les séjours et suit les traitements de façon plus soutenue.



Dans certains cas, la préparation à la sortie n'a pas été assez bien organisée.

Les analyses ont également montré que les possibilités d'amélioration ne dépendent pas seulement du CHUV, mais aussi du réseau qui relaie la prise en charge. Enfin, il faut souligner que les réadmissions ne sont pas toutes évitables, en particulier chez les patientes et patients qui souffrent d'une maladie grave et se trouvent en fin de vie. Ces patientes et patients retournent brièvement à la maison avant d'être réadmis à l'hôpital.



Objectif pour 2019

En 2019, des mesures qui améliorent la préparation à la sortie des patientes et patients seront poursuivies dans le cadre du projet de Gestion proactive des séjours (GPS+). De plus, deux projets de prévention seront mis en œuvre concernant certaines complications pouvant générer des réadmissions évitables (thromboses veineuses, sepsis). A moyen terme, l'ensemble de ces démarches devrait contribuer à la diminution des réadmissions potentiellement évitables.



SE RÉUNIR CHAQUE JOUR, UNE MESURE AUSSI SIMPLE QU'EFFICACE

LE «POINT DE 8H» AU SERVICE DE MÉDECINE INTERNE

Personne de référence: **professeur Peter Vollenweider**, chef de service, Service de médecine interne

En instaurant dans ses unités un colloque matinal quotidien, le Service de médecine interne a nettement amélioré sa prise en charge. La durée moyenne du séjour a également diminué.

Le Service de médecine interne (SMI) est l'un des plus gros secteurs de soins du CHUV. On y compte plus de 180 lits, répartis dans huit unités. Quelque 400 personnes y travaillent, dont plus de 100 médecins. Et chaque année, plus de 5'000 patientes et patients y séjournent, le plus souvent âgé·e·s. On y soigne ainsi des affections très diverses, notamment des embolies pulmonaires, des pneumonies, des problèmes dus à l'insuffisance cardiaque, des situations d'infection généralisée (le sepsis ou la septicémie) ou encore des états confusionnels, pour ne citer que les pathologies les plus courantes.

Un changement d'organisation radical

S'il veut suivre au plus près l'état de chaque patiente et patient, un service d'une telle taille demande une organisation très rigoureuse. Jusqu'en 2017, l'organisation du SMI comprenait deux réunions hebdomadaires au sein de chaque unité, dans lesquelles se retrouvaient médecins et personnels soignants pour revoir la situation de chaque patiente ou patient. Il existait aussi, chaque jour, un bref colloque aux premières heures de la matinée. Le rythme et la nature de ces discussions ne permettaient cependant pas de suivre au mieux l'évolution de chaque patiente ou patient, ni de gérer correctement leur sortie de l'hôpital. De plus, les lits du SMI étaient tous occupés durant toute l'année. Cette saturation générait périodiquement des problèmes pour accueillir de nouvelles patientes et nouveaux patients, et menaçait d'épuisement les équipes médicales et soignantes.



Pendant la discussion, la situation de chaque patiente ou patient est abordée en suivant des critères précis.

Dans le but de résoudre cet ensemble de problèmes, le SMI a radicalement changé l'organisation de ses réunions. Depuis le mois de mai 2017, un «point de 8h» se tient quotidiennement, cinq jours sur sept, au sein de chaque unité du service. Ce colloque dure 30 minutes et regroupe au minimum six personnes: une ou un médecin cadre, une cheffe ou un chef de clinique, des médecins assistant·e·s, l'infirmière cheffe ou l'infirmier chef d'unité, l'infirmière ou l'infirmier de liaison et la ou le secrétaire des médecins. Une ou un physiothérapeute peut également s'y adjoindre. Pendant la discussion, la situation de chaque patiente ou patient est abordée en suivant des critères précis et selon un tour de parole défini. Si une patiente ou un patient vient d'arriver, on définit rapidement son projet de soins. Si elle ou il est en cours de séjour, on ajuste son traitement si nécessaire. On évoque aussi sa potentielle date de sortie de l'hôpital. Chaque projet de soins est ainsi relié à l'organisation du séjour de chacune et chacun.

Une baisse de la durée des séjours

Les effets de cette nouvelle organisation se sont rapidement fait sentir. D'une part, le rythme quotidien des discussions permet de réagir en temps réel aux éventuelles complications. D'autre part, le «point de 8h» aide à prévoir la sortie de chaque patiente ou patient suffisamment à l'avance. Cette visibilité permet d'avertir sa famille et ses proches à temps. Elle a aussi pour effet d'accélérer la rédaction de la lettre de sortie: destinée à la médecin traitante ou au médecin traitant qui prend le relais des soins, ce document décrit le séjour de la patiente ou du patient à l'hôpital. Son envoi s'effectue désormais deux fois plus tôt qu'auparavant.

Enfin, autre effet très appréciable, la durée des séjours au sein du SMI a très sensiblement diminué. Dès la deuxième moitié de l'année 2017, pour les pathologies les plus fréquentes, elle est passée de 12 à 9 jours par patiente ou patient. C'est un changement considérable. Le service n'est désormais plus saturé. Moins chargées, les équipes médicales et soignantes peuvent mieux respirer et, si nécessaire, se rendre plus disponibles pour les patientes et patients.



Lauréat Qualiday

Le Service de médecine interne a remporté l'un des deux Prix du jury 2018 lors de la journée Qualiday 2018 pour son «point de 8h».

4 LA SÉCURITÉ PAR LA GESTION DES RISQUES



Une patiente ou un patient 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 le personnel soignant 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.

Plus spécifiquement, la check-list a pour objectifs:

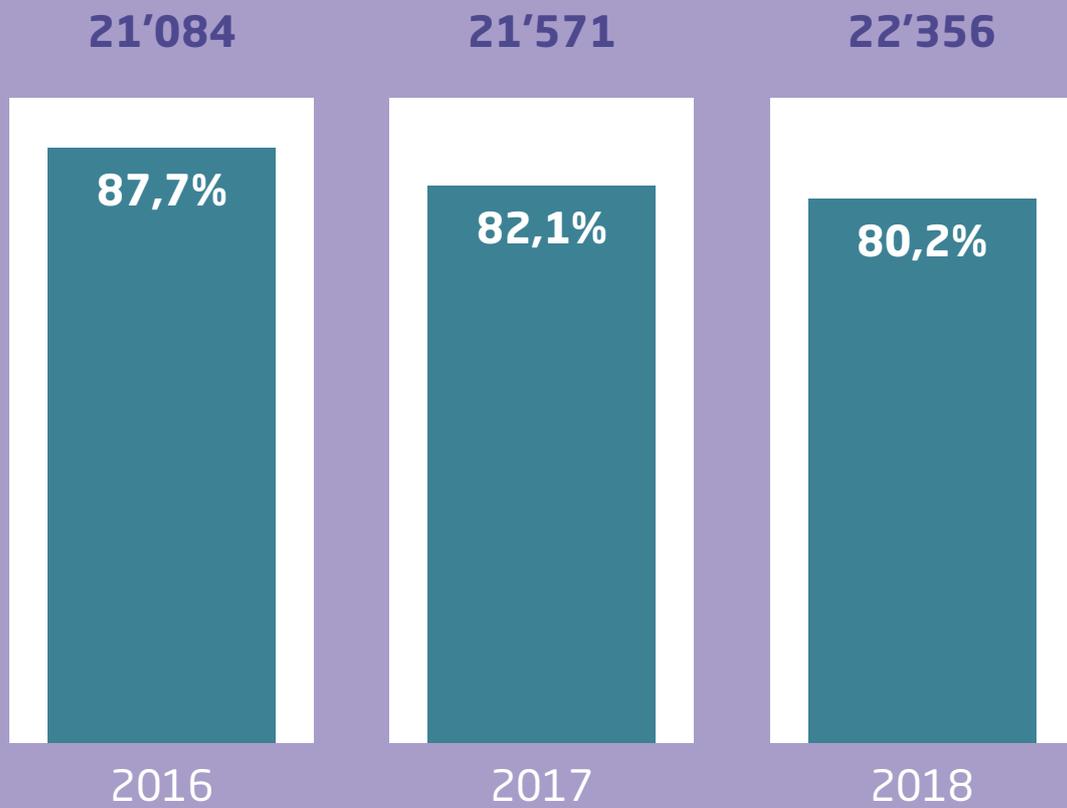
- d'améliorer la sécurité interventionnelle en intégrant dans les pratiques des équipes la vérification croisée de différents points critiques de sécurité;
- de renforcer la communication et le partage des informations au sein des équipes travaillant au bloc opératoire ou au plateau technique interventionnel.

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



CHECK-LIST 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



Commentaires des résultats

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 2018, elle a été renseignée de façon exhaustive pour 80% des interventions.

Comme pour 2017, ce résultat continue à être inférieur au taux attendu. Cela est dû au changement de logiciel permettant de documenter une partie de la check-list. De ce fait, même si les étapes de la check-list ont été respectées, certaines données ne peuvent pas être prises en compte dans le calcul du taux de remplissage total. Un audit réalisé sur le terrain en 2018 a montré que les contrôles effectués avant le début de l'opération (dont la vérification de l'identité de la patiente ou du patient, de l'intervention et de la partie à opérer) étaient réalisés très systématiquement.



Objectif pour 2019

En 2019, afin de se concentrer seulement sur ce qui est indispensable pour assurer la sécurité des patientes et des patients, les éléments de la check-list devant être obligatoirement remplis après l'intervention seront revus.

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 sont 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 durant lesquels une ou un membre du personnel soignant doit se désinfecter les mains:

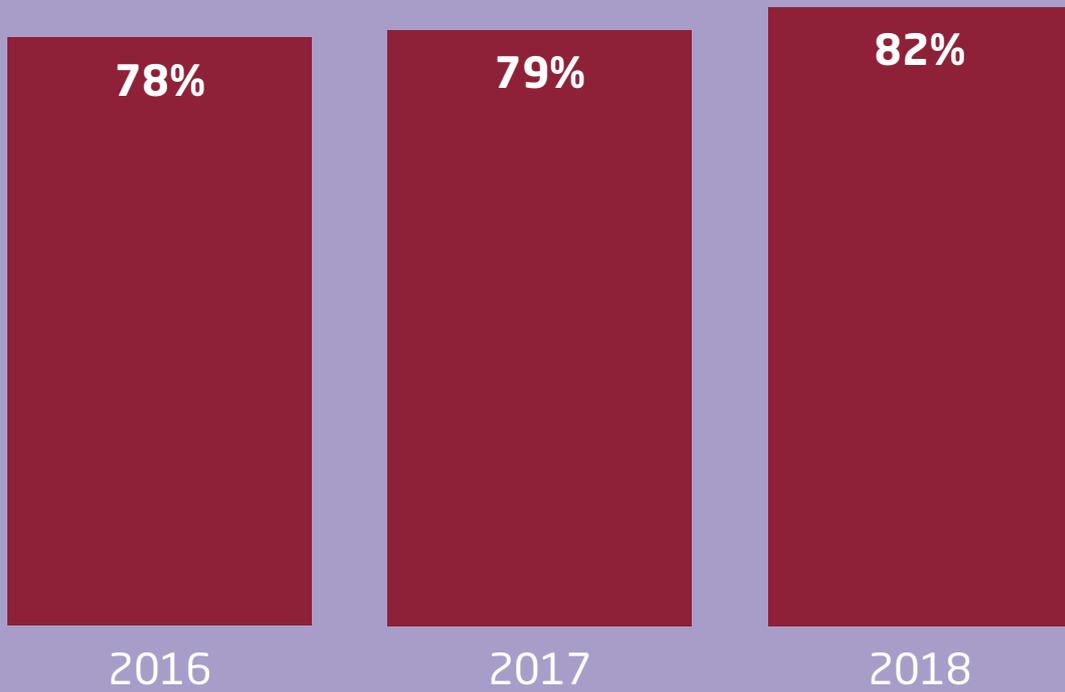
- (1) avant d'entrer en contact avec une patiente ou un patient;
- (2) avant de procéder à un acte invasif (comme poser une sonde);
- (3) après tout contact avec une patiente ou un patient;
- (4) après tout contact avec l'environnement immédiat d'une patiente ou un patient;
- (5) après avoir été en contact 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



Commentaires des résultats

En 2018, le taux global d'observance de l'hygiène des mains, obtenu sur un échantillon de 408 professionnelles et professionnels (personnel infirmier, médecins, physiothérapeutes, etc.), atteint 82%. Ce résultat est supérieur aux taux observés ces trois dernières années. Les observations ont porté sur les cinq moments de l'hygiène des mains définis par l'OMS (2'192 gestes effectués sur 2'689 opportunités observées). Très satisfaisant, ce résultat montre que ce geste essentiel de prévention des infections est bien appliqué.



Objectif pour 2019

En 2019, des actions de communication, en particulier lors de la Journée mondiale de l'hygiène des mains, continueront à être menées pour sensibiliser le corps médico-soignant à l'importance de la désinfection des mains.

4.3 LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE



Après une intervention, il arrive qu'une infection survienne à l'endroit du corps qui a été opéré. Le CHUV a pour tâche de déterminer les raisons de tels événements. Il met également des actions en 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 30 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 de la patiente ou du patient, 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.

“

Swissnoso évalue périodiquement la qualité avec laquelle le CHUV effectue le suivi des infections du site opératoire.

La méthode utilisée pour détecter et suivre les infections du site opératoire obéit aux règles édictées par Swissnoso (www.swissnoso.ch). Cette association suisse de médecins hospitalières et 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 patientes et des patients.

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

- Le taux brut d'infection. Ce résultat ne tient pas compte de la gravité de la situation des patientes et des patients et de certains facteurs de risque.
- Le ratio standardisé d'infection (SIR). Il s'agit du taux brut d'infection divisé par le taux d'infection 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'infection du CHUV est dans la norme ou significativement trop élevé par rapport aux autres hôpitaux suisses.

Swissnoso évalue périodiquement la qualité avec laquelle le CHUV effectue le suivi des infections du site opératoire. Cette évaluation a été réalisée deux fois et la note de 4 sur 4 a été attribuée au CHUV. Ce résultat souligne la rigueur avec laquelle ces infections sont dépistées.



LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE: TAUX BRUT ET 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

Laminectomie / hernie discale sans implant	0,6%	0,2	170
Laminectomie / hernie discale avec implant	0,0%	0,0	6
Chirurgie du côlon	20,4%	1,5	201
Appendicectomie >= 16 ans	4,6%	1,4	218
Appendicectomie < 16 ans	6,3%	2,2	80
Prothèse totale du genou*	6,5%	7,5	46
Prothèse totale de hanche*	2,8%	1,0	71
Chirurgie cardiaque (tous type)*	4,8%	1,0	145
Bypass gastrique	5,4%	1,4	56

Voici les périodes d'observation considérées:

Sans *: 1er Octobre 2017 au 30 Septembre 2018.

Avec *: 1er Octobre 2016 au 30 Septembre 2017.

Commentaires des résultats

Lorsqu'ils sont hors normes, en particulier s'ils montrent une tendance à la hausse, les taux d'infection du site opératoire font l'objet d'analyses approfondies et de mesures préventives avec les équipes chirurgicales. Le ratio standardisé d'infection (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'infection chez les patientes ou patients, dont certains souffrent de nombreuses comorbidités. Les résultats étant un peu au-dessus de la norme, des mesures prophylactiques ont été renforcées, afin d'améliorer l'administration de l'antibioprophylaxie, en particulier lors d'interventions de longue durée. En 2018, on observe une diminution du taux d'infection, passé de 25,4% à 20,4%.

Concernant les prothèses totales du genou, le taux est supérieur à ce qui est attendu. Si l'on considère les années antérieures, durant lesquelles il n'y avait pas eu d'infections, il s'agit d'un résultat qui fait exception.

Afin de permettre le suivi de nouvelles interventions, certaines opérations, comme les hystérectomies en 2018 ou les bypass gastriques entre 2015 et 2017, ne font pas l'objet d'une surveillance chaque année.



Objectif pour 2019

En 2019, 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, 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'enquêtrices et enquêteurs professionnel·le·s spécifiquement formé·e·s examinent la peau de 800 patientes et patients en moyenne, afin d'identifier le nombre de personnes souffrant d'escarres, que celles-ci soient nosocomiales (acquises durant le séjour à l'hôpital) ou déjà présentes lors de l'admission de la patiente ou du patient.

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, les muscles et les tendons ne sont pas exposés.

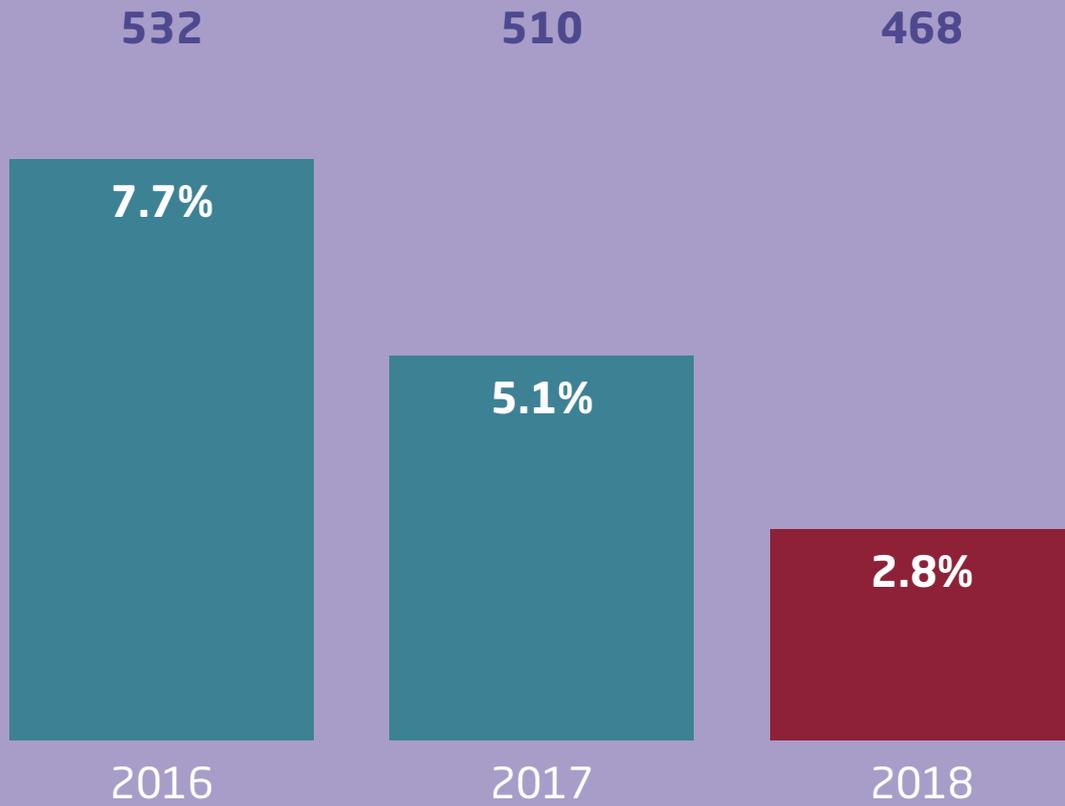
Catégorie 4: Perte complète de substance avec exposition des os, des tendons ou des muscles.

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



PRÉVALENCE DES ESCARRES NOSOCOMIALES DE 2 À 4

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



Commentaires des résultats

Après l'augmentation du taux d'escarres observée en 2016, un nouveau plan a été élaboré. Les mesures de prévention, comme la mobilisation régulière, ont été renforcées chez les patientes et patients à risque. Ce plan d'action a porté ses fruits: les résultats de 2018 montrent un taux d'escarres de stade 2 à 4 qui se situe dans la norme.



Objectif pour 2019

En 2019, les mesures mises en place en 2017 et en 2018 seront poursuivies, avec pour objectif de maintenir ces bons résultats.



UN ARSENAL EFFICACE CONTRE LES ESCARRES

LE TAUX D'ESCARRES AU SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE (SMIA)

Personne de référence: **Anne Fishman**,
infirmière cheffe de service, Service de
médecine intensive adulte

Suite à une recrudescence de lésions cutanées en son sein, le Service de médecine intensive adulte (SMIA) a mis en œuvre un nouveau programme de prévention. Avec un succès très net.

Avec le lancement d'un programme intitulé «Objectif zéro escarre» en 2008, le nombre des lésions cutanées au CHUV a baissé de façon très sensible. Au Service de médecine intensive adulte (SMIA), leur taux de prévalence est passé de 74% en 2009 à 33% cinq ans plus tard. La prévalence est une photographie qui compte sur une journée le nombre de patientes et patients porteuses et porteurs d'escarres par rapport au nombre de patientes et patients présent·e·s dans un service. Malheureusement, en 2016, le nombre de ces lésions est reparti fortement à la hausse au sein du SMIA, avec un taux de 63%.

Un dispositif beaucoup plus soutenu

Tout en maintenant l'objectif exigeant d'éradiquer totalement les escarres, le SMIA a mis en œuvre un plan d'action qui s'est révélé beaucoup plus performant. Intitulé «bundle escarres» (le «paquet escarres»), ce dispositif consiste à prévenir ces lésions de façon très rigoureuse. Le programme précédent cherchait bien à éviter l'apparition d'escarres, avec un travail important sur le dossier de chaque patiente et patient, ainsi que sur les protocoles, mais son application s'est révélée trop aléatoire. La nouvelle stratégie cherche à agir de manière plus concertée entre professions médicales et soignantes; elle se fonde par ailleurs sur l'idée qu'un ensemble d'actes modestes, même s'ils paraissent aussi ténus qu'un battement d'ailes de papillon, peuvent en définitive aboutir à de grands effets.

L'une de ces actions consiste par exemple à changer la position des patientes et patients de façon extrêmement régulière et disciplinée. Les escarres apparaissent lorsqu'une personne reste trop longtemps dans la même posture, notamment dans son lit d'hôpital. L'objectif «zéro escarre» prévoit déjà de mobiliser régulièrement les patientes et patients, mais pour diverses raisons il arrivait que l'un ou l'autre reste trop longtemps dans la même position, et de ce fait développe une lésion cutanée. Baptisée «1,2,3 on tourne», la nouvelle mesure demande au personnel soignant de tourner chaque patiente et patient dans son lit selon un horaire préétabli (et quelles que soient les circonstances).

Impliquer les cadres

Le nouveau «bundle escarre» comprend également un suivi très régulier. Chaque semaine, toutes les patientes et tous les patients qui souffrent d'une lésion cutanée reçoivent la visite d'une équipe soignante composée d'une infirmière ou d'un infirmier clinicien·ne spécialisé·e (ICLS), accompagné·e d'une infirmière ou un infirmier chef·fe d'unité de soins (ICUS). Par ailleurs, un tableau mensuel affiché dans l'unité comptabilise les jours où de nouvelles escarres apparaissent dans chaque unité du service. Très visuelle, cette cartographie permet de voir, au jour le jour, que peu de patientes et patients développent de nouvelles escarres. Cette cartographie permet aussi d'effectuer un décompte précis à l'année du nombre de patientes et patients du service qui développent une escarre.

Une baisse très nette

Additionnées progressivement, ces mesures ont permis une baisse très sensible du nombre d'escarres au SMIA. Des 63% de l'année 2016, le taux de prévalence a été divisé par plus de trois: il est descendu à 29% en 2017, puis 11,5% en 2018.

Enfin, grâce à la cartographie, il est désormais acquis que, par rapport au nombre de patientes et patients qui fréquentent ce service, moins de 10% développent des lésions cutanées pendant leur séjour.

Pour atteindre «zéro escarre», il reste encore à examiner le parcours de chaque patiente et patient au sein de l'hôpital, afin d'identifier tous les moments où les lésions apparaissent. Il arrive par exemple qu'une patiente ou un patient pour qui les escarres ont d'abord pu être évitées développe ensuite une lésion cutanée pendant une opération. Il faut donc se centrer sur la patiente ou le patient et améliorer encore la collaboration entre les équipes des différents services. Parfois cependant, quels que soient les efforts fournis par les équipes médicales et soignantes, contracter une escarre peut être le prix à payer pour rester en vie.

4.5 LA MORTALITÉ HOSPITALIÈRE



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

L'indicateur de mortalité hospitalière témoigne de la mortalité observée durant le séjour hospitalier. 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.

Il s'agit cependant d'une évaluation partielle. En effet, lorsqu'une patiente ou un patient meurt après sa sortie de l'hôpital, son décès n'est pas pris en compte dans les statistiques de l'établissement qui l'a pris en charge.



Plus l'âge d'une patiente ou d'un patient est avancé, plus le risque de décès augmente.

Par ailleurs, cet indicateur est pondéré par un taux attendu de mortalité, en fonction de l'âge et du sexe de la patiente ou du patient. 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 d'une patiente ou d'un patient. 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 une médecine de qualité (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. Ce sont les résultats fournis par IQM qui sont présentés dans le Rapport qualité.

En 2018, une équipe de médecins, infirmières et infirmiers du CHUV a été formée à l'analyse telle que préconisée par IQM. Destinée à la réalisation de revues dans d'autres hôpitaux, cette formation permet aussi au CHUV d'en bénéficier pour améliorer la revue interprofessionnelle de dossiers dans le cadre des colloques mortalité-morbidité.

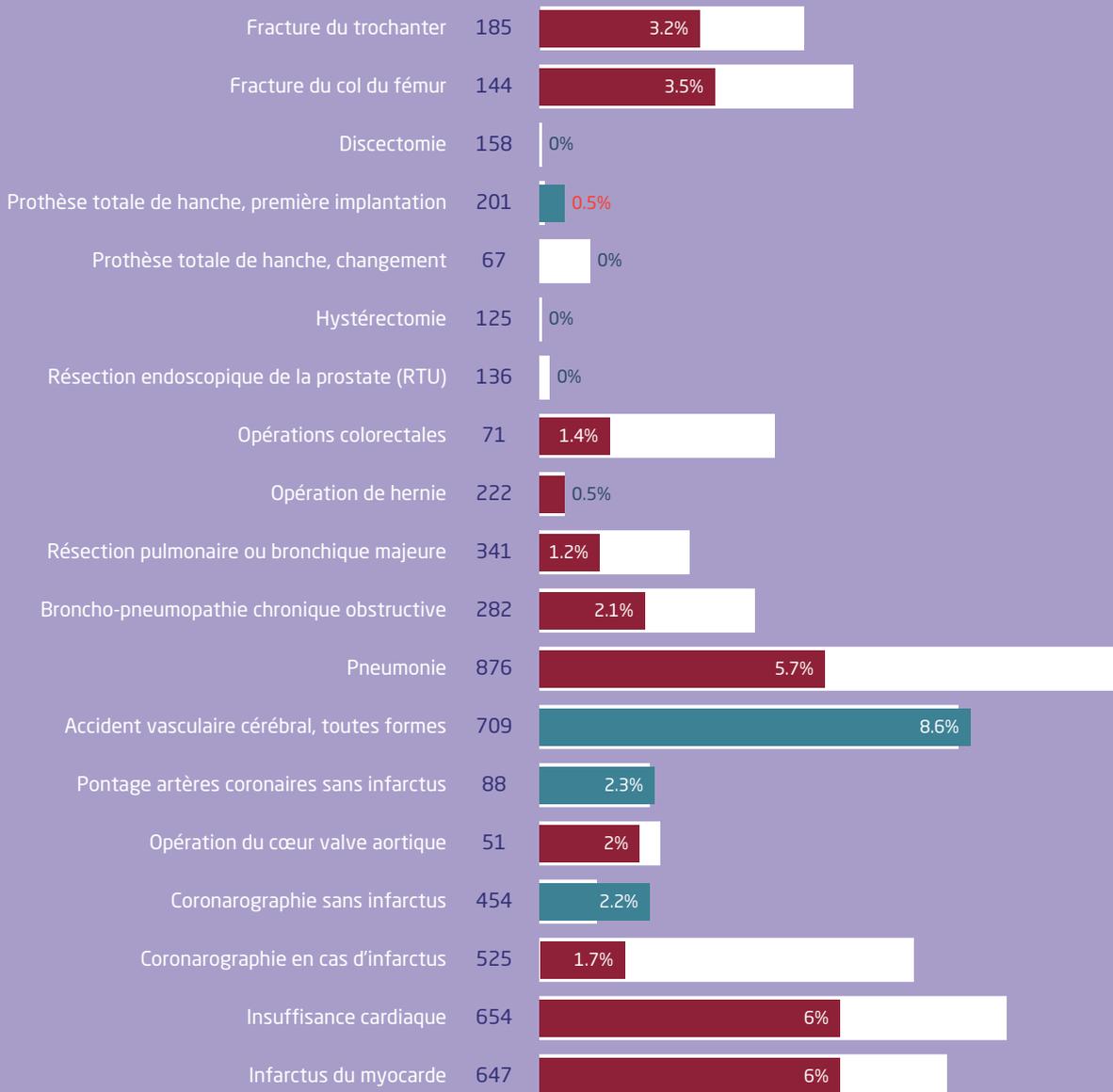


LA MORTALITÉ HOSPITALIÈRE

Données IQM 2018

● 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 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
Opérations colorectales	Résections du côlon pour cancer colorectal sans diagnostic compliquant
Opération de hernie	Herniotomie sans OP de l'intestin
Résection pulmonaire ou bronchique majeure	Pneumectomie en cas de carcinome bronchique, pourcentage
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	BPCO sans tumeur (âge >19)
Pneumonie	DP de pneumonie
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 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 des résultats

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 patientes et patients. En tant qu'hôpital de référence, le CHUV a la responsabilité de prendre en charge les patientes et patients 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 plus élevée qu'attendue observée pour les coronarographies chez les patientes et patients qui n'ont pas eu d'infarctus du myocarde. En effet, la cause primaire du décès n'est donc pas forcément cardiaque, celui-ci peut être dû à de multiples comorbidités, dont les conséquences d'une insuffisance cardiaque.



L'évaluation de la mortalité requiert une analyse différenciée de diverses situations.

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 les opérations de hernie.

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 la patiente ou le patient jusqu'à son décès, sans avoir à la ou le transférer dans une autre structure hospitalière. Dès lors, l'évaluation de la mortalité requiert une analyse différenciée de ces diverses situations.



Objectif pour 2019

En 2019, si le taux de mortalité observé est plus élevé qu'attendu, les situations de patientes et patients décédé·e·s continueront à être analysées.

4.6 LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES ET INDÉSIRABLES



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

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 incidents 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 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?

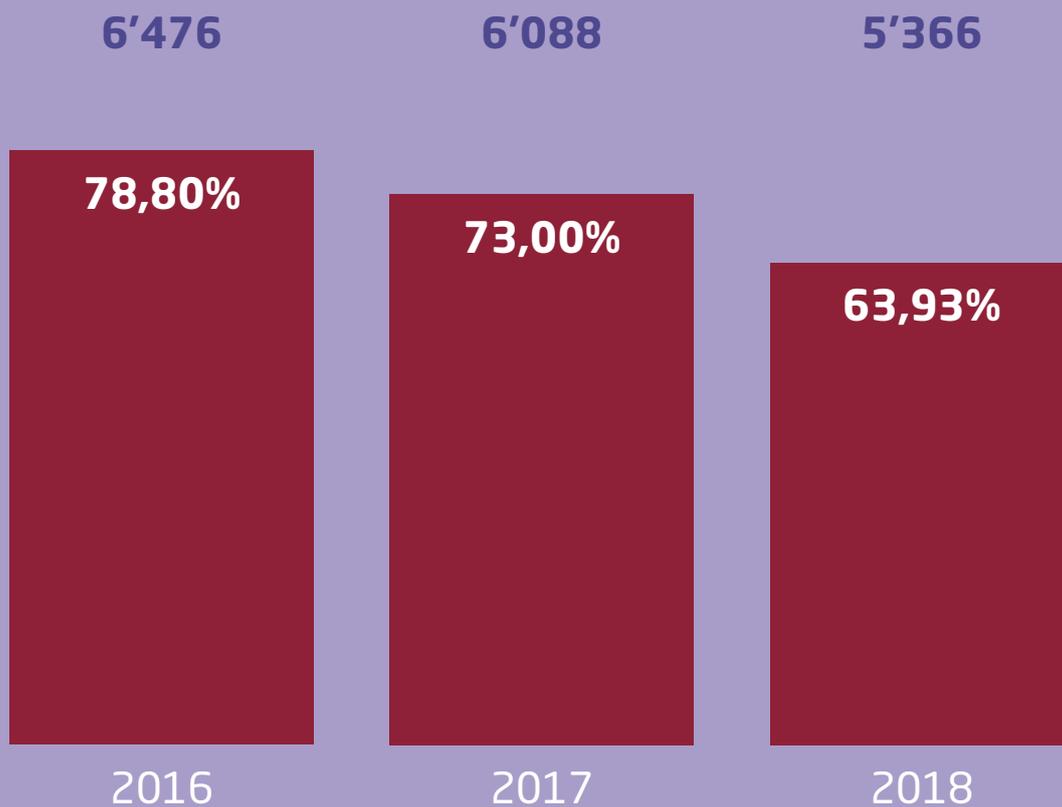
Partager un incident dont on est soi-même l'auteur-e n'est pas facile, pas plus que de signaler un problème dont on a été témoin. La pratique du RECI exige qu'une personne qui signale un incident soit certaine de ne pas subir de conséquences négatives. Sauf en cas d'acte intentionnel ou de négligence grave, le RECI implique un principe de non-punition. Au CHUV, l'auteur-e d'un incident, de même que la personne qui l'a signalé, sont assuré-e-s 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 des résultats

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 par ceux qui ont accès à l'outil. Le fléchissement observé dès 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 collaboratrices et collaborateurs à signaler de nouveaux cas.

Néanmoins, pour 2018, la baisse du nombre de déclarations n'est pas uniforme pour tous les types d'événements indésirables. L'évolution concerne en particulier les événements liés aux actes de violence et aux chutes, de même que les prestations de laboratoires. Concernant ces dernières, la diminution du nombre de déclarations peut s'expliquer par les améliorations mises en place par les laboratoires. Quant à la baisse du nombre de chutes et de violences répertoriées dans le RECI, il est possible qu'elle soit due à leur documentation dans d'autres supports. Les chutes sont consignées dans le dossier de la patiente ou du patient, tandis que les violences sont directement documentées par le Service de sécurité.

Dans les autres domaines cliniques, le nombre de signalements reste stable ou augmente légèrement. En 2018, des actions d'amélioration dans la gestion des événements indésirables ont été entreprises. Des processus de travail ont été révisés. Certaines responsabilités auprès des hiérarchies concernées ont été mieux définies.

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



Objectif pour 2019

En 2019, l'utilisation du système RECI sera simplifiée. Le but est qu'il soit plus facile à documenter, plus fluide et plus efficace. Plusieurs projets d'améliorations sont par ailleurs en cours, par exemple un programme sur la sécurité de la médication, ou encore un projet de mobilisation précoce afin de prévenir les chutes, entre autres objectifs. Parallèlement, dans les secteurs où se pratiquent des interventions, des actions seront mises en œuvre afin de s'assurer de la bonne identité des patientes et patients (identitovigilance). Il s'agit notamment de l'introduction systématique d'un bracelet d'identité et de la mise en place de processus de contrôle.



SÉCURISER LA MÉDICATION EN ONCOLOGIE PAR UN DOUBLE CONTRÔLE

L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS AU DÉPARTEMENT D'ONCOLOGIE

Personne de référence: **Stefania Manciana**, infirmière cheffe d'unité de service, Département d'oncologie

Afin d'éviter un maximum d'erreurs dans la prescription ou l'administration de médicaments, le Département d'oncologie du CHUV a instauré un principe de contrôle renforcé.

Il arrive parfois que le personnel médical ou soignant commette des erreurs dans la prescription, la préparation ou l'administration d'un médicament. Lorsqu'une telle erreur survient, la personne qui l'a constatée peut la déclarer dans un répertoire, le Recueil des événements critiques et indésirables (RECI).

Des conséquences importantes

En 2016, au sein du Département d'oncologie du CHUV, le RECI a répertorié 37 erreurs de médication. Ce nombre représente une proportion modeste en regard du nombre de médicaments que les patientes et patients reçoivent au sein de ce service: on y compte en effet plus de 100 médications par jour, soit environ 36'500 par année; le nombre d'erreurs représente ainsi 0,1% des médicaments prescrits. Néanmoins, en oncologie, une médication incorrecte peut avoir des conséquences importantes, en particulier pour les produits toxiques injectés lors des chimiothérapies. Et même si les erreurs concernent majoritairement des médicaments non toxiques, tels que les médicaments anti-vomissements, la mise en évidence du problème a motivé le Département d'oncologie à mettre en place des mesures afin d'assurer au mieux la sécurité de la médication en son sein.

Contrôler chaque étape

En oncologie comme dans toute discipline médicale, une erreur peut s'immiscer lors de l'une ou l'autre des étapes que passe tout médicament. Au moment de la prescription, il arrive parfois qu'une ou un médecin prescrive le bon médicament, mais à un dosage ou un débit d'injection inadéquat. Il se peut aussi, au moment de l'administration du médicament à la patiente ou au patient, que l'infirmière ou l'infirmier se trompe sur une indication inscrite sur l'ordonnance. Enfin, il arrive que l'identité d'une patiente ou d'un patient soit erronée: si deux personnes portent les mêmes nom et prénom, une confusion peut s'ensuivre, de même que lorsqu'une personne, à son arrivée au CHUV, n'a pas reçu le bon bracelet d'identité. Ce type de méprise peut entraîner une erreur au moment de l'administration d'un médicament.



Une erreur peut s'immiscer lors de l'une ou l'autre des étapes que passe tout médicament.

Afin de limiter les erreurs au minimum possible, le Département d'oncologie a instauré un principe de double contrôle systématique pour les médicaments «à risque» – autrement dit, pour les médicaments dont l'impact serait le plus nocif en cas d'erreur. Appliquée à chaque étape de la médication, cette mesure suppose, premièrement, que pour chaque prescription par la ou le médecin, l'une ou l'un de ses collègues vérifie les termes de l'ordonnance.

Ensuite, au moment de l'administration du médicament, l'infirmière ou l'infirmier commence par s'assurer de l'identité de la patiente ou du patient, par exemple en lui demandant d'énoncer son nom. Enfin, après que le matériel de médication a été installé, l'une ou l'un de ses pairs s'assure que le médicament est donné à la bonne personne; elle ou il s'assure aussi que le médicament est injecté selon le dosage et le débit prescrits. Le principe et les étapes de ce double contrôle ont été consignés dans un «guide de vigilance» conçu par le Département d'oncologie.

Renforcer le contrôle des identités

Pour l'année 2017, ces mesures ont permis de réduire de moitié le nombre d'erreurs de médication au sein du Département d'oncologie. Malheureusement, en 2018, les erreurs de médication répertoriées par le RECI sont reparties à la hausse. Cette recrudescence peut avoir plusieurs causes: d'une part, le département reçoit toujours plus de patientes et patients chaque année; d'autre part, les déclarations consignées dans le RECI sont plus nombreuses, du fait même que le personnel utilise de plus en plus ce recueil. Il y a cependant encore des efforts à faire à l'étape de la prescription, à l'origine de la plus grande partie des erreurs. Il reste également à renforcer l'identitovigilance, notamment la bonne attribution des noms et prénoms aux patientes et patients au moment de leur accueil à l'hôpital.

5 L'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 2018, plus de 65'000 personnes ont passé ses portes.

Le premier défi du Service des urgences est de déterminer correctement les priorités de prise en charge des patientes et patients 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 patientes et patients de plus en plus important.

“

Plus des deux tiers des patientes et patients ont pu regagner leur domicile directement après leur prise en charge au Service des urgences.

En 2018, le Service des urgences du CHUV a accueilli plus de 65'000 personnes, soit 900 de plus qu'en 2017 et près de 6'500 de plus qu'en 2013 (+9,8%). Plus de 40'000 patientes et patients ont été soigné·e·s au sein du Service des urgences. Plus des deux tiers (70%) ont pu regagner leur domicile à l'issue de leur prise en charge dans ce service.

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 20 minutes après l'arrivée de la patiente ou du patient;

Degré 3: Urgence modérée, nécessitant une prise en charge dans les 2 heures;

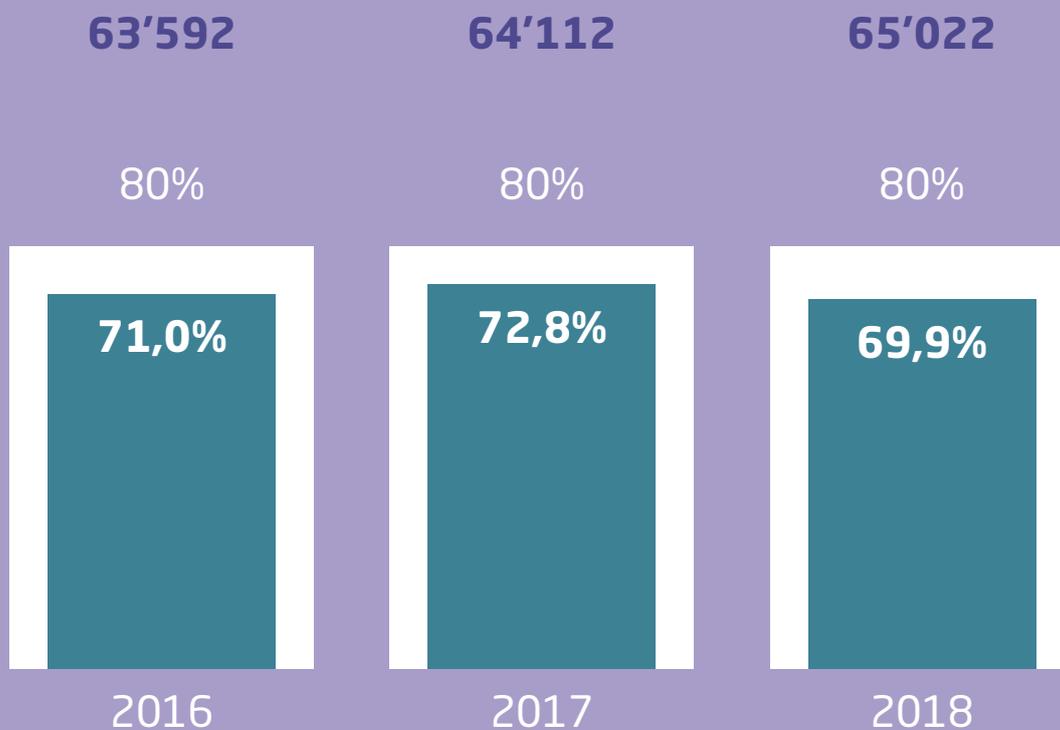
Degré 4: Pas d'urgence, prise en charge dès que possible (mais en moins de 5 heures).



DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

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

- 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



Commentaires des résultats

En 2018, malgré l'augmentation de l'activité, près de 70% des patientes et patients en situation de degré 2 (urgences vitales potentielles) ont été pris en charge dans les 20 minutes après leur arrivée. Malgré un léger fléchissement de ce taux, ce résultat est stable et représente une amélioration de 10% par rapport aux années 2013 à 2015. Il en va de même pour le nombre de minutes d'attente (en médiane) pour les patientes et patients en situation de degré 2. De 11 minutes en 2015, ce délai descend à 5,5 minutes en 2018.

Parallèlement à ces indicateurs, on relève également une diminution importante des temps de prise en charge au Service des urgences. Pour les patientes et patients les plus complexes («patientes et patients couché·e·s»), les durées moyennes de séjour passent de 6,2 heures en 2016 à 5,1 heures en 2018. Pour l'unité d'observation, cette durée baisse de 23,1 à 14,3 heures.



Objectif pour 2019

En 2019, le Service des urgences poursuivra les actions entreprises pour diminuer le temps d'attente et les délais de prise en charge des patientes et patients. Le travail cherchera notamment à réduire le temps d'attente et les durées de prise en charge en ambulatoire.

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



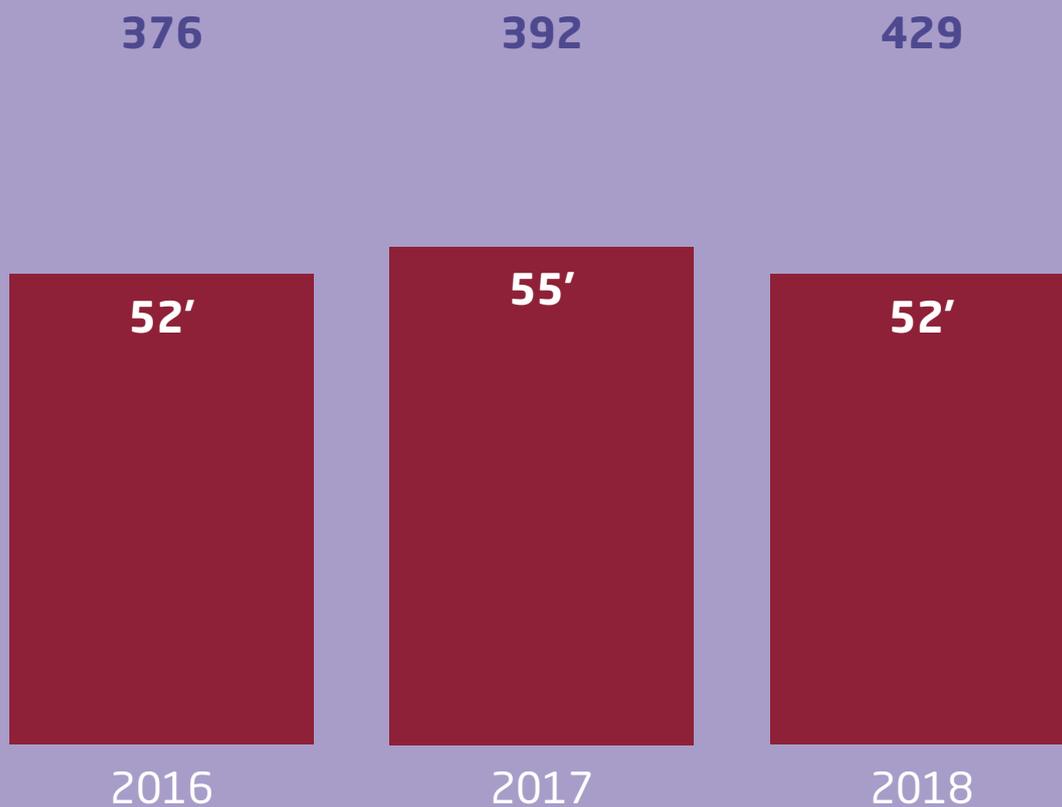
Lorsqu'un infarctus du myocarde survient suite à l'occlusion d'une artère coronaire, il est impératif d'intervenir très rapidement pour désobstruer l'artère bouchée. Au bout de 30 minutes, le muscle cardiaque commence à se nécroser de façon irréversible.

En janvier 2013, après avoir constaté que des patientes et 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 infirmière ou un médecin du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pose un diagnostic, puis organise le transfert de la patiente ou du patient directement au CHUV, et simplifie la procédure d'admission à l'hôpital. La ou le malade va directement dans l'unité de cardiologie interventionnelle qui va le prendre en charge, sans passer par le Service des 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.



TEMPS DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'INFARCTUS

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



Commentaires du graphique

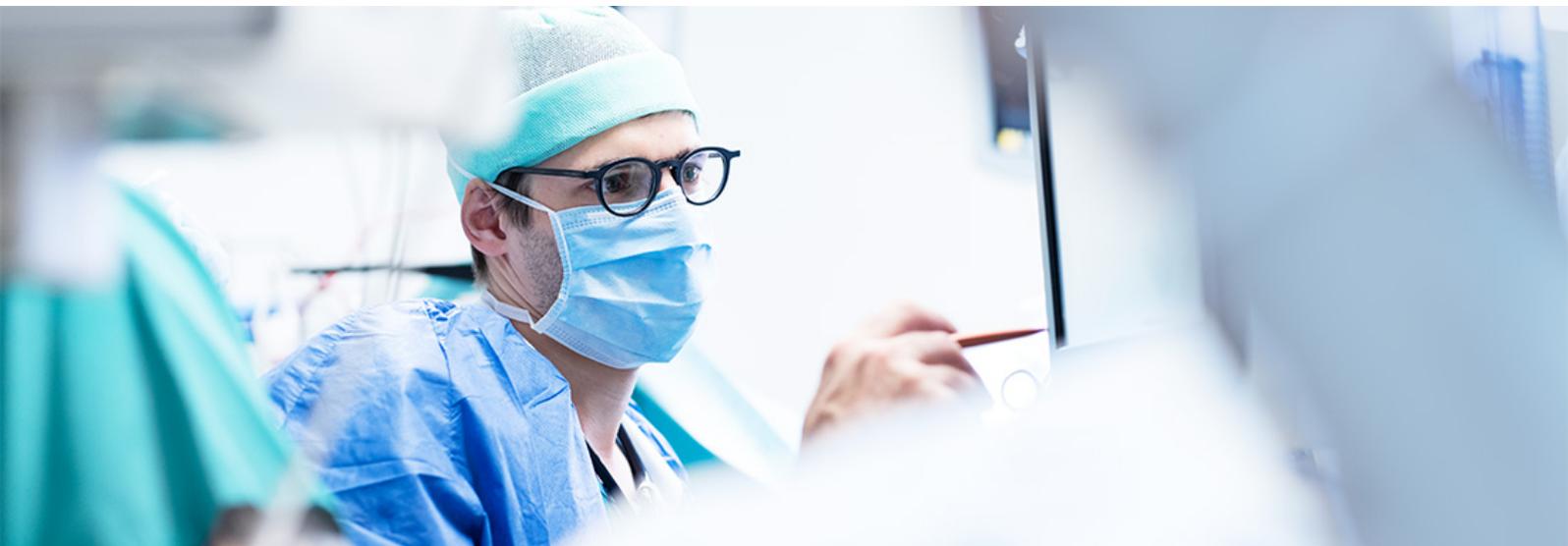
En 2018, le nombre de patientes et patients qui ont bénéficié de la filière STEMI continue à augmenter (de près de 40% par rapport à 2015). Parallèlement, le temps médian entre l'arrivée de la patiente ou du patient au CHUV et l'administration du traitement se maintient à environ 52 minutes. Ce résultat est très satisfaisant.



Objectif pour 2019

En 2019, malgré l'augmentation constante du nombre de patientes et patients qui doivent être pris en charge dans la filière STEMI, l'objectif sera de continuer à maintenir le délai entre l'arrivée au CHUV et le début du traitement.

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



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 4,5 heures 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 30 minutes entre l'arrivée à la porte de l'hôpital et la thrombolyse.

Pour environ la moitié des patientes et patients, 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.

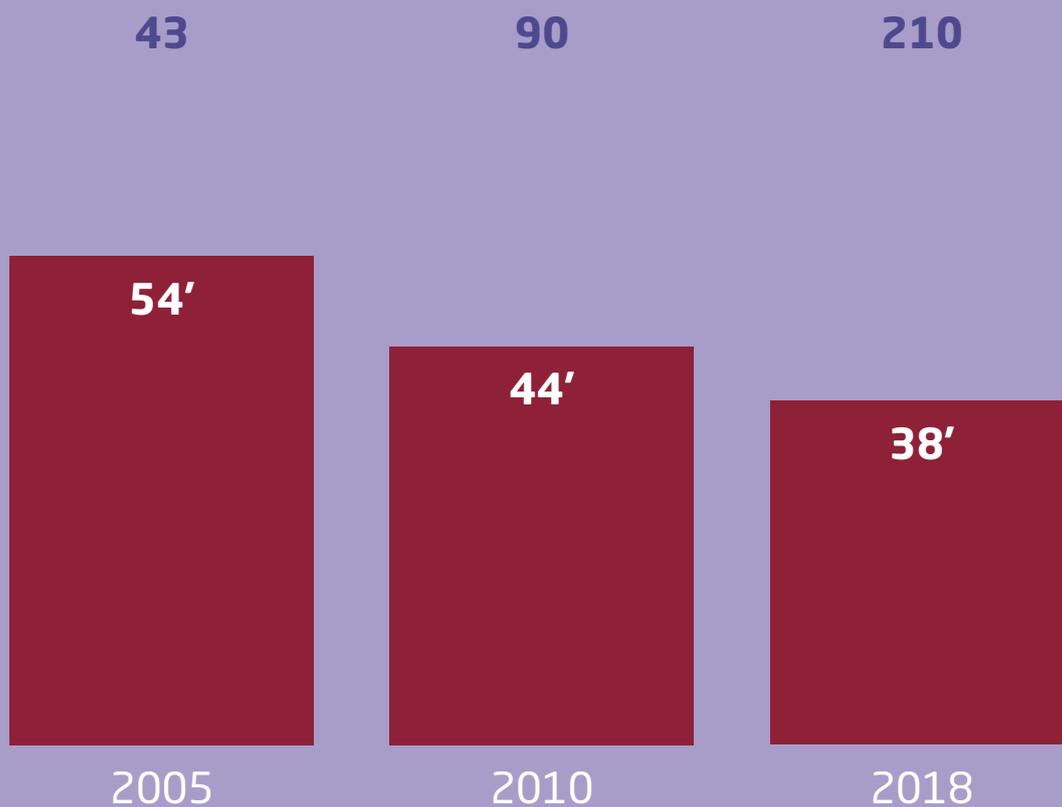
Les recommandations pour la prise en charge de ces patientes et patients comportent des règles pour leur transport. L'application de ces recommandations permet un meilleur tri des personnes en périphérie, et garantit aux malades de se voir acheminer le plus rapidement possible vers l'unité cérébrovasculaire 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 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 la patiente ou le patient, et à collecter des informations dès la phase préhospitalière, en vue de la prise en charge. Afin de correspondre aux standards de bonne pratique, le CHUV s'est fixé un objectif de moins de 30 minutes entre l'arrivée à la porte de l'hôpital et la thrombolyse.



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

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



Commentaires du graphique

De 2004 à 2018, le nombre de patientes et patients victimes d'un AVC ischémique ayant bénéficié d'une revascularisation a augmenté progressivement de 36 à 210. L'année 2018 a vu 16% de patientes et patients de plus qu'en 2017 bénéficier d'une thrombolyse ou d'une thrombectomie. Par ailleurs, 50 patientes et patients ont bénéficié d'un traitement tardif basé sur l'imagerie avancée, un nouveau mode de traitement qui fait ses preuves scientifiques depuis 2018 seulement.

Depuis 2004, les délais médian entre l'arrivée au CHUV et le traitement ont diminué progressivement pour atteindre 38 minutes en 2018. Néanmoins, en 2018, comme attendu, les délais de traitement (en médiane) ont légèrement augmenté, comme le montre la courbe de tendance. Cette évolution s'explique par l'introduction de l'IRM comme imagerie de premier choix pour ces patientes et patients. Du fait qu'il permet d'améliorer la sélection des malades pour la revascularisation, ce délai supplémentaire est actuellement acceptable. L'équipe du Centre cérébrovasculaire travaille également à tout moment à l'accélération de ces filières en préhospitalier et intrahospitalier.



Objectif pour 2019

En 2019, l'objectif est d'améliorer les délais en révisant, en premier lieu, les protocoles de réalisation des examens d'imagerie. Deuxièmement, l'équipe du Centre cérébrovasculaire améliorera encore sa performance en s'exerçant lors de séances de simulation. Enfin, le centre préparera la visite de recertification par la Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies, qui aura lieu en décembre 2019.

5.4 LA FILIÈRE DES FRACTURES OSTÉOPOROTIQUES



LE SUIVI DES FRACTURES AU DÉPARTEMENT DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (DAL)

Personnes de référence: **docteur Bérengère Rozier Aubry**, Service de rhumatologie et Centre des maladies osseuses, et **docteur Eric Thein**, Direction du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur.

Pour assurer le meilleur traitement possible des fractures majeures dues à l'ostéoporose, le CHUV a créé une filière spécifique. Avec des résultats immédiats.

Aujourd'hui en Suisse, l'ostéoporose touche la moitié des femmes et un homme sur cinq. Chaque année, elle provoque environ 30'000 fractures majeures, parmi lesquelles 14'000 fractures du fémur et 11'000 fractures de vertèbres. Les fractures ostéoporotiques majeures (FOM) occupent ainsi la plus grande partie des lits dans les hôpitaux helvétiques. Elles sont par ailleurs connues pour augmenter sensiblement le risque de mortalité des personnes qui en souffrent.

Un modèle d'organisation exigeant

Les patientes et patients qui viennent au CHUV pour une fracture ostéoporotique majeure sont souvent âgé·e·s ou très âgé·e·s. Lorsqu'elles ou ils arrivent à l'hôpital, les soins aigus prennent la priorité sur les problèmes de santé osseuse. Il arrive alors fréquemment que ces derniers ne soient pas suffisamment pris en charge.

Un tel déficit de traitement est loin d'être marginal. Il peut concerner jusqu'à 80% des fractures. En 2010, alertée par le coût humain et hospitalier des FOM, la communauté hospitalière mondiale a lancé une campagne internationale intitulée «Capture the fracture». On y encourageait notamment la création de filières de soins spécialisées dans la fracture ostéoporotique. Définis selon plusieurs degrés d'exigence, ces modèles de traitement consistent en une série d'actes médicaux coordonnés au sein de l'hôpital, de même qu'entre les médecins hospitalières et hospitaliers et les médecins traitantes et traitants.



Avec une prise en charge et un suivi complets, le nombre de deuxième fractures tombe radicalement.

Au CHUV, en 2008 déjà, le Département de l'appareil locomoteur (DAL) a mis en place un modèle d'organisation très exigeant pour traiter les fractures ostéoporotiques majeures. Toute patiente ou tout patient admis·e à l'hôpital avec une FOM bénéficiait d'un dépistage, de toutes les investigations nécessaires, de la mise en place d'un traitement, d'une éducation thérapeutique avec une infirmière ou un infirmier, puis d'un suivi aussi bien par les médecins spécialistes des maladies osseuses que par les médecins traumatologues de l'hôpital. Tous les services concernés assuraient également une coordination régulière entre eux. Au DAL, il s'agit du Centre des maladies osseuses (CMO), qui réunit les médecins spécialistes, et du Service de traumatologie (TRA), où séjournent généralement les patientes et patients qui souffrent de FOM.

Des médecins mieux alertés

Régulièrement évaluée depuis sa mise en œuvre, cette filière de la fracture ostéoporotique montre des effets très positifs. En premier lieu, elle permet de mieux évaluer la maladie. Ensuite, elle a pour résultat de réduire très nettement le risque de subir une deuxième fracture majeure: sans traitement adéquat, plus du tiers des patientes et patients subissent une deuxième fracture dans un avenir proche. Avec une prise en charge et un suivi complets, ce taux tombe radicalement, de même que le taux de mortalité. Par ailleurs, la mise en place d'une telle filière au sein du CHUV a modifié la pratique des médecins de famille: mieux alerté·e·s par les médecins hospitalières et hospitaliers, les médecins traitantes et traitants prennent plus tôt et plus souvent l'initiative d'un traitement avec leurs patientes et patients.



Une filière très récompensée

Devenue un modèle de référence en Suisse et à l'étranger, la filière de la fracture ostéoporotique du CHUV a reçu la plus haute distinction de qualité de l'International Osteoporosis Foundation. Elle a également reçu un diplôme lors de la journée Qualiday 2018 du CHUV. Elle a par ailleurs été reprise et adaptée par les hôpitaux de Fribourg, Neuchâtel, la Riviera, Delémont et Moutier avec un financement garanti.

5.5 LE PROGRAMME ERAS POUR UNE MEILLEURE RÉCUPÉRATION APRÈS UNE CHIRURGIE



Depuis plusieurs années, les Services de chirurgie viscérale, d'urologie et de gynécologie du CHUV suivent un protocole spécifique qui accélère la récupération des patientes et patients après une opération chirurgicale. Un tel protocole existe aussi en chirurgie thoracique depuis 2017.

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 patientes et patients, ce protocole atténue les effets négatifs d'une opération et réduit significativement les complications postopératoires. **Les patientes et patients jouissent ainsi d'une meilleure qualité de vie avant, pendant et après leur intervention.**

Se mettre rapidement en mouvement

Plus de 20 mesures composent le programme ERAS. Comme l'état nutritionnel d'une personne, notamment sa réserve en glucides, joue un rôle prépondérant pour la chirurgie comme pour la récupération, la future opérée ou le futur opéré doit consommer, le jour précédant 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.



Le programme ERAS recommande de se lever quelques heures après une intervention.

Pour qu'une patiente ou un patient 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, la patiente ou le patient reçoit un traitement antidouleur plus puissant.

D'autres mesures du programme ERAS s'adressent aux équipes chirurgicales. Elles demandent, entre autres, à ne pas trop hydrater la patiente ou le patient durant l'intervention. Elles visent aussi à empêcher que sa température corporelle ne baisse; si cela se produit, son organisme dépense davantage d'énergie, ce qu'il faut précisément éviter. Le programme ERAS recommande par ailleurs que les chirurgiennes et chirurgiens recourent prioritairement à la chirurgie par laparoscopie. Moins invasive, elle nécessite aussi moins de drains.

Un contrôle régulier

Le succès du programme ERAS exige que plusieurs disciplines collaborent: chirurgiennes et chirurgiens, anesthésistes, infirmières et infirmiers, physiothérapeutes, nutritionnistes, stomathérapeutes. Il demande aussi et surtout la participation active des patientes et patients. La première personne à avoir bénéficié 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 cliniciennes et cliniciens du CHUV récoltent les données des patientes et patients 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 patientes et patients 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 ERAS dans le monde.

[Vers ERAS Suisse](#)



Lauréat Qualiday

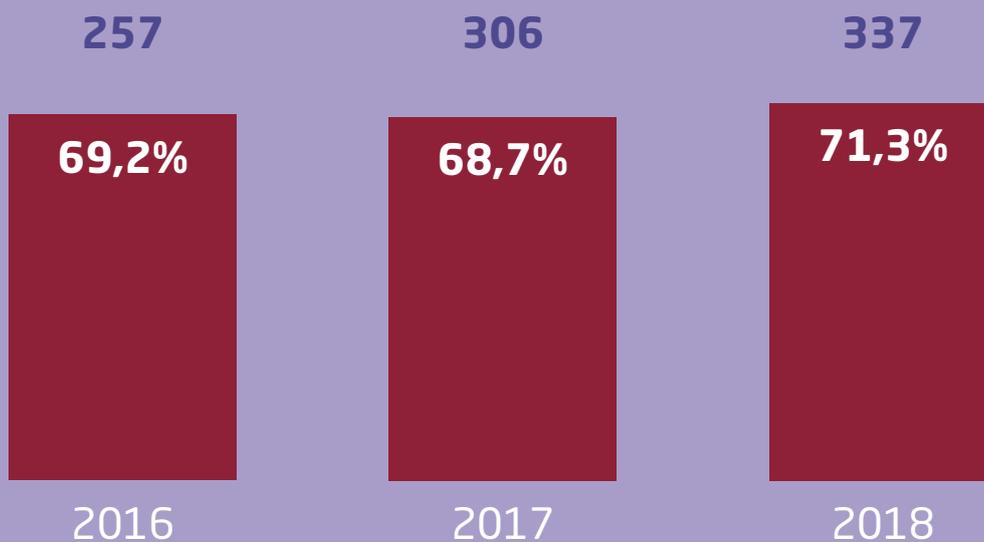
Lors de la journée Qualiday 2018 du CHUV, le Service de chirurgie viscérale a remporté l'un des deux Prix du jury pour le programme ERAS.



RÉSULTATS DU PROGRAMME ERAS EN CHIRURGIE VISCÉRALE

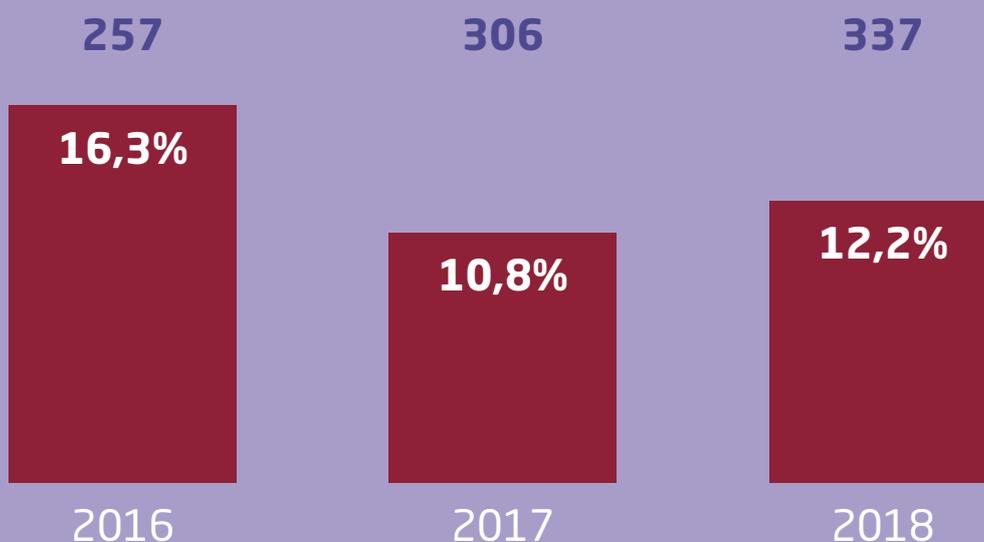
Proportion de mesures ERAS appliquées

- Nombre de réponses
- Proportion de mesures ERAS appliquées



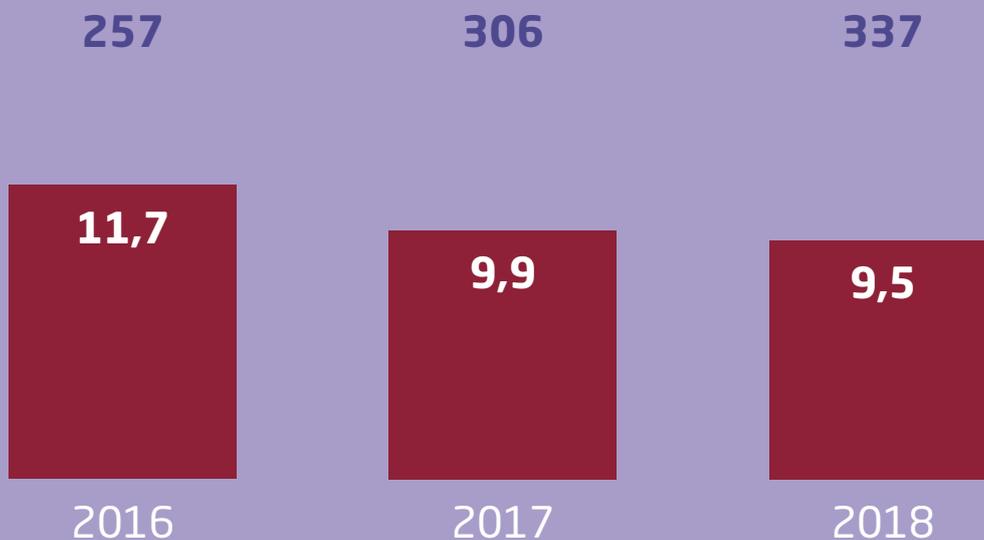
Taux de complications IIIb et plus

- 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)



Application du programme ERAS en chirurgie viscérale et résultats obtenus

L'application du programme ERAS à la chirurgie viscérale concerne quatre domaines particuliers: les chirurgies du pancréas et du foie, la chirurgie colorectale et celle de la partie supérieure du tube digestif (estomac, œsophage et chirurgie de l'obésité). Depuis 2011, près de 2'700 patientes et patients dont les soins relèvent de ces quatre domaines ont suivi la prise en charge ERAS. Hormis les patientes et patients qui ont été opéré·e·s pour traiter leur obésité (chirurgie bariatrique), la plupart ont été soigné·e·s pour un cancer.

Commentaires des résultats

Entre 2016 et 2018, l'adhérence au programme ERAS est globalement stable. Environ 70% des éléments du protocole sont respectés. Cependant, si l'on veut conserver ses effets bénéfiques sur la durée de séjour et sur la survenue de complications, l'adhérence au programme ERAS implique une collaboration permanente entre chirurgiennes et chirurgiens, anesthésistes et équipes infirmières.

Le taux de complications ayant entraîné une réintervention sous anesthésie générale ou une prise en charge en soins intensifs diminue entre 2016 et 2018. Il en est de même pour la durée de séjour, qui diminue de près de 20%. Alors que les traitements multidisciplinaires, tels que la radiothérapie, permettent de prendre en charge des patientes et patients à un stade plus avancé de la maladie, présentant plus de risque de développer des complications et d'allonger le séjour hospitalier, ce résultat est particulièrement satisfaisant.



Objectif pour 2019

En 2019, le Service de chirurgie viscérale poursuivra le suivi étroit de l'adhérence au programme ERAS.

6 CERTIFICATIONS ET ACCRÉDITATIONS



ACCRÉDITATIONS

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
DÉCANAT DE LA FACULTÉ DE BIOLOGIE ET DE MÉDECINE (FBM)			
Standards AAQ relatifs aux exigences des LEHE et LPMéd	2018	2018	Filière d'études de l'Ecole de médecine de la FBM
INSTITUT DE RADIOPHYSIQUE - LABORATOIRES			
SN EN ISO/CEI 17025:2005 SN EN ISO/CEI 17020:2012	2001	2016	a) 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. b) Laboratoire d'étalonnage d'instruments de mesure des radiations ionisantes et d'installations d'irradiation. c) Organisme d'inspection (type C) pour les contrôles de conformité dans le cadre de l'utilisation des radiations ionisantes.
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION ET RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (IUFRS)			
Standards AAQ relatifs aux filières d'études des HES selon exigences de la LHES et, par convention et de manière subsidiaire, standards CUS relatifs aux filières d'études universitaires selon exigences de la LEHE.	2012	2012	Programme du Master ès Sciences. en sciences infirmières (programme conjoint UNIL - HES-SO).
LABORATOIRE CENTRAL D'HÉMATOLOGIE			
SN EN ISO 15189:2013	2001	2016	Laboratoire de biologie médicale pour les examens dans le domaine de l'hématologie
LABORATOIRE D'ANDROLOGIE (DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE)			
SN EN ISO 15189:2013	2001	2016	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses d'andrologie et de biologie de la reproduction

Norme / Standard appliqué	Année 1ère cert./accréd.	Année dernière cert./accréd.	Remarques / Périmètre
LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE SN EN ISO/CEI 17025:2005	1999	2014	Laboratoire d'essais pour les analyses médicales dans les domaines de l'allergologie, de l'immunologie clinique et de la vaccinologie
LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE Standards EFI	2013	2017	
LABORATOIRE D'ONCOGÉNOMIQUE (DE LCH) SN EN ISO 15189:2013	2018	2018	Laboratoire de biologie médicale pour les examens dans le domaine de la génétique
LABORATOIRE DE CHIMIE CLINIQUE SN EN ISO 15189:2013	2000	2015	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses médicales dans le domaine de la chimie clinique
LABORATOIRE SUISSE D'ANALYSE DU DOPAGE (LAD) DU CURML SN EN ISO/CEI 17025:2005	2000	2015	Laboratoire d'essais pour les analyses de substances et de méthodes dopantes
LABORATOIRES DE GÉNÉTIQUE SN EN ISO 15189:2013	2002	2017	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses dans le domaine de la génétique
LABORATOIRES DIAGNOSTIQUES DE MICROBIOLOGIE IMU-DAM SN EN ISO/CEI 17025:2005	2001	2016	Laboratoire d'essais pour les analyses médicales dans le domaine de la microbiologie ainsi que pour les analyses du domaine de l'hygiène hospitalière
SERVICE D'HÉMATOLOGIE JACIE	2005	2011	Cellules souches pour greffe autologue
SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE - CENTRE DES BRÛLÉS MHS Brûlures graves chez l'adulte et son art. 3f + Normes de la European Burns Association (EBA)	2015	2015	Filière des brûlés (adultes et enfants)
SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE ET IMAGERIE MOLÉCULAIRE ISO 9001:2015 + QMA Audits in nuclear medicine practices	2013	2016	Processus cliniques
UNITÉ DE GÉNÉTIQUE FORENSIQUE (UGF) DU CURML SN EN ISO/CEI 17025:2005	2004	2014	Laboratoire d'essais pour les analyses dans le domaine de la génétique forensique et les analyses ADN.
UNITÉ DE PHARMACOGÉNÉTIQUE ET PSYCHOPHARMACOLOGIE CLINIQUE (DU CENTRE DE NEUROSCIENCES PSYCHIATRIQUES) SN EN ISO 15189:2013 + SN EN ISO/CEI 17025:2005	2002	2016	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses dans les domaines de la chimie clinique, de la génétique ainsi que pour le prélèvement sanguin
UNITÉ DE TOXICOLOGIE ET DE CHIMIE FORENSIQUES (UTCF) DU CURML SN EN ISO/CEI 17025:2005	2005	2015	Laboratoire d'essais pour les analyses dans les domaines de la toxicologie et la chimie forensiques

CERTIFICATIONS

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
ATELIER SANITAIRE			
EN ISO 13485:2012	2001	2016	Dispositifs médicaux (réseaux de gaz)
ATELIER SANITAIRE			
Annexe II (exclue s4). Directive 93/42/CEE	2001	2016	Dispositifs médicaux (réseaux de gaz)
CENTRALE DE STÉRILISATION ET DÉSINFECTION			
ISO 9001:2015 + ISO 13485:2016	1998	2017	Centrale BH04 + Sterbop BH05, HO non compris
CENTRE DES FORMATIONS			
ISO29990:2010	2005	2017	Toute l'offre de formation
CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE			
Critères d'évaluation de la LSC et SSS d'octobre 2012	2013	2017	Centre du sein
CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE			
EUSOMA	2015	2017	Centre du sein
CONSULTATION DE MÉDECINE DE LA FERTILITÉ ET ENDOCRINOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE (DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE)			
ISO 9001:2015	2003	2016	
CUTR SYLVANA À ÉPALINGES			
ISO 9001:2015	1998	2017	
DIRECTION ACTIVITÉS COMMUNES PÉDIATRIQUES - SOINS PALLIATIFS			
Label «Qualité dans les soins palliatifs» de l'ASQSP	2014	2014	Equipe mobile pédiatrique cantonale de soins palliatifs et de soutien
DIRECTION DES CONSTRUCTIONS, INGÉNIERIE, TECHNIQUE ET SÉCURITÉ			
ISO 9001:2015	2011	2018	
DIRECTION DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE			
ISO 9001:2015	2007	2017	Processus de management, ressources, prestations et amélioration
DIRECTION DU DÉPARTEMENT DES LABORATOIRES			
ISO 9001:2015	2011	2017	Processus de management, ressources, prestations et amélioration
EMS SOERENSEN-LA ROSIÈRE À GIMEL			
ISO 9001:2015	2003	2016	
FINANCEMENT ET PLANIFICATION DE LA DIRECTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE			
REKOLE®	2014	2018	Comptabilité analytique des coûts et des prestations
INSTITUT DE RADIOPHYSIQUE - FORMATION ET LOGISTIQUE			
ISO 29990:2010	2015	2015	Formation et logistique
PROCESSUS ALIMENTATION NON THÉRAPEUTIQUE (PROALIM) DES SERVICES HÉBERGEANT DES PATIENTES ET PATIENTS			
ISO 9001:2015	2003	2017	Sites: Cité hospitalière, Cery et Sylvana
SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE			
ISO 9001:2015	2009	2018	Tous les secteurs, y compris le Centre des brûlés

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE			
Directives pour la certification de la SSMI	2006	2016	
SERVICE DE MÉDECINE INTERNE			
ISO 9001:2015	2004	2017	Hospitalisation
SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE ET IMAGERIE MOLÉCULAIRE			
ISO 9001:2015 + QMA Audits in nuclear medicine practices	2013	2016	Processus cliniques
SERVICE DE NEUROLOGIE - CENTRE CÉRÉBRO-VASCULAIRE			
MHS	2013	2016	AVC / Stroke Center
SERVICE DE PHARMACIE			
ISO 9001:2015 + Référentiel RQPH v1.2	2007	2016	
SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES			
ISO 9001:2015	2004	2017	Hospitalisation et activités ambulatoires
SERVICE DES SOINS PALLIATIFS			
Label «Qualité dans les soins palliatifs» de l'ASQSP	2014	2014	Unité de lits de médecine palliative et équipe mobile intra-hospitalière de soins palliatifs et de soutien
SERVICE DES SOINS PALLIATIFS			
Label «Qualité dans les soins palliatifs» de l'ASQSP	2014	2014	Equipe mobile adultes extra-hospitalière cantonale de soins palliatifs et de soutien du Réseau Santé Région Lausanne
UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE PÉDIATRIE			
ISO 9001:2015	2009	2018	

INSPECTIONS

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
CENTRE DE PRODUCTION CELLULAIRE			
Loi LPTTh (RS 812.21), loi sur la transplantation (RS 810.21), ordonnances OAMéd (RS 812.212.1) et OEPT (RS 812.214.5)	2012	2017	a) Fabrication de transplants standardisés (TrSt) b) Thérapie génique (TG) c) Organismes génétiquement modifiés (OGM)
CENTRE DE RECHERCHE CLINIQUE			
LPTTh + LRH + OClin + Ligne directrice sur les bonnes pratiques cliniques	2011	2014	
EMS SOERENSEN-LA ROSIÈRE À GIMEL			
Grille d'évaluation CIVESS	2013	2018	
LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE			
Ordonnances	2010	2016	
LABORATOIRE DES MALADIES MOLÉCULAIRES (DE LGE)			
Loi sur l'analyse génétique humaine (LAGH, RS 810.12),ordonnance sur l'analyse génétique humaine (OAGH, RS 810.122.1)	2008	2013	
LABORATOIRES DIAGNOSTIQUES DE MICROBIOLOGIE IMU-DAM			
Loi sur les épidémies (RS 818.101), ordonnance sur les laboratoires de microbiologie(RS 818.101.32)	2016	2016	a) Exécution d'analyses diagnostiques ou épidémiologiques dans le domaine des maladies transmissibles de l'homme b) Exécution d'analyses microbiologiques sur du sang, des produits sanguins ou des transplants afin d'exclure la présence de maladies transmissibles en vue de procéder à une transfusion, une transplantation ou une préparation c) Exécution d'analyses visant à mettre en évidence un agent pathogène dans des échantillons prélevés dans l'environnement à la suite d'un événement B.S66
SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE ET IMAGERIE MOLÉCULAIRE - LABORATOIRES			
Loi sur les produits thérapeutiques, LPTTh (RS 812.21)	2014	2016	a) Fabrication de principes actifs de principes hautement actifs (radiopharmaceutiques) b) Fabrication de produits intermédiaires et médicaments prêts à l'emploi sous forme liquide (radiopharmaceutiques), de manière aseptique, destinés à des essais cliniques
SERVICE DE PHARMACIE			
GMP et BPF petites quantités suisses + Loi LPTTh + ordonnances OMéd, OAMéd	2001	2016	Fabrication (unité de production, unité de laboratoire de contrôle qualité et unité de coordination des études cliniques)
SERVICE DE PHARMACIE			
LPTTh + OAMéd + Oméd + Lstup + LSP + RESP	0	2018	Le diacétylmorpine (circuit logistique et traçabilité y compris à la POLADD)

RECONNAISSANCES

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
ATELIER CES RÉHABILITATION (DU SERVICE DE PSYCHIATRIE SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE)			
Critères de qualité requis des institutions sociales latines (CLASS)	2018	2018	Activités de production et artistiques en faveur de personnes présentant des difficultés passagères, récurrentes ou invalidantes sur le plan psychosocial
CENTRE DE TRANSPLANTATION D'ORGANES			
MHS	2010	2015	Reins, poumons, cœur
SOINS INTERMÉDIAIRES D'ORL AU 12ÈME			
Directives suisses pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires	2017	2017	Unités ORLH.12NC
SOINS INTERMÉDIAIRES DE CARDIOLOGIE ET CHIRURGIE CARDIAQUE AU 16ÈME			
Directives suisses pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires	2017	2017	Unité CARH.16SC et CCVH.16CC
SOINS INTERMÉDIAIRES DE NEUROCHIRURGIE ET NEURORÉÉDUCATION AIGÜE AU 13ÈME			
Directives suisses pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires	2017	2017	Unités NCHH.13NC et NRAH.13NI
SOINS INTERMÉDIAIRES DE NEUROLOGIE AU 13ÈME			
Directives suisses pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires	2017	2017	Unité NLGH.13SC
SOINS INTERMÉDIAIRES DE PÉDIATRIE AU 11ÈME			
Directives suisses pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires	2017	2017	Unité ENFC.11SC
SOINS INTERMÉDIAIRES DE TRAUMATOLOGIE AU 14ÈME			
Directives suisses pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires	2017	2017	Unité TRAH.14SC
SOINS INTERMÉDIAIRES DES CHIRURGIES THORACIQUE, VASCULAIRE ET VISCÉRALE AU 15ÈME			
Directives suisses pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires	2017	2017	Unités CHTH.15TC, CVAH.15SC, CHVH.15NC et CHVH.15VC

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

Jean Szabo
Sandrine Szabo
Romaric Drigon
Netinfluence

Photographie

Jeanne Martel
Gilles Weber
Service d'appui multimédia

Direction artistique

Jessica Scheurer
Service d'appui multimédia

Vidéo

Numa Luraschi
Philippe Gétaz
Service d'appui multimédia

Webpublisher

Morgane Arrayet

Gestion de projet

Gabriella Sconfitti
Service de communication