

Direction générale

# Rapport qualité 2020





1 Les domaines de pointe: la médecine hautement spécialisée et les centres interdisciplinaires .....	5
1.1 La médecine hautement spécialisée .....	6
1.2 Les transplantations d'organes.....	10
1.3 La prise en charge des brûlures graves chez l'adulte et l'enfant.....	13
1.4 La filière de traumatologie .....	18
1.5 Les centres interdisciplinaires en oncologie.....	23
2 Information et participation de la patiente ou du patient.....	36
2.1 La satisfaction des patientes ou patients et des proches .....	37
2.2 Espace de médiation entre patients, proches & professionnels .....	42
3 La continuité de la prise en charge .....	48
3.1 Le Faxmed de sortie.....	51
3.2 Le délai d'envoi des lettres de sortie.....	54
3.3 Les réadmissions potentiellement évitables .....	57
4 La sécurité par la gestion des risques.....	61
4.1 La sécurité interventionnelle .....	64
4.2 L'observance de l'hygiène des mains .....	66
4.3 Les infections du site opératoire.....	69
4.4 La prévalence des escarres .....	73
4.5 La mortalité hospitalière .....	75
4.6 La gestion des événements critiques et indésirables .....	80
5 L'efficacité et l'efficience des soins.....	85
5.1 Les délais de prise en charge aux urgences .....	86
5.2 Les délais de prise en charge en cas d'infarctus du myocarde .....	91
5.3 Les délais de prise en charge en cas d'accident vasculaire cérébral.....	94
5.4 Le programme ERAS pour une meilleure récupération après une chirurgie.....	98
6 Certifications et accréditations .....	106



## 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

Les personnes qui travaillent sur la qualité des soins ont l'habitude des processus lents. Elles doivent définir des indicateurs et en récolter les données tout en améliorant leurs instruments. Souvent lourds, les projets «qualité» mobilisent des équipes de disciplines professionnelles diverses pendant de longues périodes. Comment la Direction du CHUV a-t-elle appréhendé la gestion de la qualité et sécurité durant la pandémie de COVID-19 en 2020? Comment la recherche des meilleurs soins pour les patientes et les patients a-t-elle pu être maintenue malgré l'urgence imposée par la crise sanitaire?

### Renforcer les processus qualité et sécurité

Au mois de mars, dès le début de l'épidémie de COVID-19, la gouvernance de la qualité et sécurité du CHUV a décidé de suspendre tous les projets qui pouvaient être reportés. Les mesures nationales pour la qualité (ANQ) ayant par ailleurs été annulées, le CHUV s'est concentré sur l'application des procédures d'identitovigilance, la communication structurée au lit des patientes et des patients. Il a également planifié une évaluation systématique des prises en charge stationnaires.

### Communiquer en toute transparence

Au sein du CHUV comme vers l'extérieur, la communication a été renforcée de manière à faire circuler des informations de façon rapide et ouverte. Une cellule de crise a été instaurée, afin de prendre quotidiennement des décisions, de diffuser l'information en continu au sein de la cité hospitalière, de recueillir aussi des données récoltées sur le terrain. Cette stratégie a permis à la Direction de l'hôpital d'avoir connaissance de toutes les inquiétudes qui concernaient les questions de sécurité et de prendre ensuite des mesures appropriées, acceptées par toutes et tous, et efficaces.



## **Chercher des réponses durables**

Parmi les paramètres qui guidaient ses décisions, le CHUV avait notamment pour impératif de toujours pouvoir faire face à une soudaine recrudescence des hospitalisations. Mais il fallait également que l'hôpital tienne dans la durée. L'institution s'est donc efforcée de limiter le plus possible les heures supplémentaires et de garantir un temps de repos et de vacances à chaque collaboratrice et collaborateur, y compris aux cadres. En cas de transfert interne, des mesures accompagnaient toute personne déplacée. Chacune et chacun avait également la garantie de rejoindre une équipe composée de professionnelles et professionnels expérimenté·e·s.

## **Maintenir l'équilibre**

La Direction du CHUV a été très attentive à ne pas focaliser toute son attention sur les seul·e·s patientes et patients atteint·e·s de COVID-19. Les collaboratrices et collaborateurs qui travaillaient hors de la zone COVID-19, de même que leurs patientes et patients, ont reçu des équipements de protection dont l'efficacité a ensuite été mesurée auprès de 2000 employées et employés de l'hôpital. Par ailleurs, tous les soins reportés ont été suivis de manière très étroite. Pour toutes les situations critiques, des solutions innovantes ont été mises au point, afin de garantir les délais d'intervention. Enfin, des efforts particuliers ont été fournis pour les personnes particulièrement vulnérables touchées par le virus, notamment en oncologie.

## **Apprendre des autres**

Parmi les collaboratrices et collaborateurs de l'hôpital, certaines personnes ont vécu la pandémie dans des conditions de stress particulières. Afin d'apprendre à construire et mobiliser, sur le terrain, des réseaux informels qui puissent rapidement répondre aux besoins en période de crise, le CHUV s'est tourné vers le Comité international de la Croix-Rouge. L'expérience du CICR dans ce domaine a permis au CHUV d'améliorer son soutien auprès de son personnel.

## **Guérir, mais aussi dépister, vacciner, rechercher**

Enfin, en plus de traiter un nombre important de patientes et de patients atteint·e·s du COVID-19 dans les murs de la cité hospitalière, le CHUV a mis son expertise et sa force de frappe au service de la lutte globale contre la pandémie. Entre autres actions, l'institution a dirigé la coordination des soins intensifs en Suisse romande, développé des instruments de diagnostic déterminants, et mené une recherche cruciale en immunologie et en maladies infectieuses.



## LE CHUV 2020 EN CHIFFRES

Le CHUV est l'un des cinq hôpitaux universitaires de Suisse aux côtés de ceux de Genève, Berne, Bâle et Zurich. Il 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.

Depuis 2019, selon le classement du magazine Newsweek, le CHUV est placé dans le top 10 des meilleurs hôpitaux dans le monde.



48'227

patientes et patients  
hospitalisés



1'546

lits exploités



456'974

journées d'hospitalisation



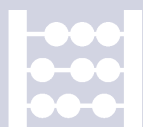
75'457

urgences traitées



3'180

naissances



386'441'747

points TARMED facturés  
en consultations ambulatoires



11'942

collaboratrices et  
collaborateurs qui  
représentent 107 nationalités  
(9'533 emplois à plein temps)



1,8

milliard de francs de budget  
(chiffre arrondi)

# 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 ces domaines de pointe, le premier souci du CHUV est d'assurer que chaque patiente ou patient bénéficie d'une prise en charge interdisciplinaire et adaptée à sa situation. Sa priorité est d'évaluer soigneusement sa situation et de répondre au mieux aux besoins des patientes et patients, afin d'améliorer leur qualité de vie. Pour atteindre cet objectif, il est indispensable de recourir à l'expertise des équipes compétentes dans les domaines de la médecine hautement spécialisée (MHS) comme dans les centres interdisciplinaires. Dans chacun des domaines, les spécialistes suivent de manière rigoureuse les résultats de leurs actions et les comparent à ceux des meilleurs centres nationaux et internationaux.

# 1.1 LA MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE



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



## L'IRM AUX URGENCES, UN INSTRUMENT PRÉCIEUX POUR LA PRISE EN CHARGE DES AVC

### PERSONNE DE RÉFÉRENCE

**Professeur Patrik Michel**, médecin chef,  
Centre cérébrovasculaire, Service de  
neurologie, Département des  
neurosciences cliniques

Afin de délivrer un diagnostic plus précis des accidents vasculaires cérébraux au Service des urgences, le Centre cérébrovasculaire utilise depuis quelques années un appareil d'imagerie à résonance magnétique. Un outil qui s'impose désormais dans plus de 80% des cas.

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aigus demande une action extrêmement rapide. Plus un AVC est traité précocement, plus les chances de guérison partielle ou totale sont importantes. Des études montrent que prendre en charge une patiente ou un patient dans les premières heures après un AVC permet une réduction du handicap durable de 30 à 50%.

### Etablir rapidement le bon diagnostic

Pour que la prise en charge de cette urgence médicale soit aussi rapide que possible, plusieurs facteurs entrent en jeu. Parmi eux se trouve la mise en place d'une organisation qui permet de coordonner l'ensemble des actrices et acteurs de soins de façon optimale: c'est le rôle de la filière AVC, que le Service de neurologie, des urgences et de la radiologie du CHUV ont mise en place en 2010. Mais il faut également que les médecins puissent déterminer au plus vite le bon traitement à appliquer.

Les AVC ischémiques aigus reçoivent essentiellement deux types de traitement: la thrombolyse, qui permet de dissoudre un petit caillot de sang en injectant un médicament dans les veines, et la thrombectomie, qui consiste à introduire un instrument dans le vaisseau sanguin jusqu'au point qu'il faut déboucher. Il est parfois nécessaire d'administrer les deux traitements en combinaison.



Par rapport au scanner auparavant privilégié, les avantages diagnostics de l'IRM sont nets.

Afin de pouvoir décider au plus vite du traitement à administrer, les médecins ont besoin d'établir leur diagnostic avec le plus de précision possible. Dans un certain nombre de cas, il est d'abord nécessaire d'établir s'il s'agit bien d'un AVC: il existe en effet certains symptômes qu'on appelle des «imitateurs» de l'AVC, tels que la migraine ou la crise d'épilepsie. Une fois l'AVC avéré, il s'agit ensuite de savoir non seulement à quel endroit l'accident s'est produit dans la boîte crânienne, mais aussi quelle est sa nature. La grande majorité des AVC sont des ischémies, soit des obstructions de la circulation sanguine. Mais certains consistent en une rupture de vaisseau, qui provoque un épanchement sanguin. La bonne analyse de la situation va déterminer le traitement à appliquer.

C'est dans cette perspective qu'en 2018 les actrices et acteurs de la filière AVC du CHUV ont introduit un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au sein du Service des urgences. Par rapport au scanner auparavant privilégié, les avantages diagnostics de l'IRM sont nets: sa précision d'analyse permet de mieux estimer l'étendue de l'AVC et, par conséquent, de décider du bon traitement avec davantage de sécurité. Son acuité permet également de mieux prédire les complications potentielles de l'AVC et des traitements aigus.



## Une utilisation pour tous les accidents vasculaires cérébraux

Technologiquement plus sophistiqué que le scanner, l'appareil IRM pose quelques défis: il suppose une formation plus conséquente et davantage de personnel pour fonctionner. Sa technicité demande également un peu plus de temps pour la mise en place d'un examen. Son utilisation n'est pas non plus indiquée dans le cas de certaines patientes ou certains patients trop agité·e·s ou portant des objets métalliques tels les pacemakers. L'importance des avantages de l'IRM pour le traitement des AVC l'emporte cependant sur ses inconvénients. Le Centre cérébrovasculaire continue par ailleurs de travailler assidûment sur le délai de prise en charge grâce à des formations régulières, notamment via des simulations.

Après l'Inselspital de Berne, le CHUV est le deuxième hôpital de Suisse à avoir introduit l'IRM comme imagerie de premier choix pour les AVC. Le fait est que, dans ce domaine, l'utilisation de cette technologie n'est pas encore courante en Europe. L'expérience du CHUV montre pourtant sa pertinence: en 2019 et 2020, 80 à 85% des accidents cérébrovasculaires ont pu profiter de cette modalité diagnostique. Son utilisation est précieuse pour tous les types d'accidents, des AVC les plus graves aux accidents ischémiques transitoires (AIT), qui ne laissent généralement pas de séquelles mais constituent tout de même une urgence neurologique.



## 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 2020, 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 crânio-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 bon 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 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 avait 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:

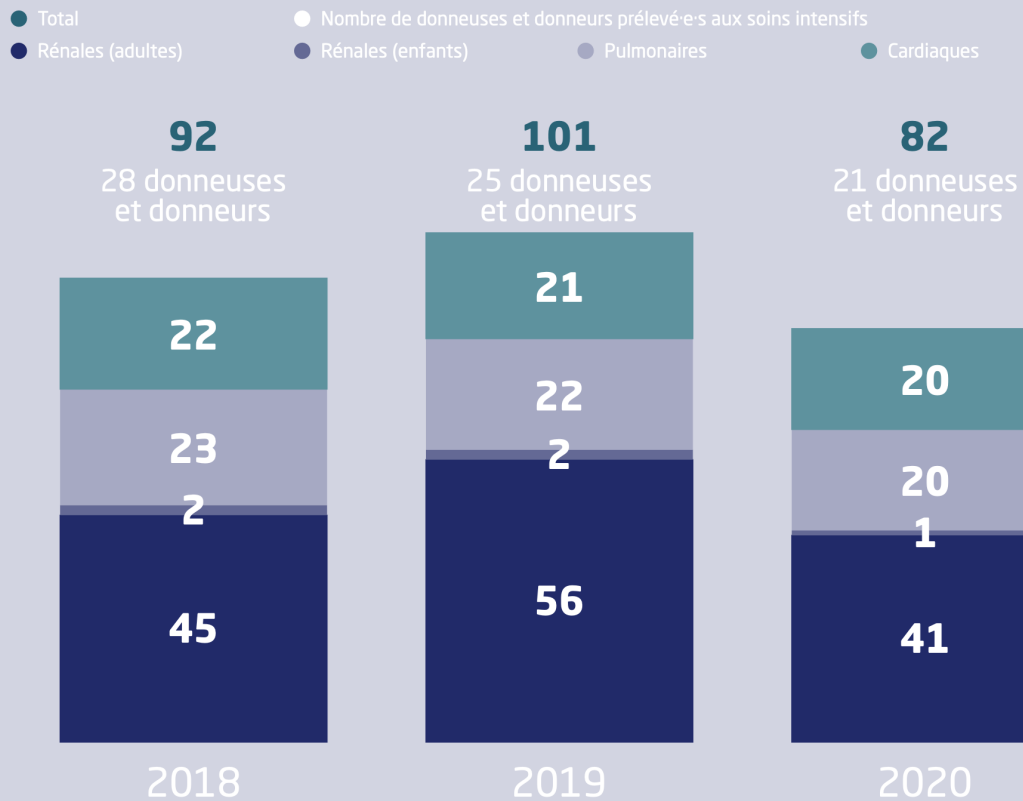
- Le thorax à Lausanne, avec les transplantations du cœur et des poumons
- L'abdomen à Genève, avec les transplantations du foie et du pancréas

Les transplantations rénales se pratiquent sur les deux sites.





# MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE - NOMBRE DE TRANSPLANTATIONS



## Commentaire du graphique

En 2020, le CHUV a pratiqué 41 transplantations rénales chez des adultes et une chez un enfant.

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.



Pour les transplantations cardiaques et pulmonaires, les résultats sont excellents en comparaison internationale.

En ce qui concerne les transplantations cardiaques, le volume d'activité du CHUV reste stable avec 20 transplantations en 2020, dont trois pour des enfants.

Le domaine des transplantations évolue continuellement. De nouvelles techniques et de nouveaux outils sont intégrés à la pratique de nos équipes à la pointe de l'expertise dans le domaine. Avec une survie à 5 ans d'environ 80% pour les transplantations cardiaques et pulmonaires, les résultats qui en découlent sont excellents en comparaison internationale.

Malgré la fermeture du programme de transplantation rénale «don vivant» en mars, avril, octobre, novembre et décembre 2020 pour cause de pandémie, 21 donneuses et donneurs ont été prélevé·e·s au CHUV en 2020 (25 en 2019).

# 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 et 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 chirurgiennes et chirurgiens, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de psychiatres.

En Suisse, les personnes gravement brûlées sont prises en charge par deux centres, le CHUV et l'Hôpital universitaire de Zurich. Au CHUV, elles sont soignées au Centre romand des grands brûlés du Service de médecine intensive adulte. Leur état nécessite un suivi thérapeutique très précis, 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 des 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.

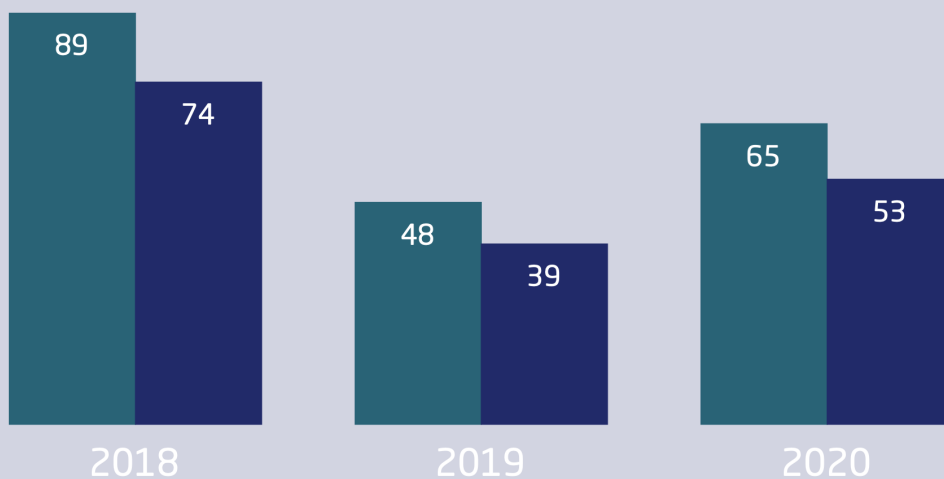
Afin que les enfants puissent réintégrer au plus vite leur famille et un rythme de vie normal dans un contexte habituel et rassurant, il est important que les durées d'hospitalisation soient limitées au strict minimum. Les greffes de peau de petite surface sont ainsi effectuées en ambulatoire avec une antalgie adéquate. Les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, de même que le suivi psychologique, sont également réalisés en ambulatoire. Etablie par toutes les équipes impliquées 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 ce long parcours de soins.



## NOMBRE DE PATIENTES ET PATIENTS

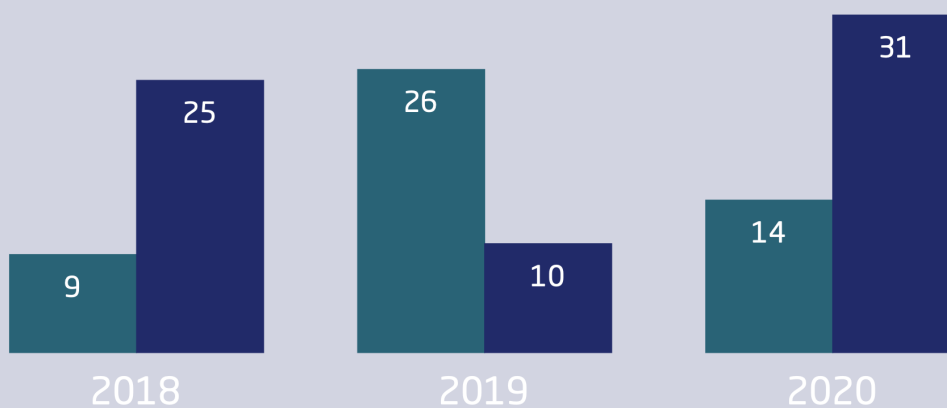
### Adultes

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



### Enfants

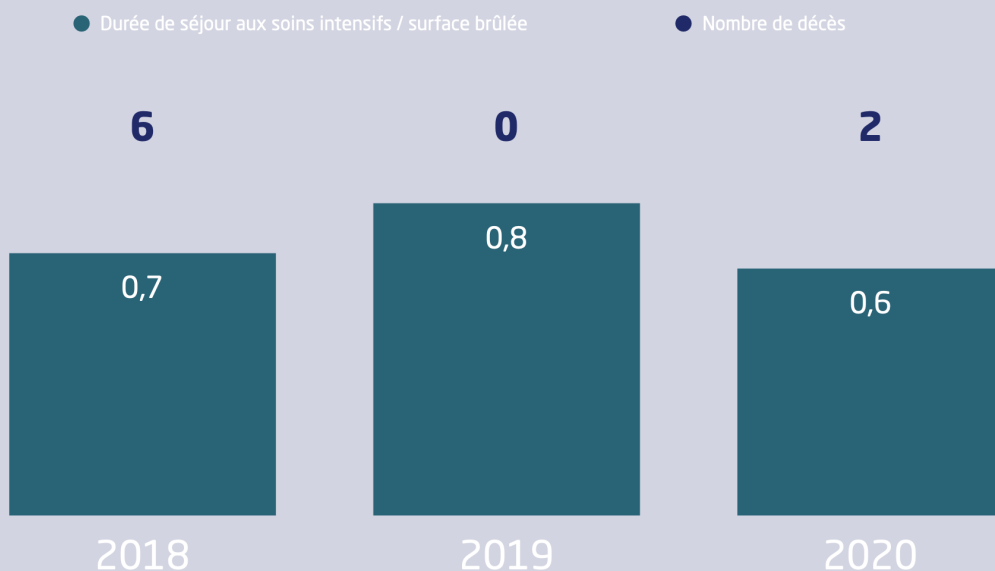
- Patientes et patients brûlé-e-s hospitalisé-e-s toutes catégories
- Patientes et patients avec brûlures remplissant les critères MHS



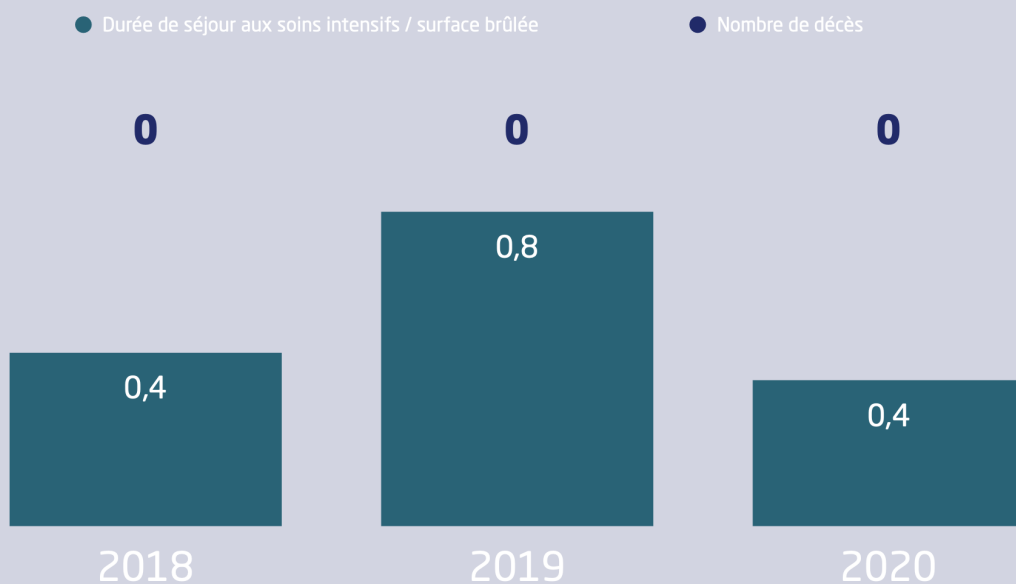


## DURÉE DE SÉJOUR ET NOMBRE DE DÉCÈS

### Adultes



### Enfants



**PERSONNES DE RÉFÉRENCE**

**Docteur Olivier Pantet**, médecin adjoint, coordinateur de la filière brûlés, Service de médecine intensive adulte et Centre romand des brûlés

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

**Commentaire des graphiques**

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

En 2020, 65 patientes et patients adultes ont été hospitalisé·e·s au CHUV pour des brûlures et 7 pour des pathologies assimilées à des brûlures. Ce nombre est stable par rapport aux années antérieures, durant lesquelles 50 à 90 personnes adultes brûlées ont été soignées chaque année. Parmi les 65 patientes et patients de 2020, 53 remplissaient les critères de la MHS. Du côté des enfants, sur les 196 patientes et patients traité·e·s en 2020 (Hôpital de l'enfance de Lausanne et CHUV), 31 remplissaient les critères de la MHS, mais seulement 14 enfants ont dû être hospitalisé·e·s. Toutes et tous les autres ont pu être traité·e·s en ambulatoire.



La relation entre durée de séjour et surface brûlée doit être inférieure à un 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, de même que les interventions chirurgicales, sont bien conduits et intégrés, la récupération est plus rapide. La sortie des soins intensifs, afin de rejoindre une unité de soins standard, est alors plus précoce.

Dans les centres spécialisés, la relation entre durée de séjour et surface brûlée doit être inférieure à un jour par pourcent du corps brûlé. C'est le cas au CHUV. Par ailleurs, de même que dans les centres internationaux, la mortalité y est faible. En 2020, deux décès de personnes brûlées adultes ont été déplorés, auxquels il faut ajouter deux décès en raison de pathologies assimilées aux brûlures.

# 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 multiples traumatismes sont dus à un accident de la route, du travail ou des loisirs. On compte en Suisse de 800 à 1000 blessées ou 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.

“

Une blessée ou un blessé 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 postgraduée du personnel soignant et des médecins.



### **Une blessée ou un blessé grave, c'est quoi?**

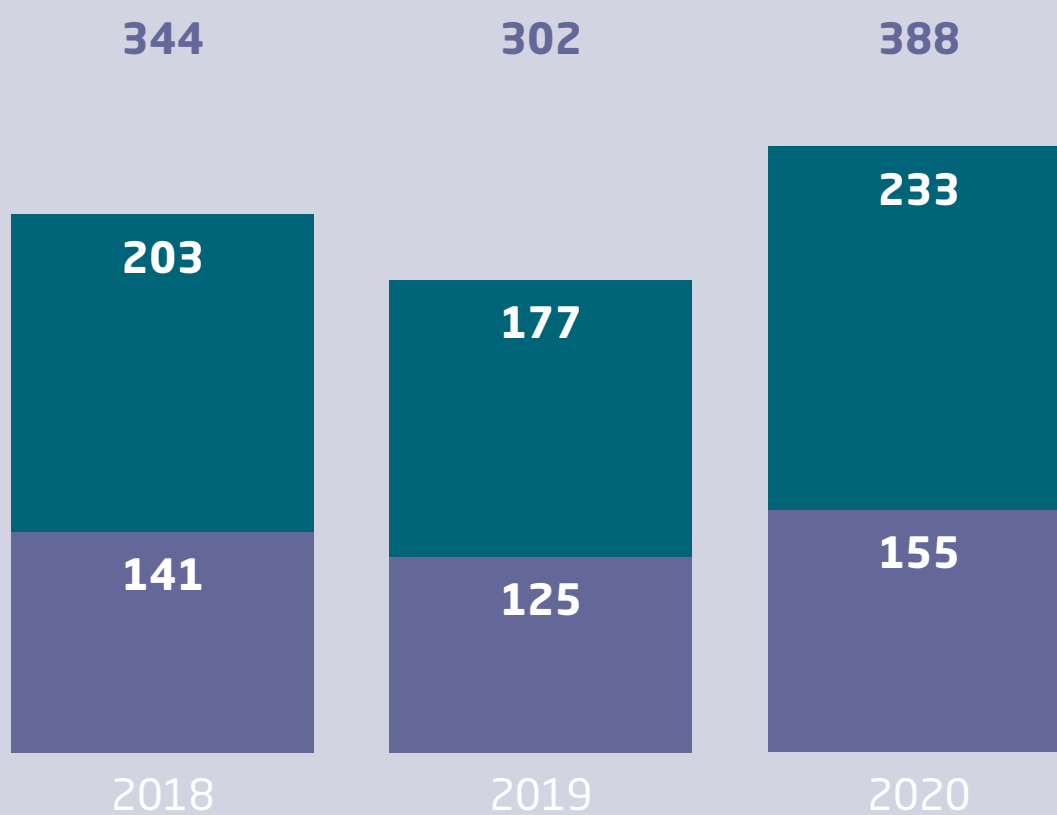
Dans le cadre de la médecine hautement spécialisée, est considérée comme «blessée ou blessé grave» une personne qui présente une ou plusieurs lésions qui atteignent un score de gravité d'au moins 20 points, selon une échelle définie par l'Injury Severity Score (ISS). En font aussi partie les victimes 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 qui imposent notamment un volume d'activité 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

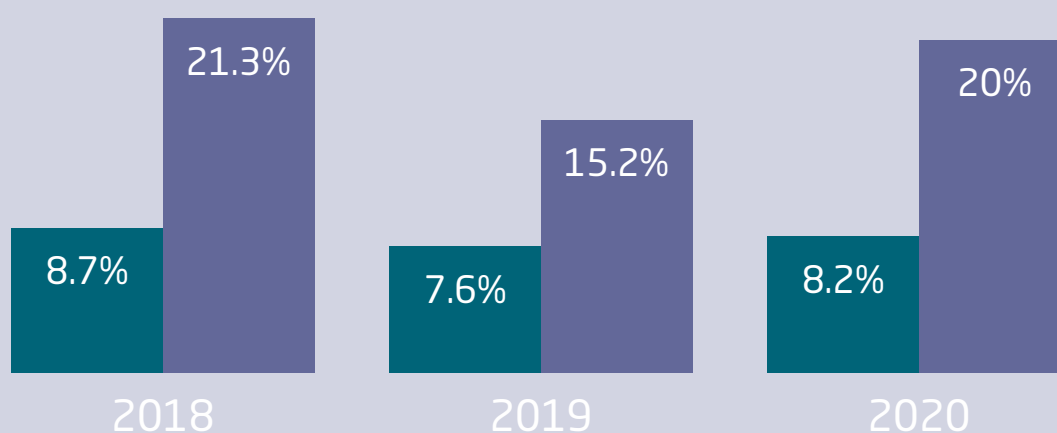
- Nombre total de patients de la filière de traumatologie admis au déchocage
- Patients de la filière trauma admis au déchocage ne remplissant pas les critères MHS
- Patients de la filière de traumatologie admis au déchocage remplissant les critères MHS397





## 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, en Suisse, ont le mandat MHS pour la prise en charge des blessées et blessés graves fournit ses données au registre national (Swiss Trauma Registry).

**PERSONNE DE RÉFÉRENCE**

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

## Commentaire des graphiques

Le 1er juin 2020, le seuil d'admission au déchocage des patientes et patients traumatisé·e·s a été revu à la baisse. Ce changement explique une augmentation du nombre total des patientes et patients. Cependant de 2016 à 2020 le nombre de cas répondant aux critères de la MHS est resté stable.



### Objectif 2021

En 2021, afin d'identifier les éventuelles pistes d'amélioration, l'équipe du centre de traumatologie poursuivra les séances de simulation mises en place depuis 2016. Dans ce même but, chaque situation de décès sera analysée méticuleusement.

# 1.5 LES CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE



## COVID-19 - UNE TÉLÉMÉDECINE ACTIVE POUR LES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER

### PERSONNES DE RÉFÉRENCE

**Professeure Solange Peters**, cheffe de service et de recherche en oncologie médicale, Département d'oncologie

**Docteur Jeremy Jankovic**, chef de clinique adjoint, Service d'oncologie médicale, Département d'oncologie

**André Manuel Da Silva Lopes**, assistant, Institut universitaire de formation et recherche en soins (IUFRS), Faculté de biologie et de médecine

**Aurélié Morez**, infirmière diplômée, Service des urgences

**Célia Darnac**, infirmière clinicienne spécialisée (ICLS), coordinatrice scientifique, Département d'oncologie

**Docteure Rita De Micheli**, cheffe de clinique, Service d'oncologie médicale, Département d'oncologie

**Margaux Dalla-Vale**, data manager, Centre d'oncologie de précision, Département d'oncologie

**Nathalie Lauriers**, coordinatrice patientèle internationale, Service des thérapies expérimentales, Département d'oncologie

**Javier García Sanchez**, Service de médecine intensive adulte, Département des centres interdisciplinaires

Inquiet de la vulnérabilité des personnes atteintes du cancer face au SARS-CoV-2, le Service d'oncologie médicale a mis en place une équipe de contact active dès la première vague de coronavirus. Plus de 300 personnes ont reçu ses appels.

De toutes les personnes chez qui le COVID-19 prend une forme grave et potentiellement fatale, les malades du cancer figurent parmi les plus vulnérables. Au lieu des 3% de mortalité qui caractérisent l'ensemble des personnes atteintes par le coronavirus, le risque de décès des patientes et patients oncologiques augmente jusqu'à 20%. Les plus fragiles sont évidemment les malades atteints des poumons, ou qui subissent des formes agressives de leur maladie, de même que celles et ceux qui reçoivent un traitement chimiothérapique qui affecte l'immunité. Néanmoins, que le cancer soit actif ou en rémission, ces personnes se trouvent exposées à la pandémie de SARS-CoV-2 de façon potentiellement dommageable.

### Le recours au data mining

Cheffe du Service d'oncologie médicale et de recherche au Département d'oncologie du CHUV, la professeure Solange Peters a pris la mesure du risque dès le printemps 2020. À la vulnérabilité physiologique des malades s'ajoutait encore leur crainte de se rendre à l'hôpital pour suivre leur traitement. Il était donc indispensable d'organiser un suivi de toutes les personnes susceptibles d'être mises en danger par la situation. Au mois de mars, alors que la pandémie commençait à s'aggraver, la professeure et son service ont donc décidé de mettre



en place une veille téléphonique active de toutes les patientes et tous les patients oncologiques en lien avec le CHUV.

Le Département d'oncologie a ainsi monté une équipe de médecins, soignantes et soignants issu·e·s de trois services différents. Ces professionnelles et professionnels, forcé·e·s de se confiner à leur domicile en raison de facteurs de vulnérabilité face au SARS-CoV-2, pouvaient consacrer leur journée au travail de télésuivi. Dans un deuxième temps, l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) est venu en renfort. La première équipe, qui comptait une demi-douzaine de professionnelles et professionnels, a doublé ses effectifs, ce qui a encore accentué son caractère interprofessionnel.



Une équipe de bio-informaticiennes et bio-informaticiens a plongé dans les serveurs du CHUV.

Le repérage des personnes à joindre a d'abord fait appel aux outils de data mining. Une équipe de bio-informaticiennes et bio-informaticiens a plongé dans les serveurs du CHUV pour y croiser les données de plus de 7000 patientes et patients oncologiques avec les personnes testées positives au nouveau coronavirus. L'équipe de contact s'est ensuite chargée d'appeler ces malades en priorité, avant de poursuivre en contactant les autres patientes et patients suivi·e·s par le Département.

### L'importance du suivi psycho-social

Ce sont ainsi 111 patientes et patients qui ont été appelé·e·s pendant la première vague de COVID-19, puis 200 pendant les premières semaines de la deuxième. L'équipe dédiée à ce télésuivi a joint des malades atteint·e·s de tous les types de cancers. L'objectif était bien sûr d'évaluer leur situation médicale, mais aussi de prendre la mesure de leur état psychique. Qu'elles soient ou non en cours de traitement, une grande partie des personnes atteintes du cancer souffrent d'une certaine forme de détresse face à la pandémie. Conçue pour qu'aucune patiente ni aucun patient ne soit laissé sans soins généraux oncologiques, la prise de contact a donc également assumé une fonction de soutien psychologique et émotionnel. Les professionnelles et professionnels pouvaient rassurer les personnes quant à leur situation, à la suite de la prise en charge de leur cancer ou aux risques qu'elles ou ils couraient. Il arrivait également que l'appel du CHUV soit le seul contact humain qu'une personne pouvait avoir au cours d'une journée.



Le Service d'oncologie médicale a pu maintenir les soins de toutes ses patientes et tous ses patients.

Ce travail de veille très rapproché de patientes et patients en situation de pandémie permet de tirer plusieurs enseignements. Grâce à une collaboration interprofessionnelle, le CHUV a pu prendre rapidement en charge les patientes et patients oncologiques atteint·e·s du SARS-CoV-2. Les équipes médicales et soignantes ont pu prévenir les complications dues à ce virus, et lorsque cela se révélait nécessaire, assurer une prise en charge aux soins intensifs. Par ailleurs, le Service d'oncologie médicale a pu maintenir les soins de toutes ses patientes et tous ses patients. Aucun traitement prévu n'a été retardé ou annulé.

Enfin, cette veille active a montré l'importance d'un suivi psychosocial des malades. En manifestant sa présence, le CHUV garantissait aux personnes soignées que leur traitement, malgré la pandémie, ne serait pas abandonné, et qu'elles pouvaient compter en tout temps sur les équipes de l'hôpital. Les appels ont également permis d'apporter une aide et des ressources pratiques aux personnes qui ont rencontré des difficultés financières du fait de la pandémie. D'un télésuivi à l'autre, le lien du Département d'oncologie (qui effectue chaque année plus de 40'000 consultations) avec ses patientes et patients s'est ainsi considérablement renforcé.

Consultez le détail des mesures mises en place au CHUV dans la Rétrospective COVID-19.

## LES CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN 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, fin 2017, le Centre des tumeurs gynécologiques a été officialisé. Enfin, le Centre des tumeurs neuroendocrines, officialisé fin 2019, est venu compléter l'offre de prise en charge oncologique.

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 impliqu·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 de centre.

De plus, les centres disposent de ressources administratives complémentaires, participant à la gestion ainsi qu'à l'amélioration continue des centres pérennisés et en développement: des data managers, des gestionnaires des itinéraires des patientes et patients ainsi que des coordinatrices ou coordinateurs et des cheffes ou chefs de projet.

Les objectifs d'un centre en oncologie sont les suivants:

- 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



L'année 2020 a permis d'avancer la construction de trois nouveaux centres.

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. En complément, certains centres sont certifiés par des organismes reconnus comme Q-Label pour le Centre du sein, dont la recertification aura lieu en 2021 ou la European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) pour le Centre des tumeurs neuroendocrines.

L'année 2020 a permis d'avancer la construction de trois nouveaux centres de façon notable. L'officialisation du Centre des tumeurs du cerveau et de la moelle épinière est ainsi prévue en 2021, et celles du Centre des tumeurs ORL et cervico-faciales et du Centre des tumeurs du foie et du pancréas en 2022.

A l'avenir, la majorité des organes touchés par le cancer disposeront d'un centre. A ce titre, le CHUV entreprend actuellement les démarches pour la création de deux nouveaux centres dédiés le premier au cancer de la vessie, le second aux tumeurs cutanées et aux mélanomes. A terme, le CHUV offrira onze ou douze structures de ce genre.



## CENTRE DU SEIN

## CENTRE DU SEIN

	Objectifs	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre total de patient·e·s présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire		348	334	314	339	353
Nombre de nouvelles et nouveaux patient·e·s (naïves et naïfs de traitement)		214	211	216	236	207
- dont découvertes fortuites				5	14	4
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique	>95%	97,7%	100,0%	97,6%	99,2%	100%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s présenté·e·s ayant eu une chirurgie (hors découvertes fortuites)		95,3%	90,0%	93,3%	88,0%	86,3%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		10,8%	16,4%	7,1%	13,1%	11,9%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour marge positive				5,1%	6,3%	5,6%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complications				2,0%	8,4%	6,3%
- dont chirurgie en premier traitement			69,5%	75,7%	71,4%	66,4%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement systémique		81,3%	80,5%	84,8%	79,7%	90,4%
- dont traitement d'oncologie médicale en premier traitement			28,5%	24,3%	28,6%	33,6%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement de radio-oncologie		61,2%	53,0%	69,5%	58,1%	45,9%
- dont traitement de radio-oncologie en premier traitement			0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nombre de patient·e·s ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			423	380	391	398
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	91,1%	89,6%	94,3%	98,3%	98,6%
Etudes en cours		12	10	12	12	14
- nombre de patient·e·s inclus·es dans les études		68	93	88	49	109
- dont patient·e·s sous traitement			39	30	18	19





# CENTRE DES TUMEURS GYNÉCOLOGIQUES

## CENTRE DES TUMEURS GYNÉCOLOGIQUES

	Objectifs	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre total de patientes présentées au colloque de concertation interdisciplinaire		223	175	202	207	235
Nombre de nouvelles patientes (naïves de traitement)		84	89	99	104	103
Proportion de nouvelles patientes présentées au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique	>95%	77,8%	59,8%	92,3%	90,5%	89,5%
Proportion de nouvelles patientes ayant eu une chirurgie (hors découvertes fortuites)		63,9%	89,2%	75,6%	82,2%	79,7%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		8,7%	6,8%	7,7%	6,8%	7,3%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour marge positive				0,0%	2,7%	1,8%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complications				7,7%	4,1%	5,5%
- dont chirurgie en premier traitement			88,0%	65,1%	68,9%	64,1%
Proportion de nouvelles patientes ayant eu un traitement d'oncologie médicale		50,0%	37,3%	47,7%	44,4%	50,0%
- dont traitement d'oncologie médicale en premier traitement			7,2%	32,6%	25,5%	35,9%
Proportion de nouvelles patientes ayant eu un traitement de radio-oncologie		23,6%	15,7%	22,8%	22,3%	31,2%
- dont traitement de radio-oncologie en premier traitement			1,2%	9,8%	3,3%	10,9%
Nombre de patientes ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			170	200	207	203
Proportion de nouvelles patientes ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	62,1%	88,8%	87,8%	92,9%	95,0%
Etudes en cours		3	5	4	9	6
- nombre de patientes incluses dans les études		2	62	15	26	28
- dont patientes sous traitement			62	15	12	6



# CENTRE DE LA PROSTATE

## CENTRE DE LA PROSTATE

	Objectifs	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre total de patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire		158	208	193	205	217
Nombre de nouveaux patients (naïfs de traitement)		95	118	122	119	139
Proportion de nouveaux patients présentés au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique	>95%	76,3%	86,7%	89,8%	87,3%	90,6%
Proportion de nouveaux patients ayant eu une chirurgie (hors découvertes fortuites)		39,8%	31,9%	33,1%	32,7%	35,7%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		NA	NA	2,6%		
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complications					0,0%	5,7%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour marge positive					0,0%	0,0%
- dont chirurgie en premier traitement			31,3%	31,4%	31,8%	35,7%
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement d'oncologie médicale		24,7%	21,2%	30,5%	35,5%	20,4%
- dont traitement d'oncologie médicale en premier traitement			20,0%	27,1%	27,3%	14,3%
Proportion de nouveaux patients ayant eu un traitement de thérapie focale (HIFU, cryothérapie)				5,1%	7,3%	11,2%
- dont traitement de thérapie focale en premier traitement				5,1%	7,3%	11,2%
Proportion de nouveaux patients sous surveillance (active, hors protocole et watchful)		12,9%	16,5%	21,2%	18,2%	23,5%
- dont traitement de surveillance en premier traitement						23,5%
Nombre de patients ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			418	502	309	321
Proportion de nouveaux patients ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	81,4%	85,6%	88,9%	83,9%	90,8%
Etudes en cours		8	8	8	7	10
- nombre de patients inclus dans les études		39	57	146	119	257
- dont patients sous traitement			19	16	7	117



# CENTRE DES TUMEURS NEUROENDOCRINES

## CENTRE DES TUMEURS NEUROENDOCRINES

	Objectifs	2019	2020
Nombre total de patient·e·s présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire TNE		121	142
Nombre de nouvelles et nouveaux patient·e·s GEP-NET (TNE digestives) *		94	107
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s naïves et naïfs de traitement parmi les GEP-NET avec une nouvelle décision thérapeutique et traité·e·s au CHUV (hors découverte fortuite et urgence)		27,4%	45,5%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique	>95%	98,7%	95,5%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s présenté·e·s ayant eu une chirurgie (hors découvertes fortuites)		22,6%	31,8%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		35,7%	28,6%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour marge positive		0,0%	0,0%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complications		35,7%	28,6%
- dont chirurgie en premier traitement		19,4%	21,2%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement systémique		9,7%	15,2%
- dont traitement d'oncologie médicale en premier traitement		3,2%	7,6%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement de radio-oncologie		1,6%	1,5%
- dont traitement de radio-oncologie en premier traitement		0,0%	1,5%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement de médecine nucléaire		16,1%	24,2%
- dont traitement de médecine nucléaire en premier traitement		1,6%	3,0%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement de radiologie interventionnelle		11,3%	10,6%
- dont traitement de radiologie interventionnelle en premier traitement		0,0%	3,0%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s en suivi actif		64,5%	53,0%
- dont traitement de surveillance active en premier traitement		3,2%	10,6%
Nombre de patient·e·s ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien		86	129
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	79,0%	96,8%
Etudes en cours		4	4
- nombre de patient·e·s inclus·es dans les études		2	7
- dont patient·e·s sous traitement		2	2



## CENTRE DES SARCOMES

## CENTRE DES SARCOMES

	Objectifs	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre total de patient·e·s présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire adultes		193	277	296	308	294
Nombre de nouvelles et nouveaux patient·e·s (naïves et naïfs de traitement) adultes et enfants		54	82	81	74	77
- dont patient·e·s pédiatriques				7	3	3
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s (adultes) présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique	>95%	96,3%	86,7%	81,7%	90,5%	81,4%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s (adultes) présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique (tout TB confondu)				84,5%	90,5%	81,4%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu une chirurgie (hors découvertes fortuites)		52,1%	70,3%	74,3%	79,4%	69,0%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		16,0%	15,4%	5,5%	12,0%	20,8%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour marge positive				0,0%	4,0%	12,5%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complications				5,5%	8,0%	8,3%
- dont chirurgie en premier traitement			61,6%	67,6%	61,9%	64,9%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s adultes ayant eu un traitement d'oncologie médicale		41,7%	27,4%	25,7%	33,3%	25,4%
- dont traitement d'oncologie médicale en premier traitement			20,5%	17,6%	27,0%	21,1%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s adultes ayant eu un traitement de radio-oncologie		22,9%	27,4%	13,5%	15,9%	16,9%
- dont traitement de radio-oncologie en premier traitement			12,3%	1,4%	6,3%	9,9%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s adultes ayant eu un traitement de radiologie interventionnelle		22,9%	27,4%		1,6%	1,4%
- dont traitement de radiologie interventionnelle en premier traitement			12,3%		1,6%	1,4%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s adultes sous suivi clinique et radiologique		22,9%	27,4%	6,8%	3,2%	2,7%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s adultes ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	62,1%	63,6%	65,8%	62,0%	71,4%
Etudes en cours					2	3
- nombre de patient·e·s inclus·es dans les études					9	12
- dont patient·e·s sous traitement					1	0



# CENTRE DES TUMEURS THORACIQUES

## CENTRE DES TUMEURS THORACIQUES

	Objectifs	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre total de patient·e·s présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire		710	898	1074	1222	1155
Nombre de nouvelles et nouveaux patient·e·s (naïves et naïfs de traitement)		298	311	318	341	317
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s présenté·e·s au colloque de concertation interdisciplinaire pré-thérapeutique	>95%	93,0%	95,1%	93,4%	97,6%	97,0%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu une chirurgie (hors découvertes fortuites)		53,8%	52,1%	58,9%	54,4%	48,0%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire		1,3%	5,6%	10,3%	11,5%	3,4%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour marge positive				2,3%	1,7%	0,0%
- dont proportion nécessitant une reprise opératoire pour complications				8,0%	10,3%	3,4%
- dont chirurgie en premier traitement			43,7%	49,8%	45,3%	37,6%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement d'oncologie médicale		55,5%	48,2%	45,8%	41,3%	44,1%
- dont traitement d'oncologie médicale en premier traitement			32,5%	27,6%	29,1%	26,2%
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu un traitement de radio-oncologie		43,8%	37,6%	48,1%	31,6%	45,4%
- dont traitement de radio-oncologie en premier traitement			20,3%	27,9%	22,2%	28,8%
Nombre de patient·e·s ayant eu au moins une consultation infirmière de soutien			330	382	405	423
Proportion de nouvelles et nouveaux patient·e·s ayant eu une consultation infirmière de soutien	>95%	47,9%	53,1%	61,4%	54,5%	68,7%
Etudes en cours		19	11		14	30
- nombre de patient·e·s inclus·es dans les études		44	29		49	149
- dont patient·e·s sous traitement			22		17	31



## Description des indicateurs et commentaire des résultats

Dans les tableaux ci-dessus, le nombre de nouvelles patientes et nouveaux patients représente les personnes orientées vers 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 personnes référées par d'autres centres ou services qui demandent un deuxième avis pour 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 concernés puissent évoquer ensemble la situation de la patiente ou du patient. Il faut par ailleurs 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 et le Centre des tumeurs thoraciques ont largement atteint cet objectif. Le Centre du sein a atteint 100% en 2020. Le Centre des tumeurs gynécologiques et le Centre de la prostate sont très proches de l'objectif fixé.



En 2020, au Centre des tumeurs gynécologiques, 95% des nouvelles patientes ont eu accès à une infirmière de soutien.

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 des traitements d'oncologie médicale, de radio-oncologie, de radiologie interventionnelle ou de suivi clinique et radiologique. Entre 2018 et 2020, on constate une diminution de la proportion de nouvelles patientes opérées pour un cancer du sein en premier traitement, au profit de patientes recevant un traitement systémique (chimiothérapie). Il s'agit d'une évolution dans les recommandations de bonnes pratiques pour certains types de cancer du sein, et cette pratique est suivie par l'ensemble des centres, afin d'offrir, lorsque c'est possible, un traitement moins invasif. Une complication peut se produire après une intervention. Il est alors nécessaire de réopérer. Il en va de même lorsqu'une première intervention ne permet pas d'enlever la totalité d'une tumeur. L'ensemble de ces réopérations se comptabilise par le taux de reprise.

Afin d'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, de même qu'à leurs proches. Elle ou il les oriente vers les offres de soins et de soutien disponibles au CHUV ou ailleurs. Elle ou il a une véritable fonction de relais entre l'équipe interdisciplinaire et la patiente ou le patient. Dans le Centre des tumeurs gynécologiques, grâce à une meilleure identification des nouvelles patientes, la proportion de celles qui ont eu accès à l'infirmière ou l'infirmier de soutien a augmenté: de 2018 à 2020, elle est passée de 88% à 95%. Au Centre des tumeurs neuroendocrines, cette proportion est de 96,8%, au Centre de la prostate de 90,8% et au Centre du sein de 98,6%.



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

Afin de soulager les symptômes liés au cancer ou à son traitement, les patientes et patients pris·es en charge en oncologie ont également accès à des prestations de médecine complémentaire. Prodiguées par le Centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC), ces prestations comprennent 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, ils cherchent à améliorer notamment l'efficacité des traitements et la qualité de vie des personnes. En 2020, un nombre élevé de patientes et patients des centres interdisciplinaires en oncologie ont été enrôlé·e·s dans des études cliniques ou translationnelles. Très importante pour les avancées en oncologie, la recherche a ainsi pu être menée malgré les contraintes du contexte sanitaire.

## 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, les 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



Il est essentiel que les patientes et patients livrent leur avis sur les soins qu'elles et ils reçoivent à l'hôpital. Demander régulièrement leur opinion met en évidence les domaines où leurs attentes n'ont pas été satisfaites. Le CHUV en tient compte afin d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patientes ou patients, notamment par le biais de divers questionnaires de satisfaction.

“

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

Elaboré par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) en soins somatiques aigus, le questionnaire de satisfaction des patientes et patients est un premier outil. Un questionnaire différent est adressé aux parents d'enfants hospitalisé-e-s.

## **Evaluation de la satisfaction des patientes et 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%.

Utilisé depuis 2016, le questionnaire se compose des six questions suivantes:

1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?
2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions?
3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?
4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous?
5. Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital?
6. Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation?

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



## **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 après votre séjour de réadaptation (accompagnement, aide et soins à domicile, thérapies, etc.)?



## COVID-19

### Une vague de reconnaissance pour le CHUV

En 2020, tout au long de la crise sanitaire du COVID-19, le CHUV a reçu plus de 400 témoignages de reconnaissance. Très satisfait·e·s de leur prise en charge, des patientes ou patients ont écrit des lettres. Des enfants ont envoyé des dessins. Des banderoles ont été placardées dans la cité hospitalière.

Tous les messages ont été précieusement enregistrés, puis diffusés au sein de l'institution grâce à la newsletter «COVID-19 au jour le jour» ou «COVID-19 Hebdo», deux supports mis en place afin de tenir les collaboratrices et collaborateurs informé·e·s de la situation épidémiologique et des consignes à appliquer au CHUV. Lors de la première vague, afin de montrer le soutien de la population, les premiers dessins ont été affichés à l'entrée du restaurant principal.

### Aux soins intensifs, une augmentation exceptionnelle des capacités d'accueil et un formidable élan de solidarité interne

Dès le début de la pandémie, le Service de médecine intensive adulte a augmenté de manière exceptionnelle ses capacités d'accueil. Avec une réactivité et une capacité d'anticipation qui forcent l'admiration, des unités supplémentaires ont été créées. Au pic de l'épidémie, les soins intensifs du CHUV disposaient de 76 lits.

Cet effort a été possible grâce à l'engagement hors norme de l'équipe des soins intensifs, mais aussi grâce au formidable soutien de collaboratrices et collaborateurs d'autres services de l'institution. Au plus fort de la pandémie, près de 250 médecins, soignantes ou soignants et personnels d'assistance, issu·e·s des services de soins comme du Département de la logistique hospitalière, sont venus renforcer les équipes du SMIA. Cette aide a sans nul doute permis de sauver davantage de vies et de continuer à assumer les missions habituelles du service. C'est également à partir du CHUV que s'est organisée la coordination des soins intensifs pour toute la Suisse romande, afin de donner une réponse adaptée à la pandémie et d'assurer la disponibilité maximale des lits de soins critiques dans toute la région.

Consultez le détail des mesures mises en place au CHUV dans la [Rétrospective COVID-19](#).



### Mesures des indicateurs reportées pour cause de COVID-19

Elaborés spécifiquement pour les patientes et les patients pris·es en charge au CHUV, deux autres questionnaires permettent d'analyser leur satisfaction au niveau de la prise en charge globale, mais aussi quant à la qualité des actes médicaux, des soins et de l'hôtellerie. Un questionnaire s'adresse aux personnes hospitalisées, un autre aux patientes et patients pris·es en charge en ambulatoire. A cause de la pandémie, l'évaluation de la satisfaction dans le domaine hospitalier a été interrompue. L'enquête du domaine ambulatoire n'a pu commencer qu'en novembre 2020.

## 2.2 ESPACE DE MÉDIATION ENTRE PATIENTS, PROCHES & PROFESSIONNELS



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 le personnel soignant. Ces problèmes doivent être traités: ignorer le conflit, c'est risquer de le nourrir.

Situé à l'entrée du bâtiment principal du CHUV, l'Espace de médiation entre patientes, proches & professionnels (EMPP), auparavant nommé Espace Patientes & Proches, a vu le jour en avril 2012. Il est composé de trois médiatrices et un médiateur de profession. Lorsque la relation devient difficile entre les patientes ou patients ou leurs proches et les équipes médico-soignantes, ou lorsque des problèmes de prise en charge se posent, le travail de l'EMPP consiste à favoriser le lien entre les deux parties. Lorsqu'une patiente, un patient ou l'un-e de ses proches vient exprimer un problème, les médiatrices et 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 il 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. Cet espace est également accessible aux collaboratrices et collaborateurs de l'hôpital qui vivent des difficultés dans leur relation avec leurs patientes ou patients. Il leur donne les outils nécessaires pour gérer leur conflit.



Nombre de patientes ou patients ou leurs proches vont revenir à l'hôpital un jour ou l'autre.

La mission centrale de l'Espace de médiation entre patientes, proches & professionnels 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 ou patients ou leurs 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'EMPP 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 de médiation entre patients, proches & professionnels: restaurer le dialogue**

Ainsi renommé, l'ancien Espace Patients & Proches précise sa mission.

L'équipe de médiation offre aux personnes en conflit un lieu neutre pour leur permettre d'exprimer leurs doléances et de chercher les moyens de reconstruire la confiance. Patientes ou patients (46% des demandes) et proches (38%) s'y adressent fréquemment. Des professionnelles et professionnels, travaillant au CHUV (12%) ou faisant partie du réseau de santé hors de l'hôpital universitaire (4%), sollicitent aussi les médiatrices et le médiateur.



**Les médiatrices et le médiateur ne sont ni porte-parole ni arbitres.**

En modifiant l'identité de l'Espace Patients & Proches et en le rebaptisant «Espace de médiation entre patients, proches & professionnels», les médiatrices et le médiateur soulignent leur volonté de s'engager de façon équilibrée auprès de toutes les parties en conflit dans le contexte d'une prise en charge, qu'il s'agisse des usagers et usagers du CHUV ou des collaboratrices et collaborateurs. En le renommant de la sorte, ils expriment également la volonté de renforcer la vocation de cet espace dédié à la médiation, une démarche volontaire entreprise par une ou plusieurs personnes qui souhaitent, dans le cadre d'une rencontre, travailler sur la qualité de leurs liens.

Ce lieu est donc loin du «bureau des plaintes» auquel l'Espace Patients & Proches avait parfois été associé. Les médiatrices et le médiateur ne sont ni porte-parole ni arbitres. Le changement de nom exprime mieux la dynamique propre à cet espace de rencontre, où chacune et chacun est invité·e à considérer la réalité de l'autre en se responsabilisant.



## ESPACE DE MÉDIATION ENTRE PATIENTS, PROCHES & PROFESSIONNELS

- Qualité de la prise en charge: 12,0%
- Sécurité: 16,9%
- Gestion et infrastructure: 12,3%
- Accès et attente: 13,0%
- Communication: 24,6%
- Egards et attention: 12,4%
- Droit des patients: 8,7%



## Commentaire du graphique: activité 2020

Entre mars et juillet 2020, l'Espace de médiation a dû fermer pour cause de pandémie. Les médiatrices et le médiateur ont alors réorienté leurs activités pour soutenir les professionnelles et professionnels de l'hôpital face à la première vague de COVID-19. Cette fermeture explique sans doute que le nombre de situations traitées (452) ait baissé d'un tiers par rapport aux années précédentes. En revanche, le nombre de sollicitations par jour ouvert (3,8) est resté stable.

Les situations traitées peuvent porter sur une ou plusieurs difficultés, identifiées en tant que doléances. Comme les années précédentes, ces difficultés rapportées concernent le plus fréquemment les dimensions relationnelles de la prise en charge à l'hôpital, notamment la «communication» entre professionnelles et professionnels de la santé et les patientes, les patients ou leurs proches. Viennent ensuite des doléances formulées en rapport avec la «sécurité» dans le domaine clinique, liées par exemple aux complications ou incidents. Les autres doléances formulées par les patientes, les patients ou leur famille atteignent des proportions presque équivalentes entre elles, que ce soit dans le domaine relationnel («égards» et «droit des patientes et patients»), clinique («qualité de la prise en charge») ou organisationnel («accès et attente», ainsi que «gestion et infrastructure»).





## UN AIDE-MÉMOIRE PERMANENT AU PIED DE SON LIT

### PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Professeur Peter Vollenweider,  
médecin chef du Service de médecine  
interne adulte

Afin que les patientes et patients disposent de toutes les informations essentielles à la compréhension de leur séjour hospitalier, une unité du Service de médecine interne a installé des tableaux blancs au pied des lits. Une aide à la prise en charge autant qu'un outil de participation.

Quels sont les noms des personnes responsables de mes soins ? Est-ce aujourd'hui qu'on va me faire un scanner ? Pourrai-je rentrer chez moi après ma sortie du CHUV ? Et, finalement, quel est le nom de la maladie dont je souffre ? A toutes ces questions, médecins et équipes soignantes répondent régulièrement lors des visites qu'elles et ils effectuent auprès des patientes et des patients. Il arrive cependant assez souvent que les malades ne se souviennent plus très bien des informations qui leur ont été données. Elles ou ils ont alors besoin de se les entendre redire... ou d'avoir un support où les retrouver.

### Un outil d'information et de participation

Afin de répondre à un manque souvent formulé par les patientes et patients comme par leurs proches, le Service de médecine interne adulte a installé des tableaux blancs au pied d'une partie de ses lits. Chacune et chacun peut y lire, inscrits à la main, les noms des personnes soignantes, infirmières et infirmiers, auxiliaires et médecins responsables de la ou le suivre en priorité. Elle ou il peut aussi vérifier ses conditions de soins: suis-je autorisé-e à me lever sans aide et à me dégourdir les jambes dans les couloirs de l'hôpital ? Dois-je faire un exercice de marche tous les jours dans le corridor du service ? Le tableau peut également indiquer les rendez-vous médicaux à venir et les objectifs de santé fixés pour le séjour avant la sortie de l'hôpital. Telle patiente doit être capable de procéder elle-même à une piqûre d'insuline. Tel patient doit reprendre un peu de poids d'ici à une semaine. Tel examen d'hémoglobine doit être bientôt effectué par l'équipe soignante.



Un support placé au pied du lit est consultable de façon instantanée.

Mais au-delà des informations transmises par les équipes médicales et soignantes aux personnes soignées, le tableau sert également à recueillir les questions qu'une patiente ou un patient se pose. Il a donc également été conçu comme un outil de communication participatif. Lorsque les visites sont permises, les proches peuvent également avoir des précisions à demander sur la maladie ou les soins. Dans le cas où l'on ne peut pas leur répondre au moment d'une visite, elles ou ils peuvent utiliser ce support pour inscrire des questions ou faire part de leurs préoccupations.

## Un support de communication

Installés dans une unité de médecine, ces tableaux blancs se sont immédiatement montrés utiles. Ils jouent pleinement leur rôle auprès des patientes et patients, en particulier dans un service dont la population de patientes et patients est âgée. Ce simple support de communication se révèle également tout aussi précieux au sein des équipes médicales et soignantes: les informations présentes permettent par exemple de confirmer qu'on s'adresse à la bonne patiente ou au bon patient. Et si le dossier informatique de la patiente ou du patient permet aussi de trouver toutes les informations utiles, un support placé au pied du lit est consultable de façon instantanée.



Le projet pourrait se décliner sur un mode électronique.

Il faut cependant insister sur le fait que les tableaux, aussi précieux soient-ils, n'ont pas été conçus pour remplacer la communication directe entre médecins, équipes soignantes, patientes ou patients et proches mais comme support qui favorise la communication. Le lien vivant entre les personnes reste primordial pour la bonne qualité des soins. Tout ce qui est inscrit sur le tableau a d'abord été discuté de vive voix. Partie intégrante du projet institutionnel de Gestion proactive des séjours (GPS+), cet instrument s'ajoute à la communication verbale dans le but de soutenir la relation entre patientes ou patients et équipes soignantes et de permettre la meilleure prise en charge possible.

## Un déploiement de plus en plus large

Pour des raisons pratiques, le Service de médecine interne a installé ces tableaux sur les murs des chambres à deux lits. Les chambres à cinq lits n'offrent en effet pas les surfaces murales nécessaires. Le Service de médecine interne verra cependant toutes ses chambres à cinq lits remplacées par des chambres à deux lits d'ici à 2024. Le projet pourrait par ailleurs se décliner sur un mode électronique avec une tablette à la place d'un tableau.

Après une première série installée début 2020, les tableaux blancs seront bientôt posés sur les murs d'autres unités. Il est ainsi prévu de les déployer bientôt dans le reste du Service de médecine interne. Leur installation étant simple et peu coûteuse, ils pourraient être installés par la suite dans le reste du CHUV, dans tous les départements où un tel instrument peut se révéler utile.

# 3 LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE



La maladie rend vulnérable et très dépendant·e 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.



## EN PSYCHIATRIE DE LIAISON, UN SUIVI PAR TÉLÉCONSULTATION QUI ENRICHIT LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES

### PERSONNE DE RÉFÉRENCE

**Professeur Alexandre Berney**, médecin  
chef, Service de psychiatrie de liaison,  
Département de psychiatrie

La pandémie de SARS-CoV-2 a incité le Service de psychiatrie de liaison à recourir à la télémedecine pour une partie de son activité. Après avoir constaté ses avantages et ses limites, les médecins envisagent de maintenir son usage dans certaines situations après la pandémie.

Est-il possible de traiter les patientes et patients à distance avec la même qualité de soins qu'en présence? Dans le domaine du suivi psychiatrique, le recours à la téléconsultation figure parmi les changements que la pandémie de SARS-CoV-2 a imposés au monde hospitalier. Au Service de psychiatrie de liaison du CHUV, dès le mois de mars 2020, alors qu'auparavant les consultations à distance étaient rarement pratiquées, elles sont devenues une option régulière pendant les nombreux mois qu'ont duré les première et deuxième vagues de la pandémie.



La notion de «liaison» se comprend comme un pont qui réunit les domaines somatiques et psychiques au sein de l'institution hospitalière.

La psychiatrie de liaison est un domaine particulier du traitement hospitalier. Son champ d'action comprend les personnes hospitalisées au CHUV ou suivies de façon ambulatoire, et qui ont un besoin impératif d'un suivi du fait d'une comorbidité psychiatrique ou d'une vulnérabilité importante. A la demande de leurs collègues au sein des différents services, les psychiatres se rendent dans les locaux du CHUV au chevet de patientes et patients qui souffrent par exemple de dépression, de troubles de la personnalité ou d'abus de substances. La notion de «liaison» se comprend ainsi comme un pont qui réunit les domaines somatiques et psychiques au sein de l'institution hospitalière. Mais les psychiatres de liaison s'occupent également de suivre une partie des patientes et patients après leur sortie de l'hôpital ou après une intervention ambulatoire. C'est pour cette deuxième catégorie de patientes et patients qu'a été nécessaire la mise en place de consultations à distance.

### La question de la qualité des soins

La première préoccupation des médecins était évidemment de savoir si la thérapie, dispensée sous forme de télémedecine, allait permettre de maintenir la qualité des soins. Patientes, patients et thérapeutes vivaient désormais leurs conversations par téléphone ou visioconférence, dans des lieux séparés. Dans cette situation manquent divers signaux, qui permettent à la ou au thérapeute de ressentir l'état psychique de ses patientes et patients: de la façon de s'habiller, de se mouvoir et de se comporter jusqu'aux états émotionnels qui se perçoivent plus directement en présence, la relation thérapeutique ne repose de loin pas que sur l'échange verbal.

Depuis fin 2020, en psychiatrie de liaison comme en psychiatrie générale, des évaluations sont en cours ou en projet afin d'évaluer de façon systématique les pratiques mises en place et les expériences. Il est cependant déjà possible de tirer un bilan. Les premières impressions viennent confirmer ce que l'on peut trouver

dans la littérature émergente, à savoir un sentiment d'efficacité clinique maintenu et une bonne qualité de la relation thérapeutique. Pour certaines patientes ou certains patients, il était même parfois plus simple de suivre régulièrement leurs séances. Ne pas avoir besoin de se déplacer rend les consultations plus légères à vivre. C'est particulièrement vrai pour certaines personnes qui cumulent plusieurs problèmes de santé invalidants, comme c'est le cas régulièrement en psychiatrie de liaison.



Dans les pays où la télé médecine est pratiquée depuis longtemps, des études confirment que la qualité des soins psychiatriques peut être maintenue.

### **Des consultations plus aisées que prévu**

Du côté des thérapeutes, une partie des médecins se sont senti·e·s moins à l'aise dans leur travail, que ce soit pour des questions techniques ou parce que les consultations thérapeutiques leur paraissaient plus difficiles à mener. Il y a un certain consensus au sein du service, sur le fait que la téléconsultation n'est généralement pas le moyen le plus aisé pour commencer une relation thérapeutique avec une nouvelle patiente ou un nouveau patient; il est préférable que la première séance se réalise en présence pour se poursuivre éventuellement à distance. La pratique de la téléconsultation est cependant apparue aux professionnelles et professionnels plutôt plus aisée que prévu. Elles et ils ont aussi fait l'expérience de voir certaines patientes ou certains patients s'exprimer plus librement du fait même de la distance.

Il est probable qu'une fois la pandémie passée, le Service de psychiatrie de liaison du CHUV fasse usage de la téléconsultation pour un certain nombre de situations thérapeutiques. Le fait est que, dans les pays où elle est pratiquée depuis longtemps, notamment aux Etats-Unis où les distances géographiques entre médecins et patientes ou patients peuvent être grandes, des études confirment que la qualité des soins peut être maintenue. Suscitée par une situation exceptionnelle, cette expérience de télé médecine en psychiatrie s'est ainsi révélée précieuse. Même si la rencontre en chair et en os apparaît encore comme la meilleure situation thérapeutique, la téléconsultation peut désormais être envisagée comme un instrument supplémentaire, propre à enrichir les moyens habituels.

Consultez le détail des mesures mises en place au CHUV dans la [Rétrospective COVID-19](#).



## 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.

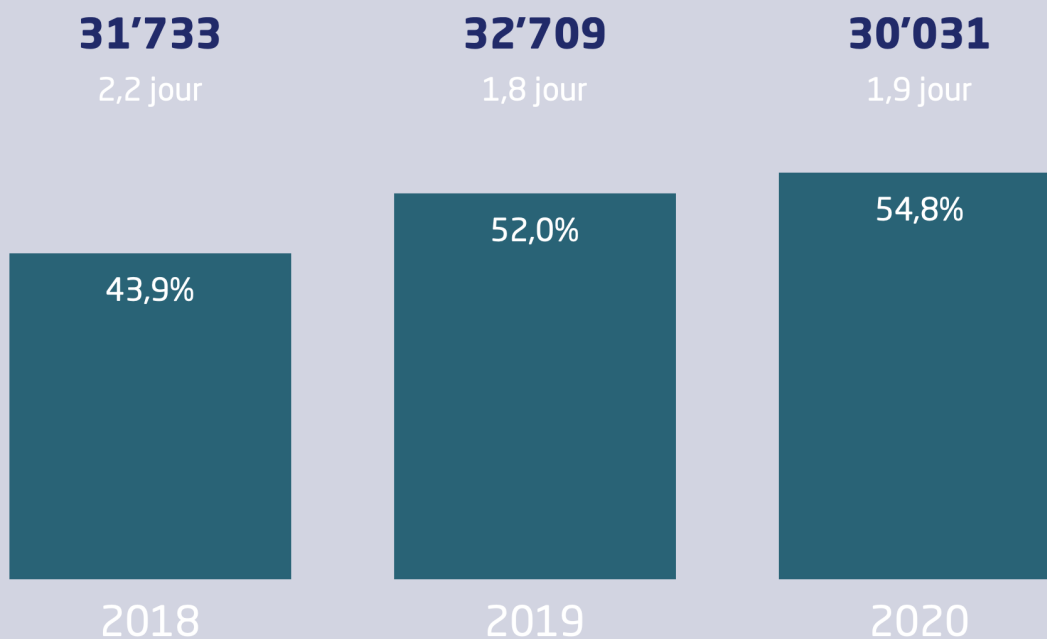
Le processus en vigueur au CHUV requiert qu'un document de sortie très synthétique soit envoyé à la médecin traitante ou au médecin traitant dans les 48 heures suivant la sortie de la patiente ou du patient. Complémentaire à la lettre de sortie, le Faxmed informe la médecin traitante ou le médecin traitant 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 55%. Le délai moyen d'envoi est stable par rapport à l'année précédente à 1,8 jour, inférieur aux 48 heures visées. Ces résultats montrent que, même si près de la moitié des Faxmed est encore envoyée dans un délai supérieur à 48 heures, les efforts fournis pour diminuer les délais d'envoi continuent à porter leurs fruits.

Depuis 2017, 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 2021

Le CHUV continuera de déployer, dans tous les services, le projet visant à améliorer globalement la transmission des documents aux médecins traitant·es et aux centres médico-sociaux (CMS). Le nombre de Faxmed envoyés dans un délai supérieur à 48 heures devrait encore diminuer.

## 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. Ce document fait suite au Faxmed, communiqué par le service à la médecin traitante ou au médecin traitant.

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.

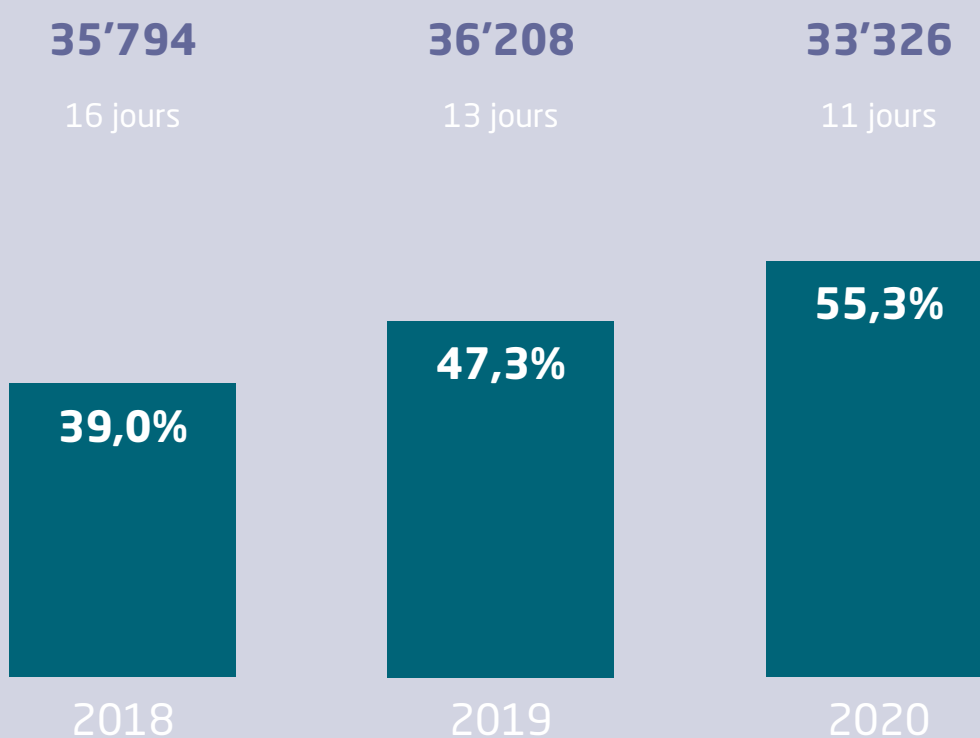
Il faut souligner par ailleurs que la facturation du séjour d'une patiente ou un patient au CHUV s'établit sur la base de la lettre de sortie. Ce document a donc également une grande importance pour le suivi administratif de l'hôpital.

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

- 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

En 2020, au CHUV dans son ensemble, 55,5% des lettres de sortie ont été envoyées dans les 8 jours après la sortie. Ce taux est en nette augmentation par rapport à l'année précédente. Dans le contexte de la pandémie, qui a entraîné la fermeture des services chirurgicaux pendant de nombreux mois, de même que l'extension des services accueillant les patientes et patients atteints par le SARS-CoV-2, ce résultat demande cependant une analyse plus fine. En particulier, le Service de médecine interne a dû étendre sa capacité de 166 lits habituellement à 280 lits au plus fort de la deuxième vague; or, malgré la charge de travail très importante, le taux de lettres de sortie envoyées par ce service dans les 8 jours s'est légèrement amélioré par rapport à 2019: il s'est en effet établi à un excellent taux proche de 90%. Ce résultat révèle l'importance que ses actrices et acteurs ont donnée à la communication avec les médecins traitant-e-s, dans le contexte très difficile de l'année 2020.



### Objectif 2021

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.

## 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 (ANQ) a retenu le taux de réadmissions potentiellement évitables à 30 jours, calculé par l'algorithme SQLape®.

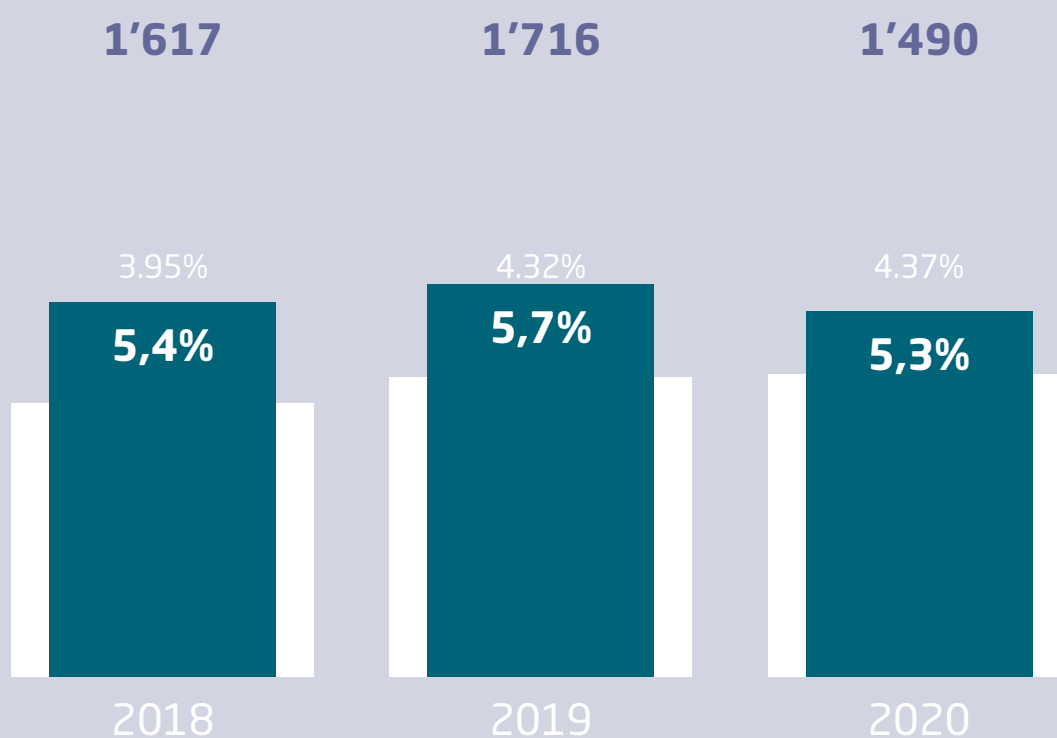
Si une nouvelle admission survient dans un délai de 30 jours après la sortie de la patiente ou du patient, cet algorithme évalue si la réadmission était potentiellement évitable et calcule un taux observé pour le CHUV. Son calcul se base sur les données médico-administratives, dont les codes de diagnostic; il prend également en compte les caractéristiques des patientes 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 2016 à 2018.





## TAUX DE RÉADMISSIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES

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



## Commentaire du graphique

Les résultats 2020 mettent en évidence un taux trop élevé de réadmissions potentiellement évitables. Le CHUV suit cet indicateur tous les semestres avec beaucoup d'attention. Il faut souligner que les réadmissions ne sont pas toutes évitables, en particulier chez les patientes et patients qui souffrent d'une maladie grave et arrivent en fin de vie. Ces personnes retournent brièvement à la maison avant d'être réadmis à l'hôpital.

En 2020, dans le cadre du projet de Gestion proactive des séjours (GPS+), le CHUV a mis en place des mesures qui permettent de mieux préparer la sortie des patientes et patients. De plus, deux projets ont été mis en œuvre afin de prévenir le type de complications qui peuvent générer des réadmissions évitables (thromboses veineuses, sepsis). Pour les patientes et patients avec sepsis ou thromboses veineuses, le taux de réadmissions potentiellement évitables a baissé en 2020. Bien que le nombre de personnes soit trop bas pour pouvoir en tirer des conclusions, c'est une évolution réjouissante. Le CHUV continuera à suivre ces résultats.



### Objectif 2021

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. 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.

## 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.



# COVID-19

## PERSONNES DE RÉFÉRENCE

**Docteur Sylvain Meylan**, chef de clinique, Service des maladies infectieuses

**Docteure Catherine Lazor-Blanchet**, médecin cheffe du Service de médecine préventive hospitalière, Unité de médecine du personnel et d'entreprise

## Une étude sérologique pour évaluer la contamination des employées et employés du CHUV

Afin de mesurer l'efficacité des mesures mises en place par l'hôpital pour protéger son personnel, le CHUV a mené une étude sérologique en collaboration avec Unisanté. Représentatives des différentes professions et secteurs d'activité de l'institution, 1874 personnes ont répondu à un questionnaire et effectué une prise de sang, afin de doser les anticorps IgG anti-SARS-CoV-2.

Intitulée COVID-19 MISS (pour mapping infection in hospital staff by serology), cette étude a révélé une séroprévalence globale de 10%. Ce chiffre est comparable au taux de prévalence observé dans la population générale. Les résultats de l'étude montrent ainsi que le personnel ayant travaillé dans les unités COVID-19 durant la première vague n'a pas été plus contaminé. Dans les secteurs des urgences et des soins intensifs, le taux de prévalence est même inférieur. En revanche, l'étude a montré que le risque de positivité était plus grand pour les employées et employés de l'hôpital qui vivaient sous le même toit qu'une personne dont la contamination au COVID-19 était confirmée ou suspectée.

Ces résultats encourageants soulignent les efforts réalisés par les professionnelles et professionnels du CHUV dans l'application des règles d'hygiène. Les mesures de protection mises en place par l'hôpital ont bien fonctionné. L'étude a par ailleurs montré que le port systématique d'un masque dans les transports en commun, dès le printemps 2020, a été efficace.

**PERSONNE DE RÉFÉRENCE**

**Dominique Guenot**, adjoint de direction  
du Service hôtelier, Département de la  
logistique hospitalière

## **Au début de la pandémie, la production en urgence de solution hydroalcoolique**

En mars 2020, la fermeture des frontières suisses provoque une rupture d'approvisionnement de solution hydroalcoolique pour les mains (SHA), dont la pharmacie du CHUV gère les stocks. Le Département de la logistique hospitalière (DLH) est alors chargé d'assurer cet approvisionnement pour l'hôpital, de même que pour le canton de Vaud.

En collaboration avec la pharmacienne cantonale, le Service hôtelier du DLH a organisé l'achat des matières premières, acheté des contenants à pompe difficiles à trouver, commandé la fabrication des totems qui permettent la distribution du désinfectant, et constitué des équipes en interne pour le remplissage et la distribution des flacons dans tous les services hospitaliers. Après avoir été d'abord assurée au sein de l'hôpital, la production de SHA a finalement été sous-traitée à l'entreprise Huntsman Advanced Materials, afin de garantir les conditions de sécurité. Le CHUV a ainsi pu répondre rapidement à l'urgence sanitaire. Au total, cent tonnes de désinfectant hydroalcoolique ont été produites en 2020, à parts égales pour le CHUV et le canton de Vaud.

Consultez le détail des mesures mises en place au CHUV dans la [Rétrospective COVID-19](#).

# 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 poursuit 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 des patients.

En 2020, la révision de la check-list entamée en 2019 a abouti au déploiement progressif du nouveau processus, mais au dernier trimestre de 2020 seulement. Cette mise en œuvre ne permet pas de présenter ici les résultats d'un indicateur. Ce retard sur la planification est dû à la fermeture des blocs opératoires pour les interventions non urgentes pour cause de pandémie. En 2021, la nouvelle check-list sera déployée au sein de tous les blocs opératoires et tous les sites. Un nouvel indicateur sera mis à disposition des divers·es actrices et acteurs afin d'en permettre le suivi et l'amélioration.



## 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:

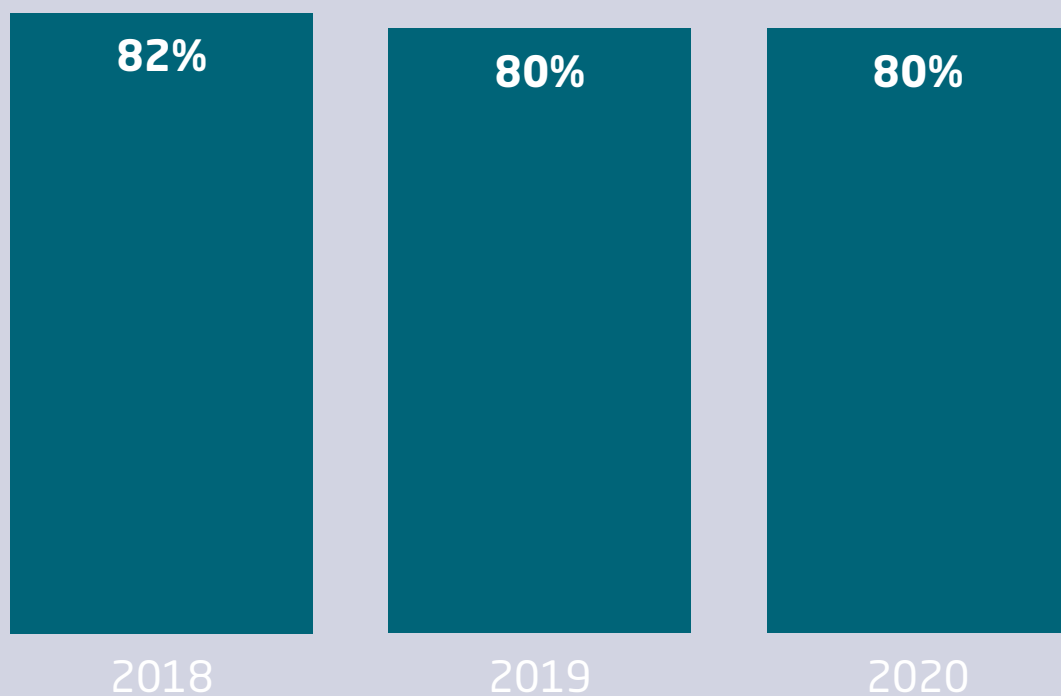
- (1) Avant d'entrer en contact avec une patiente ou un patient
- (2) Avant de procéder à un acte invasif (comme poser une sonde)
- (3) Après tout contact avec une patiente ou un patient
- (4) Après tout contact avec son environnement immédiat
- (5) Après avoir été en contact avec un liquide biologique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

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



## HYGIÈNE DES MAINS, OBSERVANCE GLOBALE

● Taux d'observance



## Commentaire du graphique

En 2020, l'audit d'observance de l'hygiène des mains s'est porté sur 12 unités de soins. Près de 2000 occasions d'un geste défini par l'OMS ont été observées. Le taux global d'observance de l'hygiène des mains, établi à 80%, reste stable par rapport à 2019. Très satisfaisant, ce résultat montre que ce geste essentiel de prévention des infections est bien appliqué.



### Objectif 2021

L'accent sera mis sur les éléments clés qui permettent d'améliorer la qualité d'un geste d'hygiène des mains: absence de bijoux, quantité suffisante de solution hydroalcoolique, friction de toute la surface des deux 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.

“

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

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.

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)). Dédiée 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)

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

Chirurgie du côlon	26,1%		2,1	142
Appendicectomie < 16 ans	0,0%	0,0	79	
Bypass gastrique	2,6%		0,9	39

Afin d'avoir les ressources nécessaires pour observer de nouvelles interventions, certaines opérations ne font pas chaque année l'objet d'une surveillance. C'était le cas pour les hystérectomies en 2018, les bypass gastriques entre 2015 et 2017 ou encore les prothèses de la hanche et du genou en 2019. En 2020, seuls les appendicectomies, la chirurgie du côlon et le bypass gastrique ont été suivis.

## Commentaire des graphiques

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 chez 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. Depuis 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.

Afin d'identifier la ou les causes d'un résultat trop élevé, le taux d'infection relevé pour la chirurgie du côlon a fait l'objet d'une revue systématique de dossiers. Deux éléments, qui découlent de pratiques spécialement mises en place pour améliorer la qualité de la prise en charge, augmentent ce taux d'infection de façon artificielle:

- 1) La présence d'une infection postopératoire ne représente pas une complication dans toutes les situations. Elle peut découler d'une infection préexistante qui persiste parce que son traitement n'a pas évolué comme prévu (failure to cure). L'analyse des infections postopératoires les plus sévères a montré qu'environ un tiers des cas correspondent à une telle situation.
- 2) Les normes du programme ERAS (pour enhanced recovery after surgery) excluent la pose d'un drain d'une manière standardisée, dans l'intérêt de la personne soignée. Dans les situations qui demandent la pose d'un drain dans un second temps, cette exigence a pour conséquence d'augmenter les chiffres de complications de façon inappropriée.



## 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.

Au CHUV, 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, une centaine d'enquêtrices et enquêteurs professionnel·le·s spécifiquement formé·e·s examinent la peau de 800 patientes et patients en moyenne.

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, muscles et 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.



### **Une année 2020 sans enquête**

A cause de la pandémie de Covid-19, l'enquête annuelle sur les escarres a été reportée, ce qui explique l'absence de résultats pour cette année.

## 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 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 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.



# LA MORTALITÉ HOSPITALIÈRE

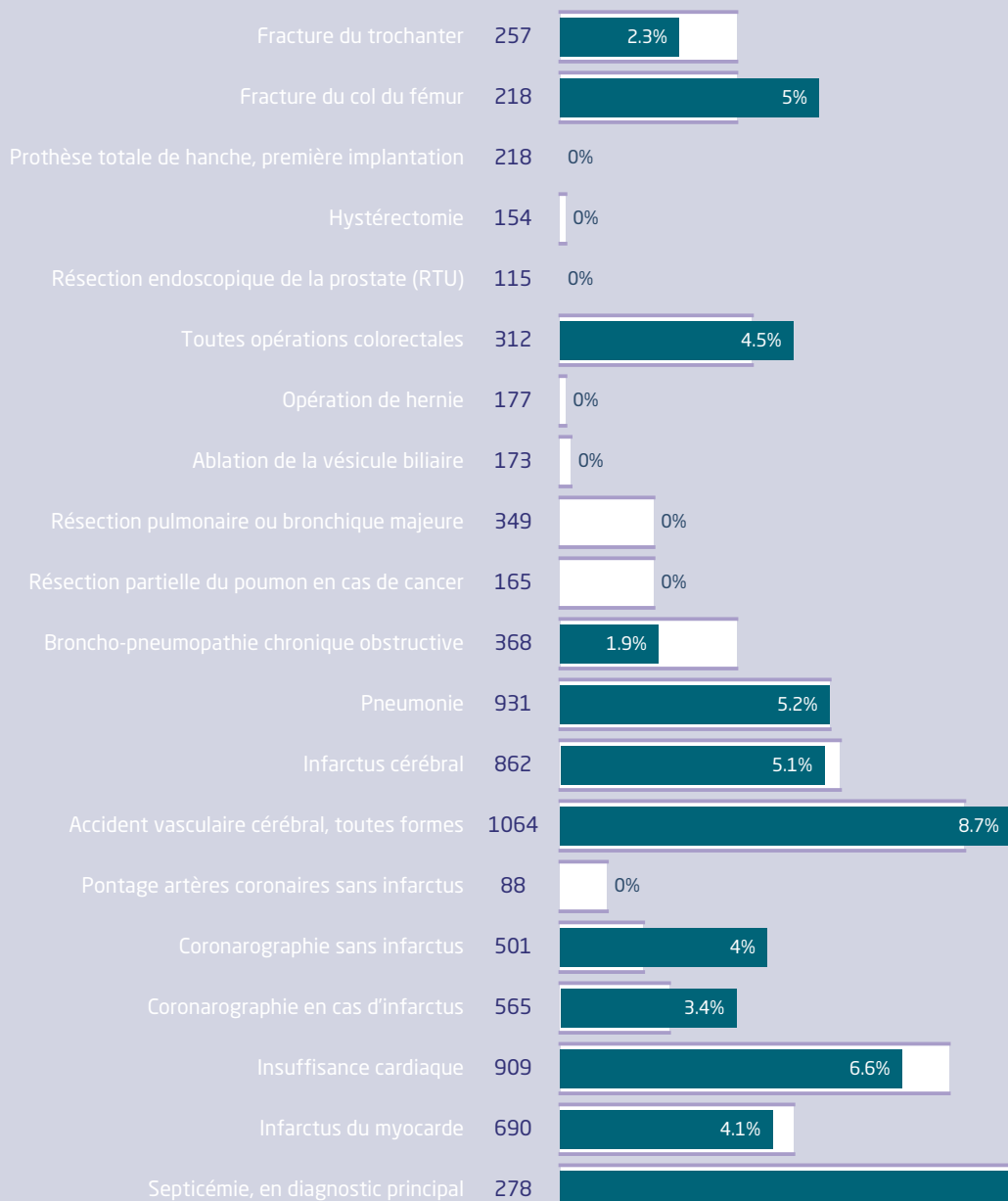
Données 2019 et 2020 selon méthode OFSP

● 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)
Prothèse totale de hanche, première implantation	Première implantation d'EPT de hanche (pas en cas de fracture)
Hystérectomie	Hystérectomie pour affections bénignes (âge >14)
Résection endoscopique de la prostate (RTU)	RTU de prostate
Toutes opérations colorectales	Total des résections colorectales
Opération de hernie	Herniotomie sans OP de l'intestin
Ablation de la vésicule biliaire	Cholécystectomie en cas de calculs biliaires et cholécystite, sans tumeur
Résection pulmonaire ou bronchique majeure	Pneumonectomie en cas de carcinome bronchique, pourcentage
Résection partielle du poumon en cas de cancer	Résections pulmonaires partielles en cas de carcinome bronchique
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	BPCO sans tumeur (âge >19)
Pneumonie	DP de pneumonie
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,
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 ce facteur en compte.

Les taux attendus fournis par l'Office fédéral de la santé publique sont basés sur l'année 2019. Bien que la pandémie ait modifié de façon importante la prévalence des diagnostics liés au SARS-CoV-2, de même que la mortalité dans ces classes de diagnostics, le CHUV a appliqué ces taux attendus sur les données 2020.



Le nombre de cas de sepsis, de même que le nombre de décès, ont baissé en 2020.

Dans ce contexte, il faut noter la très forte augmentation de la mortalité dans le cas de diagnostic principal de pneumonie. Il ne fait aucun doute que les catégories de l'OFSP proposées pour les cas 2020 intégreront des diagnostics spécifiques au SARS-CoV-2. Les taux attendus (calculés sur les décès de l'année 2020) seront alors adaptés à ce qui aura été observé sur cette année particulière.

En ce qui concerne les sepsis, un projet de filière a été initié en 2019 afin de les identifier plus précocement et de mieux mettre en œuvre les traitements qui en découlent. On constate que le nombre de cas, de même que le nombre de décès, ont baissé en 2020. Ce résultat est encourageant.



### Objectif 2021

Lorsque le taux de mortalité observé est plus élevé qu'attendu, le CHUV continuera d'analyser les situations de patientes et patients décédé·e·s.



## 4.6 LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES ET INDÉSIRABLES



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

### **Qu'est-ce que le recueil des événements critiques et indésirables (RECI)?**

Fruit d'une politique institutionnelle, le recueil des événements critiques et indésirables 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. Pour les événements qui impliquent un dommage pour la patiente ou le patient, le signalement est obligatoire. Il 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 ne se reproduise.

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

Il n'est pas facile de partager un incident dont on est soi-même à l'origine, ni de signaler un problème dont on a été témoin. La pratique du RECI exige qu'une personne qui signale un incident soit certaine de ne pas subir de conséquences négatives. Sauf en cas d'acte intentionnel ou de négligence grave, le RECI implique un principe de non-punition. Au CHUV, l'auteur ou auteur 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.



Le nouvel outil est plus simple à utiliser, l'annonce des incidents plus facile et rapide.

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.

L'analyse de l'efficacité du nouvel outil RECI, déployé fin 2019, a été retardée par le contexte de pandémie. Pour cette raison, aucun indicateur consolidé n'est encore disponible à la publication. Cela étant, les retours des utilisatrices et utilisateurs sont satisfaisants. Le nouvel outil est plus simple à utiliser, l'annonce des incidents plus facile et rapide. Par ailleurs, le retour aux signalantes et signalants sur les suites données est désormais intégré dans le processus de gestion informatisée des signalements.



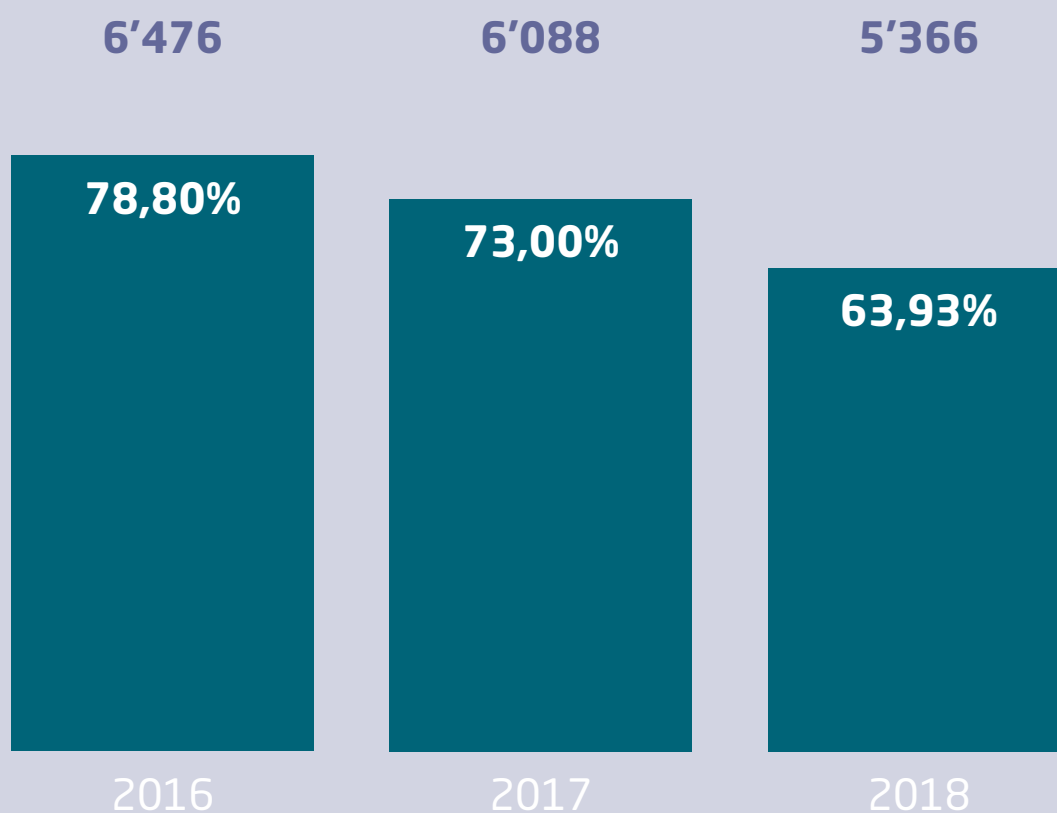
## RECUEIL DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES ET INDÉSIRABLES (RECI)

### Nota bene

En 2019, le projet de révision de l'outil RECI étant en cours, les données n'étaient pas encore disponibles. En 2020, le contexte de la pandémie a retardé l'analyse et empêché que des indicateurs consolidés ne soient disponibles à la publication.

● Nombre total de signalements

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





## UNE AVANCÉE SPECTACULAIRE EN RADIOTHÉRAPIE

### PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Professeur Jean Bourhis, médecin chef  
du Service de radio-oncologie,  
Département d'oncologie

Grâce à la stéréo-radiothérapie, qui permet de cibler les tumeurs cancéreuses de façon extrêmement précise, le Service de radio-oncologie du CHUV a réduit le nombre de séances pour plusieurs cancers tout en gardant la même efficacité thérapeutique. Une évolution qui améliore nettement le bien-être des patientes et patients.

Voilà plus de 120 ans que la radiothérapie a été découverte en France pour soigner le cancer. Le principe de cette technique est simple et redoutablement efficace: en irradiant une tumeur avec des rayons X à haute énergie, on détruit les cellules cancéreuses, plus sensibles que les cellules saines. Souvent associée à d'autres méthodes comme la chirurgie, la chimiothérapie ou plus récemment l'immunothérapie, la radiothérapie reste aujourd'hui encore un pilier essentiel dans la guérison du cancer. Au CHUV, le Service de radio-oncologie soigne chaque année plus de 1300 patientes et patients.



Pour traiter certains cancers de la prostate, il n'est aujourd'hui nécessaire de suivre que cinq ou six séances.

À ses débuts, la radiothérapie mettait les médecins face à un redoutable dilemme: à sa grande efficacité correspondait aussi une toxicité importante. Les rayons X «tueurs de tumeurs» pouvaient également affecter durement les tissus sains entourant ces tumeurs. Pour adoucir ces effets secondaires tout en traitant tout de même le cancer, les radio-oncologues ont mis en place une stratégie de fractionnement: au lieu d'administrer la dose de rayons nécessaire en une seule fois, ils ont multiplié les séances. Les effets secondaires devenaient alors bien moindres. Les patientes et patients pouvaient récupérer entre deux rendez-vous, tout en recevant une dose totale suffisante pour traiter leur maladie.

### Un nouvel instrument révolutionnaire

Le dilemme inhérent à la radiothérapie n'est aujourd'hui pas entièrement résolu. Pour être correctement traités, un certain nombre de cancers nécessitent encore une vingtaine de séances, et les patientes et patients doivent supporter encore certains effets secondaires. Mais depuis quelques années, l'approche révolutionnaire de la stéréo-radiothérapie vient considérablement alléger le traitement pour plusieurs types de cancers. Alors qu'il fallait auparavant près de 40 séances de radiothérapie pour traiter certains cancers de la prostate, il n'est plus nécessaire aujourd'hui de n'en suivre que cinq ou six, tout en gardant la même efficacité thérapeutique. Idem pour certaines formes du cancer du poumon, qui nécessitaient plus de 30 séances, et peuvent maintenant être guéries en une demi-douzaine d'irradiations.

La stéréo-radiothérapie recourt à une multiplicité de faisceaux tous convergents vers la tumeur à détruire. Grâce à une technique de très haute précision, elle permet d'épargner les tissus sains autour des tumeurs. En 2014, afin de pouvoir pratiquer ce type de radiothérapies, le CHUV s'est équipé d'un CyberKnife, un instrument qui fait appel aux progrès de la robotisation et permet d'atteindre une

précision inférieure à un millimètre dans la diffusion des rayons X. La quasi-totalité des tissus sains qui entourent une tumeur sont épargnés. Quant aux effets secondaires du traitement, ils sont minimes, voire inexistantes. Il est par conséquent possible d'administrer, à chaque séance, une dose d'irradiation jusqu'à dix fois plus importante, ce qui est particulièrement efficace pour détruire les tumeurs. La durée totale du traitement, et surtout le nombre de séances, se voient ainsi considérablement réduits.



Sa progression dans les soins montre que la stéréo-radiothérapie va prendre une place de plus en plus importante.

La stéréo-radiothérapie par CyberKnife ne fait cependant pas que réduire le temps de traitement pour plusieurs cancers. La précision de cette technique permet aussi de toucher des tumeurs délicates à opérer ou difficiles à atteindre, notamment lorsqu'elles se situent à l'intérieur de la boîte crânienne. Il est donc maintenant possible de traiter les métastases du cerveau. Auparavant très difficile à soigner, cette forme de cancer peut maintenant être guérie avec une efficacité de près de 96% et avec très peu d'effets secondaires. Il est aussi possible de traiter des métastases dans le foie.

### Une progression spectaculaire

Depuis l'introduction de cette nouvelle technique au CHUV, l'utilisation de la stéréo-radiothérapie a augmenté de façon spectaculaire. Lors de sa première année d'utilisation, le CyberKnife a été employé lors d'une trentaine de séances. A peine cinq ans plus tard, en 2019, le Service de radio-oncologie a procédé à plus de 580 traitements avec cet appareil. Cette technique a bien sûr ses limites, notamment du fait qu'elle ne peut traiter que des cancers de relativement petite taille. A ce jour, il n'est pas possible de détruire des tumeurs de plus de 4 ou 5 centimètres. Sa progression dans les soins montre cependant que la stéréo-radiothérapie va prendre une place de plus en plus importante et qu'elle participera de façon prépondérante à l'amélioration de la qualité des soins pour les patientes et les patients oncologiques.



## 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



## COVID-19

### **Le Service des urgences a fait preuve d'adaptabilité et d'anticipation**

Face à la pandémie de SARS-CoV-2, le Service des urgences était en première ligne hospitalière. Afin de garantir l'accueil de toutes les patientes et tous les patients COVID-19 et non COVID-19 dans des conditions de sécurité et de soins optimales, ses collaboratrices et collaborateurs ont fait preuve de flexibilité et d'anticipation durant toute la crise. Plusieurs mesures ont été au cœur de la stratégie: le service a réorganisé ses équipes, anticipé et adapté son fonctionnement, de même que les flux de patientes et de patients. Des structures de dépistage dédiées ont également été mises en place.

Le Service a par ailleurs doublé sa capacité d'accueil grâce à une infrastructure innovante, située dans le garage des ambulances et sur son parvis. Ces locaux étaient équipés pour la prise en charge complète de 18 patientes ou patients supplémentaires.

La mise en œuvre de ces mesures a été possible grâce au soutien sans faille de la Direction générale et des services cliniques, logistiques et techniques. Le Service des urgences a enfin bénéficié du soutien de plusieurs médecins qui se sont mis-es spontanément à disposition afin de renforcer les équipes, en particulier durant la première vague du printemps 2020.

Consultez le détail des mesures mises en place au CHUV dans la [Rétrospective COVID-19](#).



## L'enjeu des délais au Service des urgences

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). En 2020, l'afflux de patientes et patients infecté·e·s par le SARS-CoV-2 a démontré que ce service était capable de relever ce défi même dans des conditions extrêmes.

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 personne

**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)

Au cours de l'année 2020, la pandémie de SARS-CoV-2 a profondément modifié le fonctionnement du Service des urgences. Dès la mise en place des mesures de confinement décrétées par le Conseil fédéral, l'activité habituelle a nettement diminué. Elle s'est ensuite stabilisée à des niveaux inférieurs à ceux des années précédentes. Sur l'ensemble de l'année, le Service des urgences du CHUV a ainsi accueilli quelque 59'900 personnes, soit près de 7800 de moins qu'en 2019 (-11%). De ce fait, le Service a retrouvé un volume proche de celui de 2014. Par ailleurs, alors que le nombre de patientes et patients de degrés 1 et 2 est superposable à celui de 2019, la diminution d'activité a été particulièrement notable dans le domaine ambulatoire. Elle a été compensée par la nécessité d'accueillir un grand nombre de personnes en détresse respiratoire et qui nécessitaient une hospitalisation (plus de 20% d'augmentation en 2020).



L'ensemble des secteurs des urgences a été réaménagé de façon à pouvoir installer immédiatement les patientes et patients.

Sur le plan de l'organisation, la nécessité d'identifier de façon rapide les patientes et patients COVID-19 s'est ajoutée aux stratégies usuelles, qui permettent d'évaluer la sévérité des cas et de hiérarchiser la priorité des prises en charge. De manière à isoler les personnes suspectes d'infection, les flux COVID-19 et non COVID-19 ont été séparés. Des filières de dépistage ont été créées hors des urgences, afin de protéger l'hôpital. Témoin indirect de la pandémie, mais également indicateur des contraintes induites par cette situation, le nombre de patientes et patients en isolement respiratoire est passé de 1570 en 2019 à 6641 en 2020 (+300%! ). Le faible taux de contamination du personnel a cependant démontré que le Services des urgences était en mesure d'accueillir des personnes dont l'état infectieux était inconnu, tout en protégeant efficacement les collaboratrices et collaborateurs.

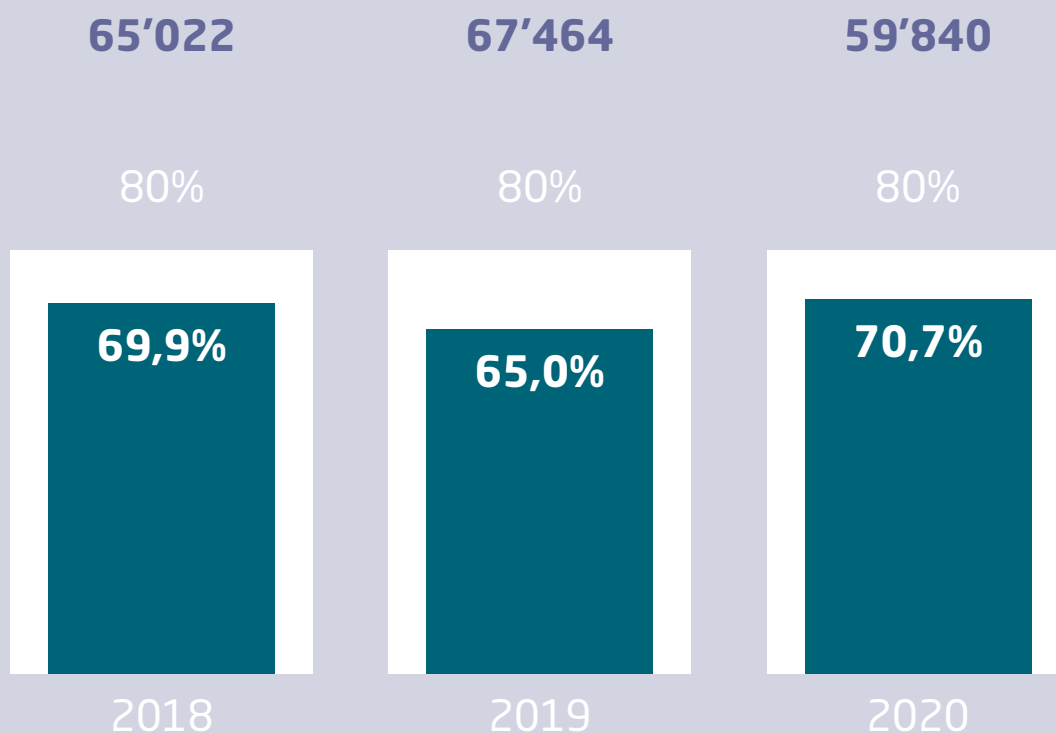
L'ensemble des secteurs des urgences a été réaménagé de façon à pouvoir installer immédiatement les patientes et patients. De plus, l'ensemble des boxes – secteur ambulatoire (URGA), secteur couché (URGC), secteur d'observation (URGO) – ont été utilisés pour y admettre des personnes avec de potentielles infections. En contrepartie, la capacité d'accueil du service a été doublée. Une structure de 18 lits a été créée dans un bâtiment externe et 13 lits ont été ouverts dans un couloir aménagé à cet effet. La nécessité de se réinventer sans cesse, d'anticiper et d'adapter les fonctionnements du service, que ce soit en milieu intrahospitalier ou préhospitalier, a inlassablement occupé les cadres intermédiaires.



## DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

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

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



## Commentaire du graphique

Les délais de prise en charge, de même que les durées de séjour aux urgences, ont été globalement meilleurs qu'en 2019. La réorganisation complète des flux, l'utilisation de l'ensemble des secteurs des urgences pour accueillir des patientes et patients ainsi qu'une très grande disponibilité en lits d'hospitalisation limitent néanmoins l'interprétation des indicateurs usuels. C'est le cas en particulier pour le chiffre qui montre la proportion de patientes et patients en situation de degré 2, et qui sont pris-es en charge dans les délais.



### Objectif 2021

Le Service des urgences espère réduire les durées de prise en charge pour les patientes et patients victimes de traumatismes modérés, identifié-e-s dans la filière de traumatologie «verte» du déchocage. De plus, un nouvel indicateur sera mis en place afin de mesurer les temps de prise en charge des personnes hospitalisées, depuis leur arrivée jusqu'à la demande d'un lit d'hospitalisation.

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



Lorsqu'un infarctus du myocarde survient à la suite d'une 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.

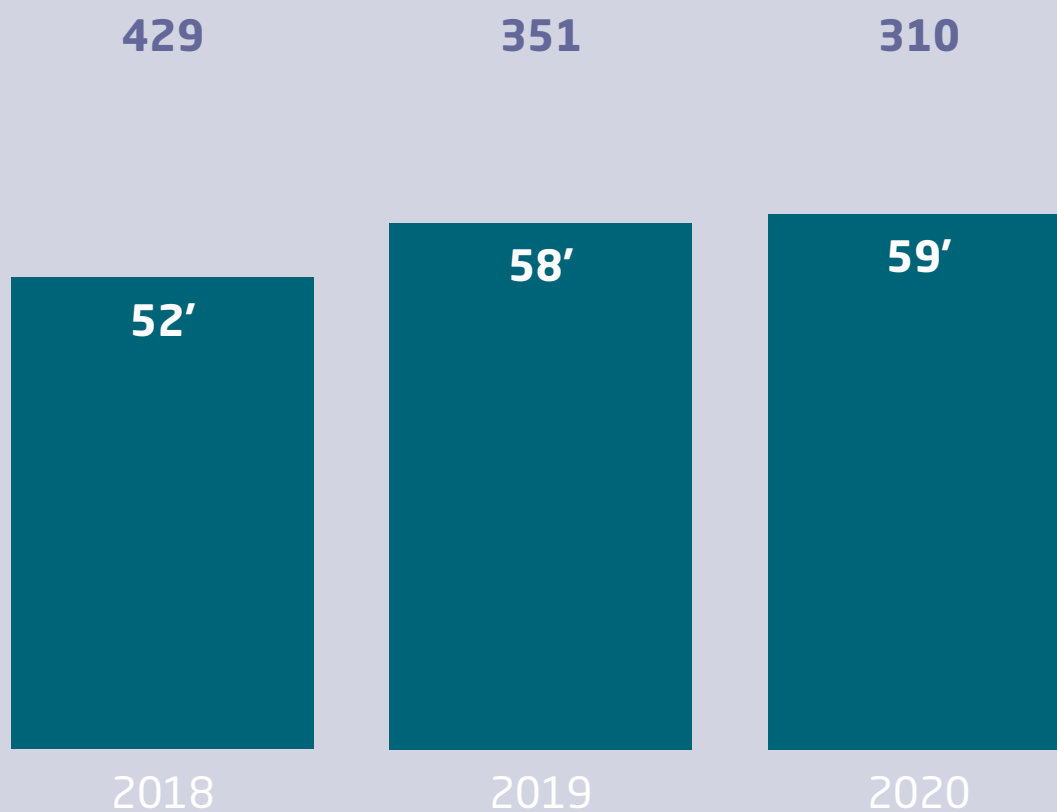
Début 2013, après avoir constaté que des patientes et patients arrivaient trop tard dans la salle prévue pour administrer le traitement adéquat, le CHUV a mis en place la filière STEMI. Issue de l'anglais ST-elevation myocardial infarction, cette abréviation décrit l'anomalie que révèle un électrocardiogramme 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, 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

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



## Commentaire du graphique

En 2020, le nombre de patientes et patients qui ont passé par la filière STEMI a continué à diminuer. 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 est resté stable, juste en dessous de 60 minutes. Si l'on se réfère aux recommandations internationales qui fixent un délai inférieur à 90 minutes, ce résultat reste satisfaisant.



### Objectif 2021

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.



## 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 d'un accident vasculaire cérébral 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. Au CHUV, il existe une unité de ce type. Ailleurs, les unités 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.

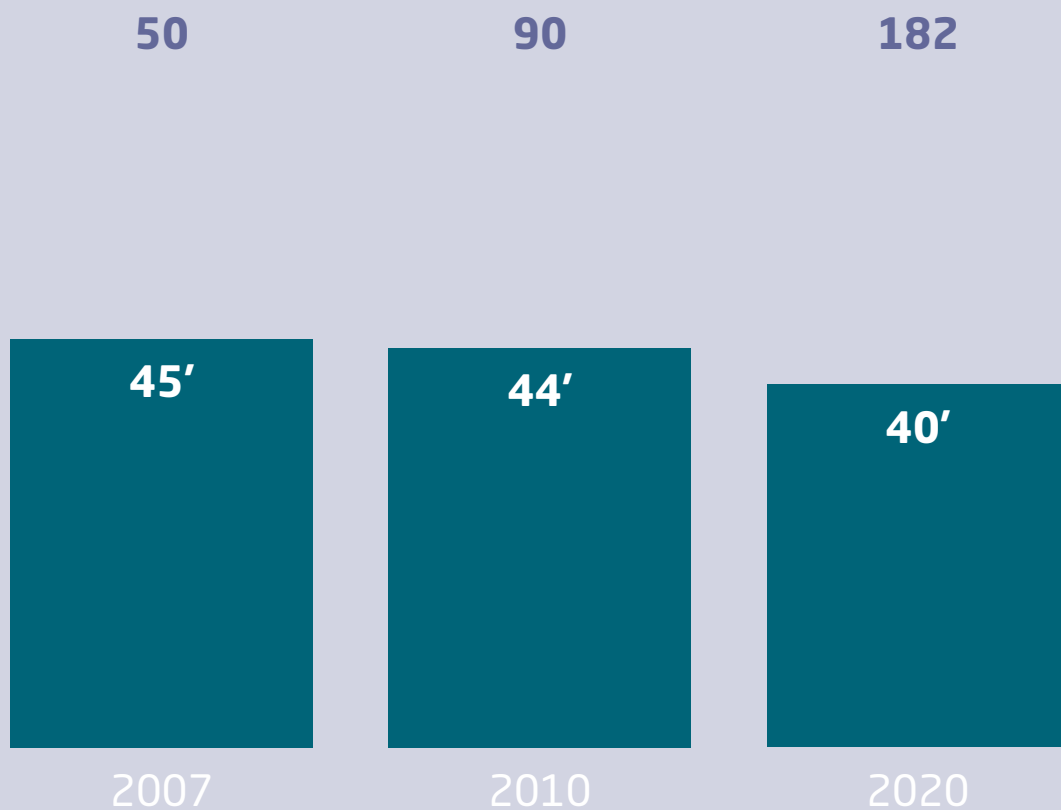
Les recommandations pour la prise en charge de ces patientes et patients comportent des règles pour leur transport. Leur application permet un meilleur tri des personnes en périphérie, et garantit aux malades de se voir acheminer le plus rapidement possible vers l'unité cérébrovasculaire disponible la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

En 2010, le CHUV a officialisé la filière AVC. Ce protocole précise les symptômes que les médecins doivent rechercher ainsi que les bons gestes à effectuer auprès d'une patiente ou un patient chez qui l'on suspecte un AVC. Les buts de la filière consistent à raccourcir les délais d'acheminement au centre de thrombolyse, à administrer au plus vite un traitement endovasculaire en cas de nécessité, à préparer le centre cérébrovasculaire qui va accueillir la patiente ou le patient, et à collecter des informations dès la phase préhospitalière, en vue de la prise en charge. Afin de correspondre aux standards de bonne pratique, le CHUV s'est fixé un objectif de moins de 30 minutes entre l'arrivée à la porte de l'hôpital et la thrombolyse.



## 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

En 2020, le nombre total des traitements de revascularisation hyperaiguë administrés suite à un AVC a légèrement diminué (218 en 2019). Cependant, cette évolution correspond à une diminution similaire du nombre total de patientes et patients dans les hôpitaux du monde entier depuis le début de la pandémie. La part de patientes et patients traitables et traités par thrombolyse et thrombectomie a diminué dans les mêmes proportions. Les délais intrahospitaliers de la thrombolyse précoce sont en légère amélioration, tandis que ceux de la thrombectomie précoce ont augmenté.



### Objectif 2021

Le Service de neurologie et le Centre cérébrovasculaire seront très attentifs à l'amélioration du délai de la thrombectomie.

## 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, à ne pas trop hydrater la patiente ou le patient durant l'intervention. Elles visent aussi à empêcher que sa température corporelle ne baisse; si 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.



Les patientes et patients jouissent ainsi d'une meilleure qualité de vie avant, pendant et après leur intervention.

### Un contrôle régulier

Le succès d'ERAS exige que plusieurs disciplines collaborent: chirurgiennes et chirurgiens, anesthésistes, infirmières et infirmiers, physiothérapeutes, nutritionnistes, stomathérapeutes. Il demande aussi et surtout la participation active des patientes et patients. La première personne à 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](#)

## **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 3200 patientes et patients, dont les soins relevaient de ces quatre domaines, ont bénéficié de la prise en charge ERAS. Hormis les personnes opérée·e·s pour traiter leur obésité (chirurgie bariatrique), la plupart ont été soigné·e·s pour un cancer.

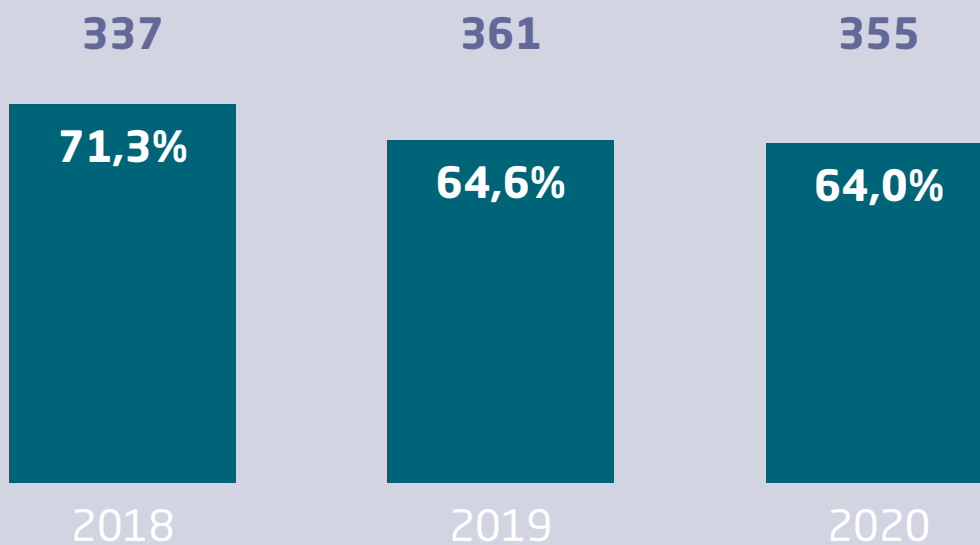




## RÉSULTATS DU PROGRAMME ERAS EN CHIRURGIE VISCÉRALE

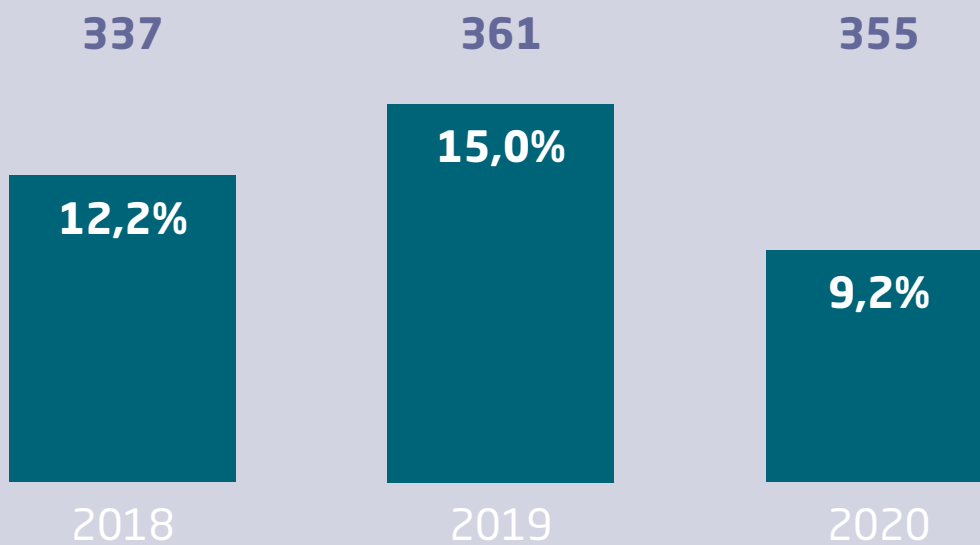
### Proportion de mesures ERAS appliquées

- Nombre de réponses
- Proportion de mesures ERAS appliquées



### Taux de complications IIIb et plus

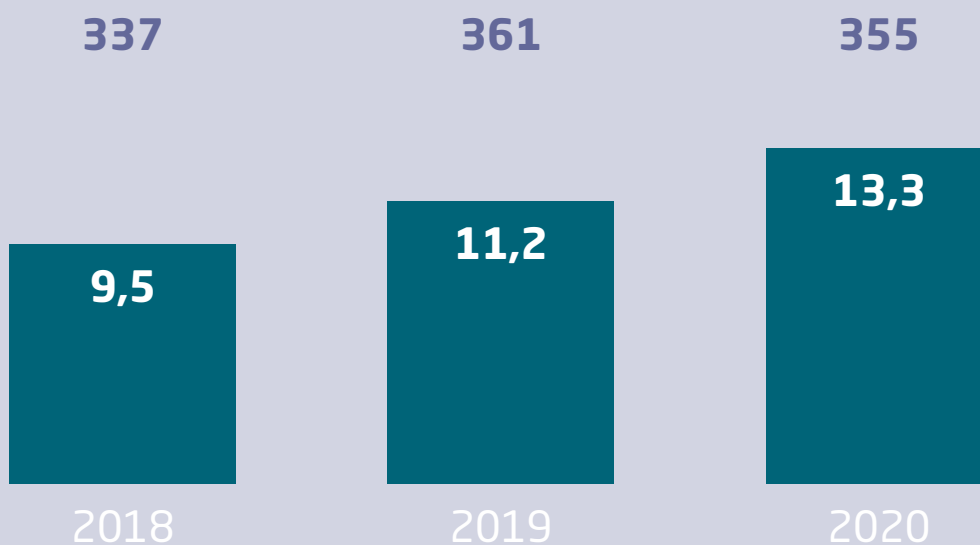
- Nombre de réponses
- % de patients avec complications IIIb et plus



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

● Nombre de réponses

● LOS moyenne totale (primary et réadmission)



## Commentaire des graphiques

Entre 2018 et 2020, l'adhérence au programme ERAS est globalement stable. Au total, durant cette période, 65% des éléments du protocole ont été respectés, 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 2020 reste ainsi très satisfaisant. Il reflète surtout la complexité des chirurgies effectuées, ainsi que 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 la durée de séjour, il est indispensable que chirurgiennes, chirurgiens, anesthésistes et équipes infirmières collaborent en permanence. L'implication des patientes et patients est primordiale à chaque étape de leur prise en charge.

En 2020, 9,2% des complications ont nécessité une réintervention sous anesthésie générale ou une prise en charge en soins intensifs. Ce chiffre montre une nette diminution par rapport à 2019. Parallèlement, la durée de séjour a augmenté par rapport à 2019. Cette évolution peut s'expliquer par le fait qu'en 2020 les chirurgies complexes du pancréas ont augmenté de 30%. Il faut néanmoins mettre ces résultats en perspective avec les traitements multidisciplinaires complexes, tels que 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**

Dans un premier temps, ce graphique a été construit en comparant, après l'introduction du programme ERAS, les 50 premières personnes qui en ont bénéficié avec les 50 dernières personnes soignées avant son introduction. Les résultats obtenus ont démontré une diminution de la durée de séjour après une intervention chirurgicale et une diminution significative des complications cardio-pulmonaires, qui ont baissé de plus de moitié. La pérennisation du programme ERAS pendant les années 2017-2020 a clairement pu démontrer l'impact et les bénéfices d'un tel programme. Pendant cette période, pour un total de 513 patientes et patients, la durée médiane de séjour après intervention (513 personnes au total) est de 4-5 jours.

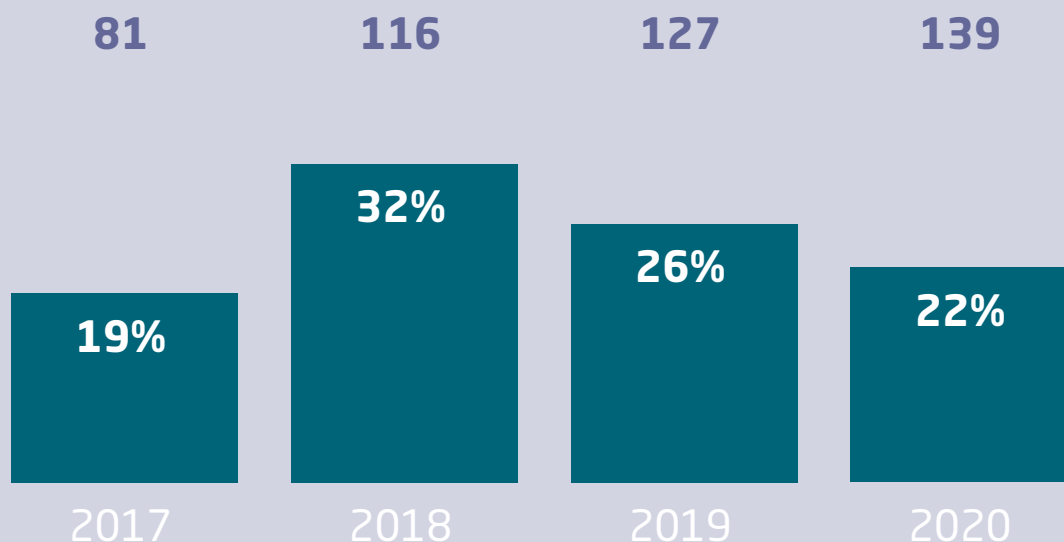
Il est à noter que les chiffres 2020 portent sur une période de 10 mois (jusqu'au 1er octobre 2020). En effet, le programme a été mis en suspens lors de la crise sanitaire, pendant laquelle le programme opératoire a dû être diminué. Par ailleurs, afin d'apporter du renfort, la personne référente ERAS a été réquisitionnée dans les soins pendant plusieurs mois.



## ERAS DE LA CHIRURGIE THORACIQUE

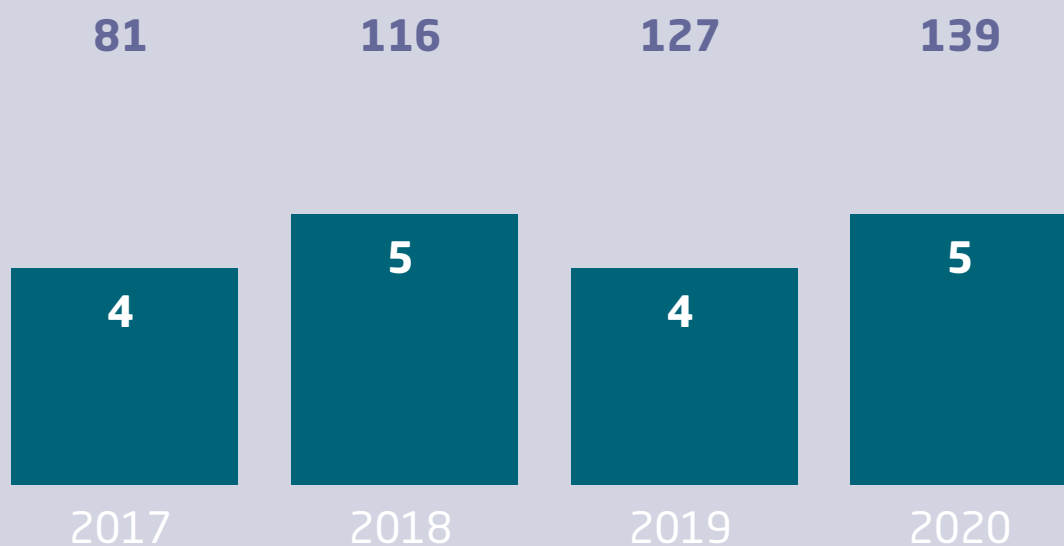
### Complications cardio-pulmonaires dans les 30 jours

- 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



# 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 2020, malgré la pandémie et les contraintes qu'elle a générées pendant plusieurs mois pour accéder à la cité hospitalière, le CHUV a obtenu sept renouvellements (trois certifications, une accréditation et deux reconnaissances), toutes catégories confondues. En revanche, suite à plusieurs reports de l'audit de renouvellement, une certification ISO 9001 a été momentanément suspendue. Le problème sera résolu en mars 2021.

Le Centre des formations a abandonné la certification ISO 29990 pour obtenir avec succès une certification selon la norme ISO 9001:2015.

Enfin, pour la première fois, l'Unité de toxicologie et de chimie forensiques (UTCf) du Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), qui comprend trois laboratoires situés dans les cantons de Vaud et Genève), se sont regroupés sous une même accréditation.

# 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>			
ISO/IEC 17025 :2017	2000	2020	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	2020	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	2020	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	2020	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	2020	Stér. centrale BH04 ; Sterbop BH05 ; HO exclus
<b>CENTRE DES FORMATIONS</b>			
ISO 9001:2015	2005	2020	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	2020	
<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	2020	Processus de management, ressources, prestations et amélioration
<b>DIRECTION DU DÉPARTEMENT DES LABORATOIRES</b>			
ISO 9001:2015	2011	2020	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>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	2020	Hospitalisation
<b>SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE ET IMAGERIE MOLÉCULAIRE</b>			
ISO 9001:2015 ; QMA Audits in nuclear medicine practices	2013	2019	Processus cliniques

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
<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	2020	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	2020	Transplantation coeur, poumons, reins, coeur-poumons, poumons-reins et coeur-reins
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES D'ORL ET DES CHIRURGIES THORACIQUE, VASCULAIRE ET VISCÉRALE</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2019	Unités ORLH.12NC, CHTH.15TC, CVAH.15SC, CHVH.15NC et CHVH.15VC
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES DE CARDIOLOGIE ET CHIRURGIE CARDIAQUE</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	Unité CARH.16SC et CCVH.16CC
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES DE MÉDECINE INTERNE</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2020	Unité MISC.17SC
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES DE NEUROCHIRURGIE ET NEURORÉÉDUCATION AIGÛE</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2017	2017	Unités NCHH.13NC et NRAH.13NI
<b>SOINS INTERMÉDIAIRES DE NEUROLOGIE</b>			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires	2016	2016	Unité NLGH.13SC

# IMPRESSUM

## Édition Rapport qualité

Pierre-Louis Chantre  
Estelle Lécureux  
Matthias Roth-Kleiner  
Direction médicale et Direction des soins  
Service de communication et de création audiovisuelle

## Design & développement

Jean Szabo  
Sandrine Szabo  
Netinfluence

## Direction artistique

Jessica Scheurer  
Service de communication et de création audiovisuelle

## Photographie

Rémi Clément  
Eric Deroze  
Heidi Diaz  
Aliénor Held  
Gilles Weber  
Service de communication et de création audiovisuelle

## Graphisme

Mattéo Constantino  
Aliénor Held  
Service de communication et de création audiovisuelle

## Vidéo

Réalisation: Anaëlle Morf, Philippe Gétaz  
En collaboration avec: Bertrand Tappy et Pierre Louis Chantre  
Image et lumière: Philippe Gétaz  
Images additionnelles: Hadrien Gessler, Salomé Machut  
Montage et son: Philippe Gétaz, Marie Geiser  
Etalonnage: Philippe Gétaz Relecture: Vanahé Antille  
Production: Service de communication et de création audiovisuelle

## Relecture

Vanahé Antille  
Service de communication et de création audiovisuelle

## Webpublisher

Mattéo Constantino  
Salomé Jordan  
Service de communication et de création audiovisuelle

## Gestion de projet

Laurent Terraz  
Service Projets et organisation stratégiques

Gabriella Sconfitti  
Service de communication et de création audiovisuelle