

DIRECTION GÉNÉRALE

# RAPPORT QUALITÉ 2019





1 Les domaines de pointe: la médecine hautement spécialisée et les centres interdisciplinaires.....	6
1.1 La médecine hautement spécialisée.....	7
1.2 Les transplantations d'organes.....	9
1.3 La prise en charge des brûlures graves chez l'adulte et l'enfant.....	12
1.4 La filière de traumatologie.....	17
1.5 Les centres interdisciplinaires d'oncologie.....	22
2 Information et participation de la patiente ou du patient.....	34
2.1 La satisfaction des patientes ou patients et des proches.....	35
2.2 L'espace Patients & Proches.....	43
3 La continuité de la prise en charge.....	49
3.1 Le Faxmed de sortie.....	50
3.2 Le délai d'envoi des lettres de sortie.....	53
3.3 Les réadmissions potentiellement évitables.....	56
4 La sécurité par la gestion des risques.....	61
4.1 La sécurité interventionnelle.....	62
4.2 L'observance de l'hygiène des mains.....	65
4.3 Les infections du site opératoire.....	68
4.4 La prévalence des escarres.....	74
4.5 La mortalité hospitalière.....	77
4.6 La gestion des événements critiques et indésirables.....	82
5 L'efficacité et l'efficience des soins.....	86
5.1 Les délais de prise en charge aux urgences.....	87
5.2 Les délais de prise en charge en cas d'infarctus du myocarde.....	90
5.3 Les délais de prise en charge en cas d'accident vasculaire cérébral.....	95
5.4 Le programme ERAS pour une meilleure récupération après une chirurgie.....	99
5.5 Efficience et smarter medicine.....	108
6 Certifications et accréditations.....	111



## 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



Oliver Peters  
Directeur général adjoint

## LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS SE MESURENT AUSSI PAR LEUR ENVIRONNEMENT

Régulièrement, le monde hospitalier est ébranlé par des scandales qui prennent leur source dans des conflits d'intérêts d'ordre économique. Ces derniers entraînent parfois des interventions injustifiées d'un point de vue médical. Ils suscitent l'utilisation de méthodes chirurgicales, d'implants ou de médicaments inappropriés et dangereux pour les patientes et les patients.

Lorsque nous évaluons la qualité et la sécurité des soins (ou lorsque nous parlons d'«orientation patient-e»), nous ne pouvons donc pas nous contenter de comparer des indicateurs – ce qui est une attitude assez répandue dans le monde de la politique de la santé. Nous devons également prendre en compte l'«**environnement de qualité**», et donc nous préoccuper de concepts de transparence, d'intégrité, de traçabilité et d'amélioration continue.

La **transparence** implique que l'hôpital doit connaître et pouvoir exclure tout conflit d'intérêts des médecins qui travaillent sous sa responsabilité. Au CHUV, toutes les activités accessoires des médecins sont facturées par l'hôpital. En cas de besoin, une commission résout les conflits d'intérêts. La rémunération des droits de propriété intellectuelle se règle de manière transparente et l'utilisation de thérapies expérimentales est soumise à un deuxième avis.

Le principe d'**intégrité** demande que la ou le médecin se sente motivé-e par le bien-être clinique de chaque patiente et patient, et qu'elle ou il s'en estime responsable. Les interférences d'ordre économique doivent être exclues le plus possible. Voilà pourquoi au CHUV, l'activité stationnaire est facturée en forfait DRG (pour diagnosis related groups), basé sur le coût moyen d'un groupe de pathologies. Cette facturation s'applique également aux activités privées au sein de l'hôpital. La rémunération de ces dernières est par ailleurs redistribuée de manière transparente à l'intérieur de l'institution. Cette méthode limite les écarts de revenus entre médecins et encourage la collaboration comme la solidarité à l'intérieur de l'hôpital.

Si un hôpital veut obéir au principe de **traçabilité**, il doit assurer que toutes les plaintes et tous les incidents critiques soient connus, documentés et accompagnés de mesures d'amélioration. La Direction du CHUV prend



connaissance de chaque plainte et de tout incident ayant causé un dommage à une patiente ou un patient. Elle analyse tous les cas et demande que des mesures ou des plans d'amélioration soient élaborés de façon appropriée.

**L'amélioration continue** consiste à déployer de façon systématique des projets de perfectionnement des soins qui se fondent sur des mesures régulières de résultats essentiels. Au CHUV, cette tâche est menée par un Comité qualité et sécurité (Q&S) institutionnel. Ses membres mettent en œuvre un plan d'amélioration annuel nourri par une récolte continue d'indicateurs, d'annonces (incidents, plaintes), d'enquêtes et d'analyses. Actuellement, des comités qualité et sécurité se mettent en place dans tous les services du CHUV.

La qualité des soins ne se construit pas seulement avec des indicateurs. Elle s'incarne dans une culture d'entreprise qui garantit le primat de la clinique – et son amélioration continue.



## 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.



51'205  
patientes et patients  
hospitalisés



1'531  
lits exploités



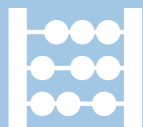
500'374  
journées d'hospitalisation



78'798  
urgences traitées



3'231  
naissances



383'534'363  
points TARMED facturés  
en consultations ambulatoires



11'575  
collaboratrices et  
collaborateurs qui  
représentent 101 nationalités  
(9'335 emplois à plein temps)



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

Le CHUV comprend 16 départements cliniques, médico-techniques, académiques, logistique et administratifs, ainsi qu'un 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.



# UN CONCOURS POUR ENCOURAGER LES PROJETS DU CHUV

**JOURNÉE QUALIDAY**  
Organe de référence

Comité qualité et sécurité

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



Le jury de la deuxième journée Qualiday a examiné 56 dossiers.

Deuxième édition du genre, la journée Qualiday 2019 s'est tenue au mois de novembre. Chargé·e·s d'examiner 56 dossiers, les membres du jury ont évalué le degré d'innovation de chaque projet, son impact potentiel ou déjà réel pour les patientes et patients, la possibilité de le transférer dans d'autres services ou encore sa simplicité de mise en œuvre. Le degré de collaboration entre les diverses professions de l'hôpital et entre services que chaque projet implique faisait également partie des critères de jugement.

## Prix 2019

En 2019, la journée Qualiday a récompensé les sept projets suivants:

### PRIX DU JURY POUR LE MEILLEUR PROJET RÉALISÉ

La filière NSTEMI de prise en charge rapide des infarctus sans sus-décalage du segment ST pour ses résultats.

### PRIX COUP DE CŒUR

Le projet pilote, en chirurgie viscérale, d'une application connectée qui sécurise le suivi postopératoire.

La consultation, en binôme et en rotation, d'une infirmière ou un infirmier clinicien·ne spécialisé·e avec un·e médecin assistant·e, destinée au suivi des patientes et patients du CHUV souffrant de maladies chroniques.

### PRIX DU PUBLIC

Le projet de développement des autopsies médicales intitulé «Décès d'un·e patient·e en médecine interne: et après?».

### DIPLÔMES DU JURY

La lutte contre les infections liées aux cathéters veineux et artériels en médecine intensive adulte.



Le programme de réhabilitation améliorée ERAS® (pour enhanced recovery after surgery) après une opération de chirurgie thoracique pour son impact.

L'étude de l'adhérence et de l'impact après 18 mois des recommandations pour la pratique clinique en médecine interne.

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

En plaçant la qualité des soins et la sécurité des patientes et patients au rang de priorité absolue, les hôpitaux 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 manière 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 entreprennent des démarches d'amélioration, dont les effets sont suivis avec les mêmes indicateurs ou, si nécessaire, avec des indicateurs supplémentaires.

Objectif n° 1

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

Objectif n° 2

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

Objectif n° 3

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

Objectif n° 4

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

Objectif n° 5

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

# 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 adaptée en évaluant soigneusement sa situation. Sa priorité est de répondre au mieux aux besoins de la patiente ou du patient 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 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 (MHS) comprend les soins cliniques particulièrement complexes, qui demandent des compétences pointues et font appel à une technique très sophistiquée. Ces traitements se caractérisent également par un grand besoin d'innovation. De ce fait, il est indispensable de regrouper les compétences et 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 2019, 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 ou 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



Si une patiente ou un patient doit recevoir un organe ou a déjà bénéficié d'une transplantation, elle ou il requiert une prise en charge interdisciplinaire qui réunit un grand nombre de spécialistes, tels que des chirurgiennes et chirurgiens, des médecins internistes, des spécialistes en médecine intensive, 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, dans le but de former le Centre universitaire romand de transplantation (CURT), le CTO du CHUV s'est associé au Service de transplantation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). 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. Depuis lors, dans le cadre actuel des mandats de médecine hautement spécialisée en Suisse, les interventions de transplantation sont réparties entre les deux hôpitaux.

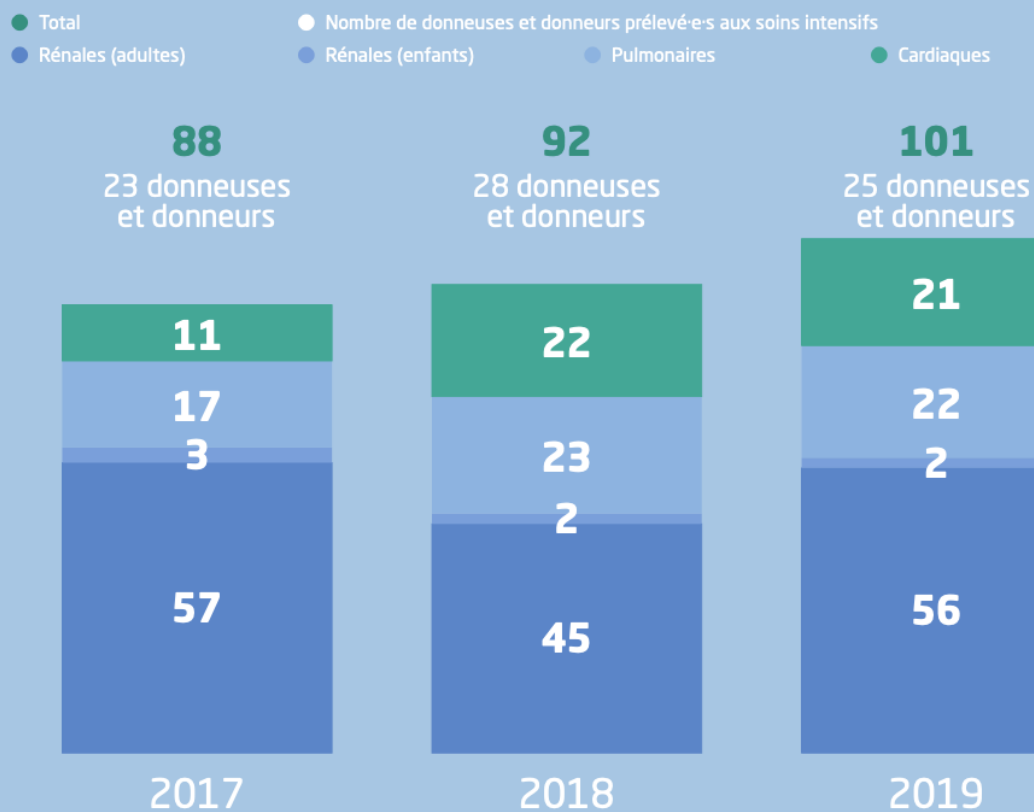
La répartition entre les cantons de Vaud et Genève obéit à une logique par organe:

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

Les transplantations rénales se pratiquent sur les deux sites.



## MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE - NOMBRE DE TRANSPLANTATIONS





## Commentaire du graphique

En 2019, le CHUV a pratiqué 56 transplantations rénales chez des adultes et 2 chez 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 globalement 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'activité atteint 22 transplantations en 2019. Avec le Centre universitaire romand de transplantation, 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.



Le nombre de donneuses et donneurs prélevé·e·s au CHUV (et en Suisse), après avoir doublé en 2018, se stabilise en 2019.

En ce qui concerne les transplantations cardiaques, le volume d'activité se stabilise avec 21 transplantations cardiaques en 2019, dont 3 pour des enfants. Avec le Centre universitaire romand de transplantation, le CHUV obtient des résultats de survie d'environ 80% à 5 ans.

A ces 101 transplantations s'ajoutent 24 transplantations hépatiques de patientes et patients opéré·e·s aux HUG, mais dont les bilans de pré-transplantation ont été réalisés au CHUV, où s'effectue également le suivi ambulatoire.

Le nombre de donneuses et donneurs prélevé·e·s au CHUV (et en Suisse), après avoir doublé en 2018, se stabilise en 2019. 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 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 des patientes ou patients. 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 met en jeu 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 plasticiennes et chirurgiens plasticiens. 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 la 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 trouve 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 et d'ergothérapie, de même que le suivi psychologique, sont aussi réalisés en ambulatoire. Etablie par toutes les équipes intervenant dans cette prise en charge, une brochure informative a été conçue pour les enfants et leurs proches. Elle aide à mieux comprendre les différentes étapes de cette longue prise en charge.

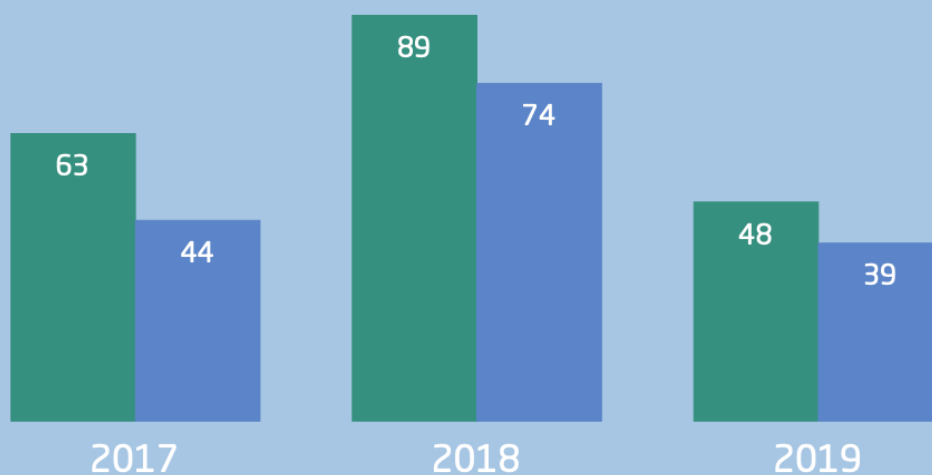




## NOMBRE DE PATIENTES ET PATIENTS

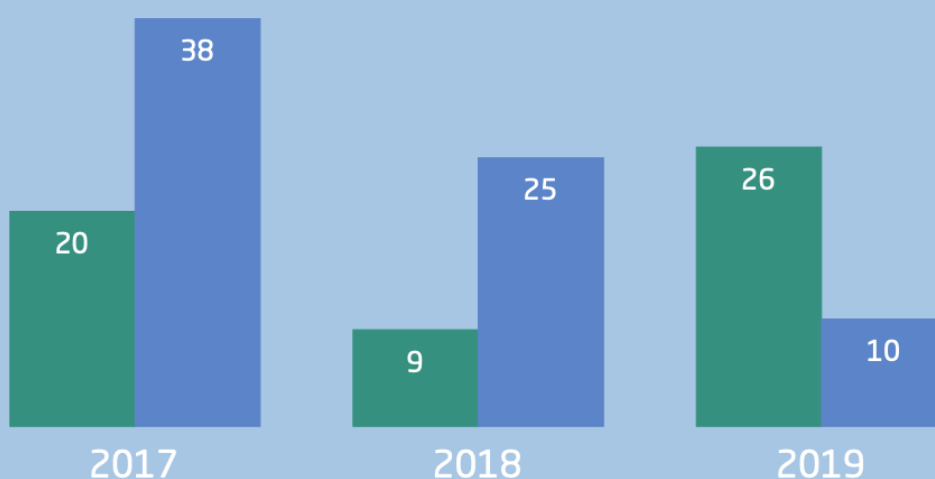
### Adultes

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



### Enfants

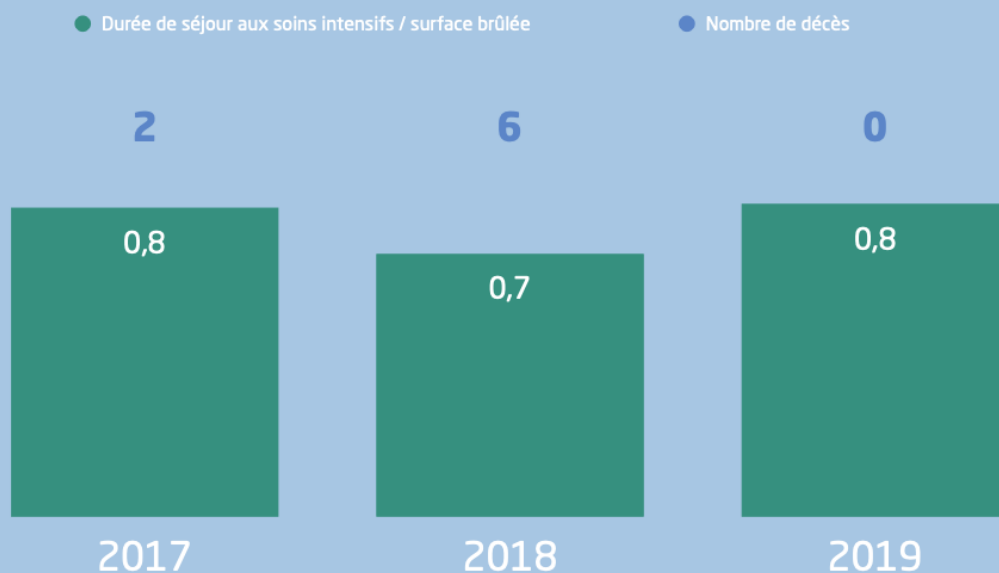
- Patientes et patients brûlé-e-s hospitalisé-e-s toutes catégories
- Patientes et patients avec brûlures remplissant les critères MHS



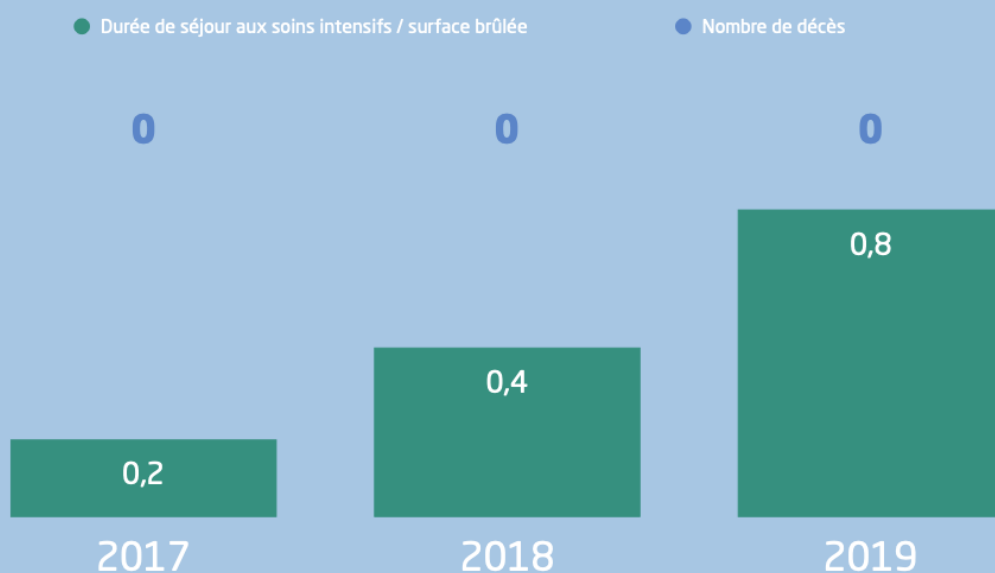


## DURÉE DE SÉJOUR ET NOMBRE DE DÉCÈS

### Adultes



### Enfants



## Commentaire des graphiques

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

En 2019, 48 patientes et patients adultes ont été pris-es en charge au CHUV pour une brûlure et 5 pour des toxidermies sévères. Ce nombre représente une diminution par rapport aux années antérieures, durant lesquelles 65 à 80 personnes adultes brûlées étaient soignées chaque année. Cette diminution est probablement due à l'efficacité de la prévention. Parmi les 48 patientes et patients de 2019, 39 remplissaient les critères MHS, redéfinis en 2017 par la European Burns Association. Du côté des enfants, sur les 188 patientes ou patients traité-e-s en 2019 (Hôpital de l'enfance de Lausanne et CHUV), 26 remplissaient les critères MHS. Parmi elles et eux, seulement 10 ont dû être hospitalisé-e-s. Toutes et tous les autres ont pu être traité-e-s en ambulatoire.



Dans les centres spécialisés, la relation entre durée de séjour et surface brûlée doit être inférieure à 1 jour par pourcent du corps brûlé.

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 par rapport à la surface de son corps brûlée. Durant cette période décisive, si la réanimation, la nutrition, la prévention et le traitement des infections et les interventions chirurgicales sont bien conduits et intégrés, la récupération est d'autant plus rapide, permettant la sortie des soins intensifs, afin de rejoindre une unité de soins standard.

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. En 2019, aucun décès d'enfant ni de patiente ou patient adulte n'est à déplorer.

# 1.4 LA FILIÈRE DE TRAUMATOLOGIE



Depuis 2011, le CHUV dispose d'une équipe spécialisée dans le traitement des blessées et blessés 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 du personnel infirmier 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 blessées et blessés graves par an, dont 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 sous-estime la gravité d'une autre. Une telle erreur peut conduire au décès. Une personne gravement blessée 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 à ses blessures et conduite selon les bonnes priorités.

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



### Un·e blessé·e grave, c'est quoi?

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

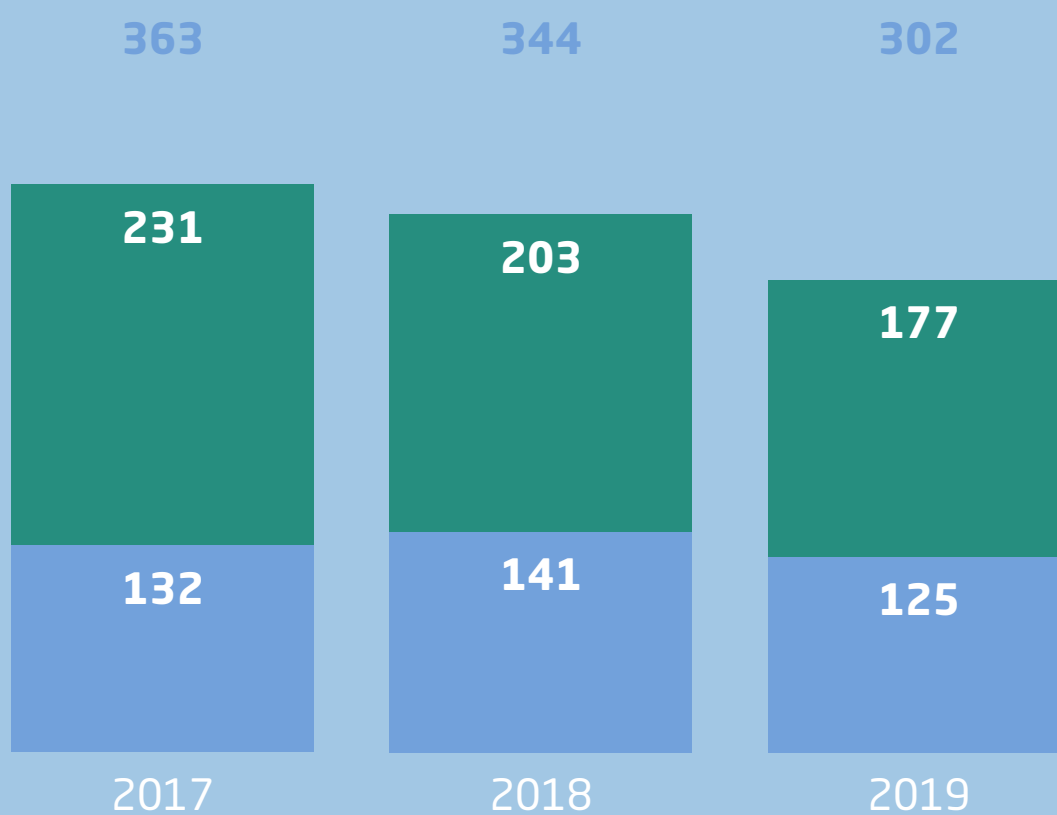
Le CHUV est l'un des douze hôpitaux suisses chargés de proposer une filière de traumatologie spécialisée. Depuis 2011, la prise en charge des patientes et patients polytraumatisé·e·s fait l'objet d'un mandat de médecine hautement spécialisée. Cette obligation demande de répondre à certains critères.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





## NOMBRE DE PATIENTES ET PATIENTS DE LA FILIÈRE DE TRAUMATOLOGIE ADMIS·ES EN SALLE DE DÉCHOCAGE

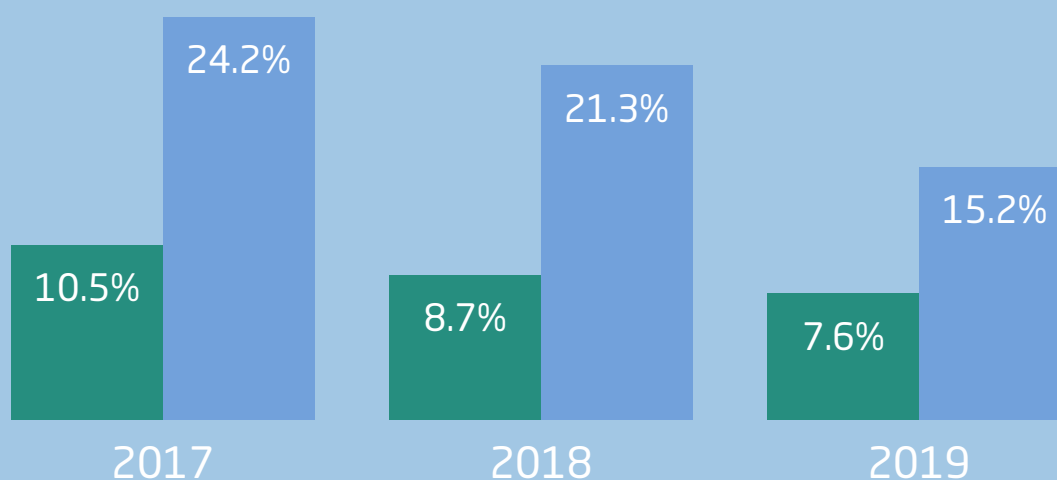
- Nombre total de patients de la filière de traumatologie admis au déchocage
- Patients de la filière trauma admis au déchocage ne remplissant pas les critères MHS
- Patients de la filière de traumatologie admis au déchocage remplissant les critères MHS397





## 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



### 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).

## Commentaire des graphiques

Ces quatre dernières années, le nombre annuel de patientes et patients qui correspondent aux critères de la médecine hautement spécialisée oscille entre 120 et 140, avec une légère baisse en 2019. Pour l'ensemble des personnes polytraumatisées admises dans la salle de déchocage du Service des urgences du CHUV, le taux de mortalité reste stable, autour de 10%. Pour les patientes et patients les plus gravement blessé·e·s, il varie entre 15,2 et 24,2%.



### Objectif 2020

En 2020, afin d'identifier les éventuelles pistes d'amélioration, l'équipe du centre de traumatologie poursuivra les séances de simulation et continuera à analyser chaque décès.

# 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.

Dès 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, le Centre des tumeurs gynécologiques a été officialisé. Fin 2019 a été inauguré le Centre des tumeurs neuroendocrines. Trois nouveaux centres sont en cours de création et seront officialisés d'ici à 2022: les Centres des tumeurs du cerveau, des tumeurs ORL et des tumeurs hépatobiliaires et pancréatiques.

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 traitement, 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.

Le Centre des tumeurs neuroendocrines s'est soumis à l'accréditation de la Société européenne des tumeurs neuroendocrines (ENETS). Ce label concerne avant tout la prise en charge des tumeurs neuroendocrines les plus fréquentes: les tumeurs digestives (GEP-NET). Obtenu avec succès en 2019, il témoigne de la qualité des soins qui prévaut dans ce nouveau centre.

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 onze ou douze structures de ce genre.





## CENTRE DU SEIN

## CENTRE DU SEIN

	Objectif	2016	2017	2018	2019
Nombre de nouvelles patientes et nouveaux patients présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire		348	334	314	339
Nombre de nouvelles patientes et nouveaux patients naïves et naïfs de traitement		214	211	216	236
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire préthérapeutique	>95%	97,7%	100%	97,6%	99,2%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu une chirurgie (hors découvertes fortuites)		95,3%	90,0%	93,3%	88,0%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		10,8%	16,4%	7,1%	13,1%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour marge positive				5,1%	6,3%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complications				2,0%	8,4%
- dont chirurgie en premier traitement			69,5%	75,7%	71,4%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu un traitement systémique		81,3%	80,5%	84,85%	79,7%
- dont traitement systémique en premier traitement			28,5%	24,3%	28,6%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu un traitement de radio-oncologie		61,2%	53,0%	69,5%	58,1%
- dont traitement de radio-oncologie en premier traitement			0,0%	0,0%	0,0%
Délai de prise en charge (médiane en jours ouvrés)				15	14
Nombre de patientes et patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			423	380	391
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	91,1%	89,6%	94,3%	98,3%
Etudes en cours		12	10	12	12
Nombre de patientes et patients inclus·es dans les études		68	93	88	719
- dont patientes et patients sous traitement			39	30	18



# CENTRE DES TUMEURS GYNÉCOLOGIQUES

## CENTRE DES TUMEURS GYNÉCOLOGIQUES

	Objectif	2016	2017	2018	2019
Nombre total de patientes présentées au colloque de concertation interdisciplinaire		223	175	202	207
Nombre de nouvelles patientes naïves de traitement		84	89	99	104
Proportion de nouvelles patientes présentées au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique	>95%	77,8%	59,8%	92,3%	90,5%
Proportion de nouvelles patientes ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		63,9%	89,2%	75,6%	82,2%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		8,7%	6,8%	7,7%	6,8%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour marge positive				0,0%	2,7%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complication				7,7%	4,1%
- dont chirurgie en premier traitement			88,0%	65,1%	68,9%
Proportion de nouvelles patientes ayant eu un traitement systémique		50,0%	37,3%	47,7%	44,4%
- dont traitement systémique en premier traitement			7,2%	32,6%	25,5%
Proportion de nouvelles patientes ayant eu un traitement de radio-oncologie		23,6%	15,7%	22,8%	22,3%
- dont traitement de radio-oncologie en premier traitement			1,2%	9,8%	3,3%
Délai de prise en charge (médiane en jours ouvrés)		20,5		17	15
Nombre de patientes ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			170	200	207
Proportion de nouvelles patientes ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	62,1%	88,8%	87,8%	92,9%
Etudes en cours		3	5	4	9
Nombre de patientes incluses dans les études		2	62	15	26
- dont patientes sous traitement			62	15	12



# CENTRE DES TUMEURS THORACIQUES

## CENTRE DES TUMEURS THORACIQUES

	Objectif	2016	2017	2018	2019
Nombre total de patientes et patients présenté-e-s au colloque de concertation interdisciplinaire		710	898	1074	1222
Nombre de nouvelles patientes et nouveaux patients naïves et naïfs de traitement		298	311	318	341
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients présenté-e-s au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique	>95%	93,0%	95,1%	93,4%	97,6%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		53,8%	52,1%	58,9%	54,4%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		1,3%	5,6%	10,3%	11,5%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire avec marge positive				2,3%	1,7%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complication				8,0%	10,3%
- dont chirurgie en premier traitement			43,7%	49,8%	45,3%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu un traitement systémique		55,5%	48,2%	45,8%	41,3%
- dont traitement systémique en premier traitement			32,5%	27,6%	29,1%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu un traitement en radio-oncologie		43,8%	37,6%	48,1%	31,6%
- dont traitement de radio-oncologie en premier traitement			20,3%	27,9%	22,2%
Délai de prise en charge (médiane en jours ouvrés)				22	20
Nombre de patientes et patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			330	382	405
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	47,9%	53,1%	61,4%	54,5%
Etudes en cours		19	11	14	14
- Nombre de patientes et patients inclus-es dans les études		44	29	20	302
- dont patientes et patients sous traitement			22	20	17



## CENTRE DES SARCOMES

## CENTRE DES SARCOMES

	Objectif	2016	2017	2018	2019
Nombre total de patientes et patients adultes présenté-e-s au colloque de concentration interdisciplinaire		193	277	296	308
Nombre de nouvelles patientes et nouveaux patients adultes et enfants naïves et naïfs de traitement		54	82	81	74
- dont patientes et patients pédiatriques				7	3
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients adultes présenté-e-s au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique	>95%	96,3%	86,7%	81,7%	90,5%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		52,1%	70,3%	74,3%	79,4%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		16,0%	15,4%	5,5%	12,0%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour marge positive				0,0%	4,0%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complications				5,5%	8,0%
- dont chirurgie en premier traitement			61,6%	67,6%	61,9%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients adultes ayant eu un traitement systémique		41,7%	27,4%	25,7%	33,3%
- dont traitement systémique en premier traitement			20,5%	17,6%	27,0%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients adultes ayant eu un traitement de radio-oncologie		22,9%	27,4%	13,5%	15,9%
- dont traitement de radio-oncologie en premier traitement			12,3%	1,4%	6,3%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients adultes ayant eu un traitement de radiologie interventionnelle		22,9%	27,4%		1,6%
- dont traitement de radiologie interventionnelle en premier traitement			12,3%		1,6%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients adultes sous suivi clinique et radiologique		22,9%	27,4%	6,8%	3,2%
Délai de prise en charge (médiane en jours ouvrés)			29,4	24	28
Nombre de patientes et patients adultes ayant eu une consultation infirmière de soutien			224	237	183
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients adultes ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	62,1%	63,6%	65,8%	62,0%
Etudes en cours		3	1	1	2
- Nombre de patientes et patients inclus-es dans les études		2	1	57	9
- dont patientes et patients sous traitement			1	0	1



# CENTRE DE LA PROSTATE

## CENTRE DE LA PROSTATE

	Objectif	2016	2017	2018	2019
Nombre total de patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire		158	208	193	205
Nombre de nouveaux patients naïfs de traitement		95	118	122	119
Proportion de nouveaux patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique	> 95%	76,3%	86,7%	89,8%	87,3%
Proportion de nouveaux patients ayant une chirurgie (hors découverte fortuite)		39,8%	31,9%	33,1%	32,7%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		0%	0%	2,6%	0%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour marge positive				0%	0%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complication				2,6%	0%
- dont chirurgie en premier traitement			31,3%	31,4%	31,8%
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement systémique		24,7%	21,2%	30,5%	35,5%
- dont traitement systémique en premier traitement			20,0%	27,1%	27,3%
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement en radio-oncologie		18,3%	19,5%	32,2%	34,5%
- dont traitement de radio-oncologie en premier traitement			13,0%	15,3%	16,4%
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement de thérapie focale (HIFU, cryothérapie)				5,1%	7,3%
- dont traitement en thérapie focale en premier traitement				5,1%	7,3%
Proportion de nouveaux patients sous surveillance (surveillance active, hors protocole et «watchful waiting»)		12,9%	16,5%	21,2%	18,2%
Délai de prise en charge (médiane en jours ouvrés)			81	70	54,5
Nombre de patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			418	502	309
Proportion de nouveaux patients ayant eu une consultation infirmière de soutien	> 95%	81,4%	85,6%	88,9%	83,9%
Etudes en cours		8	8	8	7
- Nombre de patients inclus dans les études		39	57	146	186
- dont patients sous traitement			19	16	7



# CENTRE DES TUMEURS NEUROENDOCRINES

## CENTRE DES TUMEURS NEUROENDOCRINES

	Objectif	2019
Nombre total de patientes et patients présenté-e-s au colloque de concertation interdisciplinaire		121
Nombre de nouvelles patientes et nouveaux patients GEP-NET (TNE digestives)		94
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients parmi les GEP-NET avec une nouvelle décision thérapeutique et traité-e-s au CHUV (hors découverte fortuite et urgence)		27,4%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients présenté-e-s au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique	>95%	98,7%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu une chirurgie (hors découverte fortuite)		22,6%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		35,7%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour marge positive		0%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complication		35,7%
- dont chirurgie en premier traitement		19,4%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu un traitement systémique		9,7%
- dont traitement systémique en premier traitement		3,2%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu un traitement en radio-oncologie		1,6%
- dont traitement de radio-oncologie en premier traitement		0%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu un traitement en médecine nucléaire		16,1%
- dont traitement de médecine nucléaire en premier traitement		1,6%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu un traitement de radiologie interventionnelle		11,3%
- dont traitement de radiologie interventionnelle en premier traitement		0%
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients en suivi actif		64,5%
- dont traitement de surveillance active en premier traitement		3,2%
Délai de prise en charge (médiane en jours ouvrés)		15
Nombre de patientes et patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien		86
Proportion de nouvelles patientes et nouveaux patients ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	79,0%
Etudes en cours		4
- Nombre de patientes et patients GEP-NET inclus-es dans les études		2
- dont patientes et patients sous traitement		2



## Description des indicateurs et commentaire des résultats

Dans les tableaux ci-dessus, 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 référé·e·s par d'autres centres ou services pour un deuxième avis afin de consolider un diagnostic, comme dans le domaine des sarcomes ou des tumeurs neuroendocrines. Par ailleurs, l'expertise du centre se bâtit aussi grâce aux nombreuses patientes et nombreux patients qui s'y rendent lorsque la maladie progresse. Ces personnes ne sont pas comptabilisées parmi les 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 thoraciques et le Centre des tumeurs neuroendocrines ont largement atteint cet objectif. Le Centre des tumeurs gynécologiques et le Centre des sarcomes sont très proches de l'objectif fixé.



En matière de qualité des soins, la maîtrise du temps d'attente pour l'accès au diagnostic et au traitement est essentielle.

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 du sein. Entre 2018 et 2019, on constate une diminution de la proportion de nouvelles patientes opérées pour un cancer du sein en premier traitement au profit de patientes recevant alors un traitement systémique (chimiothérapie). Il s'agit là d'une évolution dans les recommandations de bonnes pratiques pour certains types de cancer du sein. 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.

En matière de qualité des soins, afin de mieux répondre aux besoins des patientes et 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. Entre les 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. Grâce à des efforts d'organisation, l'on observe néanmoins une diminution importante du délai d'attente pour les patients souffrants du cancer de la prostate, qui passe de 70 jours (médiane) en 2018 à 54,5 jours en 2019.



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

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. Dans le Centre des tumeurs gynécologiques, grâce à une meilleure identification des nouvelles patientes, la proportion d'entre elles qui ont eu accès à l'infirmière ou l'infirmier de soutien a augmenté entre 2018 et 2019, passant de 88% à 93%.

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

Afin de permettre aux patientes et patients de bénéficier de l'innovation, les centres agissent comme des plateformes pour la recherche. En procédant à des études, les centres cherchent à améliorer notamment l'efficacité des traitements et la qualité de vie des patientes et patients. En 2019, un nombre élevé de patientes et patients des Centres du sein, de la prostate et des tumeurs thoraciques ont été inclus·es dans une étude sur leur expérience vécue durant la prise en charge.



## UN CENTRE HAUTEMENT SPÉCIALISÉ POUR LES CANCERS NEUROENDOCRINIENS

En préparation depuis 2018, le Centre des tumeurs neuroendocrines du CHUV recueille déjà une reconnaissance internationale auprès des professionnelles et professionnels comme des patientes et patients.

Dans le domaine des maladies cancéreuses, les tumeurs dites «neuroendocrines» forment une famille à part. Contrairement à la plupart des tumeurs classiques, dont l'apparition est associée à un seul organe, les tumeurs neuroendocrines peuvent naître dans les poumons, le pancréas, l'estomac, le côlon, l'intestin grêle, la thyroïde, etc. Leur caractère est alors lié à leur premier foyer. Certaines d'entre elles ont par ailleurs la capacité de sécréter des hormones spécifiques à l'organe où elles sont implantées, d'où leur nom.

Dans la plupart des cas, la croissance des tumeurs neuroendocrines est lente. Une personne peut porter la maladie pendant plusieurs années sans avoir besoin d'intervention. Ce rythme de développement laisse la possibilité aux médecins de prendre le temps nécessaire pour établir un diagnostic complet. Il permet également d'établir avec précision le traitement chirurgical, médicamenteux ou radiologique adéquat.

### Un traitement ultra-personnalisé

Les formes très hétérogènes de cette pathologie la rendent très complexe à diagnostiquer. Chaque type de tumeur nécessite des examens longs et minutieux, dont les résultats doivent être confirmés par plusieurs spécialistes. Les médecins doivent ensuite définir un traitement personnalisé qui corresponde au caractère spécifique des cellules cancéreuses. A ces difficultés s'ajoute le fait que les tumeurs neuroendocrines ont une forte capacité à développer des métastases. Enfin, lorsqu'elles sécrètent des hormones, les effets secondaires peuvent avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie.

Relativement à d'autres types de cancers, l'incidence des tumeurs neuroendocrines est basse: elles ne touchent chaque année que 6 personnes supplémentaires sur 100 000. En revanche, du fait de la survie globale favorable, leur prévalence figure parmi les plus hautes au sein des cancers digestifs: elles se situent en deuxième place, derrière le cancer du côlon. Cela signifie que parmi toutes les personnes qui souffrent de cette catégorie de cancer, les tumeurs neuroendocrines forment le deuxième groupe le plus important.

### Un travail nécessairement interdisciplinaire

Toutes ces caractéristiques ont motivé le CHUV à créer un centre spécifiquement consacré à cette pathologie. Les dimensions multiples de la maladie et son caractère chronique, de même que la complexité du diagnostic et du traitement, rendent les parcours de soins souvent complexes et impliquent de multiples intervenantes et intervenants. Mis en œuvre en 2018, le Centre des tumeurs neuroendocrines du CHUV réunit une vingtaine de personnes: aux oncologues, radiologues et spécialistes en médecine nucléaire s'ajoutent des médecins spécialistes en pathologie, des gastro-entérologues, des endocrinologues, des chirurgiennes et chirurgiens du domaine viscéral et une infirmière ou un infirmier clinicien-ne spécialisé-e en charge de soutenir les patientes et patients

durant la trajectoire de leur maladie.

Par ailleurs, chaque patiente ou patient devant consulter divers·es spécialistes situé·e·s dans des services différents, le parcours médical de chacune et chacun doit être suivi de près. A l'équipe médico-infirmière s'ajoute une personne qui se charge de la coordination des soins et une ou un data manager qui va réunir les données permettant d'évaluer la qualité des soins.

### **Découverte d'une nouvelle approche**

Le CHUV reçoit environ 100 nouveaux cas de tumeurs neuroendocrines par année. En 2019, l'hôpital comptait 300 patientes et patients atteint·e·s par cette maladie, issu·e·s aussi bien de Suisse que de pays étrangers. Cette fréquentation témoigne de la place que le Centre des tumeurs neuroendocrines a prise dans le monde médical en très peu de temps, et de la reconnaissance dont il bénéficie auprès des professionnelles et professionnels comme des patientes et patients. En 2019, le centre a obtenu le label d'excellence de la Société européenne des tumeurs neuroendocrines (ENETS).

Enfin, le caractère très collaboratif de l'équipe réunie a permis de développer une nouvelle approche dans le diagnostic et le traitement de cette maladie. Grâce à des isotopes radioactifs, les tumeurs neuroendocrines peuvent désormais être localisées avec une très grande précision. Administrés à un dosage supérieur, ces mêmes isotopes peuvent également servir au traitement. Dite «théranostique», cette approche unique au CHUV servira peut-être de modèle pour le traitement de tumeurs plus classiques.

## 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 la ou le concernant constituent des principes importants pour réussir une prise en charge.

Il est indispensable qu'entre les patientes ou patients, les proches et les soignantes ou soignants s'établisse une relation de confiance, de transparence et d'écoute.

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



Afin de mettre en évidence les domaines où les attentes n'ont pas été satisfaites, il est essentiel que les patientes et patients livrent leur avis. Le CHUV en tient compte afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

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).



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 ou patients hospitalisé·e·s pour des soins somatiques aigus**

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%.



Le questionnaire de satisfaction se compose des six questions suivantes:

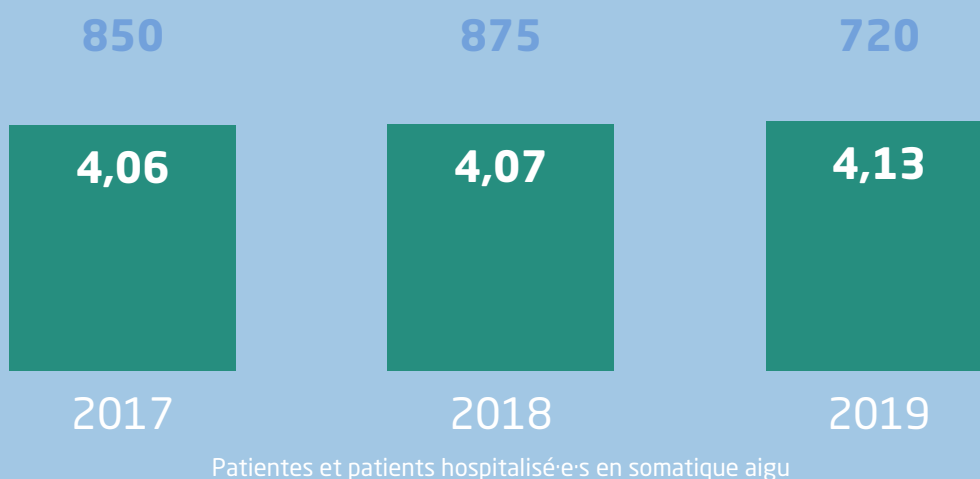
1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?
2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions?
3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?
4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez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



## **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:

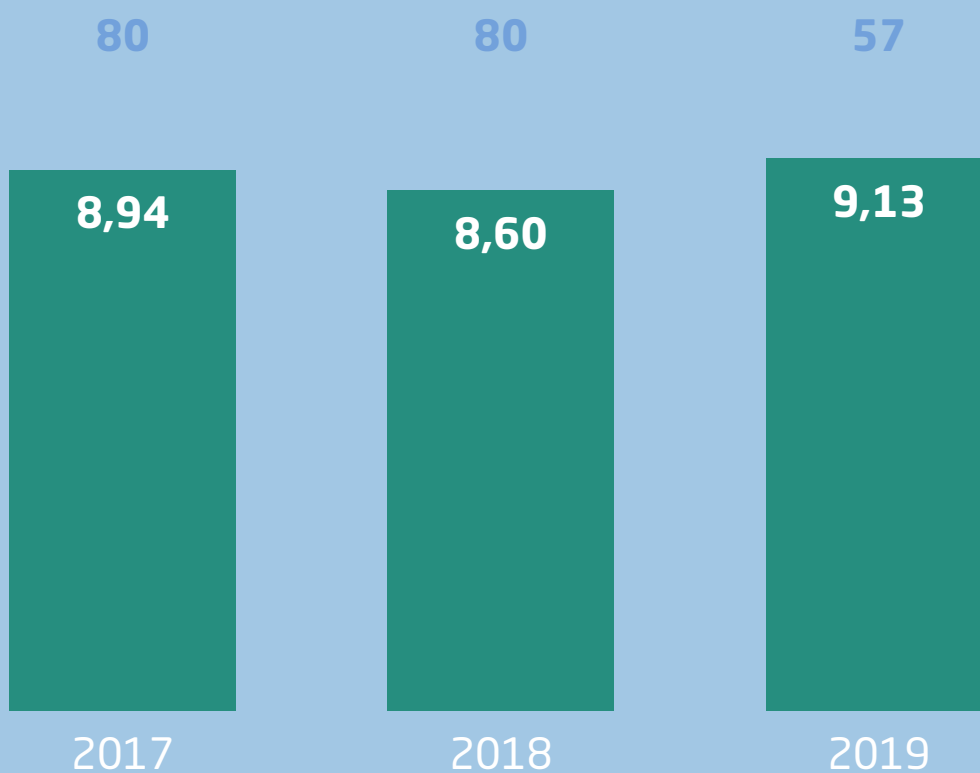
1. Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille ou à vos ami·e·s ?
2. Que pensez-vous des soins que votre enfant a reçus à l'hôpital?
3. Quand vous avez posé des questions importantes à une ou un médecin au sujet de votre enfant, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?
4. Quand vous avez posé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

## **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:

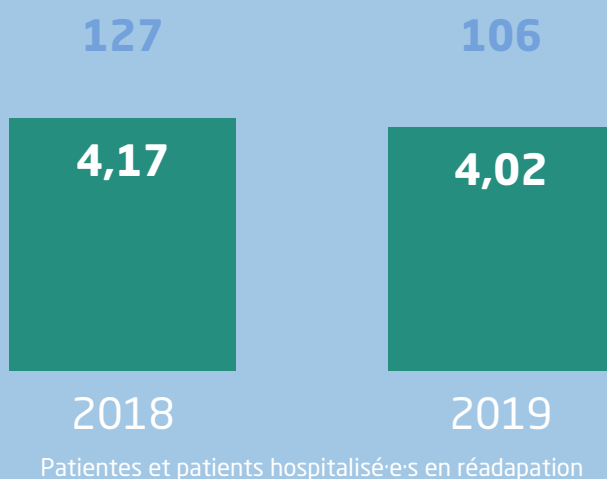
1. Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge par l'équipe (personnel médical et thérapeutique, personnel infirmier, service social)?
2. Au début de votre séjour de réadaptation, avez-vous été informé·e de manière compréhensible sur le déroulement et les objectifs de votre réadaptation?
3. 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)



## Commentaire des graphiques

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 2019 atteint 4,13 sur 5.

Même si l'on observe un léger fléchissement par rapport à 2018, les patientes et patients hospitalisé·e·s en réadaptation sont également satisfait·e·s de la qualité des soins. Le score moyen de 2019 atteint 4,02 sur 5.

Les parents des enfants hospitalisé·e·s sont très satisfait·e·s et recommanderaient l'hôpital à leurs proches en attribuant un score de 9,1 sur 10.

Par rapport aux années antérieures, le degré de satisfaction des patientes et patients est très stable.

## Le CHUV aussi mène l'enquête

Les enquêtes de satisfaction de l'ANQ sont complétées par une enquête réalisée par le CHUV. Effectuée chaque année, elle comprend 16 questions. Les résultats 2019 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 proches de ceux de 2018. Toutefois, près de 30% des patientes et patients ne sont pas pleinement satisfait·e·s des réponses reçues à leurs questions.



### Objectif pour 2020

En 2020, le CHUV développera une nouvelle enquête de satisfaction afin de collecter des informations plus ciblées. Elle permettra de définir plus rapidement des mesures d'amélioration. De plus, le CHUV poursuivra le projet de Gestion proactive des séjours (GPS+) et développera une meilleure communication avec les patientes, les patients et leurs proches.



## 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 les patientes ou patients et les 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) a vu le jour en avril 2012. Il est composé de trois médiatrices et un médiateur professionnel·le·s. Lorsque la relation devient difficile entre les patientes et patients ou leurs proches et les équipes de professionnelles ou professionnels, ou lorsque des problèmes de prise en charge se posent, le travail de l'EPP consiste à favoriser le lien entre les deux parties. Lorsqu'une patiente ou un patient ou l'un·e de ses proches vient exprimer un problème, les médiatrices ou le médiateur s'assurent d'abord qu'elle ou il a parlé aux professionnelles ou professionnels concerné·e·s. Si ce n'est pas le cas, elles et ils accompagnent la reprise du dialogue et peuvent si nécessaire proposer une médiation qui permet à 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 vivent des difficultés dans leur relation avec leurs patientes et 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 les patientes ou patients, leurs proches et les professionnelles ou 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

CHIFFRES 2019

- Qualité de la prise en charge: 14,5%
- Sécurité: 13,9%
- Gestion et infrastructure: 17,1%
- Accès et attente: 14,2%
- Communication: 25,5%
- Egards et attention: 9,7%
- Droit des patients: 5,1%



## Commentaire du graphique

En 2019, l'Espace Patients & Proches a vu son activité augmenter de nouveau (+9,4%) avec 639 situations traitées. Comme les années précédentes, les plaintes concernent en majeure partie les relations et les échanges d'informations entre les équipes médico-soignantes et les patientes ou patients et leurs proches. Viennent ensuite les difficultés liées aux infrastructures, jugées parfois inadaptées, et à l'organisation de l'hôpital. Quant au domaine clinique – le moins souvent cité –, on constate cette année une augmentation des doléances concernant la qualité de la prise en charge. Les personnes qui les formulent mettent particulièrement l'accent sur les soins: elles les considèrent comme insuffisants ou estiment par exemple qu'ils ne tiennent pas compte de la situation globale de la patiente ou du patient (absence de soins de confort, de mobilisation, alimentation inadaptée, etc.).



## APRÈS UNE OPÉRATION, DES PATIENTES ET PATIENTS SUIVI·E·S AVEC UNE APPLICATION MOBILE

Après avoir testé une application qui met en contact les équipes soignantes avec les patientes et patients après leur sortie de l'hôpital, le Service de chirurgie viscérale espère rendre ce service opérationnel dans un avenir proche.

Il y a quelques jours, vous avez subi une opération chirurgicale et vous voilà déjà chez vous. Ce retour vous donne un peu d'appréhension. Heureusement, grâce à une application d'un nouveau genre, votre téléphone veille. Bientôt, il émettra une vibration... Il sera alors temps de répondre à quelques questions: quelle est votre température? Ressentez-vous une douleur à l'endroit de l'opération? Avez-vous mal à l'un de vos mollets? Etes-vous vite essouffé·e? Mangez-vous normalement? A mesure que vous cochez des cases, vos informations sont transmises au CHUV. Et si vos réponses signalent un problème, une alerte avertit une équipe de soins. Une infirmière ou un infirmier prend alors contact avec vous pour évaluer la situation et s'il le faut, organiser une consultation.

### Suivre les patientes et patients sorti·e·s du CHUV, un défi

Tout en utilisant des approches de moins en moins invasives, la médecine contemporaine met en œuvre des méthodes de récupération rapide après une opération. L'une de ces méthodes, le protocole ERAS ([lien vers page](#)), permet par exemple de se retrouver chez soi quelques jours après une intervention de chirurgie viscérale. Cette évolution comporte de grands avantages: les patientes et patients restent moins longtemps dans l'environnement hospitalier, chargé en germes pathogènes. Les personnes opérées retrouvent également plus vite un entourage familial propice à une bonne convalescence. Enfin, du point de vue de l'hôpital, réduire la durée de séjour des personnes hospitalisées permet à la fois de libérer des lits et de réduire les coûts de la santé.

La diminution du séjour hospitalier pose néanmoins un défi pour le suivi des patientes et patients. Comment suivre l'évolution de leur état de santé une fois qu'elles ou ils sont rentré·e·s à la maison? Comment les rassurer lorsqu'elles ou ils s'interrogent sur une douleur ou sur l'aspect de leur cicatrice? Selon les personnes, même si l'intervention et les premiers soins sont optimaux, une complication peut surgir plusieurs jours après l'intervention. Auparavant, en raison notamment d'une longue durée d'hospitalisation, les problèmes survenaient le plus souvent au sein de l'hôpital. Aujourd'hui, les patientes ou patients sortant du CHUV plus tôt, certaines complications postopératoires surviennent le plus souvent hors de ses murs. Et donc à distance des équipes de soins.

### Une étude pilote probante

Le suivi des personnes à distance existe au CHUV depuis plusieurs années par le biais d'un standard téléphonique. Avec le nombre croissant de patientes et patients qui rentrent rapidement chez eux après une opération, le nombre d'appels à prendre en charge devient toujours plus important. En 2019, sous l'impulsion du professeur Nicolas Demartines, le Service de chirurgie viscérale du

CHUV a testé une application connectée nommée «Maela». Cet outil permet d'accompagner les trois phases d'une opération: il permet de bien préparer l'entrée à l'hôpital; il comprend des textes et des images qui donnent des informations sur l'opération elle-même et sa période de convalescence; on y trouve enfin un protocole de suivi postopératoire à distance.

Une fois rentrées chez elles, les personnes opérées doivent quotidiennement répondre à une série de questions. Elles peuvent aussi, de leur propre initiative, transmettre des informations, par exemple envoyer la photo d'une cicatrice qui leur semble infectée. Ces données, directement reliées aux appareils connectés utilisés par les équipes soignantes, permettent d'identifier, voire d'anticiper, une éventuelle complication.

Déjà utilisée en France mais testée pour la première fois en Suisse dans une version adaptée par le CHUV, l'application Maela a été utilisée pendant plus d'un an par 43 patientes et patients opéré·e·s au sein du team de chirurgie colorectale du Service de chirurgie viscérale. Cette phase pilote a permis de voir que l'application réussit le plus souvent à répondre aux inquiétudes et aux questions grâce au contenu de son programme ou par le biais d'un texto envoyé par l'équipe soignante. Et dans les cas où les médecins soupçonnaient une véritable complication, il a été possible d'organiser une intervention quelques heures après le premier contact.

### Fournir une réponse précise

Ce test a également mis en évidence les avantages d'une application connectée, comparée au suivi téléphonique habituel. Lorsqu'une ou un médecin reçoit une demande d'appel de la part d'une patiente ou un patient, elle ou il peut plus facilement prendre le temps d'examiner le dossier médical avant de prendre contact avec la personne demandeuse, et donc fournir une réponse précise. En triant les alertes, l'application permet également d'établir rapidement des priorités.

L'utilisation d'une application connectée n'exclut pas le recours à un standard téléphonique en deuxième recours. Cependant, au vu du nombre de personnes susceptibles d'utiliser un outil comme Maela, il est nécessaire de mettre en place un service de télémédecine supplémentaire, accessible 24 heures sur 24. Un tel service existe en France, mais avant qu'une application connectée ne soit véritablement opérationnelle au sein du CHUV, il faut que la télémédecine s'installe aussi en Suisse romande. Cette expérience pilote a conduit le CHUV à développer, avec d'autres hôpitaux, un système similaire qui sera prochainement opérationnel.



#### Lauréat Qualiday

Le projet d'utilisation d'une application connectée pour la sécurisation du suivi postopératoire en chirurgie viscérale a reçu le Prix coup de cœur lors de la journée Qualiday 2019.

## 3 LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE



La maladie rend vulnérable et très dépendant de l'organisation des soins. Afin d'assurer la continuité de la prise en charge, les équipes cliniques du CHUV ont pour tâche d'établir un échange d'informations régulier entre toutes les personnes 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



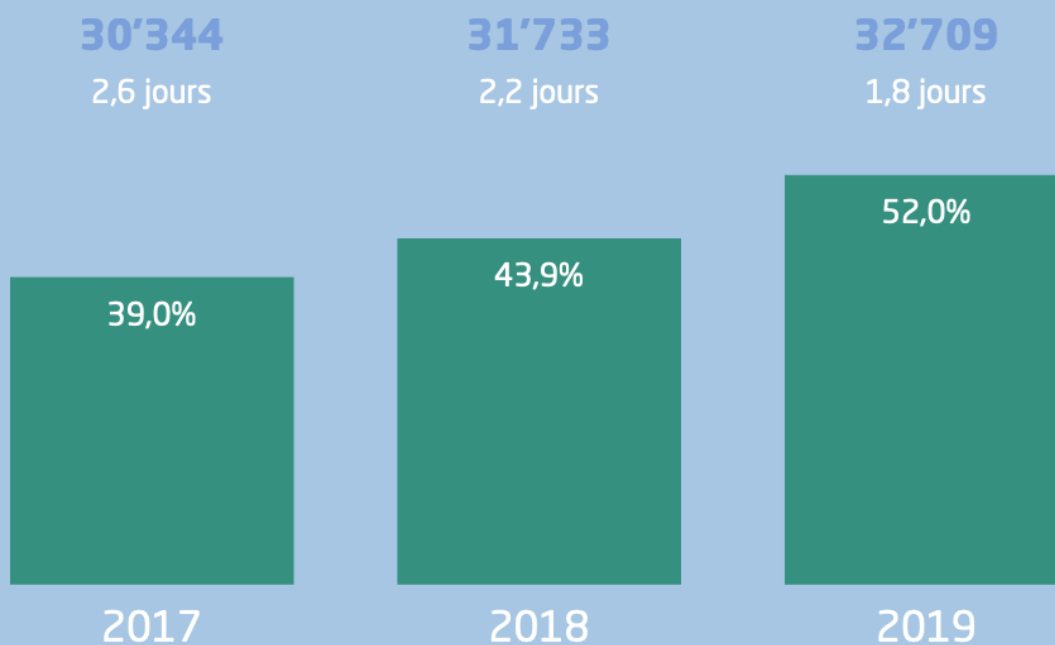
Si l'on veut assurer une transition optimale et prévenir les ruptures de continuité des soins, avertir la ou le médecin traitant·e que sa patiente ou son patient est sorti·e de l'hôpital est très important.

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

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



## Commentaire du graphique

Le taux de Faxmed envoyés dans les 48 heures après la sortie de la patiente ou du patient s'élève à près de 52%. Il n'atteint donc pas encore l'objectif visé de 100%. Cependant, le délai moyen d'envoi continue à diminuer: il est passé de 2,2 jours en 2018 à 1,8 jour en 2019, soit moins que les 48 heures visées. Ces résultats montrent que, même si la moitié des Faxmed sont encore envoyés dans un délai supérieur à 48 heures, les efforts fournis pour diminuer les délais ont porté leurs fruits.

Depuis un peu plus de deux ans, 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.



### Objectif 2020

En 2020, le CHUV continuera de déployer dans tous les services le projet qui vise à améliorer globalement la transmission des documents aux médecins traitant·e·s et aux centres médico-sociaux (CMS). Les Faxmed envoyés dans un délai supérieur à 48 heures devraient devenir moins nombreux.

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



Lorsqu'une patiente ou un patient sort du CHUV pour rentrer chez elle ou chez lui, ou lorsqu'elle ou il est transféré·e dans un autre établissement de soins, sa ou son médecin référent·e élabore une lettre de sortie.

La lettre de sortie fait suite au Faxmed, communiqué par le service à la médecin traitante ou au médecin traitant (cf. point précédent). Tout en étant également un document de synthèse, la lettre de sortie décrit plus 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 la lettre de sortie soit transmise rapidement. Ce document 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 sera optimale entre l'hôpital et la médecin traitante ou le médecin traitant ou un établissement, et plus on évite une rupture potentielle dans la continuité des soins.



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

Il faut souligner par ailleurs que la facturation du séjour d'une patiente ou 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.

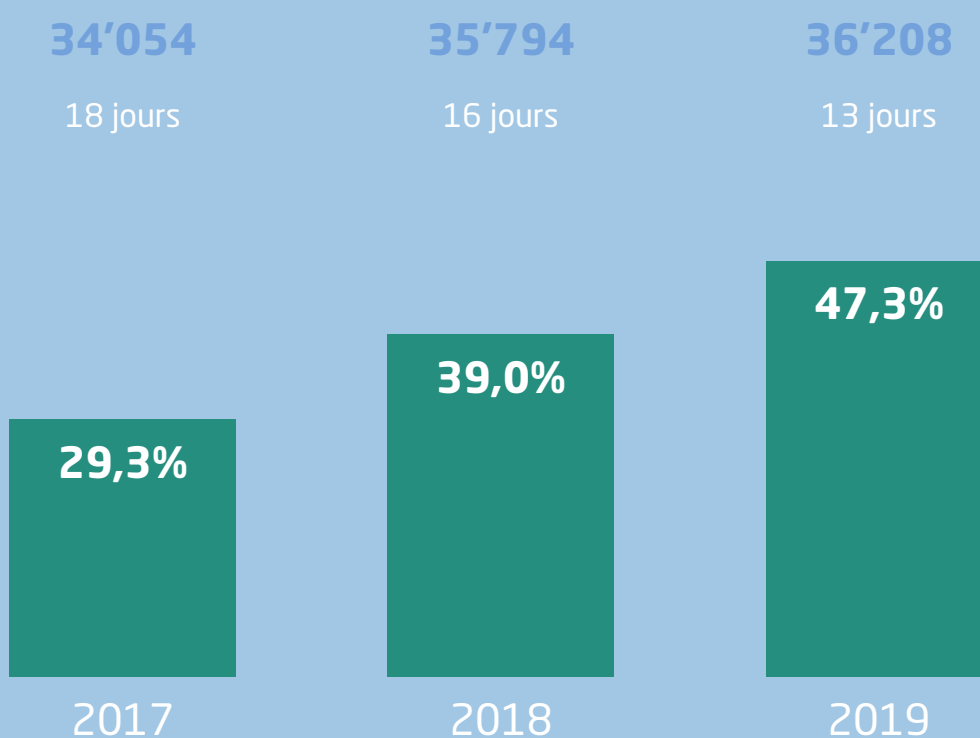
Le CHUV a fixé le délai idéal de transmission de la lettre de sortie à 8 jours au plus tard après que la patiente ou le patient a quitté l'hôpital. Bien qu'encore difficile à atteindre, cette cible est incontournable.



# DÉLAI D'ENVOI DES LETTRES DE SORTIE

CHIFFRES 2012 à 2019

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



## Commentaire du graphique

Depuis 2012, le délai moyen d'envoi a diminué de moitié. En 2019, avec un taux de 47% de lettres envoyées dans les 8 jours après la sortie, il atteint un peu plus de 13 jours. Le taux de lettres de sortie envoyées dans les 8 jours après la sortie de la patiente ou du patient de l'hôpital n'atteint néanmoins pas encore l'objectif fixé de 80%.

En 2019, un travail de simplification du dossier de la patiente ou du patient a été poursuivi, de manière à finaliser plus rapidement les lettres de sortie. Il faut toutefois souligner que, pour certains services chirurgicaux, il est souvent difficile d'envoyer une lettre de sortie dans les délais requis. Pour les situations oncologiques notamment, il faut attendre les résultats des examens de pathologie. Chaque cas doit ensuite être rediscuté en colloque interdisciplinaire, avant que le courrier destiné à la médecin traitante ou au médecin traitant puisse être finalisé.



### Objectif 2020

En 2020, le projet visant à transmettre la lettre de sortie dans les 8 jours aux médecins traitant-e-s continuera à être déployé dans l'ensemble des services du CHUV. Les secrétariats médicaux seront chargés de veiller à ce que les documents soient envoyés dans les délais et, si nécessaire, de rappeler régulièrement cette tâche aux personnes concernées.

## 3.3 LES RÉADMISSIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES



Lorsqu'une patiente ou un patient doit revenir à l'hôpital de façon imprévue, le CHUV cherche 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 personne rentrée chez elle. Un service peut ne pas avoir organisé la sortie vers le domicile 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 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 ou 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.

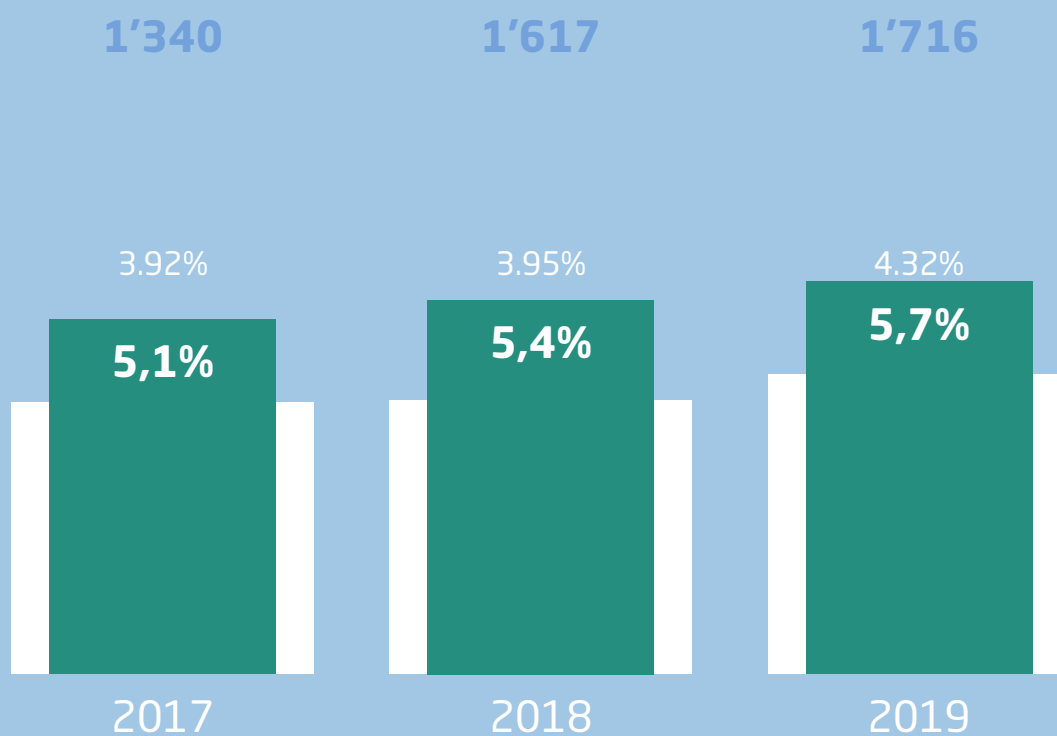




# TAUX DE RÉADMISSIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES

CHIFFRES 2011 à 2019

- 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



## Commentaire du graphique

Les résultats 2019 mettent en évidence un taux trop élevé de réadmissions potentiellement évitables. Le CHUV suit cet indicateur tous les semestres avec beaucoup d'attention.

L'analyse des dossiers montre que les réadmissions ont de multiples causes. En médecine interne, parmi les patientes et patients réadmis-es, plus de la moitié reviennent parce que leur maladie s'est aggravée. Il ressort néanmoins que, dans certains cas, la transition n'ait pas été optimale. Il arrive qu'après la sortie de l'hôpital, les médecins traitant-e-s ou les centres médico-sociaux ne prennent pas le relais assez rapidement, ou que la transition soit mal adaptée aux besoins. Face à ce problème, le Service de médecine interne a pris des mesures: entre autres, il appelle désormais la médecin traitante ou le médecin traitant à l'entrée de la patiente ou du patient au CHUV, ainsi qu'à sa sortie. Dans certains cas, le premier rendez-vous avec la ou le médecin traitant-e est fixé avant la sortie. La transition entre l'hôpital et le réseau de soins ne peut cependant être améliorée par une seule structure. Le cœur de ce travail se situe à l'interface entre les équipes du CHUV, en amont, et les médecins traitant-e-s et les centres médico-sociaux en aval.

Enfin, il faut souligner que les réadmissions ne sont pas toutes évitables, en particulier pour les personnes qui souffrent d'une maladie grave et arrivent en fin de vie. Ces malades retournent brièvement à la maison avant d'être réadmisés à l'hôpital.



### Objectif 2020

En 2020, dans le cadre du projet de Gestion proactive des séjours (GPS+), le CHUV continuera de mettre en place des mesures qui permettent de mieux préparer la sortie des patientes et patients. Deux projets seront mis en œuvre afin de prévenir le type de complications qui peuvent générer des réadmissions évitables (thromboses veineuses, sepsis). A moyen terme, l'ensemble de ces démarches devraient contribuer à la diminution des réadmissions potentiellement évitables. De plus, en collaboration avec la Direction générale de la santé, un projet pour assurer une meilleure transition entre l'hôpital et les structures de relais sera mis en place.



## LES AUTOPSIES MÉDICALES, AFIN D'ASSURER UN DIAGNOSTIC EXACT ET RÉPONDRE AUX PROCHES DE FAÇON PRÉCISE

Avec la volonté d'établir de façon précise la cause du décès, le Service de médecine interne propose systématiquement une autopsie aux proches d'une personne décédée. Tout en aidant au deuil des familles, cette procédure permet de récolter des informations utiles à la formation médicale.

Lorsqu'une patiente ou un patient décède à l'hôpital, on ne connaît souvent pas la cause directe de sa mort. On sait que cette personne souffrait d'un cancer, d'une insuffisance cardiaque ou du sida. Mais dans 70% des cas on ne peut pas dire précisément pourquoi le cœur s'est arrêté. Est-ce à cause de l'infection généralisée favorisée par la maladie originelle? Un organe souffrait-il d'une déficience cachée? Une maladie héréditaire ou une embolie a-t-elle participé au décès?

Afin de pouvoir répondre à cette interrogation aussi souvent que possible, le CHUV a décidé d'augmenter le nombre d'autopsies pratiquées au sein de l'hôpital. Auparavant, la grande majorité des investigations post mortem étaient décidées par la justice en cas de doute sur l'origine d'un décès – c'est ce qu'on appelle l'autopsie médico-légale. Dans sa version médicale, l'autopsie n'était pratiquée que si la cause du décès paraissait trop mystérieuse ou à l'initiative des familles qui la demandaient. Cette situation rendait l'autopsie rare. La baisse régulière des demandes légales a par ailleurs diminué sa pratique année après année.

### **Proposer une autopsie après chaque décès**

Depuis 2012, sur impulsion de la Direction générale du CHUV, le Service de médecine interne propose une autopsie après chaque décès survenu en son sein. La ou le médecin prend soin de ne mettre aucune pression sur les familles, afin qu'elles se sentent véritablement libres de refuser. En cas d'accord, la demande est rédigée dans un formulaire ad hoc envoyé au Service de pathologie, qui se charge de la procédure.

En 2019, afin d'assurer le même suivi pour toutes les autopsies, la structure de ce formulaire a été développée tout en simplifiant son utilisation pour les équipes médicales et soignantes. Le document comprend désormais des informations sur les circonstances du décès et les personnes présentes, sur le soutien apporté aux proches, le respect des souhaits de la défunte ou du défunt ou encore la préparation du corps. Averti rapidement et en bonne et due forme, le Service de pathologie fournit ensuite un rapport d'autopsie, dont le contenu sera oralement restitué aux familles et aux proches. Cette restitution est une étape très importante. La ou le médecin qui a suivi la patiente ou le patient décédé-e prend le temps nécessaire pour expliquer le contenu du document, rendre clairs certains termes techniques et remettre le décès en perspective par rapport au parcours médical de la personne disparue.

## Aider le deuil et interroger les traitements

Les bénéfices de cette nouvelle pratique se révèlent nombreux. Pour les familles, l'autopsie aide à construire le récit d'une disparition sur la base d'une réalité documentée. Pour les médecins, la séance de restitution permet entre autres d'identifier un deuil pathologique. Enfin, pour une institution hospitalière et universitaire comme le CHUV, ces investigations permettent de recueillir des informations cliniques utiles aussi bien à la formation qu'à l'amélioration de la qualité des soins. Il est par exemple arrivé que le Service de pathologie ne trouve aucune cellule cancéreuse auprès d'un patient pourtant décédé suite à un cancer généralisé; un tel résultat permet de porter une nouvelle réflexion sur l'administration des traitements chimiothérapiques.

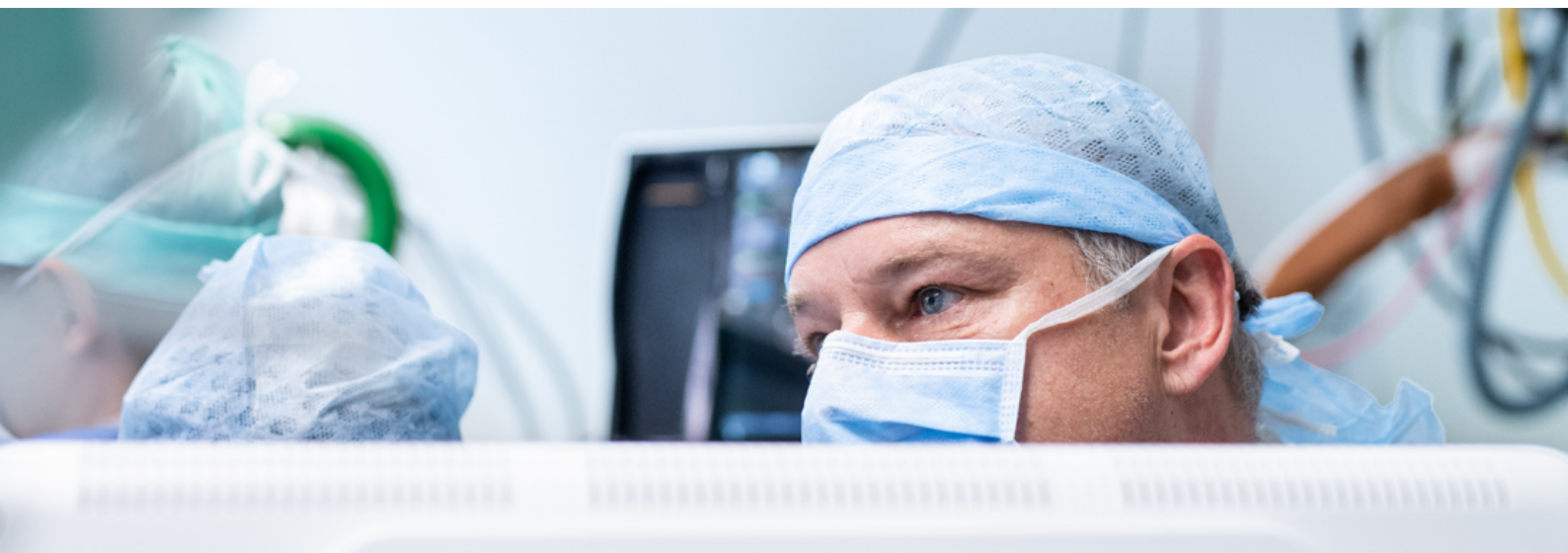
Depuis que le projet a été lancé au Service de médecine interne, un nombre croissant d'autopsies a pu être réalisé, après accord des proches des personnes décédées. Suite à la mise en place du nouveau formulaire, la procédure sera progressivement étendue à l'ensemble de l'institution hospitalière. En 2019, elle a déjà été introduite dans le Service des soins palliatifs. L'ensemble du processus, qui prend parfois plusieurs mois, est financièrement pris en charge par l'hôpital. Il est entièrement gratuit pour les familles.



### Lauréat Qualiday

Le projet de suivi des autopsies a reçu le Prix du public lors de la journée Qualiday 2019.

## 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, puis des mesures prises. Le CHUV met en œuvre plusieurs programmes afin de renforcer la sécurité des patientes et 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 sauver des vies avec une chirurgie plus sûre, le CHUV a introduit une check-list de sécurité interventionnelle. Les équipes médico-soignantes doivent en respecter les différentes étapes 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 deux objectifs:

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

“

Un audit a montré qu'il fallait accentuer le partage et le contrôle d'informations essentielles au sein des équipes opératoires.

Après avoir réalisé un audit sur la manière dont était appliquée la check-list de sécurité interventionnelle dans les blocs opératoires, il est apparu qu'au sein des équipes opératoires, il fallait accentuer le partage et le contrôle d'informations essentielles à la sécurité des patientes et patients.

En 2019, afin que l'application des contrôles de la check-list soit plus cohérente, une révision institutionnelle de ces processus a été entamée par les représentantes et représentants des métiers et des différents secteurs d'intervention. Les rôles et les responsabilités de chaque actrice ou acteur ont été redéfinis. La communication des éléments essentiels de sécurité a été améliorée. Un projet pilote sera réalisé début 2020. La check-list sera ensuite généralisée, et de nouveaux indicateurs de bonne application seront définis.

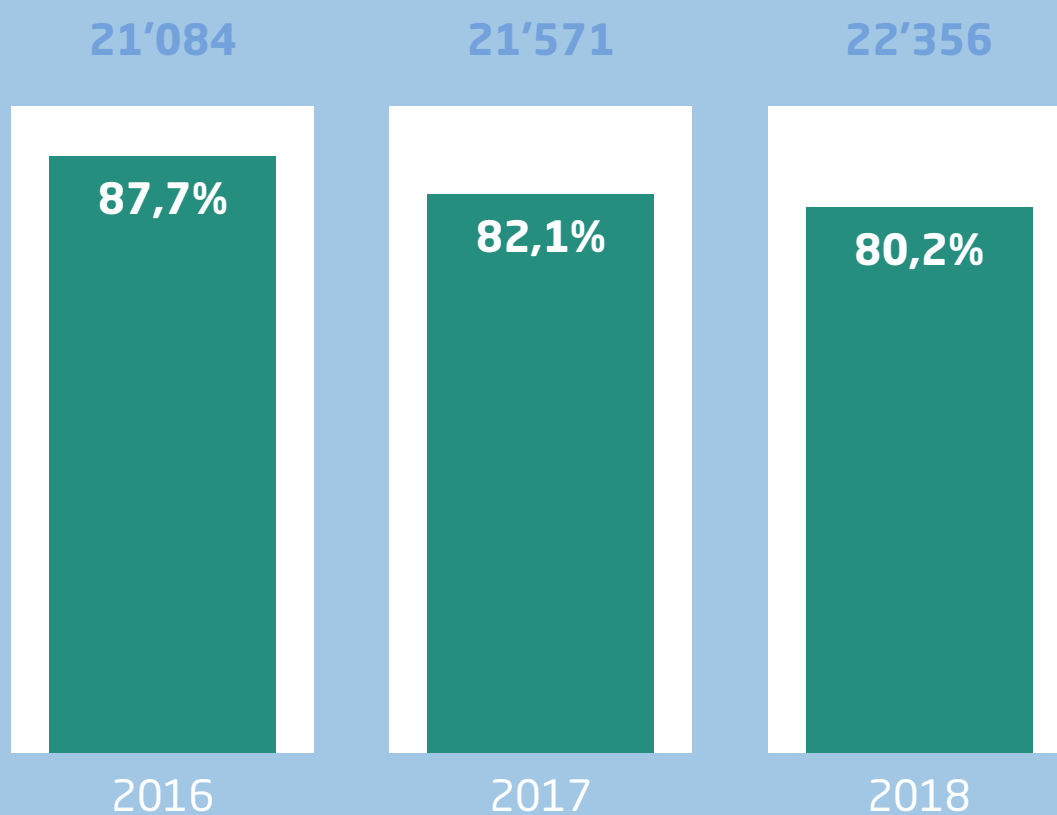




# CHECK-LIST INTERVENTIONNELLE

CHIFFRES 2013 à 2019

- 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



## Commentaire du graphique

Le projet de révision de la check-list étant en cours en 2019, le nouvel indicateur n'est pas encore disponible.

## 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 transmettent la majeure partie des microbes pathogènes. A la base de toute profession soignante, son observance est particulièrement importante au sein d'un hôpital. Les germes y sont nombreux et les patientes et patients fragilisé·e·s, certaines et certains étant précisément hospitalisé·e·s pour des infections. Le Service de médecine préventive hospitalière du CHUV est extrêmement attentif à ce danger.



C'est par les mains que se transmettent 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 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

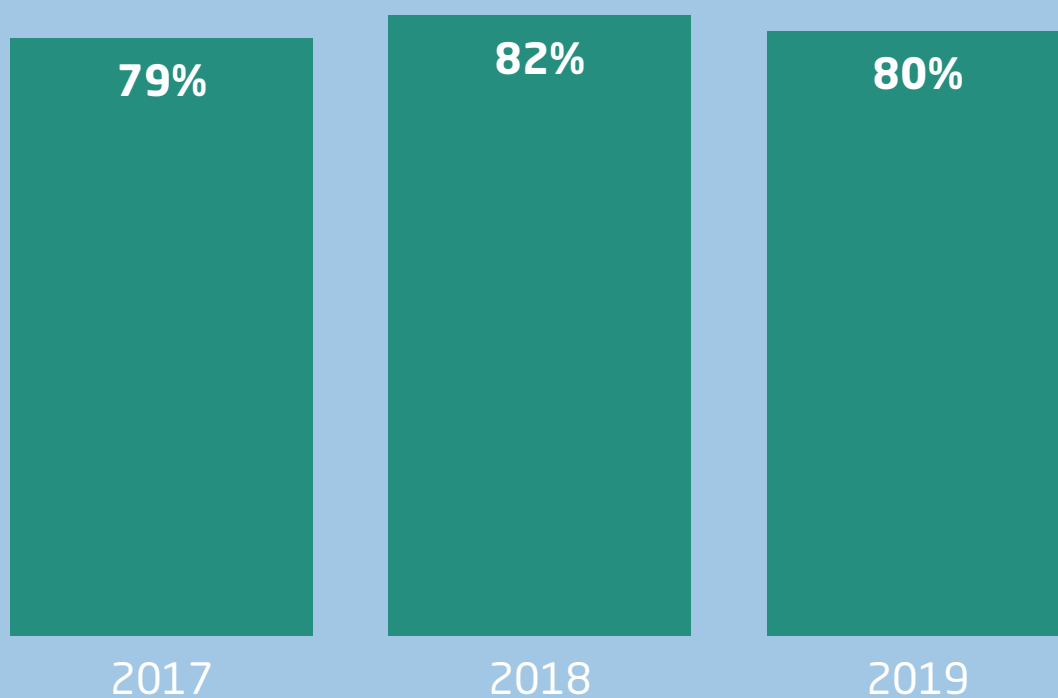
Le Service de médecine préventive hospitalière mesure chaque année l'adéquation aux recommandations de l'OMS par des audits auprès d'une douzaine de services du CHUV. Il promeut également l'hygiène des mains depuis de nombreuses années par des actions pratiques.



# HYGIÈNE DES MAINS, OBSERVANCE GLOBALE

CHIFFRES 2005 à 2019

● Taux d'observance



## Commentaire du graphique

En 2019, sur un échantillon de 420 professionnelles et professionnels (personnel infirmier, médecins, physiothérapeutes, etc.), le taux global d'observance de l'hygiène des mains atteint 80%. Ce résultat est comparable au taux observé en 2018. Les observations ont porté sur les cinq moments de l'hygiène des mains définis par l'OMS (1982 gestes effectués sur 2472 opportunités observées). Très satisfaisant, ce résultat montre que ce geste essentiel de prévention des infections est bien appliqué.



### Objectif 2020

En 2020, le CHUV continuera de mener des actions de communication, en particulier lors de la Journée mondiale de l'hygiène des mains, afin de sensibiliser toujours plus 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 d'une 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](http://www.swissnoso.ch)). Dédiee à la lutte contre les infections nosocomiales (acquises durant le séjour à l'hôpital), cette association suisse de médecins hospitalières et hospitaliers 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 patients.

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

- Le taux brut d'infection. Ces résultats ne tiennent pas compte de la gravité de la situation des patientes et patients, ni 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 de santé des patientes et 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.

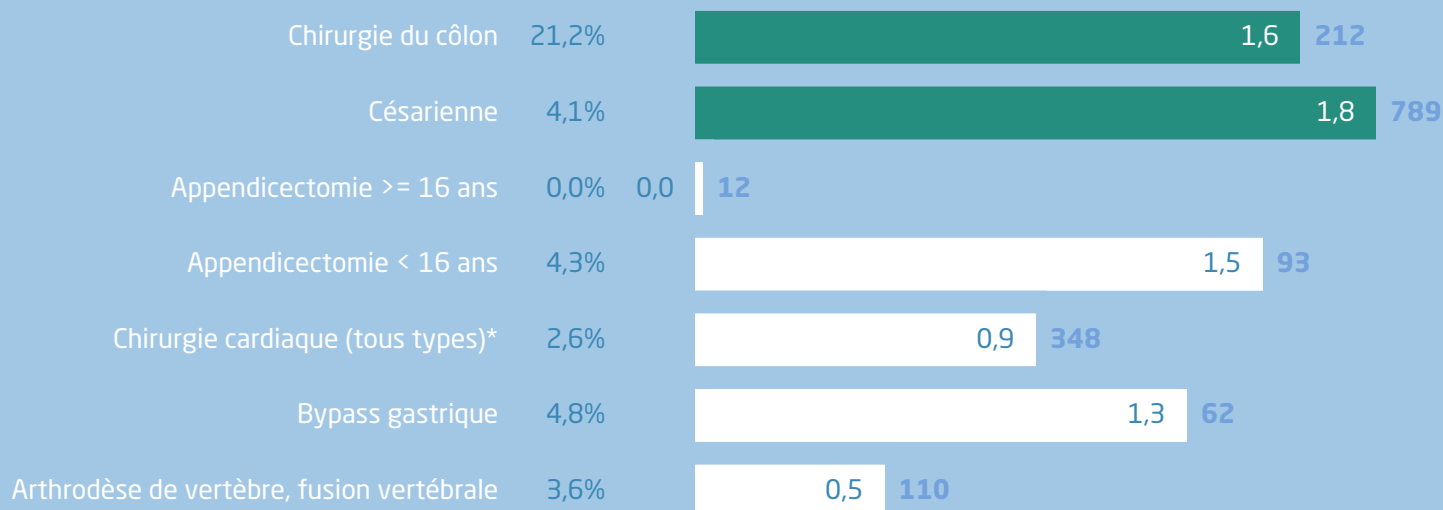
Swissnoso évalue périodiquement la qualité avec laquelle le CHUV effectue le suivi des infections du site opératoire. Cette évaluation a été réalisée deux fois: chaque fois le CHUV a obtenu une note de 4 sur 4. Ce résultat souligne la rigueur avec laquelle ces infections y sont dépistées.



# LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE: TAUX BRUT ET RATIO STANDARDISÉ (SIR)

CHIFFRES 2019

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



Voici les périodes d'observation considérées:

Sans \* : 1er Octobre 2018 au 30 Septembre 2019.

Avec \* : 1er Octobre 2017 au 30 Septembre 2018.

## Commentaire du graphique

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 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 pour les patientes ou patients, qui parfois souffrent de nombreuses comorbidités. Les résultats étant un peu au-dessus de la norme, des mesures prophylactiques continuent à être renforcées, afin d'améliorer l'administration de l'antibioprophylaxie, en particulier lors d'une intervention de longue durée.

De plus, en 2019, un ensemble d'actions de prévention mises en œuvre au cours de l'intervention, et qui ont prouvé leur efficacité, ont progressivement été mises en place. Il s'agit notamment, durant l'intervention, de maintenir la température habituelle de la patiente ou du patient (normothermie), de laver le site opératoire en respectant un protocole très strict, de changer de gants avant la fermeture de la paroi abdominale et d'utiliser un matériel spécifique dédié à la fermeture de la plaie.

Concernant les césariennes, le CHUV en a effectué 789. C'est le plus grand nombre parmi les 31 établissements qui ont participé en 2019 à la surveillance de cette intervention. L'hôpital en a assuré un suivi exhaustif à 30 jours. Cette qualité de suivi a permis d'identifier 19 infections superficielles. Comme précisé précédemment, un suivi très rigoureux augmente la probabilité d'identifier une infection superficielle après la sortie de la parturiente.



### Objectif 2020

En 2020, le CHUV continuera de suivre étroitement les infections et les mesures prophylactiques.





## DES INFECTIONS NOSOCOMIALES RÉDUITES AU MINIMUM

Grâce à l'application très stricte de bonnes pratiques et à l'utilisation d'un pansement désinfectant transparent, le Service de médecine intensive adulte a réduit de 85% le nombre des infections dues aux cathéters.

Dans le domaine des infections qui peuvent être contractées au sein d'un hôpital (dites «nosocomiales»), la pose et la surveillance des cathéters représentent un point crucial. Parfois placé sur le bras ou le poignet, le tube du cathéter peut également être introduit sous la clavicule ou au niveau du cou pour atteindre un grand vaisseau sanguin. En situation de soins intensifs, c'est un instrument indispensable pour administrer des médicaments. Son introduction donne cependant l'occasion aux microbes de pénétrer dans l'organisme. Si une infection se développe au point d'entrée, elle risque de se propager au reste de la circulation sanguine. Dans les cas extrêmes, la patiente ou le patient «entre en sepsis». Elle ou il subit une infection générale dangereuse qui prolonge son séjour à l'hôpital de plus de 10 jours. Dans les cas les plus graves, elle mène au décès.

### Un pansement spécial

Aux prises avec ce risque depuis longtemps, les hôpitaux ont défini un ensemble de pratiques dans la pose et la surveillance des équipements. Se laver régulièrement les mains, bien apprendre la technique pour insérer le cathéter, collaborer avec attention avec les autres professions médicales du service: autant de mesures qui ont permis de baisser très sensiblement le taux d'infection nosocomiale dès la fin des années 1990. Aux abords des années 2000, le Service de médecine intensive adulte (SMIA) du CHUV a divisé son taux d'infection nosocomiale par 8.

Mais comme le nombre des infections dues aux cathéters demeurait encore un souci quotidien, le Service de médecine intensive adulte a cherché à les réduire davantage encore. Dès 2006, son équipe médicale a testé l'utilisation d'un pansement «imprégné» constitué d'un gel spécial et d'une bande transparente. Posé sur la plaie ouverte par le cathéter, le gel diffuse régulièrement de la chlorhexidine, un désinfectant courant. La transparence du pansement permet par ailleurs d'avoir un contrôle visuel régulier. Infirmières et infirmiers peuvent ainsi facilement identifier un début d'infection ou un suintement propice au développement de microbes.

### Une très forte baisse des infections

Avec un personnel qui compte une quarantaine de médecins et plus de 200 infirmières et infirmiers, le Service de médecine intensive adulte soigne chaque année environ 2000 personnes. De 2006 à 2017, l'équipe médico-soignante a progressivement appliqué ses nouvelles mesures à toujours plus de patientes et patients. Depuis 2012, l'ensemble des personnes soignées au SMIA en ont bénéficié. En parallèle, afin d'avoir une idée précise de son efficacité, le service a documenté de façon systématique les effets de ces pratiques sur le nombre d'infections qui se sont déclarées en son sein.

Après 11 ans d'application et d'observation, les conclusions se révèlent sans appel. Si le premier paquet de mesures avait déjà permis de réduire très nettement le nombre d'infections, le nouvel ensemble de mesures a encore permis de les diviser par 6. De 2006 à 2018, le nombre d'infections est passé de 20 événements infectieux à 3 cas par an. Ainsi, en considérant la période de 1997 à 2018, les infections nosocomiales associées aux cathéters ont été divisées par 48.

### Des économies très substantielles

A ce résultat très positif pour la santé et la sécurité des patientes et patients s'ajoute le fait que la baisse des infections a réduit le temps moyen que les personnes hospitalisées passent au sein du SMIA, qui peut désormais accueillir davantage de personnes. Par rapport à 2012, le Service de médecine intensive adulte peut ainsi accueillir une centaine de personnes supplémentaires par année.

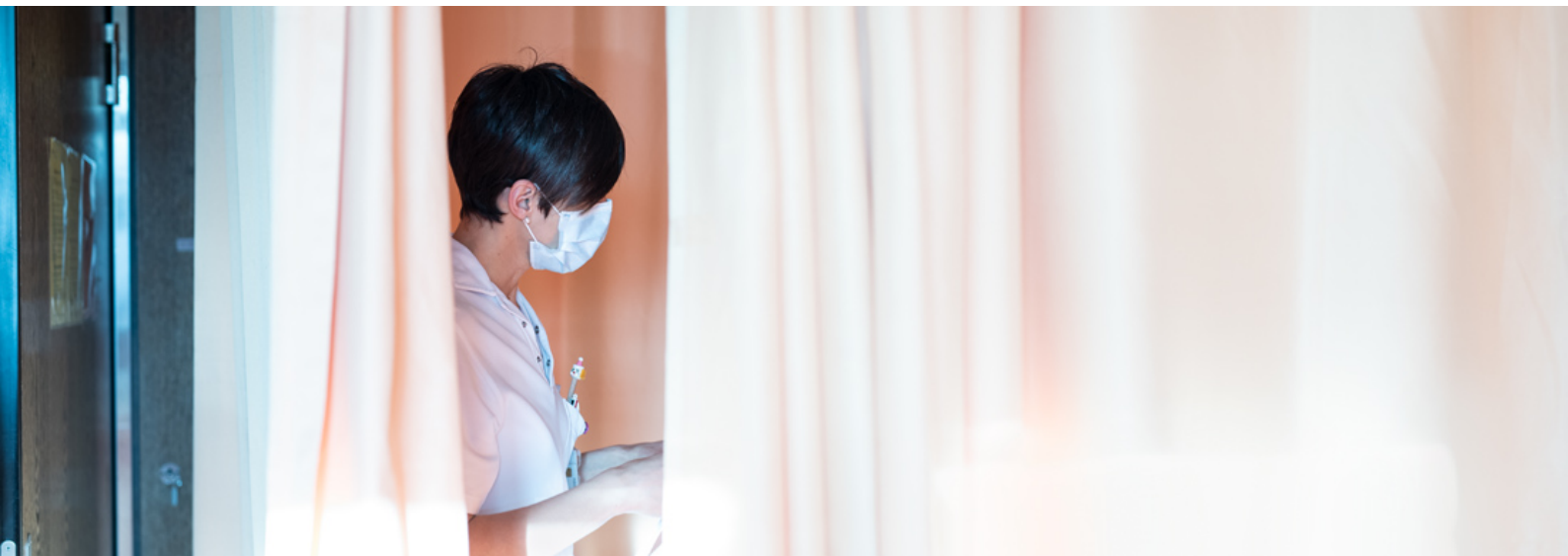
En termes économiques enfin, l'impact de ce nouvel ensemble de pratiques se révèle également très substantiel. Au vu du coût important d'une journée d'hospitalisation en médecine intensive, la baisse des infections nosocomiales liées aux cathéters permet probablement une économie d'environ 2 millions de francs par année. Cette somme représente 5% du budget de ce service, qui figure parmi les plus élevés du CHUV.



#### Lauréat Qualiday

Le projet de lutte contre les infections liées aux cathéters veineux et artériels en médecine intensive adulte a reçu un diplôme du jury lors de la journée Qualiday 2019 pour l'excellence des résultats obtenus.

## 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:** érythème 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.

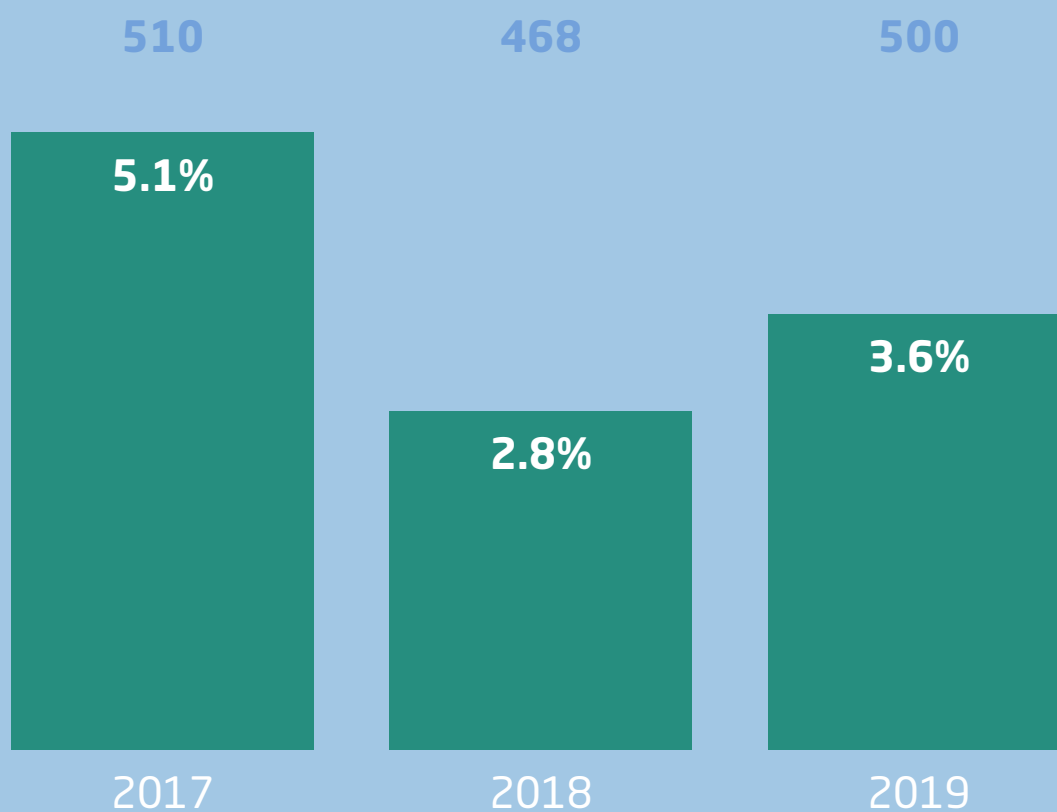
Le taux d'escarres du CHUV est comparé au taux suisse, tenant compte de tous les facteurs de risque (pathologies, durée de séjour, temps opératoire, immobilité, etc.). La comparaison permet de déterminer si le chiffre observé est, à population comparable, dans la norme suisse, ou s'il est significativement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



## PRÉVALENCE DES ESCARRES NOSOCOMIALES DE 2 À 4

CHIFFRES 2016 à 2019

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



### Commentaire du graphique

Après l'augmentation du taux d'escarres observée en 2016, un nouveau plan d'action 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 2018 et 2019 montrent un taux d'escarres de stade 2 à 4 qui se situe dans la norme.



#### Objectif 2020

En 2020, afin de maintenir ces bons résultats, le CHUV continuera d'appliquer les mesures en place.

## 4.5 LA MORTALITÉ HOSPITALIÈRE



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

Les indicateurs de mortalité actuellement utilisés permettent de comptabiliser la mortalité spécifique à une maladie ou à un type d'intervention, dont le taux de décès peut révéler un défaut de qualité des soins.

L'indicateur de mortalité hospitalière témoigne de la mortalité observée durant le séjour hospitalier. 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-e 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 décès 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 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 2 ans. Pour analyser des informations plus récentes, le CHUV calcule lui-même les taux de mortalité en utilisant les règles de l'OFSP (algorithme). Ces résultats sont

désormais publiés dans le Rapport qualité.

Parallèlement au calcul du taux de mortalité, le CHUV participe à la démarche de l'Initiative pour une médecine de qualité (IQM). Cette association allemande est à l'origine d'une procédure d'analyse des décès par une équipe médico-soignante issue d'autres hôpitaux.

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

En 2019, une équipe de médecins, infirmières et infirmiers externes au CHUV a analysé les décès de patientes et patients qui ont subi une infection généralisée (sepsis).

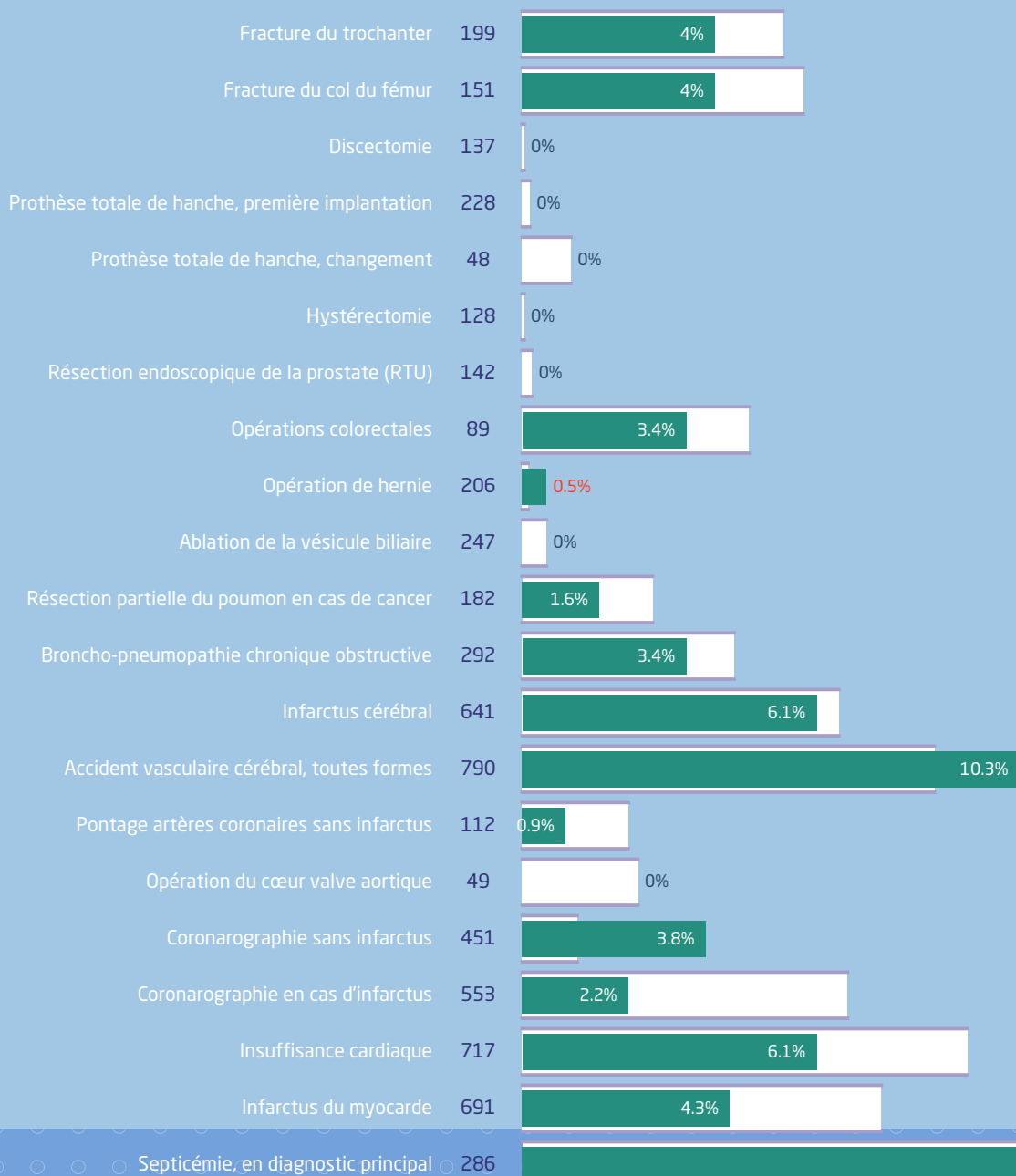


# LA MORTALITÉ HOSPITALIÈRE

Données 2019 selon méthode OFSP

● 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
Ablation de la vésicule biliaire	Cholécystectomie en cas de calculs biliaires et cholécystite, sans tumeur
Résection partielle du poumon en cas de cancer	Résections pulmonaires partielles en cas de carcinome bronchique
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	BPCO sans tumeur (âge >19)
Infarctus cérébral	Infarctus cérébral
Accident vasculaire cérébral, toutes formes	DP d'accident vasculaire cérébral, toutes les formes (âge >19)
Pontage artères coronaires sans infarctus	OP des vaisseaux coronaires uniquement,
Opération du cœur valve aortique	Remplacement isolé de valve aortique à cœur ouvert
Coronarographie sans infarctus	Cathétérisme diagnostique des vaisseaux coronaires
Coronarographie 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)
Septicémie, en diagnostic principal	Septicémie, en diagnostic principal

## Commentaire du graphique

Lorsque le taux de mortalité hospitalière observé au CHUV est au-dessus de la valeur attendue, les équipes cliniques analysent les causes de ce résultat. Pour un certain nombre de situations, le taux élevé s'explique avant tout par la gravité de l'état des 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, mais l'indicateur de mortalité ne prend pas en compte ce facteur. C'est ce qui peut expliquer, par exemple, la mortalité plus élevée qu'attendue observée pour les coronarographies chez les personnes qui n'ont pas subi d'infarctus du myocarde. En effet, la cause primaire du décès n'est pas forcément cardiaque. La mort peut être due à de multiples comorbidités, dont les conséquences d'une insuffisance cardiaque.

Les études multicentriques ont montré qu'après un AVC, les traitements de recanalisation ne réduisent pas la mortalité: ils amoindrissent le handicap. De plus, lors d'un AVC massif, les médecins décident souvent un projet de soins palliatifs, afin d'accompagner la patiente ou le patient jusqu'à son décès sans avoir à la ou le transférer dans une autre structure hospitalière. L'évaluation de la mortalité requiert une analyse différenciée de ces diverses situations.

En 2019, une équipe de sept médecins, infirmières et infirmiers externes au CHUV a étudié les dossiers de 15 personnes décédées dans le cadre d'un sepsis. Cette analyse a mis en évidence que les traitements dispensés au CHUV correspondaient aux recommandations internationales de bonnes pratiques cliniques. Certains d'entre eux auraient néanmoins pu être entrepris un peu plus tôt. En 2019, un projet de filière a été initié, notamment afin d'identifier des sepsis plus précocement et de mieux mettre en œuvre les traitements qui en découlent. Le projet continuera d'être développé en 2020.



### Objectif 2020

En 2020, le CHUV continuera d'analyser les situations de patientes et patients décédé·e·s dans les cas où le taux de mortalité observé est plus élevé qu'attendu. Le projet de filière pour les patientes et patients souffrant de sepsis sera mis en œuvre.

## 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.

### **Avec le RECI, recueillir les incidents pour éviter leur répétition**

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.

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

Toute personne qui travaille dans un département du CHUV peut signaler un incident, qu'elle ait été 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 du RECI, afin d'en comprendre toutes les causes et de proposer la mise en œuvre de mesures qui éviteront que l'événement 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.

### **Un besoin d'évolution après sept ans de recueil d'incidents**

Depuis la mise en place des outils de RECI en 2012, le nombre de signalements d'événements indésirables effectués a été important. Cependant, depuis ce déploiement institutionnel, plusieurs problématiques liées au signalement des événements indésirables, de même qu'à leur gestion, ont émergé.

Dans l'espoir de résoudre ces problèmes dans la mesure du possible, le système RECI a été réorganisé. L'outil informatique RECI a également été complètement repensé et développé. Durant le mois de juin 2019, sa nouvelle version a été déployée. Encore en phase de rodage et donc susceptible de recevoir des ajustements nécessaires, le nouvel outil RECI comprend les principaux changements et nouveautés suivantes:

- 1) Ergonomie et navigation: le signalement est plus rapide avec un seul formulaire simplifié pour tous types d'événements.
- 2) Périmètre: l'outil RECI a été recentré sur le traitement des événements indésirables de type clinique. Les autres catégories d'événements, par exemple les questions de ressources humaines ou les vols, sont traitées hors du RECI.
- 3) Objectif: le RECI a été repensé comme un outil de gestion des incidents en vue de l'amélioration continue. Par conséquent, les incidents avec dommage à la patiente ou au patient (IDP), s'ils impliquent des aspects de responsabilité juridique, sont désormais traités en dehors du RECI par l'Unité des affaires juridiques.
- 4) Feedback à la signalante ou au signalant: pour la pérennisation des systèmes d'annonce volontaire, le retour d'informations aux personnes qui ont signalé un événement est un point important. Dans le cadre de la procédure de clôture des signalements de l'outil RECI, ce retour est devenu obligatoire.



**Il est désormais obligatoire de déclarer un incident qui implique une conséquence négative pour la patiente ou le patient et qui ne peut pas être corrigé immédiatement.**

Parallèlement à la mise en place du nouvel outil RECI, l'organisation pour le suivi des événements indésirables a été revue. Il est désormais obligatoire de déclarer un incident qui implique une conséquence négative pour la patiente ou le patient et qui ne peut pas être corrigé immédiatement. Cet incident est suivi très étroitement par la Direction du CHUV et un plan de mesures sera établi avec elle. Pour les incidents n'ayant pas généré de dommage pour la patiente ou le patient

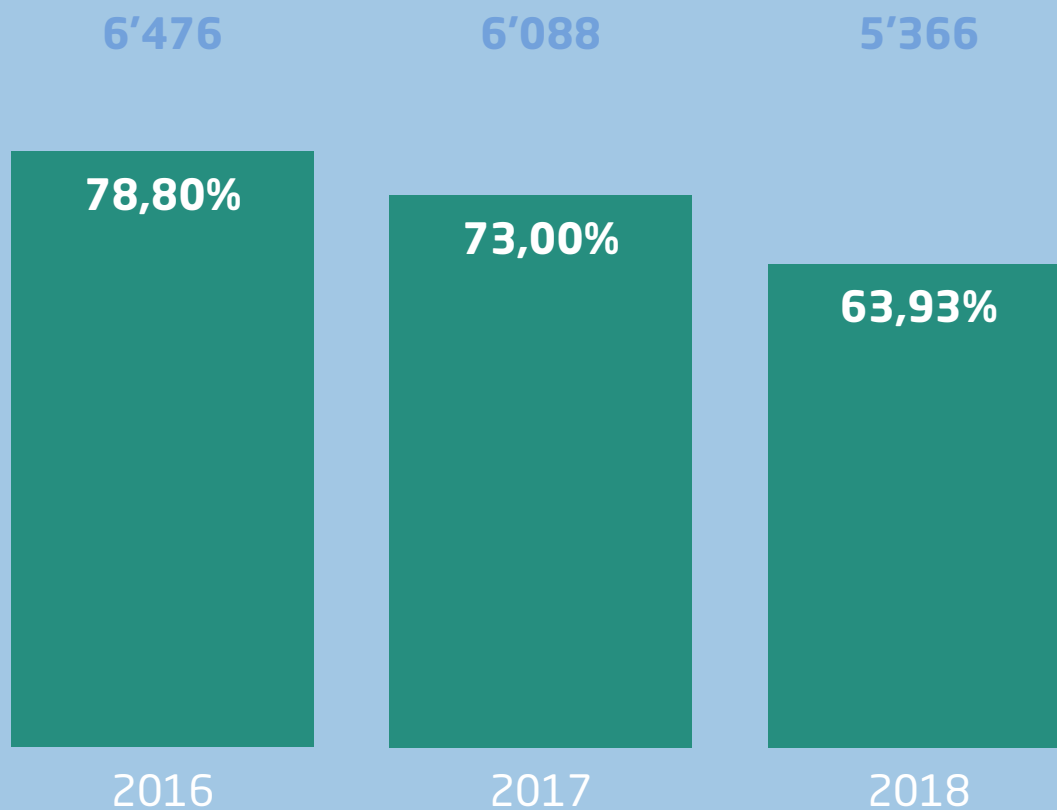
mais qui permettraient d'identifier un risque pour la sécurité des soins, il est recommandé de les déclarer afin de les analyser et de définir des mesures d'amélioration. Pour toutes les situations, il est demandé que désormais les directions des services et les départements s'impliquent de façon directe lors de la validation des analyses, de l'élaboration des actions et de leur suivi.

En cours de développement dans les services cliniques, de nouveaux dispositifs permettront de mieux intégrer dans la gouvernance les problématiques liées à la qualité et à la sécurité des soins.



## RECUEIL DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES ET INDÉSIRABLES (RECI)

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



Le projet de révision de l'outil RECI étant en cours en 2019, les données ne sont pas encore disponibles.

## 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 2019, plus de 67'000 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 variable dans le temps, et en constante augmentation depuis plusieurs années.

En 2019, les Urgences du CHUV ont accueilli quelque 67'500 personnes, soit près de 2500 de plus qu'en 2018.

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)



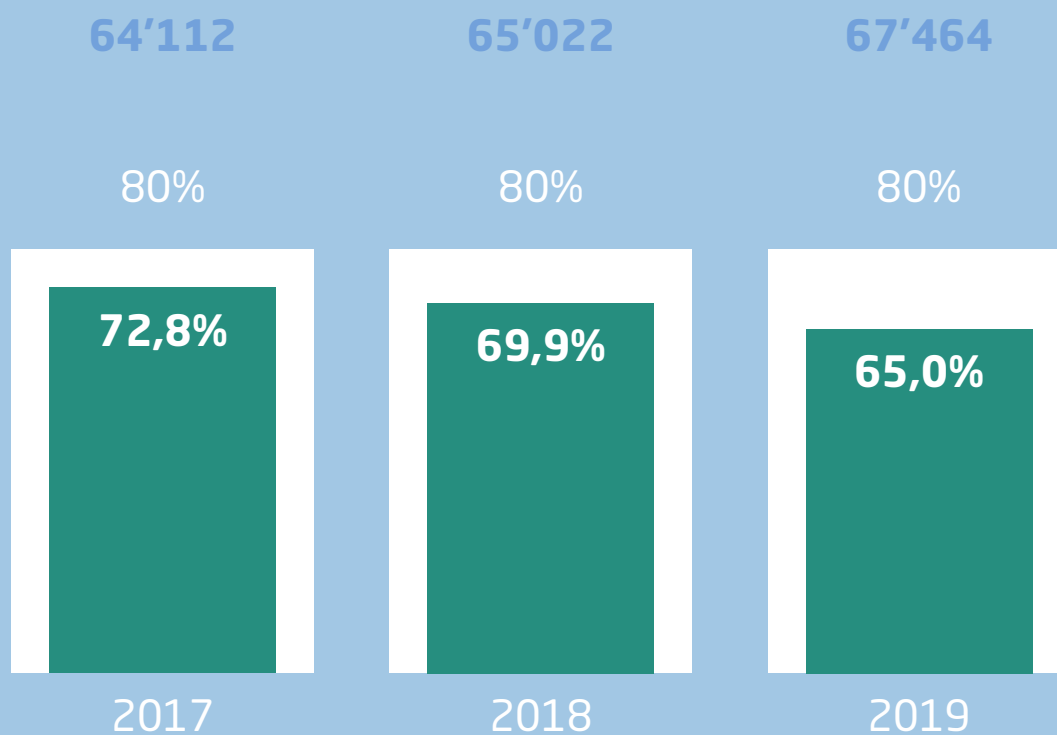


# DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

CHIFFRES 2013 à 2019

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



## Commentaire du graphique

En 2019, avec 2'442 patientes ou patients supplémentaires accueilli·e·s au tri, l'activité des urgences a augmenté de 3,8%; parmi les patientes et patients en situation de degré 2 (urgence vitale potentielle), 65% ont été pris·es en charge dans les 20 minutes après leur arrivée. Malgré un fléchissement de ce taux, ce résultat reste meilleur que celui des années 2013 à 2015, pendant lesquelles le nombre de patientes et patients pris en charge dans les 20 minutes était de 13% inférieur. Le nombre de minutes d'attente (en médiane) pour les patientes et patients en situation de degré 2 a augmenté à 7,4 minutes et non 7,6, mais reste encore inférieur au délai médian de 11 minutes mesuré en 2013 et 2015.

Parallèlement à ces indicateurs, les temps de prise en charge au Service des Urgences restent stables. Pour les cas les plus complexes («patientes et patients couché·e·s»), les durées moyennes de séjour étaient de 5,4 heures en 2019. Au sein de l'Unité d'observation, cette durée s'est abaissée de 14,3 heures en 2018 à 13,2 heures en 2019. A noter que ces durées de séjour au Service des urgences reflètent plusieurs dimensions à la fois: la durée de la prise en charge, la sévérité et la complexité des cas, la charge de travail globale et, surtout, la disponibilité de lits d'hospitalisation.



### Objectif 2020

En 2020, le Service des urgences poursuivra les actions déjà entreprises pour diminuer le temps d'attente et les délais de prise en charge des patientes et patients. Le travail consistera notamment à réduire le temps d'attente et les durées de prise en charge pour les personnes qui relèvent des urgences ambulatoires.

## 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.

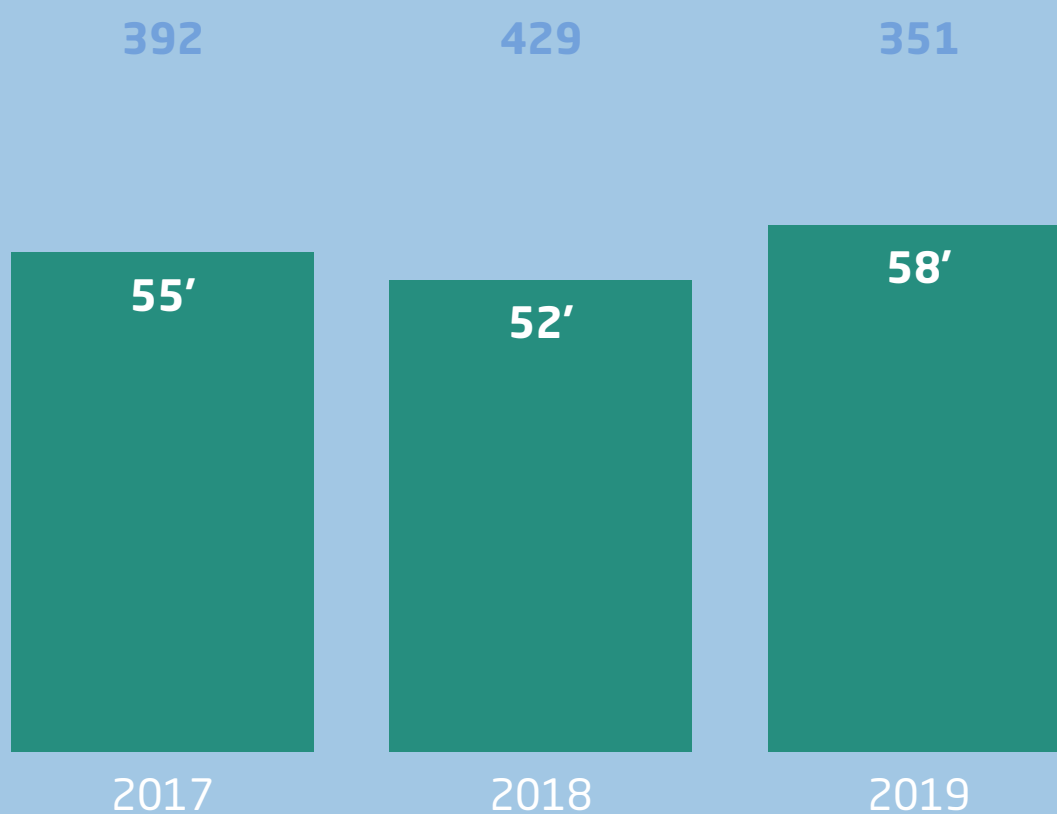
La filière STEMI organise les actions à suivre lorsqu'on suspecte un tel événement. Après l'appel au 144, elle veille à ce qu'une ou un médecin du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pose un diagnostic, puis organise le transfert de la patiente ou du patient directement au CHUV et simplifie la procédure d'admission à l'hôpital. La ou le malade va directement dans l'Unité de cardiologie interventionnelle qui va la ou le prendre en charge, sans passer par les urgences. Dans le canton de Vaud, le CHUV est le seul centre qui réalise des cathétérismes cardiaques 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.



## TEMPS DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'INFARCTUS

CHIFFRES 2012 à 2019

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



## Commentaire du graphique

En 2019, le nombre de patientes et patients qui ont passé par la filière STEMI a diminué. Comme le CHUV est le seul hôpital du canton à prendre en charge les personnes qui souffrent d'un infarctus du myocarde, la variation dépend du nombre annuel de cas au sein de la population vaudoise. Il faut souligner que d'autres pays européens observent aussi une variation du nombre d'infarctus.

Parallèlement, le temps médian entre l'arrivée de la patiente ou du patient au CHUV et l'administration du traitement a augmenté de quelques minutes. Il se maintient néanmoins en dessous de 60 minutes. Ce résultat reste satisfaisant si l'on se réfère aux recommandations internationales qui fixent un délai inférieur à 90 minutes.



### Objectif 2020

En 2020, l'objectif sera de maintenir en dessous de 60 minutes le délai entre l'arrivée au CHUV et le début du traitement. De plus, dans le cadre de la collaboration entre les cinq hôpitaux universitaires de Suisse, il est prévu de travailler à la comparaison des résultats et à l'amélioration des filières STEMI.



## UNE PRISE EN CHARGE RAPIDE POUR LES SOUFFRANCES CARDIAQUES

Afin de traiter au plus vite les patientes et patients en souffrance cardiaque sans urgence vitale, le CHUV a créé la filière NSTEMI. Immédiat, son succès repose notamment sur une contrainte simple: réserver en permanence deux lits dans le Service de cardiologie.

Lorsqu'une personne arrive aux urgences du CHUV avec une douleur thoracique et qu'elle paraît susceptible de subir un infarctus du myocarde, une équipe soignante la prend immédiatement en charge: un électrocardiogramme et une prise de sang déterminent au plus vite le degré d'urgence de sa situation. Si cette urgence est vitale, la patiente ou le patient est pris-e en charge par la filière STEMI, qui permet de recevoir très rapidement les interventions nécessaires. Si en revanche les premiers examens ne montrent pas d'urgence vitale, mais que la patiente ou le patient doit néanmoins subir des examens supplémentaires, elle ou il est pris-e en charge par la filière NSTEMI, qui mène rapidement à une hospitalisation dans le Service de cardiologie.

### Un problème récurrent

Pendant plusieurs années, lorsque les personnes en souffrance cardiaque arrivaient au Service des urgences du CHUV sans être en urgence vitale, elles devaient parfois attendre trop longtemps avant qu'une place ne se libère dans le service de cardiologie. En plus d'être angoissante pour la patiente ou le patient et ses proches, cette situation posait un problème d'embouteillage dans le Service des urgences, dont les lits doivent se libérer rapidement pour d'autres arrivantes ou arrivants.

Face à une situation devenue récurrente, la Direction de l'institution a demandé aux trois services concernés de trouver une solution. Le Service de cardiologie, le Service des urgences et la Gestion des flux de patients ont alors proposé un nouveau processus de prise en charge. L'efficacité de leur projet reposait sur une contrainte pratique simple: pour que les patientes et patients en urgence non vitale puissent rapidement sortir du Service des urgences, il fallait que le Service de cardiologie réserve en permanence deux lits à cette catégorie de malades.

### Un effet collatéral inattendu

Avant qu'il ne soit mis en œuvre, les effets du projet NSTEMI paraissaient incertains. Le Service de cardiologie allait logiquement disposer de moins de lits pour les patientes et patients hospitalisé-e-s «en électif» (les personnes qui ne viennent pas des urgences): cette diminution des places allait-elle créer à son tour un embouteillage? On aurait alors seulement déplacé le problème du Service des urgences au Service de cardiologie.

Testée à la fin de l'année 2018, la filière a rapidement atteint son premier objectif, qui consistait à désengorger le Services des urgences. Comme prévu, réserver deux lits aux patientes et patients en souffrance cardiaque permet de les recevoir au plus vite dans le Service de cardiologie: elles et ils attendent désormais beaucoup moins longtemps au Service des urgences pour recevoir les examens et les soins nécessaires. Cette nouvelle prise en charge a permis de diminuer le temps d'attente par 3.

Depuis sa remise en œuvre au printemps 2019, la filière NSTEMI n'a généré que des effets positifs. En plus d'une meilleure qualité de soins, en termes de rapidité de prise en charge, et d'une meilleure circulation aux urgences comme en cardiologie, le projet a permis aux équipes médicales et soignantes des deux services de mieux collaborer. Le fait d'améliorer le vécu des patientes et patients au sein de l'hôpital suscite également une forte motivation chez toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs. Enfin, le projet a initié une réflexion sur les mesures simples qui permettraient de réduire la durée moyenne de séjour dans les autres services de l'institution.

## 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 au sein d'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, à la thrombolyse s'ajoute un deuxième traitement: le traitement endovasculaire (thrombectomie). De petits cathéters sont introduits dans les artères du cerveau pour les déboucher en dissolvant les caillots qui s'y trouvent. Cette intervention se pratique dans les centres cérébrovasculaires hautement spécialisés comme 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. Leur application permet un meilleur tri des personnes en périphérie, et garantit aux malades de se voir acheminé-e-s le plus rapidement possible vers l'unité cérébrovasculaire disponible la plus proche.

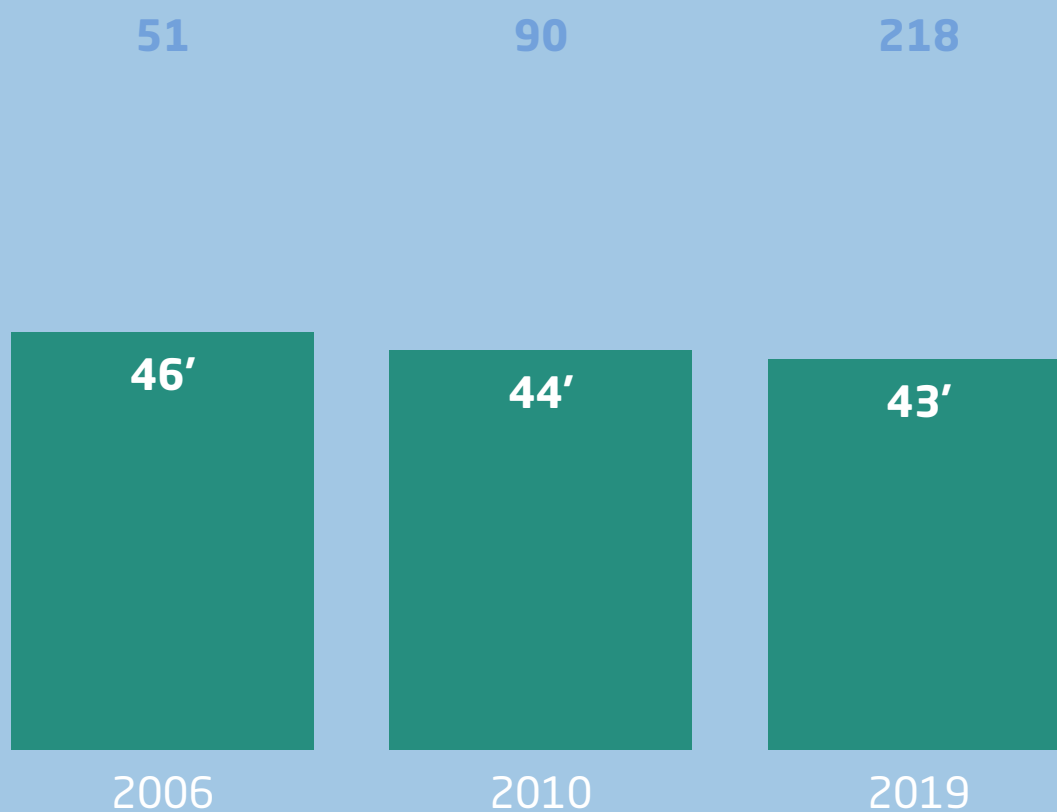


En 2010, le CHUV a officialisé la filière AVC. Ce protocole précise les symptômes que les médecins doivent rechercher ainsi que les bons gestes à effectuer auprès d'une patiente ou un patient chez qui l'on suspecte un AVC. Les buts de la filière consistent à raccourcir les délais d'acheminement au centre 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 pré-hospitalière, en vue de la prise en charge. Afin de correspondre aux standards de bonnes pratiques, le CHUV s'est fixé un objectif de moins de 30 minutes entre l'arrivée à la porte de l'hôpital et la thrombolyse.



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

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



## Commentaire du graphique

Entre 2004 et 2019, le nombre de patientes et patients victimes d'un AVC ischémique et qui ont bénéficié d'une revascularisation dans des délais précoces a sextuplé. En 2019, il est passé à 218 personnes. Par ailleurs, depuis 2018, les malades bénéficient de nouvelles modalités d'imagerie grâce à l'introduction de l'IRM comme examen de premier choix. Cette technique permet d'améliorer la spécificité du diagnostic d'AVC et de l'indication à une thrombolyse ou à une thrombectomie. L'IRM a cependant pour conséquence d'augmenter légèrement les délais de traitement (en médiane).

En novembre 2019, la certification du Centre cérébrovasculaire du CHUV a été renouvelée avec succès, pour trois ans. Les critères ont été remplis à 99%.



### Objectif 2020

En 2020, afin d'améliorer les délais de prise en charge en donnant davantage de formation à toutes les intervenantes et tous les intervenants des filières de thrombolyse et thrombectomie, il est prévu de dispenser des formations interactives supplémentaires, notamment une vidéo éducative et des séances de simulation.

## 5.4 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. En 2017, un tel protocole a aussi été instauré en chirurgie thoracique.

Intitulé ERAS, pour enhanced recovery after surgery (littéralement «récupération améliorée après la chirurgie»), ce programme a pour but de diminuer le stress qu'entraîne toute intervention pour une patiente ou un patient et de maintenir son bon état physiologique. Appliqué avec la participation active des 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. Du fait que l'état nutritionnel d'une personne, et notamment sa réserve en glucides, joue un rôle prépondérant pour la chirurgie comme pour la récupération, la ou le futur·e opéré·e doit consommer, le jour avant l'opération, des boissons riches en sucre. Elle ou il doit aussi s'alimenter peu de temps après l'intervention, si possible le jour même. En cas de besoin, elle ou il reçoit un traitement anti-nauséeux.



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 2 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, de ne pas trop hydrater la patiente ou le patient durant l'intervention. Elles visent aussi à empêcher que sa température corporelle ne baisse; si c'est le cas, son organisme dépense davantage d'énergie, ce qu'il faut précisément éviter. ERAS recommande par ailleurs que les chirurgiennes et chirurgiens recourent prioritairement à la chirurgie par laparoscopie. Moins invasive, elle nécessite aussi moins de drains.

### **Un contrôle régulier**

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

Cependant, afin que les recommandations soient bien appliquées, de même que pour juger des résultats cliniques, il est indispensable d'évaluer un tel programme par un audit de qualité. De manière anonyme et prospective (au fur et à mesure), les 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

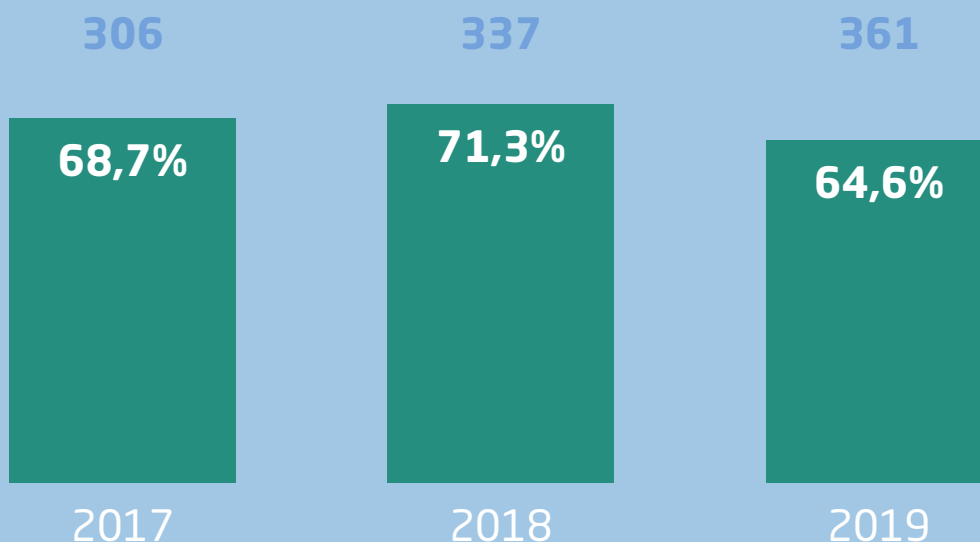


## RÉSULTATS DU PROGRAMME ERAS EN CHIRURGIE VISCÉRALE

CHIFFRES 2017 à 2019

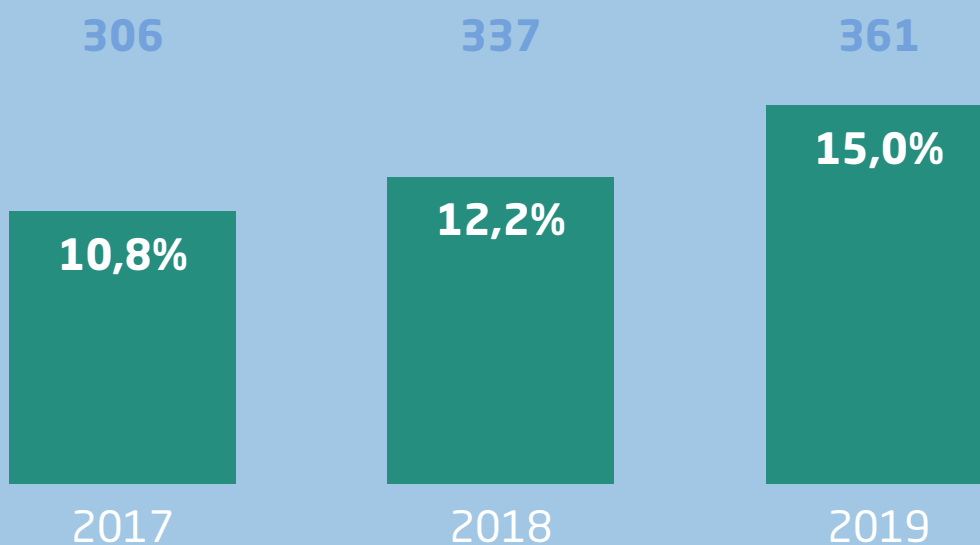
### Proportion de mesures ERAS appliquées

- Nombre de réponses
- Proportion de mesures ERAS appliquées



### Taux de complications IIIb et plus

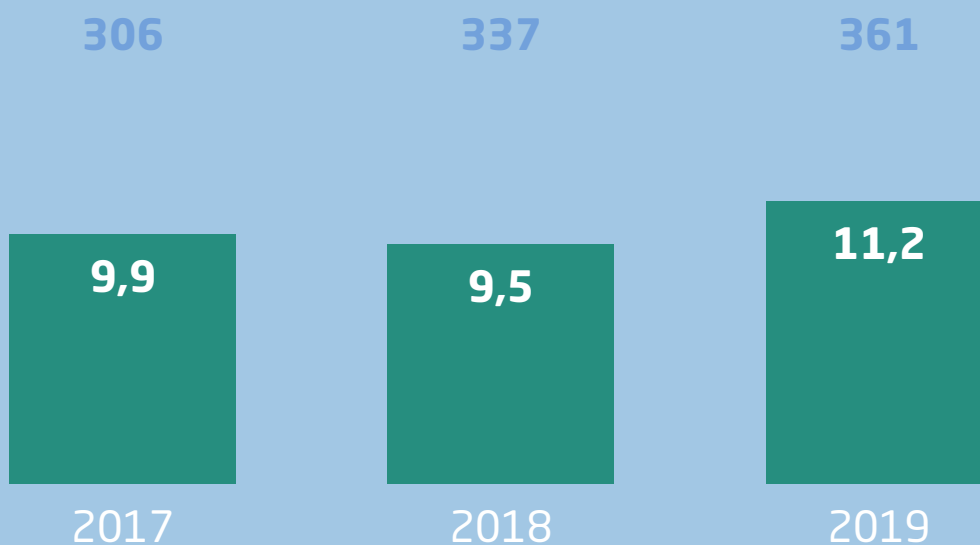
- Nombre de réponses
- % de patients avec complications IIIb et plus



## 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**

Le programme multidisciplinaire de réhabilitation améliorée ERAS vise à améliorer et simplifier le parcours de la patiente ou du patient avant, pendant et après une opération.

L'application du programme ERAS à la chirurgie viscérale s'effectue dans 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 relevaient de ces quatre domaines ont bénéficié de 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.

### **Commentaire des graphiques**

Entre 2016 et 2018, l'adhérence au programme ERAS est globalement stable. Au total 70% des éléments du protocole ont été respectés durant cette période, ce qui est considéré comme excellent. En effet, le score qui mesure l'adhérence au programme vise un taux idéal maximal qu'il n'est pratiquement pas possible d'atteindre. L'expérience mondiale prouve que, selon les spécialités, une adhérence au programme au-dessus de 65% offre un bénéfice statistiquement et cliniquement significatif pour les patientes et patients. Le taux de 65% relevé au CHUV en 2019 reste ainsi très satisfaisant. Il reflète surtout la complexité des chirurgies effectuées et l'état de patientes et patients complexes. Il faut souligner que pour conserver les effets bénéfiques du programme ERAS sur la survenue de complications et sur la durée de séjour, il est indispensable que chirurgiennes, chirurgiens, anesthésistes et équipes infirmières collaborent en permanence. Il faut aussi que la patiente ou le patient s'implique dans ses soins.

En 2019, 15% des complications ont nécessité une ré-intervention sous anesthésie générale ou une prise en charge en soins intensifs. Parallèlement, la durée de séjour a augmenté par rapport à 2018. Il faut néanmoins mettre ces résultats en perspective avec les traitements multidisciplinaires complexes, telles la chimiothérapie ou la radiologie interventionnelle, qui permettent aujourd'hui d'opérer à un stade plus avancé de la maladie. Dans ces situations, les patientes et patients ont davantage de risque de développer des complications et de séjourner un peu plus longtemps à l'hôpital. Les résultats du CHUV en chirurgie viscérale avec ERAS restent donc particulièrement satisfaisants.



## **Application du programme ERAS en chirurgie thoracique et résultats obtenus**

Ce graphique résulte de la comparaison entre les 50 dernières patientes et derniers patients opéré·e·s avant l'introduction du programme ERAS et les personnes qui ont ensuite suivi le protocole, selon l'année de leur prise en charge.

Les résultats montrent une diminution de la durée de séjour après l'intervention chirurgicale et une diminution significative des complications cardiopulmonaires dans les 30 jours qui ont suivi l'opération. La bonne application des principes d'ERAS en 2017, 2018 et 2019 a clairement montré l'impact et les bénéfices d'un tel programme. En effet, en 2019, la durée médiane de séjour après l'intervention atteint 4 jours au lieu de 7 avant l'introduction du protocole ERAS, et le taux de complications cardiopulmonaires 26%.



## APRÈS LA CHIRURGIE VISCÉRALE, ERAS DISPENSE SES BIENFAITS DANS LE DOMAINE PULMONAIRE

Appliqué depuis 2017 dans le Service de chirurgie thoracique, le protocole de réhabilitation améliorée après chirurgie montre de nombreux avantages, pour les patientes et patients comme pour l'institution hospitalière.

Un nombre de complications pulmonaires qui baisse de moitié, un taux de morbidité divisé par deux, un coût qui diminue de 20% pour chaque opération: de même qu'en chirurgie viscérale, le protocole de récupération améliorée après chirurgie ERAS montre de nombreux bienfaits depuis qu'il est appliqué au Service de chirurgie thoracique du CHUV.

### Une limitation aux opérations mineures

Lorsque le Service de chirurgie thoracique a décidé d'intégrer le protocole ERAS dans sa pratique clinique, une équipe médicale et soignante a d'abord procédé à quelques adaptations. Historiquement conçues pour la chirurgie viscérale, les lignes directrices du protocole devaient correspondre aux contraintes propres à la chirurgie pulmonaire. Réservé aux résections anatomiques telles que l'ablation d'un lobe pulmonaire, le processus de réhabilitation a également été standardisé, afin que chaque patiente ou patient passe par les mêmes étapes.

Les lignes directrices du protocole ERAS comprennent une prise en charge active des futur·e·s opéré·e·s avant l'intervention. Essentiellement menée par le personnel soignant, notamment par une infirmière clinicienne ou un infirmier clinicien spécialement formé·e, cette étape est primordiale. Lors d'un entretien, chaque patiente ou patient reçoit des informations sur le déroulement de l'intervention, de même que des instructions pour son hygiène de vie et son alimentation. Le Service a également rédigé une brochure qui redonne et complète ces informations. Par ailleurs, l'infirmière clinicienne ou l'infirmier clinicien enseigne la réalisation d'exercices respiratoires avec un appareil spécifique, le spiromètre. Tout en permettant à la patiente ou au patient de participer activement à sa prise en charge, cet entraînement prévient notamment d'éventuels problèmes pulmonaires. Il rassure également les personnes inquiètes de savoir comment elles vont retrouver une bonne respiration après l'opération.

### Un seul drain plutôt que deux

L'un des principes du protocole ERAS préconise de pratiquer une chirurgie aussi peu invasive que possible. Comme dans le domaine viscéral, en chirurgie thoracique existe la possibilité d'opérer par de petites ouvertures cutanées; il arrive même qu'un seul accès suffise pour mener à bien l'intervention. Avant l'opération, les médecins anesthésistes veillent à alimenter la patiente ou le patient en boissons riches en glucides. Pendant l'intervention, elles ou ils administrent des médicaments pour éviter, par exemple, les nausées et les vomissements. Enfin, lorsque l'opération arrive à son terme, la patiente ou le patient ne se voit plus poser deux drains thoraciques par la chirurgienne ou le chirurgien comme par le passé, mais un seul. Ce changement diminue sensiblement la douleur que génère ce type d'équipement et facilite la phase

postopératoire.

Pour les jours qui suivent l'intervention, le protocole ERAS demande aux patientes et patients de se livrer à divers mouvements qui évitent les conséquences d'une trop grande immobilité. La procédure préconise aussi de reprendre l'alimentation aussi rapidement que possible. Contrairement à la chirurgie viscérale, qui touche aux organes de la digestion, la chirurgie des poumons permet de retrouver une alimentation normale tout de suite après l'intervention.

En revanche, toute opération qui touche aux poumons génère des douleurs importantes. Adapté à la chirurgie thoracique, le protocole ERAS met donc fortement l'accent sur les médicaments qui aident à les diminuer, avec une prise en charge qui offre différents paliers. Si nécessaire, on pose un cathéter péridural, qui permet de délivrer un antalgique de manière continue. Les patientes et patients ont également la possibilité de gérer leur douleur par le biais d'un cathéter veineux avec une pompe programmable, qui permet de s'injecter soi-même une dose fixe de médicament. Cet outil permet aux patientes et patients d'avoir une action directe sur les douleurs ou les nausées, sans devoir attendre le personnel soignant.

## Actrices et acteurs de leurs soins

Depuis que le protocole ERAS a été mis en œuvre en ses murs au printemps 2017, le Service de chirurgie thoracique a opéré 360 patientes et patients en suivant ses consignes. Minutieusement documentée, notamment par des outils informatiques et par un journal de bord que les personnes opérées peuvent rédiger, cette somme d'expériences montre les bénéfices que les patientes et patients retirent du protocole. Devenues actrices de leurs soins, accompagnées par des équipes médicales et soignantes spécifiquement formées, les personnes opérées récupèrent beaucoup plus rapidement. Moins anxieuses, elles vivent beaucoup mieux leur séjour à l'hôpital. La création d'un itinéraire de soins commun permet également aux équipes médicales et soignantes de mieux se coordonner. Quant à la durée médiane de séjour postopératoire, elle est passée de 7 à 4 jours.



### Lauréat Qualiday

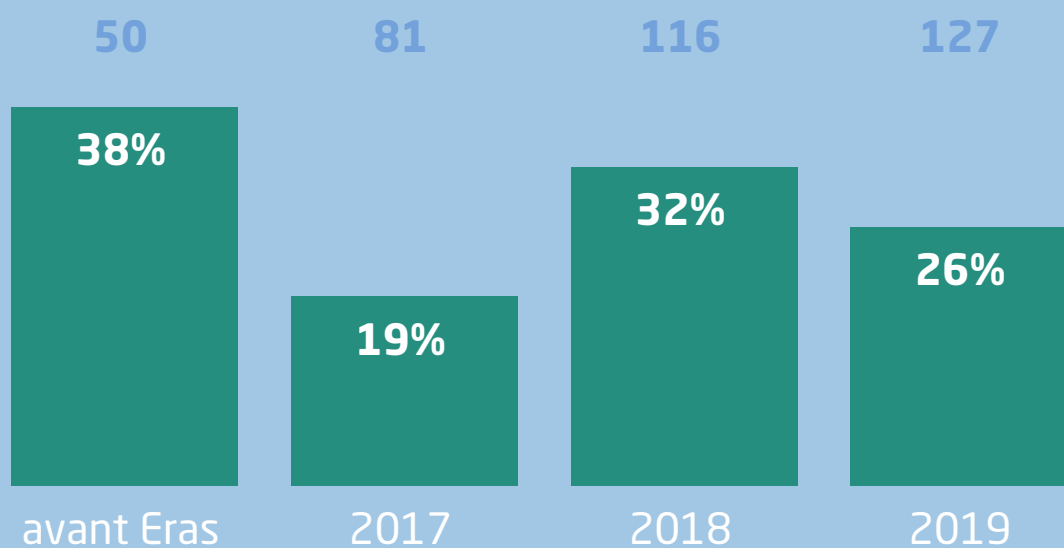
Le projet ERAS en chirurgie thoracique a reçu un diplôme du jury lors de la journée Qualiday 2019 pour l'excellence des résultats obtenus.



## ERAS DE LA CHIRURGIE THORACIQUE

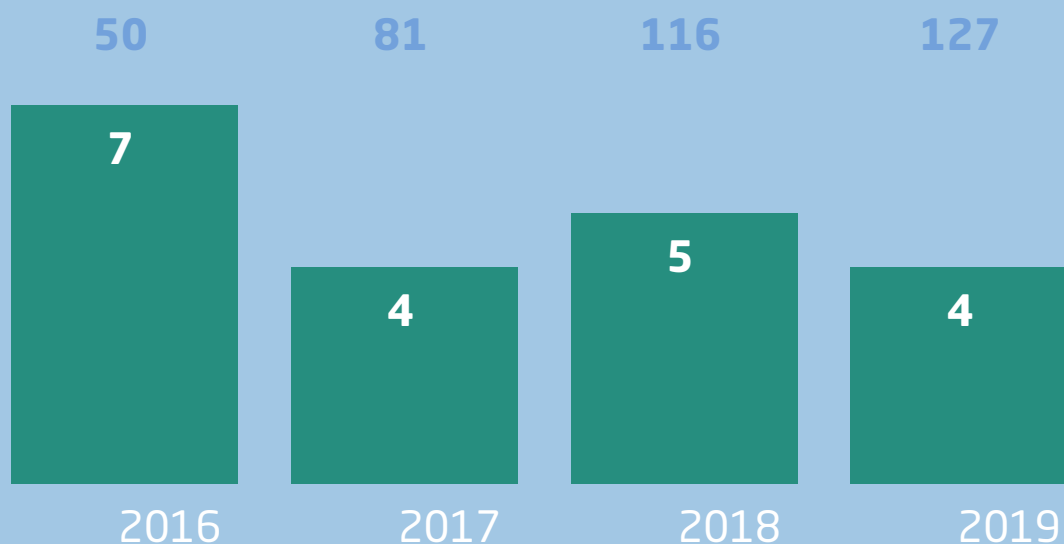
### Complications cardio-pulmonaires dans les 30 jours

- Nombre de patientes et patients
- Pourcentage de patientes et patients avec complications cardio-pulmonaires dans les 30 jours

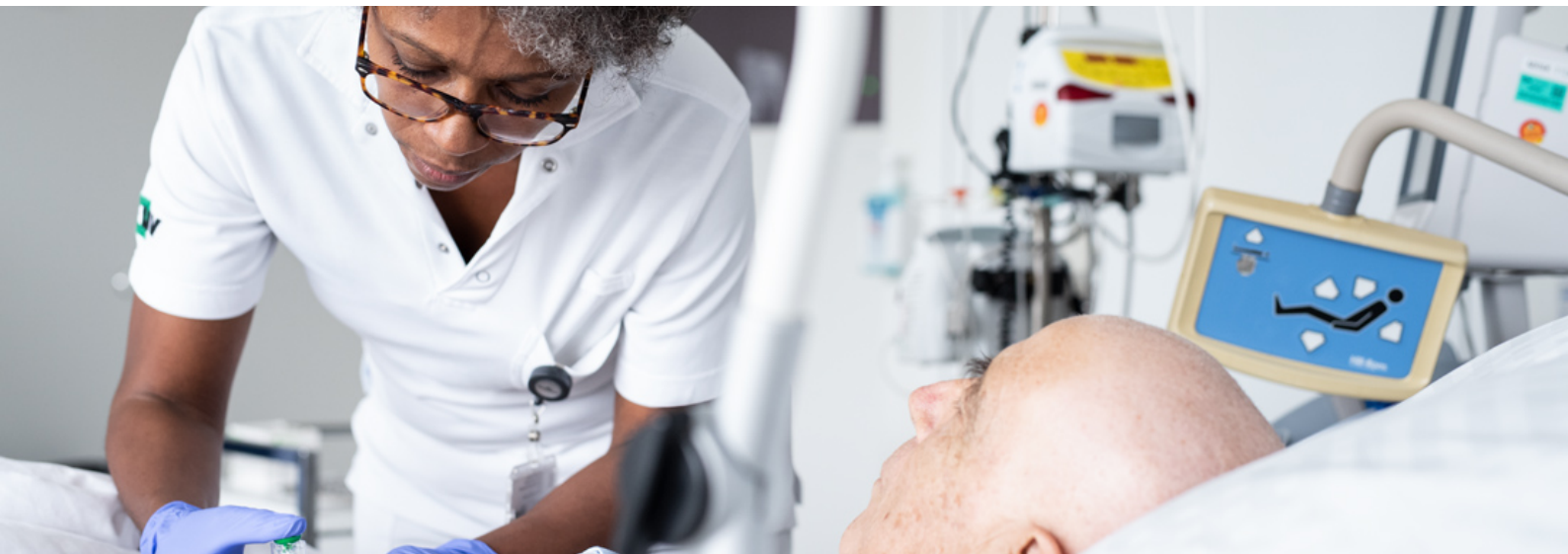


### Complications cardio-pulmonaires dans les 30 jours

- Nombre de patientes et patients
- Pourcentage de patientes et patients avec complications cardio-pulmonaires dans les 30 jours



# 5.5 EFFICIENCE ET SMARTER MEDICINE



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

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



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

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

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



## UNE STRATÉGIE ACTIVE POUR RÉDUIRE LES ACTES MÉDICAUX INUTILES

Depuis 2017, le Service de médecine interne diffuse un ensemble de recommandations destinées aux équipes médicales et soignantes. Transmises très activement, elles ont permis de réduire les prescriptions excessives et de remettre en question certains actes de soins.

«Une nuit folle? Pas d'Haldol!» Dans le bureau des cheffes et chefs de clinique du Service de médecine interne, on trouve aux murs de petites affiches colorées avec des bulles sur fond rouge, vert ou jaune. Au centre de chaque placard, un slogan percutant alerte le personnel médical ou soignant sur certains comportements professionnels à suivre ou à éviter. L'Haldol? Il s'agit d'un neuroleptique que les médecins peuvent donner aux malades en état confusionnel. Mais il arrive parfois que le personnel médical administre ce médicament un peu trop facilement.

### Une médecine mieux ciblée

Depuis quelques années, à l'instar d'autres grands hôpitaux, le CHUV s'est lancé dans une nouvelle approche de soins. Nommée «Smarter medicine – Choosing wisely» (littéralement: «Une médecine mieux ciblée – Choisir avec pertinence»), cette démarche consiste à éviter les gestes médicaux superflus et les prescriptions de médicaments inutiles, voire néfastes. «Antibiotiques? Oui, mais pour 5 jours», dit une deuxième affiche dans les locaux du Service de médecine interne. Le problème de l'excès d'antibiotiques est connu: il augmente la résistance des bactéries et menace de rendre un jour ces médicaments inefficaces. Les risques d'un neuroleptique tel que l'Haldol sont moins connus: il peut interagir avec certains médicaments ou causer une arythmie. De plus, ses bénéfices sur la durée de l'état confusionnel, la durée de séjour ou encore la mortalité ne sont pour l'instant pas démontrés.

Mais pratiquer une médecine pertinente implique aussi de suivre de nouvelles pratiques. L'une d'elles consiste par exemple à dépister systématiquement un état de dénutrition chez les patientes et patients qui arrivent à l'hôpital. Pour qu'une personne vive au mieux son séjour hospitalier, un bon état nutritionnel est primordial. Si elle est dénutrie, elle risque d'aborder une opération avec un organisme trop faible. Un dépistage permet alors de mettre en œuvre des mesures qui permettront de le renforcer. Le Service de médecine interne effectue ce dépistage en évaluant l'alimentation de la patiente ou du patient une semaine avant son hospitalisation, et en repérant une éventuelle perte de poids lors des derniers mois. L'évaluation prend également en compte l'âge de la personne et la gravité de la maladie.

### Des lignes directrices transmises activement

Dès 2017, le Service de médecine interne du CHUV a rédigé des «recommandations pour la pratique clinique» (RPC) destinées à mieux prendre en charge les pathologies que ses équipes rencontrent le plus souvent, telles que la pneumonie, l'hémorragie digestive haute, la pyélonéphrite, le syndrome coronarien ou l'embolie pulmonaire aiguë. Elaborées par une vingtaine de médecins spécialistes en collaboration avec les infirmières, les infirmiers et les

physiothérapeutes, ces RPC forment un corpus commun de lignes directrices que tous ces métiers peuvent suivre pas à pas pour le diagnostic et le traitement de leurs malades.

Rédiger des recommandations n'est cependant pas tout: encore faut-il qu'elles soient véritablement appliquées. Imprimées sous forme d'une petite brochure de 27 pages à glisser dans une poche, les RPC du Service de médecine interne se trouvent aussi sur TRIBU, le site intranet du CHUV. Le Service de médecine interne a de surcroît mis en œuvre une stratégie active d'enracinement par le biais d'«ambassadrices» et «ambassadeurs». Composées de plusieurs professions médicales et soignantes, ces équipes font connaître les recommandations aux personnes concernées, notamment les plus de 100 médecins assistant·e·s en formation, et elles sont donc très mobiles au sein de l'hôpital. Quant aux affiches, elles sont posées un peu partout sur les murs du service, le plus grand du CHUV avec ses 400 collaboratrices et collaborateurs.

## Des effets très sensibles

Depuis le début de cette mise en œuvre, les recommandations pour la pratique clinique ont très clairement influencé la pratique des équipes médicales et soignantes au sein du Service de médecine interne. La prescription d'Haldol a chuté de moitié, tandis que le dépistage de la dénutrition a augmenté de 50%. Enfin, pendant la même période, le Service de médecine interne a vu baisser la durée moyenne de séjour des patientes et patients en son sein, ce qui a permis d'augmenter son activité. S'il est encore trop tôt pour affirmer que ces changements sont bien dus au bon suivi des recommandations, la littérature scientifique montre que ce type de mesures, lorsqu'elles sont suffisamment appliquées, génèrent ce type d'effets.

Au vu des résultats prometteurs, le Service de médecine interne va donc poursuivre les projets «Smarter medicine – Choosing wisely». Le suivi des bonnes pratiques médicales et soignantes suscite une réelle prise de conscience et permet de développer des projets qui améliorent la qualité des soins.



### Lauréat Qualiday

L'étude de l'adhérence et l'impact après 18 mois du projet de recommandations pour la pratique clinique en médecine interne a reçu un diplôme du jury pour l'excellence des résultats obtenus lors de la journée Qualiday 2019.

# 6 CERTIFICATIONS ET ACCRÉDITATIONS



Le CHUV soutient financièrement et accompagne l'obtention des certifications, les accréditations ou toutes autres reconnaissances normatives obligatoires qui permettent d'assurer la qualité de ses prestations. La certification de type ISO 9001 permet de démontrer la maîtrise d'un système de management de la qualité de l'entité concernée. L'accréditation peut être obligatoire, dans le cadre d'une réglementation, ou relever d'une démarche volontaire; elle est par exemple indispensable pour les laboratoires dans le cadre d'analyses effectuées pour des projets de recherche des secteurs cliniques. En 2019, le CHUV a obtenu pas moins de 11 renouvellements (7 certifications et 4 accréditations), toutes catégories confondues, ainsi qu'une nouvelle certification en oncologie.



# ACCRÉDITATIONS

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>DÉCANAT DE LA FACULTÉ DE BIOLOGIE ET DE MÉDECINE (FBM)</b>			
Standards AAQ relatifs aux exigences des LEHE et LPMéd	2018	2018	Filière d'études de l'Ecole de médecine de la FBM
<b>INSTITUT DE PATHOLOGIE</b>			
SN EN ISO 15189:2013	2018	2018	Laboratoires d'immunopathologie, biologie moléculaire, FISH, cytopathologie et histologie
<b>INSTITUT DE RADIOPHYSIQUE - LABORATOIRES</b>			
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.
<b>INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION ET RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (IUFRS)</b>			
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 Sc. en sciences infirmières (programme conjoint UNIL - HES-SO).
<b>LABORATOIRE CENTRAL D'HÉMATOLOGIE</b>			
SN EN ISO 15189:2013	2001	2016	Laboratoire de biologie médicale pour les examens dans le domaine de l'hématologie
<b>LABORATOIRE D'ANDROLOGIE (DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE)</b>			
SN EN ISO 15189:2013	2001	2016	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses d'andrologie et de biologie de la reproduction
<b>LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE ET ALLERGIE</b>			
SN EN ISO/CEI 15189:2013	1999	2019	Laboratoire d'essais pour les analyses médicales dans les domaines de l'allergologie, de l'immunologie clinique et de la vaccinologie
<b>LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE ET ALLERGIE</b>			
Standards EFI	2013	2017	
<b>LABORATOIRE D'ONCOGÉNOMIQUE (DE LCH)</b>			
SN EN ISO 15189:2013	2018	2018	Laboratoire de biologie médicale pour les examens dans le domaine de la génétique
<b>LABORATOIRE DE CHIMIE CLINIQUE</b>			
SN EN ISO 15189:2013	2000	2019	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses médicales dans le domaine de la chimie clinique
<b>LABORATOIRE SUISSE D'ANALYSE DU DOPAGE (LAD) DU CURML</b>			
SN EN ISO/CEI 17025:2005	2000	2015	Laboratoire d'essais pour les analyses de substances et de méthodes dopantes
<b>LABORATOIRES DE GÉNÉTIQUE</b>			
SN EN ISO 15189:2013	2002	2017	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses dans le domaine de la génétique

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>LABORATOIRES DIAGNOSTIQUES DE MICROBIOLOGIE IMU-DAM</b>			
SN EN ISO 15189:2013	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
<b>SERVICE D'HÉMATOLOGIE</b>			
JACIE	2005	2011	Cellules souches pour greffe autologue
<b>SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE - CENTRE DES BRÛLÉS</b>			
MHS Brûlures graves chez l'adulte et son art. 3f ; Normes de la European Burn Association (EBA)	2015	2015	Filière des brûlés (adultes et enfants)
<b>UNITÉ DE GÉNÉTIQUE FORENSIQUE (UGF) DU CURML</b>			
SN EN ISO/CEI 17025:2017	2004	2019	Laboratoire d'essais pour les analyses dans le domaine de la génétique forensique. Analyses ADN.
<b>UNITÉ DE PHARMACOGÉNÉTIQUE ET PSYCHOPHARMACOLOGIE CLINIQUE (DU CENTRE DE NEUROSCIENCES PSYCHIATRIQUES)</b>			
SN EN ISO 15189:2013	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
<b>UNITÉ DE TOXICOLOGIE ET DE CHIMIE FORENSIQUES (UTCF) DU CURML</b>			
SN EN ISO/CEI 17025:2005	2005	2015	Laboratoire d'essais pour les analyses dans les domaines de la toxicologie et chimie forensiques
<b>UNITÉ DE TOXICOLOGIE ET DE CHIMIE FORENSIQUES (UTCF) DU CURML - SITE GENEVOIS</b>			
SN EN ISO/CEI 17025:2005	2003	2018	Laboratoire d'essais pour les analyses dans les domaines de la toxicologie et chimie forensiques
<b>UNITÉ DE TOXICOLOGIE ET DE CHIMIE FORENSIQUES (UTCF) DU CURML - TOXICOLOGIE DE L'EXPOSITION</b>			
SN EN ISO/CEI 17025:2005	1997	2017	Laboratoire d'essais pour l'évaluation de l'exposition professionnelle par des mesures de substances dangereuses, de nuisances physiques et de biomarqueurs

# CERTIFICATIONS

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>CENTRALE DE STÉRILISATION ET DÉSINFECTION</b>			
ISO 9001:2015, ISO 13485:2016	1998	2017	Stér. centrale BH04 ; Sterbop BH05 ; HO exclus
<b>CENTRE DES FORMATIONS</b>			
ISO 29990:2010	2005	2017	Toute l'offre de formation
<b>CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE - CENTRE DES TUMEURS NEUROENDOCRINES</b>			
ENETS Center of Excellence (ENETS CoE)	2019	2019	
<b>CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE - CENTRE DU SEIN</b>			
Critères d'évaluation de la LSC et SSS d'octobre 2012.	2013	2017	
<b>CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE - CENTRE DU SEIN</b>			
EUSOMA	2015	2017	
<b>CONSULTATION DE MÉDECINE DE LA FERTILITÉ ET ENDOCRINOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE (DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE)</b>			
ISO 9001:2015	2003	2019	
<b>CUTR SYLVANA À EPALINGES</b>			
ISO 9001:2015	1998	2017	
<b>DIRECTION DES CONSTRUCTIONS, INGÉNIERIE, TECHNIQUE ET SÉCURITÉ</b>			
ISO 9001:2015	2011	2018	Gestion de projets de construction et rénovation, entretien des locaux, des installations et des équipements techniques, prévention et interventions de la sécurité.
<b>DIRECTION DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE</b>			
ISO 9001:2015	2007	2017	Processus de management, ressources, prestations et amélioration
<b>DIRECTION DU DÉPARTEMENT DES LABORATOIRES</b>			
ISO 9001:2015	2011	2017	Processus de management, ressources, prestations et amélioration
<b>EMS LA ROSIÈRE-SOERENSEN À GIMEL</b>			
ISO 9001:2015	2003	2019	
<b>EQUIPE MOBILE PÉDIATRIQUE CANTONALE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SOUTIEN (DU DFME)</b>			
Label "Qualité dans les soins palliatifs" de l'ASQSP	2014	2019	
<b>FINANCEMENT ET PLANIFICATION DE LA DAF</b>			
REKOLE®	2014	2018	Comptabilité analytique des coûts et des prestations (REKOLE)
<b>PROCESSUS ALIMENTATION NON THÉRAPEUTIQUE (PROALIM) DES SERVICES HÉBERGEANT DES PATIENTS</b>			
ISO 9001:2015	2003	2017	Sites: Cité hospitalière, Cery et Sylvana
<b>SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE</b>			
ISO 9001:2015	2009	2018	Tous les secteurs, y compris le Centre des brûlés
<b>SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE</b>			
Directives pour la certification de la SSMI	2006	2016	Tous les secteurs, y compris le Centre des brûlés
<b>SERVICE DE MÉDECINE INTERNE</b>			
ISO 9001:2015	2004	2017	Hospitalisation

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE ET IMAGERIE MOLÉCULAIRE</b>			
ISO 9001:2015 ; QMA Audits in nuclear medicine practices	2013	2019	Processus cliniques
<b>SERVICE DE NEUROLOGIE - CENTRE CÉRÉBRO-VASCULAIRE</b>			
MHS	2013	2019	AVC / Stroke Center
<b>SERVICE DE PHARMACIE</b>			
ISO 9001:2015 ; Référentiel RQS v2.1	2007	2019	Activités pharmaceutiques
<b>SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES</b>			
ISO 9001:2015	2004	2017	Hospitalisation et activités ambulatoires
<b>SERVICE DES SOINS PALLIATIFS</b>			
Label "Qualité dans les soins palliatifs" de l'ASQSP	2015	2015	Unité de lits de médecine palliative & équipe mobile intra-hospitalière de soins palliatifs et de soutien
<b>SERVICE DES SOINS PALLIATIFS</b>			
Label "Qualité dans les soins palliatifs" de l'ASQSP	2014	2019	Equipe mobile adultes extra-hospitalière cantonale de soins palliatifs (EMSP) CHUV/RSRL
<b>UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE PÉDIATRIE</b>			
ISO 9001:2015	2009	2018	
<b>UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE PÉDIATRIE</b>			
Directives pour la certification de la SSMI	2010	2019	

# INSPECTIONS

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>CENTRE DE PRODUCTION CELLULAIRE</b>			
LPTH, Loi sur la transplantation, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)	2012	2019	Fabrication de TrSt/TG/OGM
<b>CENTRE DE RECHERCHE CLINIQUE</b>			
LPTH, LRH, OClin, Lignes directrices BPC	2011	2014	
<b>CTE - CELLULAR MANUFACTURING FACILITY (CMF)</b>			
LPTH, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)	2019	2019	Fabrication pour essais cliniques, importation et exportation de médicaments
<b>CTE - CELLULAR MANUFACTURING FACILITY (CMF)</b>			
LPTH, Loi sur la transplantation, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)	2019	2019	Fabrication pour essais cliniques, importation et exportation de TrSt/TG/OGM
<b>CTE - TUMOR PROCESSING FACILITY (TPF)</b>			
LPTH, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)	2016	2018	Fabrication de médicaments pour essais cliniques et de principes actifs pharmaceutiques
<b>CTE - TUMOR PROCESSING FACILITY (TPF)</b>			
LPTH, Loi sur la transplantation, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)	2016	2018	Fabrication de TrSt/TG/OGM pour essais cliniques
<b>DIRECTION MÉDICALE</b>			
LPTH, ODim	2018	2018	Maintenance et retraitement des dispositifs médicaux (exploitation des HCD) ; matériovigilance (enregistrement et déclaration des incidents graves).
<b>EMS LA ROSIÈRE-SOERENSEN À GIMEL</b>			
Grille d'évaluation CIVESS	2013	2018	
<b>LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE ET ALLERGIE</b>			
Loi sur les épidémies (LEp, RS 818.101), Ordonnance sur les laboratoires de microbiologie (RS 818.101.32), OEPT (RS 812.214.5)	2010	2016	Exécution d'analyses microbiologiques visant à détecter ou à exclure des maladies transmissibles de l'homme
<b>LABORATOIRE DES MALADIES MOLÉCULAIRES (DE LGE)</b>			
loi fédérale du 08.10.2004 sur l'analyse génétique humaine (LAGH, RS 810.12), ordonnance du 14.02.2007 sur l'analyse génétique humaine (OAGH, RS 810.122.1)	2008	2018	
<b>LABORATOIRES DIAGNOSTIQUES DE MICROBIOLOGIE IMU-DAM</b>			
Loi sur les épidémies (LEp, RS 818.101), Ordonnance sur les laboratoires de microbiologie (RS 818.101.32), OEPT (RS 812.214.5)	2016	2019	Exécution d'analyses microbiologiques visant à détecter ou à exclure des maladies transmissibles de l'homme
<b>SERVICE DE PHARMACIE</b>			
LPTH, OMéd, OAMéd, LStup, LSP VD, RESP	0	2018	Le diacétylmorpine (circuit logistique et traçabilité y compris à la POLADD)
<b>SERVICE DE PHARMACIE</b>			
GMP/BPF petites quantités, LPTH, OMéd, OAMéd	2001	2018	Fabrication, importation, commerce de gros et exportation de médicaments
<b>SERVICE DE PHARMACIE - UNITÉ DE RADIOPHARMACIE</b>			
LPTH	2014	2018	Fabrication de médicaments

# RECONNAISSANCES

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<b>ATELIER CES RÉHABILITATION (DU SERVICE DE PSYCHIATRIE SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE)</b>			
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
<b>CENTRE DE TRANSPLANTATION D'ORGANES</b>			
MHS	2010	2015	Transplantation coeur, poumons, reins, coeur-poumons, poumons-reins et coeur-reins
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES D'ORL AU 12ÈME</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	Unités ORLH.12NC
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES DE CARDIOLOGIE ET CHIRURGIE CARDIAQUE AU 16ÈME</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	Unité CARH.16SC et CCVH.16CC
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES DE NEUROCHIRURGIE ET NEURORÉÉDUCATION AIGÛE AU 13ÈME</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	Unités NCHH.13NC et NRAH.13NI
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES DE NEUROLOGIE AU 13ÈME</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	Unité NLGH.13SC
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES DE PÉDIATRIE AU 11ÈME</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	Unité ENFC.11SC
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES DE TRAUMATOLOGIE AU 14ÈME</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	Unité TRAH.14SC
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES DES CHIRURGIES THORACIQUE, VASCULAIRE ET VISCÉRALE AU 15ÈME</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	Unités CTHH.15TC, CVAH.15SC, CHVH.15NC et CHVH.15VC

# IMPRESSUM

## **Édition Rapport qualité**

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

## **Design & développement**

Jean Szabo  
Sandrine Szabo  
Netinfluence

## **Photographie**

Heidi Diaz  
Jeanne Martel  
Gilles Weber  
Service de communication et de création audiovisuelle

## **Direction artistique**

Jessica Scheurer  
Service de communication et de création audiovisuelle

## **Graphisme**

Pierre-Antoine Dubois  
Aliénor Held  
Lena Erard  
Matteo Constantino  
Rémi Clément  
Service de communication et de création audiovisuelle

## **Vidéo**

Marie Geiser  
Philippe Gétaz  
Numa Luraschi  
Anaëlle Morf  
Service de communication et de création audiovisuelle

## **Webpublisher**

Morgane Arrayet

## **Gestion de projet**

Gabriella Sconfitti  
Service de communication et de création audiovisuelle  
  
Laurent Terraz  
Service Projets et organisation stratégiques