

Direction générale

Rapport qualité 2021



1 Les domaines de pointe: la médecine hautement spécialisée et les centres interdisciplinaires.....	4
1.1 La médecine hautement spécialisée.....	5
1.2 Les transplantations d'organes.....	7
1.3 La prise en charge des brûlures graves chez l'adulte et l'enfant	10
1.4 La filière de traumatologie.....	15
1.5 Les centres interdisciplinaires d'oncologie.....	20
2 Information et participation de la patiente ou du patient.....	33
2.1 La satisfaction des patientes ou patients et des proches.....	36
2.2 Espace de médiation entre patients, proches & professionnels	44
3 La continuité de la prise en charge	49
3.1 Le Faxmed de sortie	52
3.2 Le délai d'envoi des lettres de sortie.....	55
3.3 Les réadmissions potentiellement évitables	58
4 La sécurité par la gestion des risques.....	61
4.1 La sécurité interventionnelle	62
4.2 L'observance de l'hygiène des mains.....	64
4.3 Les infections du site opératoire.....	68
4.4 La prévalence des escarres	72
4.5 La mortalité hospitalière	73
4.6 La gestion des événements critiques et indésirables	78
5 L'efficacité et l'efficience des soins.....	80
5.1 Les délais de prise en charge aux urgences	81
5.2 Les délais de prise en charge en cas d'infarctus du myocarde	84
5.3 Les délais de prise en charge en cas d'accident vasculaire cérébral.....	87
5.4 Le programme ERAS pour une meilleure récupération après une chirurgie.....	91
6 Certifications et accréditations.....	96

CE QUE VOUS TROUVÉREZ 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

RÉPONDRE AUX BESOINS ÉMERGENTS



Matthias Roth-Kleiner
Vice-directeur médical

Pendant deux ans, tout en bouleversant la vie de chacune et chacun à tous les niveaux, la pandémie de COVID-19 a posé d'énormes défis aux institutions de santé. Les hôpitaux comme le CHUV ont dû reporter certaines activités électives afin que la prise en charge des urgences puisse être assurée à tout moment. Les visites des proches ont été limitées, parfois même interdites pendant de longues périodes. Et lorsqu'elles étaient autorisées, il a fallu trouver de nouvelles manières de communiquer à travers des parois vitrées. Quant aux professionnelles et professionnels de la santé, elles et ils ont quotidiennement tenu des séances de crise. Bref, les capacités du système de santé ont été mises à l'épreuve jusqu'à leurs limites, même en Suisse.

La crise sanitaire des années 2020-2021 a cependant aussi mis en lumière, de façon flagrante, deux besoins sociétaux fondamentaux. Le premier exige de résoudre les crises de manière collective. Le deuxième souligne la nécessité d'une communication claire entre les groupes de personnes et les corps de métiers, mais aussi entre individus.

En vue de collaborer au mieux avec les autres acteurs du système de santé, mais aussi de s'ouvrir toujours davantage à la participation des patientes et patients à leurs soins, le Plan stratégique du CHUV est en phase avec ces nouvelles demandes. Ce Rapport qualité 2021 met ainsi en exergue trois projets qui leur répondent.

Une plateforme qui facilite la collaboration avec les prestataires de santé

Dans la vie d'une patiente ou d'un patient, les prestataires de santé sont nombreux. Bien que l'hôpital joue un rôle très important et souvent de dernier recours, son action fait partie d'une chaîne d'intervenants divers. Il est donc essentiel que tous les prestataires se transmettent rapidement toutes les informations utiles. Afin de faciliter cette collaboration, le CHUV a mis en place la plateforme **med.chuv.ch**.

En donnant des informations sur toutes les consultations spécialisées au CHUV, ce nouvel outil facilite la communication entre le CHUV et les médecins installés, de même qu'avec celles et ceux qui travaillent dans d'autres hôpitaux. En permettant d'inscrire et de référer une patiente ou un patient en quelques clics, la plateforme renforce la collaboration entre les divers prestataires de santé.

Penser le séjour hospitalier en partenariat avec les patientes et les patients

En tant qu'hôpital universitaire, le CHUV représente une étape très importante dans le parcours de santé d'une patiente ou d'un patient. L'institution met un soin particulier à rendre le séjour de chacune et chacun le plus efficient, le plus court et le plus adapté possible à ses besoins.

Le projet de **Gestion proactive des séjours** (GPS+) permet d'intensifier la communication entre les patientes ou patients et le personnel médico-soignant. Les médecins et les personnes soignées discutent des objectifs de l'hospitalisation et se mettent d'accord sur les conditions du retour à domicile. Déployé malgré le COVID-19 pendant l'année 2021 dans tous les services de médecine somatique du CHUV, GPS+ repose sur deux principes. Le premier oblige à identifier une ou un médecin cadre de référence dans les 24 heures qui suivent une hospitalisation. Le deuxième consiste à définir un projet thérapeutique dès l'admission au CHUV, en partenariat avec la patiente ou le patient et ses proches. Cette méthode permet aux équipes médico-soignantes d'assurer une prise en charge uniforme vers un but commun et connu par toutes et tous.

Des patientes et patients impliqués dans leur prise en charge

Grâce au développement des outils numériques, tout le monde peut aujourd'hui se renseigner sur n'importe quelle pathologie. Les patientes et patients actuels ont ainsi la capacité de devenir de véritables actrices et acteurs de leur prise en charge et de prendre part aux décisions qui les concernent.

Avec la volonté d'intégrer les nouveaux canaux de communication dans la prise en charge des patientes et patients, la direction du CHUV a lancé le projet **CHUV@home**. Grâce à cette application pour smartphone, une personne opérée peut surveiller l'évolution de sa santé après une intervention chirurgicale. Un questionnaire l'interroge régulièrement sur l'évolution des douleurs, l'aspect de la cicatrice, la possibilité de mobiliser une articulation, etc. En lui permettant d'agir sur sa prise en charge, cet outil d'autosurveillance ouvre la possibilité de rentrer plus tôt à son domicile. Et en cas de besoin, la patiente ou le patient reçoit des informations ou conseils par téléphone, qui peuvent lui éviter de se rendre inutilement aux urgences.

Tout en montrant en 2021 une énorme capacité d'adaptation et une formidable solidarité parmi le personnel de la santé malgré les contraintes liées à la pandémie, le CHUV a mené à bien plusieurs réalisations concrètes qui répondent à ces deux besoins émergents que sont la collaboration et la communication!

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 cinq objectifs permanents.

Pour chacun de ces objectifs, des indicateurs permettent de surveiller la qualité des soins de façon systématique. Les résultats sont analysés de façon détaillée, puis régulièrement transmis à l'ensemble des cadres, ainsi qu'à toutes les collaboratrices et tous

les collaborateurs des départements cliniques. Ensuite, en cas de besoin, la Direction du CHUV et les services 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



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

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

Nouveautés 2021

En 2021, deux Centres interdisciplinaires en oncologie ont vu leur construction avancer de façon notable: le Centre des tumeurs ORL et cervico-faciales, ainsi que le Centre des tumeurs du foie et du pancréas, dont les officialisations sont prévues courant 2022. Le Centre du sein a par ailleurs été à l'honneur en recevant son label de qualité pour la troisième fois consécutive.

Ce chapitre offre une description de chaque centre interdisciplinaire en oncologie.

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 qui existent au sein des hôpitaux capables de prodiguer ces soins en respectant les standards de qualité.



DOMAINES DE LA MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE

Les mandats qui autorisent les hôpitaux à prendre en charge des patientes et patients dans l'un ou l'autre des domaines de la médecine hautement spécialisée sont attribués sous l'égide de la Conférence suisse des directeurs de la santé. En 2021, le CHUV a déployé son activité dans le cadre des spécialités suivantes:

Domaines

Transplantations rénales
Transplantations pulmonaires
Transplantations cardiaques
Brûlures graves chez l'adulte
Traitement des blessées et blessés graves
Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux/involontaires et stimulation cérébrale profonde
Traitement neurochirurgical des pathologies vasculaires du système nerveux central (SNC) sans les anomalies vasculaires complexes
Tumeurs rares de la moelle épinière
Traitement des accidents vasculaires cérébraux
Résections œsophagiennes
Résections hépatiques
Résections pancréatiques
Résections rectales profondes
Chirurgie bariatrique complexe
Transplantations rénales chez l'enfant
Traitement en milieu hospitalier des enfants et des adolescent·e·s 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 du rétinoblastome chez l'enfant
Soins intensifs pour les nouveau-nées et nouveau-nés
Traitement des blessées et blessés graves et des polytraumatismes, y compris les traumatismes cranio-cérébraux chez l'enfant
Troubles congénitaux spéciaux du métabolisme chez l'enfant
Implantations cochléaires (implantations aux HUG)

1.2 LES TRANSPLANTATIONS D'ORGANES



Si une patiente ou un patient doit être transplanté·e ou a déjà bénéficié d'une transplantation, elle ou il requiert une prise en charge interdisciplinaire qui réunit 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 cette prise en charge interdisciplinaire.



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

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

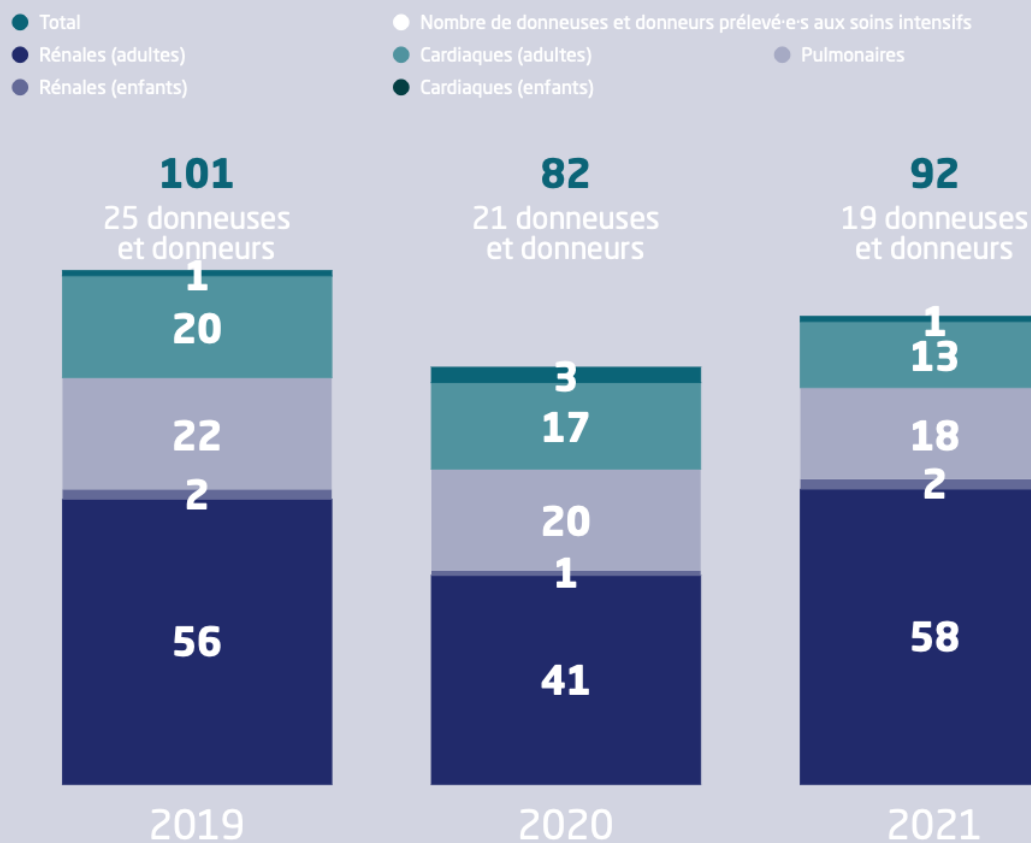
La répartition entre les cantons de Vaud et Genève obéit à une logique par organe:

- Les organes thoraciques à Lausanne, avec les transplantations du cœur et des poumons
- Les organes abdominaux à Genève, avec les transplantations du foie et du pancréas

Les transplantations rénales à donneuse ou donneur décédé·e et vivant·e se pratiquent sur les deux sites.



MÉDECINE HAUTEMENT SPÉCIALISÉE - NOMBRE DE TRANSPLANTATIONS



Commentaire du graphique

En 2021, le CHUV a pratiqué 58 transplantations rénales adultes et deux transplantations rénales pédiatriques.

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



Dans le domaine des transplantations pulmonaires, le volume d'activité du CHUV a pu être maintenu malgré la pandémie.

Malgré la pandémie de COVID-19 en 2020 et 2021, le programme de transplantation rénale à partir de donneuse ou donneur vivant·e a pu reprendre son activité dès janvier 2021. Sur l'ensemble de l'année, 25 transplantations rénales à partir de donneuse ou donneur vivant·e ont eu lieu.

Dans le domaine des transplantations pulmonaires, le volume d'activité du CHUV a pu être maintenu malgré la pandémie; 18 transplantations ont été pratiquées pendant l'année 2021.

En ce qui concerne les transplantations cardiaques, le volume d'activité du CHUV a diminué: 2021 compte 14 transplantations cardiaques sur l'année, dont une sur un enfant (trois enfants ont été transplantés en 2020). Il est possible que cette diminution soit liée au plus grand nombre de donneuses et donneurs à cœur arrêté issu·e·s des soins intensifs. L'âge moyen des donneuses et donneurs en mort cérébrale a également augmenté.

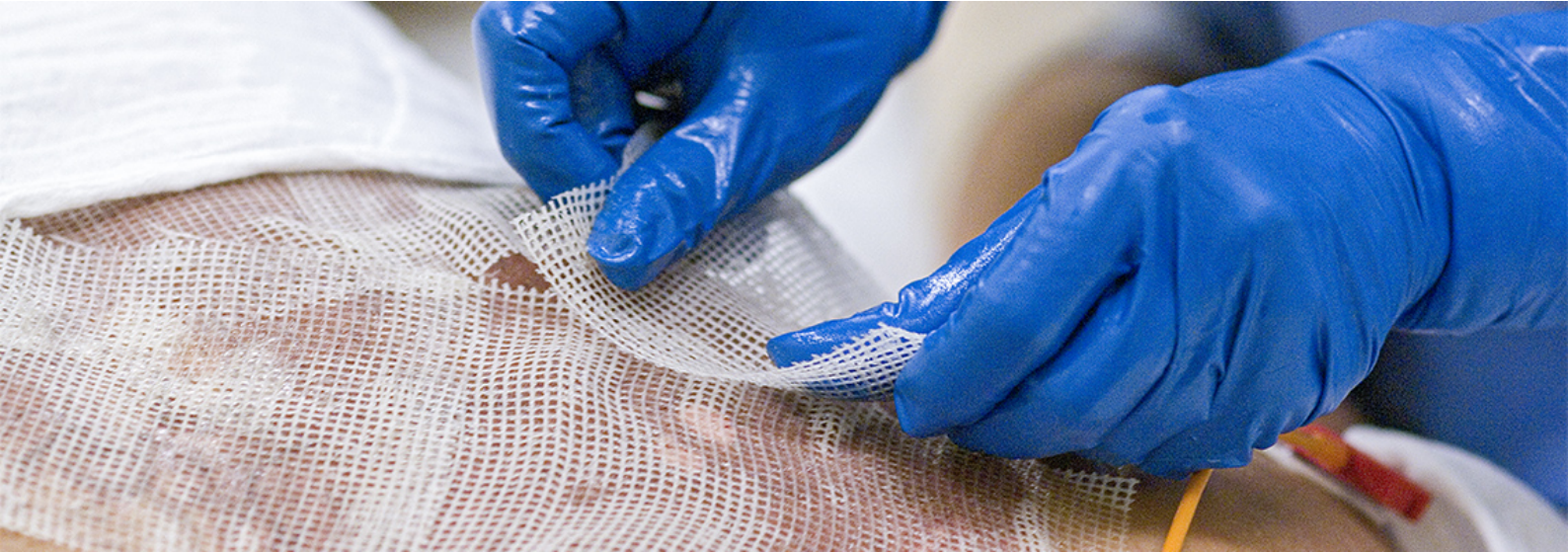


Environ 80% des transplantations cardiaques et pulmonaires offrent une survie à 5 ans.

Un des grands défis de l'année 2021 a été la présence du SARS-CoV-2 chez des donneuses et donneurs, mais également chez des receveuses et receveurs. Cette situation a amené le CTO à accepter des organes abdominaux issus de personnes testées positives au COVID-19. Les transplantations ont ensuite été pratiquées, avec toute la sécurité requise, sur des patientes ou patients également atteint·e·s du coronavirus.

Le domaine de la transplantation d'organes évolue continuellement: de nouvelles techniques et de nouveaux outils sont intégrés à la pratique des équipes du CTO, qui sont à la pointe de l'expertise dans le domaine. Les résultats qui en découlent sont très bons. Environ 80% des transplantations cardiaques et pulmonaires offrent une survie à 5 ans. Ces résultats sont meilleurs que ceux observés à l'international.

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.

Lorsqu'elles sont étendues et profondes, les brûlures figurent parmi les lésions accidentelles les plus graves. La gravité des brûlures dépend de la surface corporelle atteinte, de leur profondeur et de l'âge de la personne. 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.



Dès l'admission au CHUV d'une personne brûlée, la prise en charge implique un grand nombre de spécialistes.

Les brûlures graves nécessitent une prise en charge complexe réalisée par une équipe interdisciplinaire. Dès l'admission au CHUV d'une personne brûlée, la prise en charge implique 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 spécialistes sont entourés d'anesthésistes, de chirurgiennes et chirurgiens, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de psychiatres.

En Suisse, les personnes gravement brûlées sont rassemblées dans deux centres, le CHUV et l'Hôpital universitaire de Zurich. Au CHUV, elles sont prises en charge au Centre romand des grands brûlés du Service de médecine intensive adulte, où elles sont suivies de manière continue. 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 personnes brûlées. Durant cette phase aiguë, l'organisme est totalement déséquilibré et très fragile. Le processus de réanimation est ainsi régi par un protocole strict.



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

Les enfants victimes de graves brûlures 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 un·e 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.

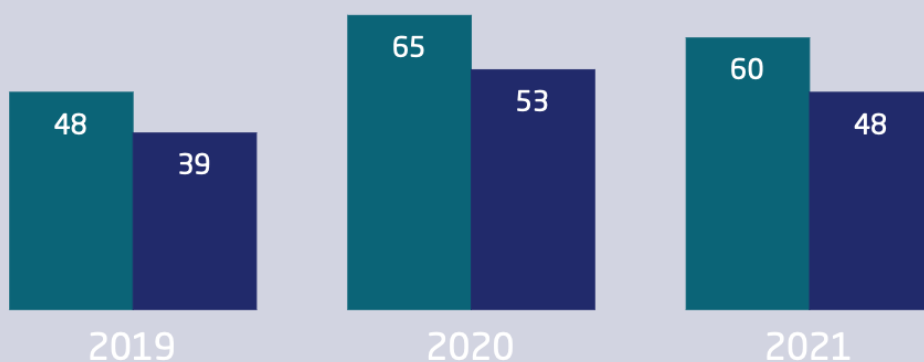
Afin que les enfants puissent réintégrer au plus vite leur famille et retrouver un rythme de vie normal dans un contexte familial habituel et rassurant, il est important que les durées d'hospitalisation soient limitées au strict minimum. Les greffes de peau de petite surface sont ainsi effectuées en ambulatoire avec une antalgie adéquate. Les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, de même que le suivi psychologique, sont également réalisés en ambulatoire. Afin d'aider les enfants et leurs proches à mieux comprendre les différentes étapes de ce long parcours de soins, les équipes impliquées dans cette prise en charge ont conçu une brochure informative.



NOMBRE DE PATIENTES ET PATIENTS

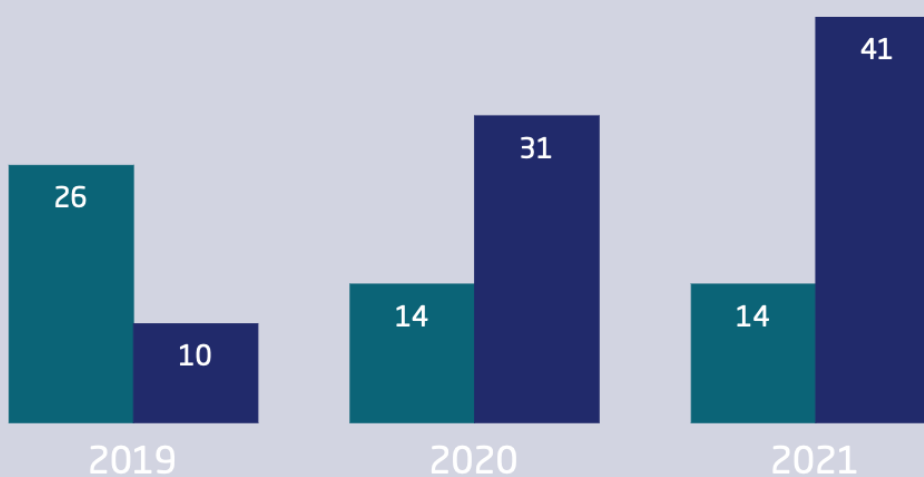
Adultes

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



Enfants

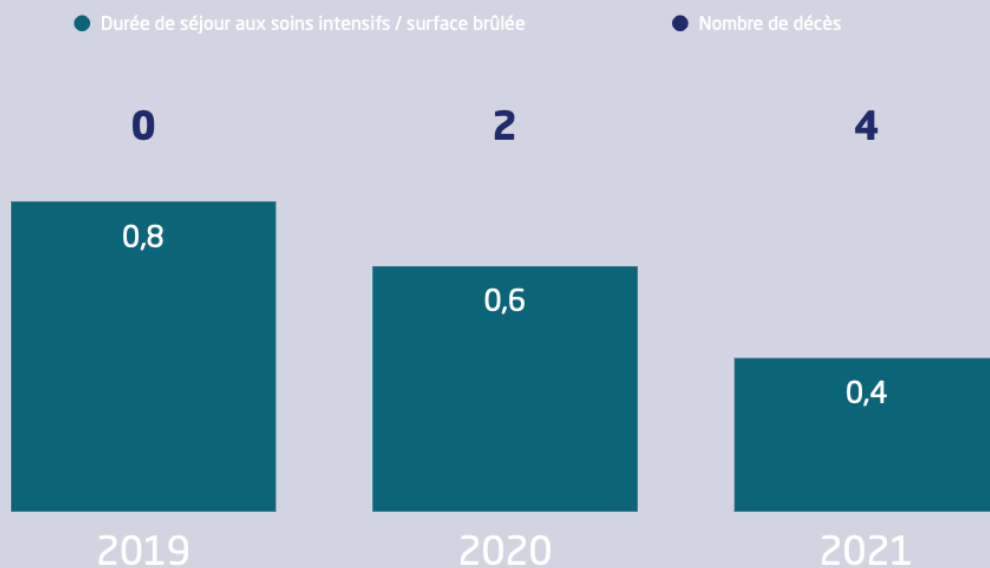
- Patientes et patients brûlé-e-s hospitalisé-e-s toutes catégories
- Patientes et patients avec brûlures remplissant les critères MHS



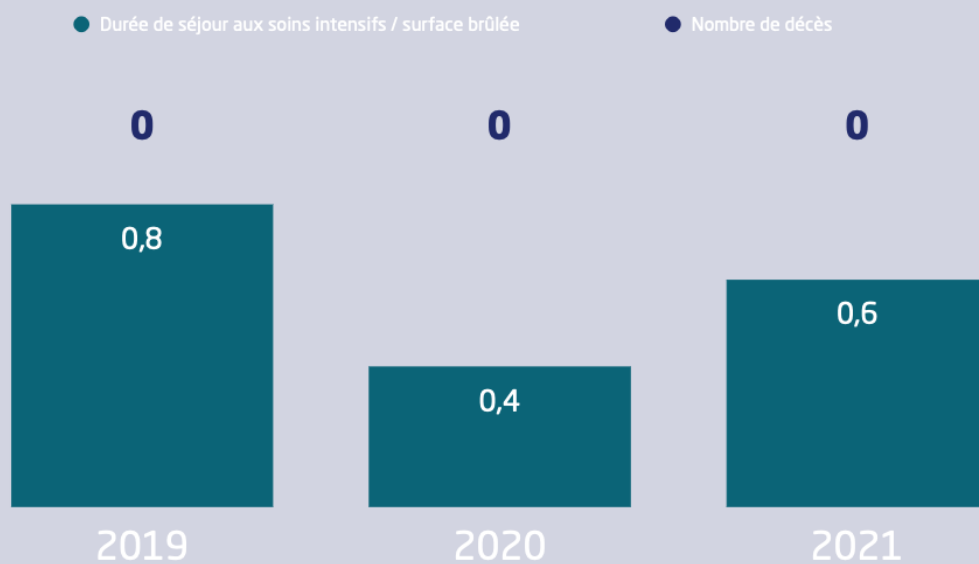


DURÉE DE SÉJOUR ET NOMBRE DE DÉCÈS

Adultes



Enfants



PERSONNES DE RÉFÉRENCE

Docteur **Anthony de Buys Roessingh**,
coordinateur de la filière brûlés,
responsable des aspects pédiatriques et
chirurgicaux, Service de chirurgie
pédiatrique

Docteur **Olivier Pantet**, co-coordonateur
de la filière brûlés, responsable des
aspects réanimatoires et adultes, Service
de médecine intensive adulte

Commentaire des graphiques

Lorsque la surface cutanée brûlée d'une personne adulte dépasse 20% de sa surface corporelle, les soins entrent dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Pour les enfants ou les personnes âgées de plus de 65 ans, cette limite est ramenée à 10%. Hormis la surface brûlée, les critères de la MHS prennent également en compte la présence d'un syndrome d'inhalation de fumée ou les brûlures profondes qui touchent des zones critiques (visage-cou, mains, grandes articulations, périnée).

En 2021, 60 adultes ont été hospitalisé·e·s au CHUV pour des brûlures et 5 pour des pathologies assimilées à des brûlures (le plus souvent pour une nécrolyse épidermique toxique). Ce nombre est stable par rapport aux années précédentes, durant lesquelles 50 à 90 personnes adultes brûlées ont été soignées annuellement. Parmi les 60 patientes et patients de 2021, 48 remplissaient les critères de la MHS. Concernant les enfants, sur les 170 personnes traitées en 2021, 41 remplissaient les critères de la MHS. Seuls 14 enfants ont dû être hospitalisé·e·s. La majorité a pu recevoir les soins en ambulatoire.



Dans les centres spécialisés, le rapport entre la durée de séjour et la surface cutanée brûlée doit être inférieur à un jour par pour cent.

La qualité de la prise en charge se mesure notamment en comparant la durée de séjour aux soins intensifs à la surface cutanée brûlée. Si la réanimation, la nutrition, la prévention et le traitement des infections, de même que les interventions chirurgicales, sont bien conduits et intégrés durant cette période décisive, les patientes et patients récupèrent plus vite et peuvent sortir plus tôt des soins intensifs. Dans les centres spécialisés, le rapport entre la durée de séjour et la surface cutanée brûlée doit être inférieur à un jour par pour cent.

En 2021, quatre décès de patientes et patients adultes ont été déplorés. La plupart ont été consécutifs à une décision de limiter les traitements, motivée par les comorbidités dont souffraient ces personnes, par la qualité de vie que leur permettait la thérapie, et par les directives anticipées qu'elles avaient transmises.

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 provenant 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, ces professionnelles et professionnels ont organisé la prise en charge au sein d'une procédure intitulée «filière de traumatologie».

Une patiente ou un patient est «polytraumatisé·e» si elle ou il présente au moins deux blessures, dont l'une menace sa vie à court terme. Le plus souvent, ces traumatismes multiples sont dus à un accident de la route, du travail ou des loisirs. On compte en Suisse de 800 à 1000 blessées 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.



Soigner des blessées et blessés graves de façon adéquate représente un enjeu majeur.

Les polytraumatismes sont dangereux du fait que les lésions ne font pas que s'additionner: souvent, elles s'aggravent 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.

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



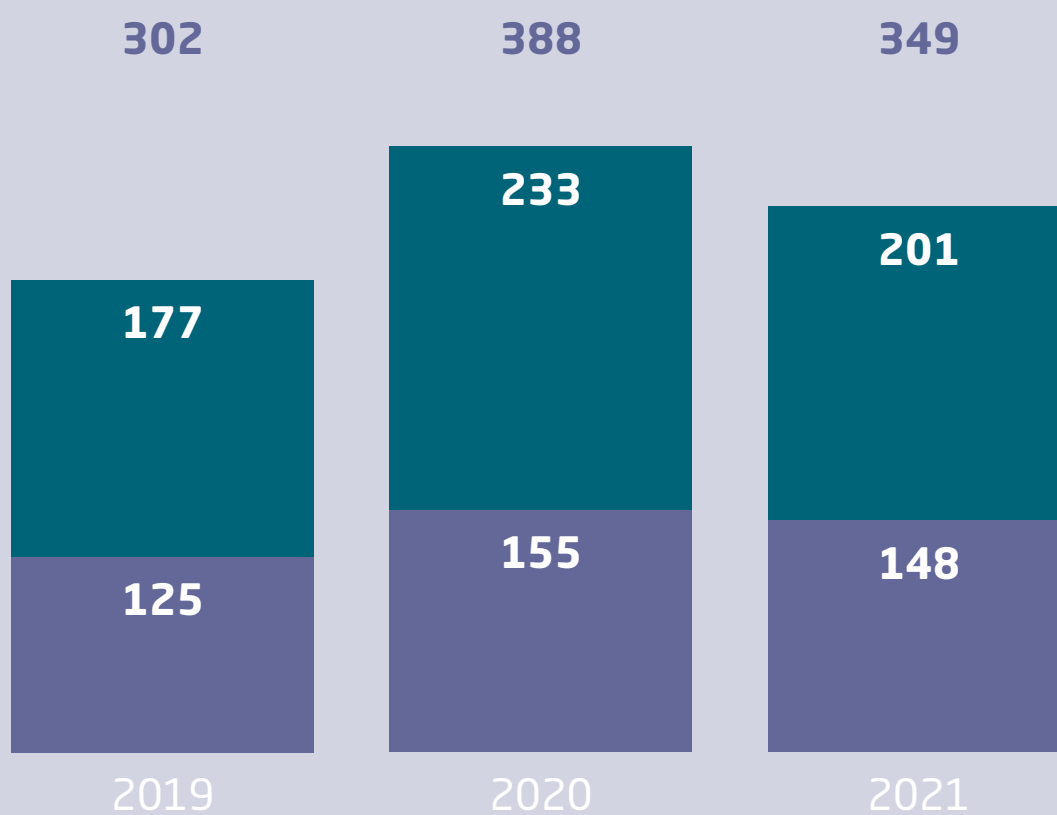
Une blessée ou un blessé grave, c'est quoi?

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).



NOMBRE DE PATIENTES ET PATIENTS TRAUMATISÉ-E-S PRIS EN CHARGE AU DÉCHOCAGE DU CHUV

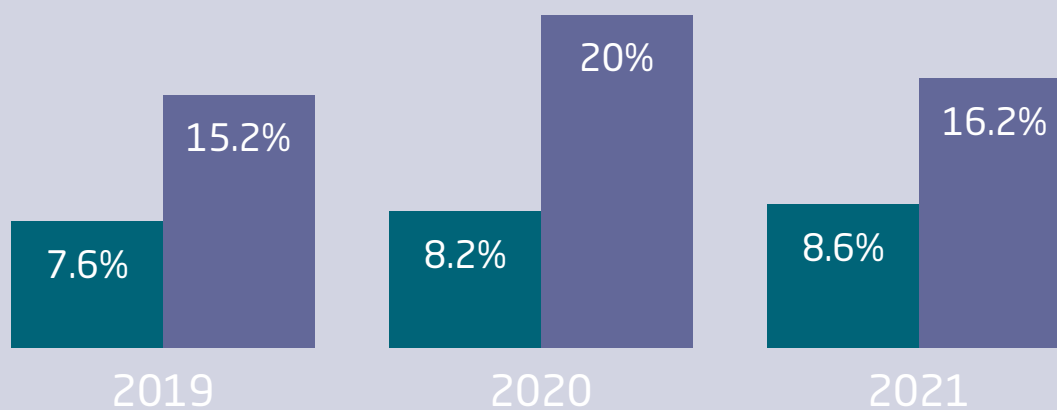
- Nombre total de patients de la filière de traumatologie admis au déchocage
- Patients de la filière trauma admis au déchocage ne remplissant pas les critères MHS
- Patients de la filière de traumatologie admis au déchocage remplissant les critères MHS397





TAUX DE DÉCÈS TRAUMATIQUE DES PATIENT-E-S PRIS-ES EN CHARGE AU DÉCHOCAGE DU CHUV

- 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 2021, le nombre de cas répondant aux critères de la MHS est resté stable.

En 2022, 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 en détail.

1.5 LES CENTRES INTERDISCIPLINAIRES D'ONCOLOGIE



Suite au développement rapide des connaissances et des traitements, les pathologies oncologiques ne peuvent désormais être soignées qu'à la condition de partager les compétences entre spécialistes. Leur regroupement au sein d'une structure permet de définir une stratégie thérapeutique adaptée à chaque patiente ou patient et une meilleure coordination des soins.

Conçus comme des pôles d'expertise, les centres interdisciplinaires d'oncologie du CHUV offrent aux patientes et patients une prise en charge interdisciplinaire complète et adaptée à chaque type de cancer. Ces unités transversales réunissent toutes les disciplines médicales impliquées dans les investigations, les traitements et les suivis. Selon le type de cancer, les intervenants peuvent varier. Cependant, en général, on y trouve les disciplines suivantes: la chirurgie, l'oncologie, la radio-oncologie, la radiologie, la médecine nucléaire et la pathologie.

Les centres interdisciplinaires disposent par ailleurs de ressources complémentaires et transverses, qui interviennent tout au long de la prise en charge de la patiente ou du patient:

- Des infirmières et infirmiers clinicien·ne·s spécialisé·e·s référent·e·s
- Une équipe de data management
- Des gestionnaires d'itinéraires patient ou secrétaires de centre
- Une équipe de coordination



Les Centres d'oncologie du CHUV obéissent à de nombreux critères de qualité des soins.

L'équipe multidisciplinaire de chaque centre œuvre à atteindre les objectifs 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

Les Centres d'oncologie du CHUV remplissent également de nombreux critères de qualité des soins. Chaque structure dispose d'un set d'indicateurs qui évaluent son fonctionnement. En 2021, et malgré la pandémie de COVID-19, ces indicateurs prouvent le très bon fonctionnement opérationnel des centres. Entre autres, les résultats montrent qu'une forte proportion des nouvelles patientes et nouveaux patients est discutée au colloque interdisciplinaire préthérapeutique, comme demandé par les critères de qualité. De plus, une grande majorité des nouvelles patientes et nouveaux patients ont bénéficié d'une consultation avec l'infirmière référente. Le Centre du sein et le Centre des tumeurs neuroendocrines sont par ailleurs certifiés par des organismes européens reconnus.



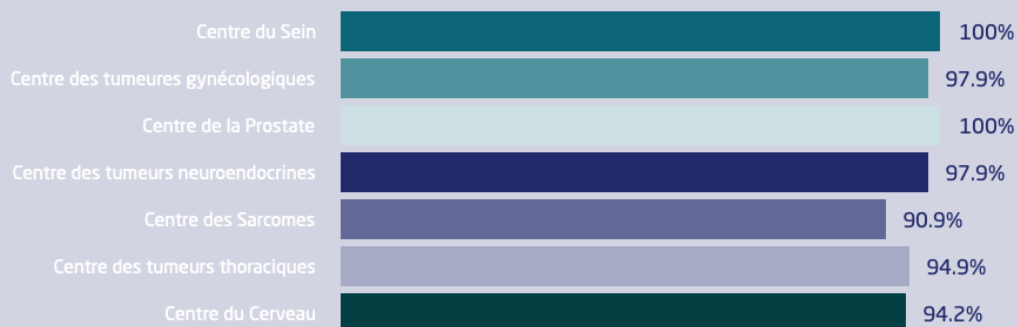
A l'avenir, le CHUV offrira un centre spécialisé pour la plupart des organes susceptibles d'être atteints par un cancer.

Le projet d'offrir à chaque patiente et patient une offre de soins de qualité et coordonnée nourrit une dynamique mise en œuvre dès 2009. Depuis cette date, le CHUV a officialisé sept centres spécialisés dans le domaine du cancer (voir ci-dessous par ordre chronologique). En 2021, deux centres interdisciplinaires d'oncologie ont vu leur construction avancer de façon notable: le Centre des tumeurs ORL et cervico-faciales ainsi que le Centre des tumeurs du foie et du pancréas, dont les officialisations sont prévues courant 2022.

A l'avenir, pour autant que la création de ce type de structures se justifie sur le plan clinique et se révèle nécessaire pour l'organisation et la qualité des soins, le CHUV offrira un centre spécialisé pour la plupart des organes susceptibles d'être atteints par un cancer. A terme, la cité hospitalière comptera une douzaine de centres interdisciplinaires d'oncologie.



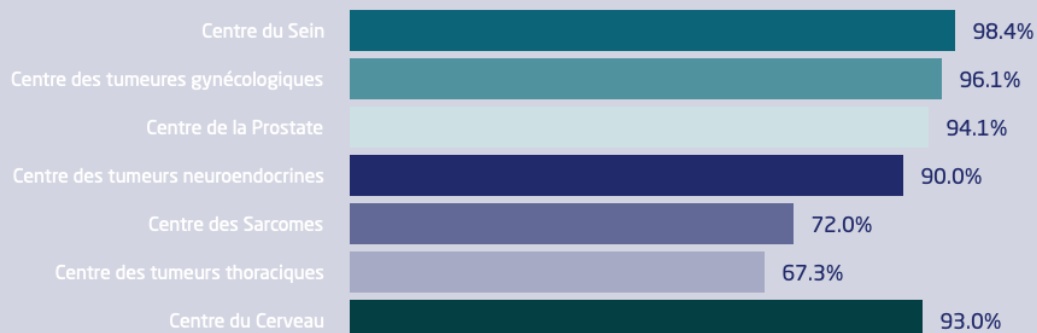
PROPORTION DE NOUVELLES PATIENTES ET NOUVEAUX PATIENTS PRÉSENTÉS AU COLLOQUE DE CONCERTATION INTERDISCIPLINAIRE PRÉTHÉRAPEUTIQUE



Les données du Centre du cerveau concernent uniquement le quatrième trimestre 2021.



PROPORTION DE NOUVELLES PATIENTES ET NOUVEAUX PATIENTS AYANT EU UNE CONSULTATION INFIRMIÈRE DE SOUTIEN



Les données du centre du cerveau concernent uniquement le quatrième trimestre 2021.

Le Centre du sein (création en 2009)

En 2021, malgré les contraintes liées à la pandémie de COVID-19, le Centre du sein du CHUV a continué à prodiguer des soins de haute qualité tout en respectant les délais impartis. Le nombre de nouvelles patientes qui ont fait confiance au Centre a même augmenté de plus de 20% par rapport à l'année précédente.

Après l'audit quadriennal du mois de juin, la Ligue suisse contre le cancer et la Société suisse de sénologie ont renouvelé leur label de qualité. Le Centre a également renforcé ses liens avec l'Ensemble hospitalier de La Côte (EHC) à Morges en signant un partenariat pour la prise en charge des patientes touchées par le cancer du sein.



Tout au long de 2021, le Centre du sein a pu proposer des thérapies innovantes ou de nouvelles stratégies thérapeutiques issues d'études cliniques.

Au mois de juin encore, la 9e édition du symposium franco-suisse de sénologie a pu avoir lieu sous forme hybride, en présentiel et en visioconférence. Le congrès a offert une formation continue à un grand nombre de professionnelles et professionnels qui soignent des patientes atteintes d'un cancer du sein.

En octobre, en collaboration étroite avec la Ligue vaudoise contre le cancer et le Réseau cancer du sein, une association de patientes et professionnelles ou professionnels qui fêtait ses 20 ans, le Centre du sein a également organisé un événement professionnel et public dans le contexte d'Octobre rose.

En novembre, conjointement avec neuf centres romands, les recommandations de pratique clinique ont été mises à jour. Ces lignes de conduite permettent des attitudes consensuelles et basées sur les preuves scientifiques.

Enfin, tout au long de 2021, le Centre du sein a pu proposer des thérapies innovantes ou de nouvelles stratégies thérapeutiques issues d'études cliniques. De nombreuses patientes ont également contribué à la recherche translationnelle, permettant une interaction entre la clinique et la recherche en laboratoire.

Le Centre des tumeurs thoraciques (création en 2015)

Malgré la succession de mesures limitatives dictées par le COVID-19, l'activité du Centre des tumeurs thoraciques a continué de progresser. Par rapport à 2020, le nombre de nouvelles patientes et nouveaux patients a augmenté de plus de 20% et les cas présentés au colloque de concertation interdisciplinaire de presque 10%. Cette évolution représente près de 400 nouvelles patientes et nouveaux patients et un total de plus de 1250 personnes présentées au colloque de concertation interdisciplinaire. Dans le contexte incertain de la pandémie, l'équipe interdisciplinaire est parvenue à maintenir les meilleurs standards de traitement. Elle a conservé la qualité de chaque prestation et permis aux malades de bénéficier des innovations tout en respectant des délais optimaux dans les prises en charge.



Des traitements d'immunothérapie ont été appliqués aux maladies précoces opérables, avec un but curatif.

Les progrès de la recherche, de même que plusieurs avancées, ont changé les pratiques. Notre recherche et plusieurs avancées en 2021 ont changé nos pratiques, comme l'amélioration par les pneumologues du marquage permettant une radiothérapie des plus précises. L'usage de la chirurgie par scopie, qui est minimalement invasive, a été étendu. Des traitements d'immunothérapie ont été appliqués aux personnes atteintes de maladies précoces opérables, avec un but curatif. Tous ces changements font l'objet de discussions hebdomadaires, nourrissent la collaboration interprofessionnelle et améliorent le pronostic.

Le Centre de la prostate (création en 2015)

Pendant l'année 2021, le Centre de la prostate a connu plusieurs innovations. D'une part, une plateforme de chirurgie robotique a été installée dans le nouveau bloc opératoire du CHUV. Ce nouvel instrument, qui rend désormais possibles toutes les interventions au sein du Centre, permet également d'élargir les indications et de prendre en charge les patients dont les cas sont les plus complexes. D'autre part, l'offre thérapeutique proposée aux personnes soignées s'est enrichie d'un nouveau traitement nommé «thérapie PSMA». Cette méthode permet de détecter les caractéristiques de surface des cellules cancéreuses et d'y fixer une certaine molécule radioactive. Elle est utilisée pour les cancers de la prostate métastatiques résistants aux traitements traditionnels. En Suisse romande, le Centre de la prostate du CHUV est le seul à la proposer. Enfin, malgré les vagues de COVID-19, les patients ont été pris en charge de manière optimale. Ce haut niveau de soins se traduit par l'atteinte des objectifs de l'ensemble des indicateurs de qualité.

Le Centre des sarcomes (création en 2016)

Depuis son ouverture en 2016, le Centre des sarcomes a régulièrement augmenté son activité clinique. Malgré la pandémie de COVID-19, l'activité a perduré sans discontinuité et de manière prioritaire. En 2021, les nouveaux cas pris en charge par le Centre ont augmenté de plus de 18% par rapport à 2020. En outre, les collaborations avec d'autres centres se sont développées, notamment pour que le CHUV prenne en charge des patientes et patients de l'Hôpital de l'île de Berne afin de leur prodiguer un traitement d'exception par perfusion isolée de membre (ILP).



De nouveaux protocoles de recherche ont été lancés, notamment avec l'équipe de médecine nucléaire.

Enfin, la plupart des activités scientifiques ont été maintenues. De nouveaux protocoles de recherche ont été lancés, notamment avec l'équipe de médecine nucléaire du CHUV (professeur John Prior), ouverte à l'inclusion (premier trimestre 2021), dans le domaine de la théranostique pour soigner des sarcomes des tissus mous. La première étude académique suisse sur le traitement des sarcomes des tissus mous a été présentée au Congrès américain sur les sarcomes de la Connective Tissue Oncology Society (CTOS). Le Centre a contribué à des publications et à des travaux scientifiques sur la base de données des ILP. Les membres de l'équipe ont participé à plusieurs congrès internationaux, notamment ceux de la CTOS, de l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC) et de la Société européenne d'oncologie médicale (ESMO).

Le Centre des tumeurs gynécologiques (création en 2017)

En 2021, le Centre des tumeurs gynécologiques a présenté plus de 11% de nouvelles patientes supplémentaires au colloque interdisciplinaire par rapport à 2020. Suite à une activité en croissance constante, son équipe atteint presque 100% de nouvelles patientes présentées au colloque interdisciplinaire en préthérapeutique. Compte tenu des effets de la pandémie de COVID-19, qui a entraîné une aggravation des cas à prendre en charge (stades plus avancés), de même qu'une augmentation du nombre des premières chimiothérapies, ces chiffres sont remarquables.

Par ailleurs, tant l'hyper-expertise du Centre (traitement des cancers ovariens, cancers du col utérin, cancers de la vulve ainsi que des maladies trophoblastiques) que sa volumétrie lui permettent d'envisager une reconnaissance prochaine en tant que site de Médecine Hautement Spécialisée (MHS).

Le Centre des tumeurs neuroendocrines (création en 2019)

Unique en Suisse romande et certifié depuis 2019 par la Société européenne des tumeurs neuroendocrines (ENETS Center of Excellence), le Centre des tumeurs neuroendocrines a vécu en 2021 une année très active. Par rapport à 2020, plus de 30% de patientes et patients supplémentaires souffrant de tumeurs neuroendocrines ont été présenté·e·s au colloque interdisciplinaire (tumor board). Tous les critères relatifs à la certification ont par ailleurs été remplis. Tout en favorisant l'échange constructif entre les disciplines, le Centre des tumeurs neuroendocrines propose des méthodes diagnostiques et thérapeutiques de pointe. Grâce aux interventions de l'infirmière référente et malgré la complexité des interactions entre les différentes disciplines, chaque patiente et patient a la garantie de disposer en tout temps d'un interlocuteur identifié. Enfin, la collaboration collégiale et constructive au sein de l'équipe médicale et soignante participe favorablement au très bon classement dans le registre SwissNet. Selon le rapport annuel SwissNet 2020, le Centre des tumeurs neuroendocrines du CHUV occupe désormais la première place en termes de référencement de patientes et patients.

Le Centre des tumeurs du cerveau et de la moelle épinière (ouverture officielle en 2021)

Pionnier dans le développement et le traitement standard du glioblastome, l'une des tumeurs du cerveau les plus fréquentes et les plus agressives, le CHUV a officialisé son Centre des tumeurs du cerveau et de la moelle épinière en 2021. La création de ce centre garantit aux patientes et patients l'accès à une équipe hyperspécialisée dans tous les domaines de compétence et dont le travail intègre systématiquement les progrès qui améliorent la prise en charge. L'hôpital se positionne ainsi comme un pôle de référence international dans la prise en charge de personnes atteintes de tumeurs du système nerveux, de même que pour la formation postgraduée des médecins. De plus, les équipes cliniques et les laboratoires de recherche du CHUV dédiés aux tumeurs cérébrales collaborent désormais de façon très intense. Cette coopération étroite a déjà permis la publication de plus de 30 articles scientifiques dans le domaine de la neurooncologie.



LE CENTRE DU SEIN REÇOIT SON LABEL DE QUALITÉ POUR LA TROISIÈME FOIS CONSÉCUTIVE

PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Docteur Khalil Zaman, médecin adjoint,
responsable médical du Centre du sein,
Département d'oncologie

En 2021, le Centre oncologique du CHUV dédié à cette maladie s'est adapté à une demande de soins toujours plus importante. On peut attribuer la hausse du nombre de patientes et patients à la sécurité qu'offre ce type d'organisation médicale, mais aussi à la qualité des soins dont les professionnelles et professionnels impliqués font preuve.

«Quand une société devient plus fragile, une structure tient mieux qu'une simple addition de personnes»: lorsqu'il cherche une explication à la fréquentation qu'a connue le Centre oncologique du sein en 2021, le docteur Khalil Zaman n'a pas de réponse définitive. Les années précédentes, ce réseau de soins intra-hospitalier prenait en charge environ 200 personnes par année – un chiffre constant depuis douze ans. Et voilà qu'en 2021, en pleine pandémie de COVID-19 et sans que le cancer du sein n'ait connu de hausse dans la région vaudoise, le nombre de patientes reçues par le Centre a augmenté de 20%. «Une patiente peut être prise en charge par différents médecins qui travaillent tout à fait bien, mais c'est toujours mieux de savoir qui fait exactement quoi et de se sentir prise en charge de façon coordonnée», précise le docteur Zaman. Autrement dit, mieux les soins sont organisés et cohérents, plus les patientes peuvent se sentir bien entourées et bien soignées.

La certitude de trouver les soins appropriés

C'est à la fin des années 2000 que le CHUV a décidé de mettre en place des centres interdisciplinaires d'oncologie. La complexité du cancer, mais aussi les progrès réalisés dans les traitements, amenaient les patientes à consulter de plus en plus de médecins spécialistes de diverses disciplines: oncologues, radio-oncologues, chirurgiennes ou chirurgiens, mais aussi médecins pathologistes, psychologues, physiothérapeutes, spécialistes en chirurgie reconstructive ou en médecines alternatives, etc. Actuellement, la prise en charge d'un cancer peut impliquer plus d'une vingtaine de personnes. Cette multiplication des intervenantes et intervenants a sensiblement modifié le parcours médical des personnes soignées, jusqu'à rendre parfois les soins difficiles à comprendre pour les patientes et les patients.



En chirurgie reconstructive, par exemple, une patiente peut se voir proposer une prothèse mammaire ou une reconstruction dite «autologue».

Lancé au CHUV en 2009, le Centre du sein est la première structure à répondre à ce besoin d'organisation spécifique des soins. Conçu sous forme d'un réseau au sein de l'hôpital, il forme un pôle de compétences en lien avec toutes les spécialités nécessaires à une prise en charge rapide et coordonnée. Dans un hôpital qui compte autant de disciplines que le CHUV, cela veut dire que les patientes sont certaines de trouver la ou le médecin qui correspond à leur situation. Par ailleurs, à chaque phase de soin, l'institution donne accès à toute la gamme des traitements actuels, de la radiothérapie à l'immunothérapie, dont

l'hôpital universitaire est devenu un centre de recherche de référence. C'est enfin une question de choix offert aux personnes soignées: en chirurgie reconstructive, par exemple, une patiente peut se voir proposer une prothèse mammaire ou une reconstruction dite «autologue», les chirurgiennes et chirurgiens du Centre maîtrisant l'ensemble des techniques. Cette dernière consiste à reprendre certaines parties du propre corps de la patiente – muscle, peau ou graisse – pour reconstruire un sein.

Des dizaines de critères de qualité à remplir

En 2013, le Centre du sein du CHUV obtenait pour la première fois son label de qualité décerné par la Ligue suisse contre le cancer (LSC) et la Société suisse de sénologie (SSS). Chaque année une évaluation est effectuée sur la base de 70 critères, et tous les quatre ans un audit est réalisé. Les deux associations sont donc revenues en 2021 avec leurs expertes et experts afin de vérifier que le travail et l'organisation du Centre correspondaient toujours à l'exigence requise. Parmi les critères d'évaluation figure par exemple le délai de prise en charge: toutes les personnes accueillies au Centre du sein doivent avoir reçu un diagnostic et un premier traitement dans les meilleurs délais et sans dépasser quatre semaines après leur arrivée pour les situations qui nécessitent plus d'investigations. La présence de plusieurs infirmières et infirmiers référent·e·s constitue un autre critère extrêmement important. Cette fonction est en effet primordiale pour la coordination des soins. Chargé·e d'établir le lien entre les spécialistes et les patientes, de s'assurer qu'elles ont bien saisi les soins proposés ainsi que leur déroulement, l'infirmière ou infirmier référent·e s'occupe aussi de recueillir toutes les informations non médicales utiles, d'un état émotionnel qui nécessiterait une psychothérapie à des problèmes familiaux ou professionnels qui appellent une aide sociale.

Avec une équipe de base qui comprend une quinzaine de médecins spécialistes, avec ses deux infirmières référentes et ses colloques interdisciplinaires hebdomadaires, grâce aussi à une très bonne entente des équipes et bien sûr, à une qualité des soins maintenue à très haut niveau, le Centre du sein du CHUV a rempli tous les critères de l'audit quadriennal 2021. Son label de qualité a donc été renouvelé pour la troisième fois consécutive.

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 le personnel médico-soignant s'établisse une relation de confiance, de transparence et d'écoute.

Nouveautés 2021

En 2021, l'Espace de médiation entre patients, proches & professionnels (EMP) a acquis une nouvelle place auprès des collaboratrices et collaborateurs du CHUV. Alors qu'à son ouverture en 2012 seules 3% des demandes provenaient des professionnelles et professionnels de l'hôpital, l'année 2021 a vu cette proportion dépasser 14%. Cette évolution montre qu'au sein de la cité hospitalière, l'EMP est désormais identifié comme une ressource à disposition du personnel médico-soignant et un point d'appui pour gérer des difficultés relationnelles lors de prises en charge.

Ce chapitre montre également comment, grâce à une application disponible sur smartphone, tablette et ordinateur, le CHUV peut suivre quotidiennement l'état de personnes opérées après leur sortie de l'hôpital. Une première pour le CHUV et un pas supplémentaire vers la participation des patientes et patients à leur parcours de soins.



UNE FOIS DE RETOUR CHEZ SOI, GARDER LE LIEN AVEC CHUV@HOME

Grâce à une application disponible sur smartphone, tablette et ordinateur, le CHUV peut suivre quotidiennement l'état de personnes opérées après leur sortie de l'hôpital. Une première pour le CHUV et un pas supplémentaire vers la participation des patientes et patients à leur parcours de soins.

Etes-vous bien de retour à domicile? Cliquez simplement sur «oui» ou «non». Quel est le niveau de votre douleur? Placez le curseur sur une ligne qui fera plus ou moins se crisper une émoticône. Quel est l'aspect de votre cicatrice? Si vous l'estimez nécessaire, envoyez une photo. Et puis encore: prenez-vous tous vos antalgiques? Souffrez-vous de maux de gorge? Avez-vous des nausées? Voilà quelques-unes des questions qu'une patiente ou un patient peut se voir poser en ouvrant l'application *chuv@home*. Elle ou il est rentré-e à son domicile après une intervention, mais le CHUV continue activement son suivi postopératoire. Deux fois par jour, l'application vibre et pose une dizaine de questions. Si les informations correspondent à une convalescence habituelle, c'est que tout se passe comme prévu. Mais si les douleurs sont trop fortes, ou la température trop haute, ou les vomissements trop fréquents, *chuv@home* envoie automatiquement une alerte. Une équipe soignante prend alors bientôt contact afin d'évaluer la nécessité d'intervenir.

Un succès de fréquentation immédiat

Le suivi des personnes à distance existe au CHUV depuis plusieurs années par le biais d'un standard téléphonique. Mais le nombre de personnes qui rentrent rapidement chez elles après une opération croît régulièrement. De ce fait, le nombre d'appels à prendre en charge suit aussi une courbe ascendante. En 2019, dans le cadre d'un projet pilote, le Service de chirurgie viscérale a testé une première application mobile pendant un an, avec une quarantaine de personnes. L'outil permettait déjà de préparer l'entrée à l'hôpital, de donner des informations sur l'intervention et de suivre ensuite à distance les personnes opérées après leur retour à la maison. Au bout de l'expérience, le résultat est probant: grâce au contenu de son programme ou aux messages envoyés par l'équipe soignante, l'application réussit à répondre aux inquiétudes des patientes et des patients. Et dans les cas où les médecins soupçonnaient une complication sérieuse, il a été possible d'organiser une intervention quelques heures après le premier contact.



Les patientes et patients n'avaient aucune obligation d'accepter *chuv@home*, seulement la possibilité de consentir à un suivi d'un nouveau genre.

La direction du CHUV a donc décidé en 2020 de lancer une deuxième version de cette application avec l'idée d'étendre son utilisation à d'autres spécialités cliniques. Ainsi est née *chuv@home*, spécifiquement développée pour l'hôpital vaudois. En 2021, les chirurgies du genou et de la main, en plus de la chirurgie

viscérale, ont pu proposer cet outil à certain·e·s de leurs patientes ou patients. Elles et ils n'avaient aucune obligation de l'accepter, seulement la possibilité de consentir à un suivi d'un nouveau genre. Mais depuis la mise en fonction de *chuv@home*, son utilisation est montée en flèche. Fin 2021, près de 200 personnes en avaient profité avec un taux de satisfaction très élevé.

Un télésuivi au sein du CHUV

L'efficacité d'un tel outil ne repose cependant pas seulement sur l'application elle-même et sa bonne ergonomie. En plus des infrastructures informatiques indispensables à la gestion des données, il est nécessaire de mettre en place un centre de télésuivi disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, et pour lequel travaillent des personnes spécifiquement formées. C'est au sein du CHUV que le centre de télésuivi est installé, avec la garantie que les informations transmises resteront entre les murs de l'hôpital.



Rassuré·e·s de savoir que leurs patientes et patients seront suivi·e·s de près après une intervention, les médecins leur permettent de sortir plus tôt de l'hôpital.

En 2022, le Service d'urologie, de même que le Service de chirurgie thoracique et le Centre de chirurgie spinale devraient rejoindre les bénéficiaires de *chuv@home*. L'éventuelle extension de l'application à tous les services du CHUV pose néanmoins une question de moyens. Plus les personnes qui recourront à cette application seront nombreuses, plus il sera nécessaire de développer le télésuivi. Les premières évaluations semblent cependant montrer qu'un tel dispositif offre des avantages à tous les niveaux. Les médecins étant rassuré·e·s de savoir que leurs patientes et patients seront suivi·e·s de près après une intervention, elles ou ils leur permettent de sortir plus tôt de l'hôpital et diminuent leur durée de séjour. Pratiquer des opérations en ambulatoire devient aussi plus facilement envisageable. Enfin, les personnes à réhospitaliser étant dirigées vers les services adéquats plutôt que de passer par le Service des urgences, ce dernier se voit déchargé d'autant. Tout semble ainsi encourager à ce qu'un outil comme *chuv@home* trouve rapidement sa place dans la vie hospitalière.

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 ou 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 personnes traitées, notamment par le biais de divers questionnaires de satisfaction.

Elaboré par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) en soins somatiques aigus et en réadaptation, 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 personnes hospitalisées 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 très élevé, proche de 50%.

Le questionnaire suivant est utilisé depuis 2016. Il se compose de six questions:

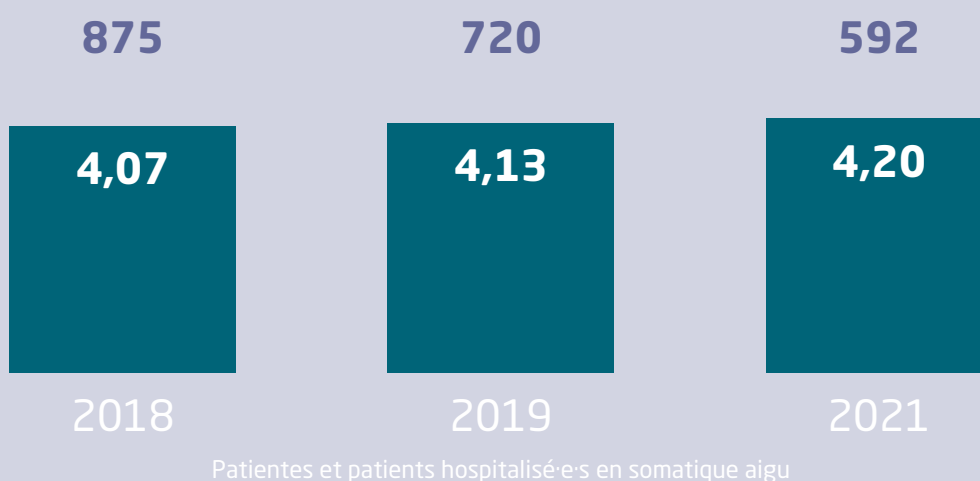
1. Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?
2. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions?
3. Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?
4. Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez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



RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE DE SATISFACTION MENÉE AUPRÈS DES PATIENTES ET PATIENTS HOSPITALISÉ·E·S POUR UN PROBLÈME SOMATIQUE

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

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



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

Depuis 2013, les parents des enfants hospitalisé·e·s participent également à l'enquête de satisfaction. Les personnes interrogées expriment leur perception générale de la qualité des services du CHUV sur une échelle de 1 à 10 (de la plus petite à la plus grande satisfaction). Elles donnent aussi leur avis sur les informations qu'elles ont reçues de la part du personnel médical et soignant, et jugent du degré de respect avec lequel elles ont été traitées. Le taux de réponse est d'environ 45%.

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

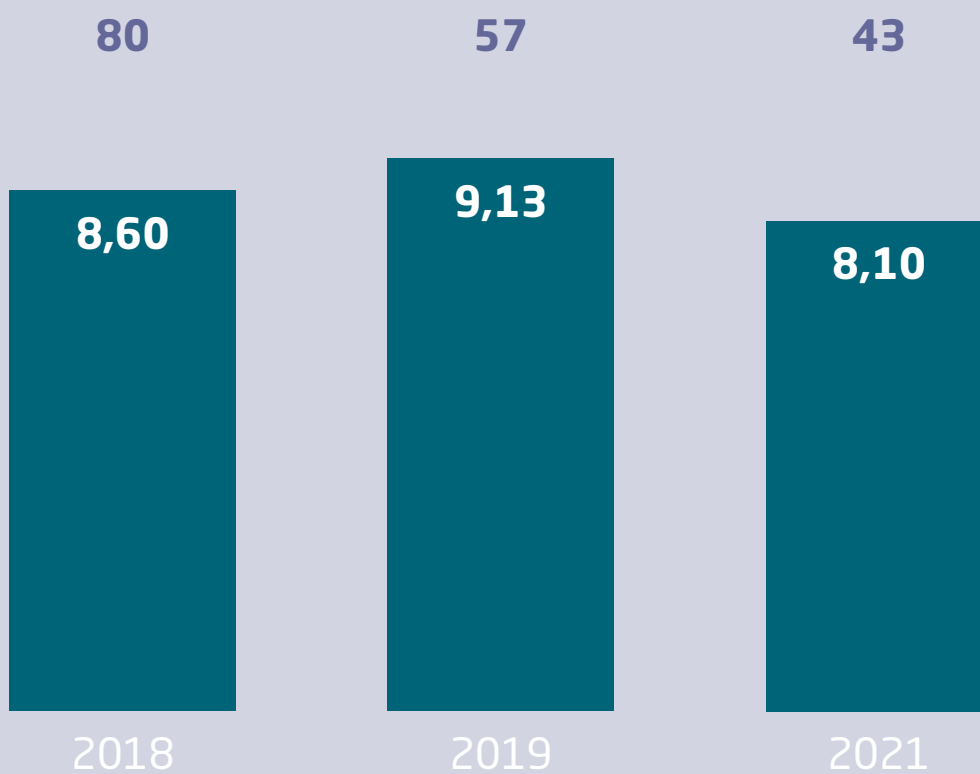
1. Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille ou à vos amis?
2. Que pensez-vous des soins que votre enfant a reçus à l'hôpital?
3. Quand vous avez posé des questions importantes à une ou un médecin au sujet de votre enfant, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?
4. Quand vous avez posé des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



RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE DE SATISFACTION AUPRÈS DES PARENTS DES ENFANTS HOSPITALISÉ·E·S EN PÉDIATRIE

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

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



Parents des enfants hospitalisé·e·s en pédiatrie

Evaluation de la satisfaction des personnes hospitalisées en réadaptation

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

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

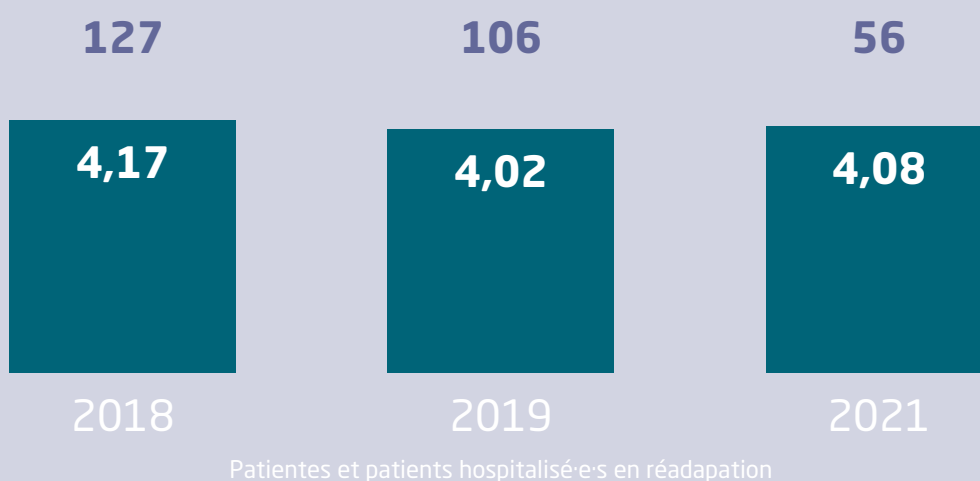
Les réponses concernant la qualité des services du CHUV sont données sur une échelle de 1 à 5 (de la plus petite à la plus grande satisfaction).



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

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

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



Commentaire des graphiques

En 2021, on observe une légère baisse de satisfaction des parents des enfants hospitalisé·e·s, visible sur les réponses à la question «Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille ou à vos amis?». Le questionnaire de l'ANQ ne permet pas de préciser les raisons de cette baisse. Les parents ont peut-être mal vécu les visites restreintes en raison de la pandémie de COVID-19.



Dans le domaine hospitalier, l'évaluation de la satisfaction a été interrompue par la pandémie.

Elaborés pour les patientes et les patients pris·es en charge au CHUV, deux autres questionnaires permettent d'analyser leur expérience globale de la prise en charge, mais aussi de la qualité des actes médicaux, des soins et de l'hôtellerie. L'un s'adresse aux personnes hospitalisées, l'autre aux patientes et patients pris·es en charge en ambulatoire. Dans le domaine hospitalier, l'évaluation de la satisfaction a été interrompue par la pandémie. Dans le domaine ambulatoire, l'enquête n'a pu commencer qu'en novembre 2020, et les données 2021 n'ont pu être traitées que partiellement. Des résultats détaillés seront proposés dans le Rapport qualité 2022.

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 les professionnelles ou professionnels de soins. Ces problèmes doivent être traités: ignorer le conflit, c'est risquer de le nourrir.

Situé à l'entrée du bâtiment principal du CHUV, l'Espace de médiation entre patients, proches & professionnels (EMP), auparavant nommé Espace Patients & Proches, a vu le jour en avril 2012. Il est composé de trois médiatrices et un médiateur professionnel·les. Lorsque la relation devient difficile entre les patientes et patients ou leurs proches et les équipes médico-soignantes, ou lorsque des problèmes de prise en charge se posent, le travail de l'EMP consiste à recréer le lien de confiance entre les deux parties. Lorsqu'une patiente ou 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, l'EMP accompagne la reprise du dialogue et peut, si nécessaire, proposer une rencontre 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 et patients. Il leur propose les moyens de gérer leur conflit.

“

Les patientes et patients qui souffrent de maladies chroniques sont appelé·e·s à maintenir une relation de longue durée avec leur institution de soins.

La mission centrale de l'Espace de médiation entre patients, 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 ou citoyens et «leur» hôpital. Cet objectif est d'autant plus important que nombre de patientes, de patients et de proches vont revenir à l'hôpital un jour ou l'autre. L'existence d'un tel lien prend par ailleurs un sens particulier pour les patientes et patients qui souffrent de maladies chroniques. Elles et ils sont appelé·e·s à maintenir une relation de longue durée avec leur institution de soins.

L'EMP est un lieu confidentiel, neutre et gratuit. Les témoignages qui y sont recueillis sont analysés puis restitués à différents niveaux de l'institution et sous forme d'enseignements dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge au CHUV.

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 (36%) s'y adressent fréquemment. Des professionnelles et professionnels travaillant au CHUV (14%) ou faisant partie du réseau de santé hors de l'hôpital universitaire (4%) sollicitent aussi les médiatrices et le médiateur.



En le renommant, l'équipe a exprimé la volonté de renforcer la vocation de cet espace dédié à la médiation.

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 usagères et usagers du CHUV ou des collaboratrices et collaborateurs. En le renommant de la sorte, l'équipe a également exprimé 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 a parfois été associé. Les médiatrices et le médiateur ne sont ni porte-parole ni arbitres. Ce 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: 13,3%
- Sécurité: 14,6%
- Gestion et infrastructure: 13,0%
- Accès et attente: 13,6%
- Communication: 18,7%
- Egards et attention: 15,0%
- Droit des patients: 11,8%



Commentaire du graphique

L'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'activité de l'EMP se traduit dans le nombre total de situations traitées: 452 demandes en 2020 et 446 en 2021. Ces chiffres représentent une baisse de plus d'un quart par rapport aux années précédentes. Les restrictions sanitaires ont objectivement entravé la possibilité de venir déposer des doléances (limitations de l'accès des proches, limitations de la durée des visites, etc.), mais il est également possible que la pandémie ait modifié la manière de réagir des usagères et usagers de l'hôpital face à leur insatisfaction et aux tensions qu'elles et ils vivent avec des professionnelles et professionnels de la santé. Leur désir de s'exprimer a peut-être été amoindri. D'autres ressources que le tiers médiateur ont pu être sollicitées.



En 2020-2021, environ 14% des situations comportaient des doléances spécifiquement liées au contexte du COVID-19.

Les situations traitées à l'EMP concernent une ou plusieurs difficultés, identifiées en tant que doléances. Pour cette raison, la somme des doléances réparties en diverses catégories dépasse largement le nombre de situations. Malgré la baisse du nombre des demandes, la nature des doléances rapportées reste relativement semblable aux années précédant la pandémie de COVID-19. Les difficultés relationnelles dans la prise en charge à l'hôpital restent majoritaires. Les doléances les plus fréquentes sont classées dans les catégories «communication» entre les professionnelles ou professionnels de la santé et les patientes, les patients ou leurs proches. Viennent ensuite des doléances en rapport avec la «sécurité» dans le domaine clinique, liées par exemple aux complications ou incidents, ou en lien avec les signes d'«égards et attention» dans le domaine relationnel. Les doléances restantes occupent des proportions quasi équivalentes, que ce soit dans le domaine relationnel («droit des patientes et patients»), clinique («qualité de la prise en charge») ou organisationnel («accès et attente», ainsi que «gestion et infrastructure»).

En 2020-2021, environ 14% des situations comportaient des doléances liées au contexte du COVID-19. Elles concernaient les droits de visite, le dépistage, la vaccination, les infections nosocomiales, les infrastructures ou un sentiment de discrimination. Ces situations ont été davantage notifiées par les patientes et patients les plus âgé·e·s (mais pas uniquement). Elles concernaient les hospitalisations plus souvent que les soins en ambulatoire.

Une réelle ressource pour les professionnelles et professionnels également

Depuis son ouverture en 2012, on observe une augmentation régulière du nombre de professionnelles et professionnels du CHUV qui font appel à l'EMP. A ses débuts, seulement 3% des demandes émanaient de collaboratrices et collaborateurs du CHUV. Cette part a augmenté d'année en année, pour atteindre 14% en 2021. Par ailleurs, des patientes, des patients et des proches indiquent souvent qu'elles ou ils s'adressent à l'EMP sur conseil de professionnelles ou professionnels, externes ou internes au CHUV. Cette évolution montre qu'au sein de la cité hospitalière, l'EMP est désormais identifié comme une ressource à disposition du personnel médico-soignant et un point d'appui pour gérer des difficultés relationnelles lors de prises en charge.

3 LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE



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

Nouveautés 2021

Mise en ligne en septembre 2021, la plateforme internet medCHUV (med.chuv.ch) permet aux médecins installé-e-s de naviguer dans un catalogue de consultations disponibles au CHUV, de renseigner les informations nécessaires à l'ouverture d'un dossier, puis d'adresser une demande de prise en charge de leur patiente ou patient avec l'assurance que la requête sera traitée le plus rapidement possible. Il est aussi possible de demander seulement un avis médical. Ce chapitre comprend un «FOCUS» sur ce nouvel outil.



UN GUICHET INTERNET UNIQUE AU SERVICE DES MÉDECINS DE VILLE

Grâce à la plateforme medCHUV, les médecins traitant·e·s peuvent désormais adresser leurs requêtes à l'hôpital de façon simple. Il s'agit d'une ouverture indispensable de l'institution vers ses partenaires.

Vous êtes médecin de cabinet et votre patiente ou patient doit être hospitalisé·e au CHUV. Comment faites-vous? Jusqu'en 2021, vous aviez essentiellement trois outils à disposition: le courrier électronique, le téléphone et le téléfax. Mais requérir un séjour ou une intervention dans une institution hospitalière impose de réunir une série d'informations indispensables pour ouvrir un dossier. Et puis, comment être sûr qu'on adresse son message au bon service et à la bonne personne? Comment savoir si la demande a été traitée? S'il faut prendre son téléphone, envoyer un e-mail ou envoyer un fax chaque fois que l'on souhaite poser une question, c'est particulièrement laborieux... Et tout autant fastidieux pour les services du CHUV qui reçoivent les demandes que pour la ou le médecin traitant·e qui cherche des réponses.

Un catalogue de prestations titanesque

Afin de simplifier le travail des médecins indépendant·e·s, le CHUV a lancé une plateforme internet qui leur est spécifiquement destinée. Mise en ligne en septembre 2021, medCHUV (med.chuv.ch) permet de naviguer dans un catalogue de consultations disponibles à l'hôpital, de donner les informations nécessaires à l'ouverture d'un dossier, puis d'adresser une demande avec l'assurance que la requête sera traitée le plus rapidement possible. Ensuite, une fois que la patiente ou le patient est entré·e à l'hôpital ou simplement revenu·e de sa consultation, son dossier reste accessible à distance, y compris les documents produits par les équipes soignantes du CHUV. Enfin, si la ou le médecin aimerait obtenir une aide à la décision avant de formuler une demande de séjour, elle ou il peut également obtenir l'avis d'une ou un spécialiste de l'hôpital en passant par la plateforme.



Beaucoup de services rassemblent des dizaines de consultations possibles.

Le CHUV abritant plus de 400 consultations différentes en ses murs (un nombre en constante augmentation), construire le catalogue de ses prestations cliniques a demandé un effort considérable à l'ensemble des services concernés. Beaucoup rassemblent des dizaines de consultations possibles et un secrétariat nombreux qui épaulé un groupe de médecins. Une spécialité médicale peut par ailleurs se décliner en sous-spécialités qui ne sont pas toujours définies de façon explicite. Chaque service a mis en mots la totalité de son activité, créé des catégories, organisé les prestations en un ensemble cohérent. Titanesque, ce processus de formulation a nécessité deux ans de travail afin d'aboutir à un catalogue clair, complet et facilement accessible.

Des données mieux sécurisées

Il ne suffit cependant pas que les cabinets de ville puissent envoyer leurs demandes au bon endroit et aux bonnes personnes. Encore faut-il que les services du CHUV utilisent eux aussi les bons instruments pour traiter rapidement les requêtes. Les secrétariats de l'hôpital utilisent déjà un programme nommé Medex pour la gestion quotidienne de leur service. Ils disposent désormais d'un logiciel supplémentaire intitulé Medin. Intégrée au premier, cette interface récolte spécifiquement les demandes des médecins extérieur·e·s à l'hôpital.



Les documents transmis via medCHUV par les cabinets médicaux ne stationnent pas sur la plateforme.

Mettre en place de tels outils numériques a par ailleurs demandé de prêter une attention particulière à la sécurité des données. Il est aujourd'hui courant que le CHUV, comme la plupart des grands hôpitaux dans le monde, fasse l'objet d'attaques informatiques. Pour éviter tout cambriolage numérique, les documents transmis via medCHUV par les cabinets médicaux ne stationnent pas sur la plateforme. Cette dernière joue seulement le rôle d'un centre de transit. Une fois réceptionnées par les secrétariats, toutes les données qui concernent les patientes et les patients sont transférées dans l'espace de gestion informatique centralisé Soarian, où se trouvent toutes les informations cliniques du CHUV et dont la protection fait l'objet de mesures extrêmement fortes. La sécurité informatique a d'ailleurs fait l'objet d'échanges très réguliers entre les personnes chargées de mener le projet medCHUV et la Commission de confidentialité, l'instance chargée de veiller à cette question au sein de l'hôpital.

Un accès qui pourrait être élargi

Pendant ses premiers mois d'utilisation, medCHUV a connu une fréquentation toujours croissante de la part des cabinets médicaux. Leurs retours montrent que l'ensemble des médecins traitant·e·s apprécie beaucoup ce nouvel outil. Cette première période d'activité a cependant permis de soulever plusieurs questions. Le service en ligne a en effet été conçu pour que les médecins soient les seul·e·s à y accéder. Elles et ils utilisent les mêmes données d'identification que pour accéder à leur compte de la Société vaudoise de médecine (SVM) ou Health Info Net (HIN). La procédure suit aussi les règles de la double authentification, qui passe par un téléphone portable – et qui est donc très personnelle. Mais les secrétaires médicales, qui se chargent en général des formalités administratives, ne devraient-elles pas aussi accéder à medCHUV? Souvent évoquée parmi les appréciations des médecins, l'idée de cette délégation a rapidement fait l'objet d'une réflexion au sein de la Direction du CHUV. Une nouvelle version de la plateforme devrait ouvrir cette possibilité dès la mi-2022. Précisons tout de même que le recours à medCHUV, aussi conseillé et avantageux soit-il, n'est pas une obligation pour les cabinets médicaux. Le CHUV demeure atteignable par les moyens traditionnels.

3.1 LE FAXMED DE SORTIE



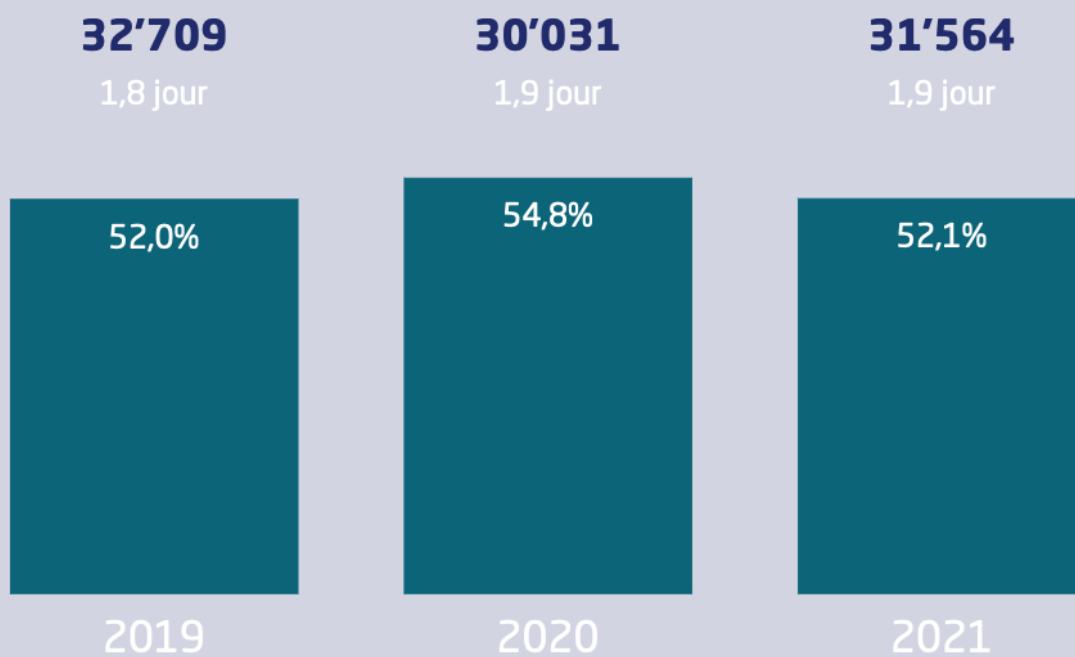
Si l'on veut assurer une transition optimale et prévenir les ruptures de continuité des soins, avertir la ou le médecin traitant·e que sa patiente ou son patient est sorti·e de l'hôpital est très important.

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

En 2021, le taux de Faxmed envoyés dans les 48 heures après la sortie de la personne hospitalisée s'élève à près de 52%. Par rapport à l'année précédente, le délai moyen d'envoi (1,8 jour) est stable et inférieur aux 48 heures visées. Ces résultats montrent que même si près de la moitié des Faxmed sont encore envoyés dans un délai supérieur à 48 heures, les efforts fournis pour diminuer les délais d'envoi continuent à porter leurs fruits.



En 2022, le nombre de Faxmed envoyés dans un délai supérieur à 48 heures devrait encore diminuer.

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.

En 2022, le CHUV continuera de déployer dans tous les services le projet qui vise à améliorer globalement la transmission des documents aux médecins traitant·e·s et aux centres médico-sociaux. 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 à son domicile, ou 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 ou au médecin traitant·e.

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 commencés 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 ou au médecin traitant·e 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 un établissement, ou entre l'hôpital et la ou le médecin traitant·e, et plus on évite une rupture potentielle dans la continuité des soins.

“

La lettre de sortie a une grande importance pour le suivi administratif de l'hôpital.

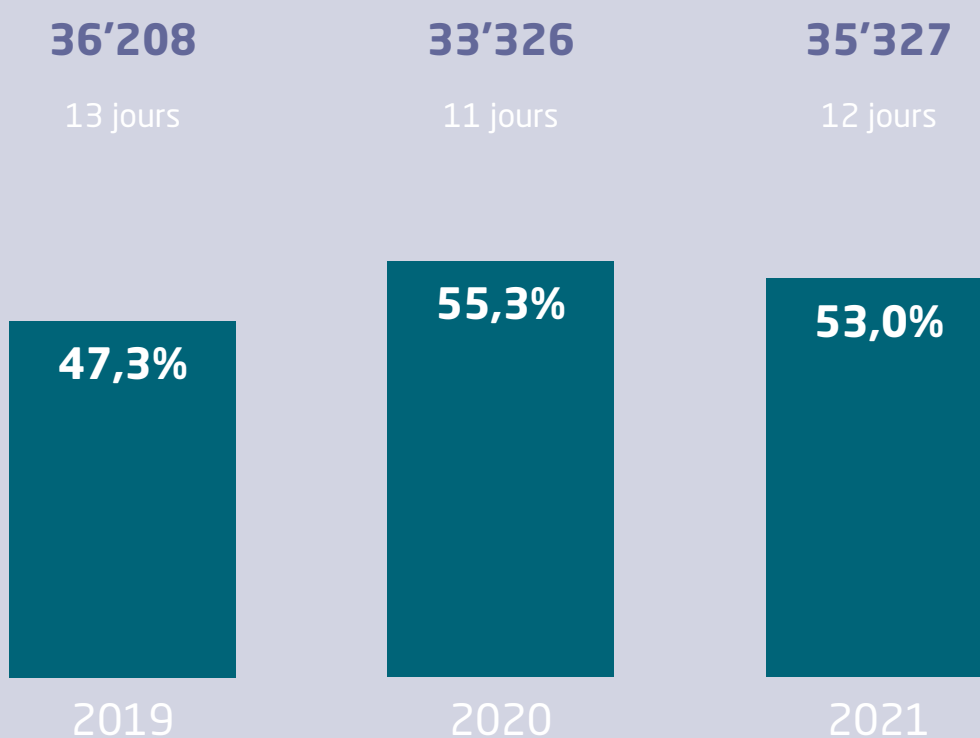
Il faut par ailleurs souligner que la facturation du séjour d'une patiente ou d'un patient au CHUV s'établit sur la base de la lettre de sortie. Ce document a donc également une grande importance pour le suivi administratif de l'hôpital.

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



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 2021, au CHUV dans son ensemble, 53% des lettres de sortie ont été envoyées dans les 8 jours après la sortie des personnes hospitalisées. Par rapport à 2020, ce taux diminue légèrement. Dans le contexte de la pandémie, qui a entraîné la fermeture des services chirurgicaux pendant plusieurs mois comme en 2020, et qui a obligé les services à s'étendre afin d'accueillir les personnes atteintes de SARS-CoV-2, ce résultat demande cependant une analyse plus fine. Le Service de médecine interne, qui reçoit la quasi-totalité des patientes et patients souffrant du COVID-19, a atteint un taux de lettres de sortie dans les 8 jours proche de 90%.



En 2022, cet indicateur devrait de nouveau tendre à s'améliorer.

En 2022, 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. Comme c'était le cas avant la pandémie, cet indicateur devrait de nouveau tendre à s'améliorer.

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 personne 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.

“

Le taux du CHUV est comparé à un taux attendu basé sur les données de la Suisse entière qui couvrent les années 2016 à 2018.

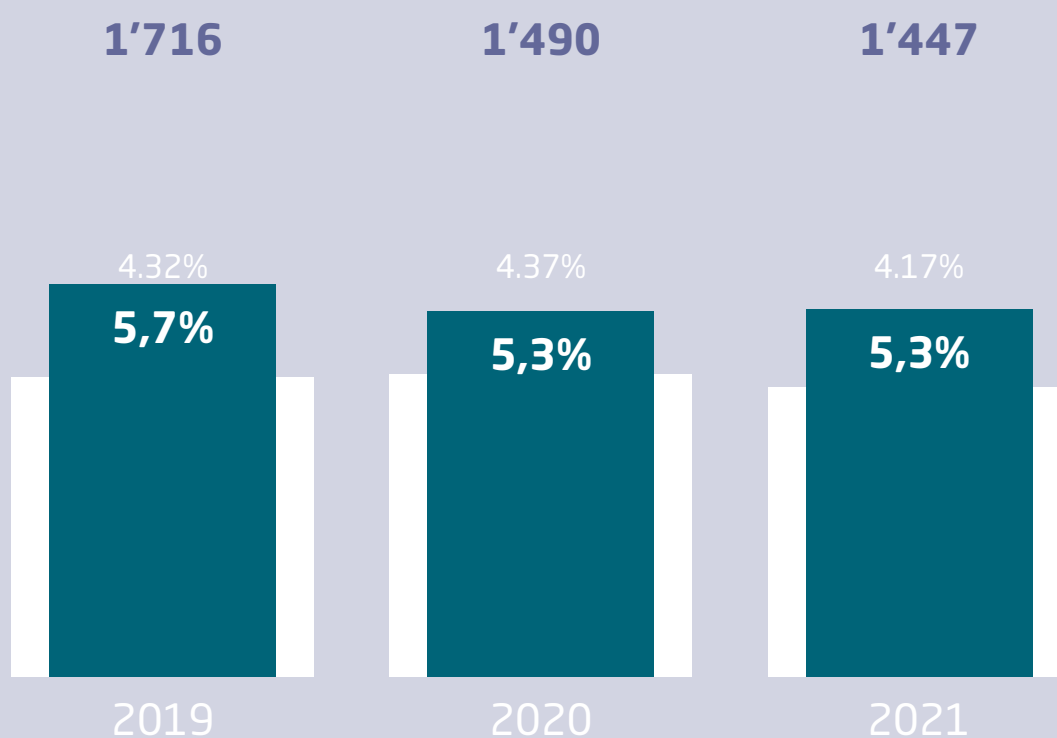
Dans son éventail d'indicateurs, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques a retenu le taux de réadmissions potentiellement évitables à 30 jours, calculé par l'algorithme SQLape®.

Si une nouvelle admission survient moins de 30 jours après la sortie de la personne, 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 qui couvrent 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 2021 montrent un taux trop élevé de réadmissions potentiellement évitables. Le CHUV suit cet indicateur tous les semestres avec beaucoup d'attention, mais il est particulièrement difficile d'identifier les causes des réadmissions.



Dès 2022, le CHUV utilisera le nouvel algorithme sélectionné par l'ANQ.

En 2021, le CHUV a persévéré dans les mesures mises en place en 2020 afin de prévenir le type de complications qui peuvent générer des réadmissions potentiellement évitables (thromboses veineuses, sepsis).

Même si l'algorithme identifiant les réadmissions comme «potentiellement évitables» sera remplacé par l'ANQ dès 2022, les chiffres de ce rapport se basent encore sur ce mode de calcul. Dès 2022, le CHUV utilisera le nouvel algorithme sélectionné par l'ANQ.

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 seront prises. Le CHUV met en œuvre plusieurs programmes afin de renforcer la sécurité des patientes et patients.

Nouveautés 2021

Bien que l'observance de l'hygiène des mains fasse l'objet d'un audit chaque année, la pandémie de COVID-19 rendait spécialement important que les bons gestes de désinfection soient appliqués par toutes les soignantes et tous les soignants avant ou après chaque action. En 2021, le taux d'observance de l'hygiène des mains atteint 83%. En comparaison internationale, ce résultat est très bon, en temps de pandémie comme en temps normal.

Après une révision entamée en 2019, le nouveau processus de la check-list d'identification des patientes et patients au bloc opératoire a pu être déployé pendant le dernier trimestre 2021 malgré la pandémie.

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 systématique 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.

“

Le nouveau processus de la check-list a été progressivement déployé, mais seulement pendant le dernier trimestre 2021.

Après avoir réalisé un audit sur la manière dont était appliquée la check-list de sécurité interventionnelle dans les blocs opératoires, il est apparu que les équipes devaient mieux partager et contrôler les informations essentielles à la sécurité des patientes et patients.

Après une révision entamée en 2019, le nouveau processus de la check-list a été progressivement déployé, et cela pendant le dernier trimestre 2021. La trop courte durée de cette mise en œuvre ne permet pas de présenter ici les résultats d'un indicateur. Ce retard sur la planification est dû à la pandémie, qui a entraîné la fermeture de salles d'opération, pour libérer les collaboratrices et collaborateurs de ces secteurs et les affecter à la prise en charge de patientes et patients atteint·e·s du COVID-19 nécessitant des soins intensifs. En 2022, un nouvel indicateur sera mis à disposition des divers 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. Pour les professionnelles et professionnels de la santé, l'observance de l'hygiène des mains 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, en particulier en période de pandémie, où l'hôpital entier a été sensibilisé à l'importance de ces gestes.



Le Service de médecine préventive hospitalière mesure chaque année l'adéquation aux recommandations auprès d'une douzaine de services du CHUV.

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:

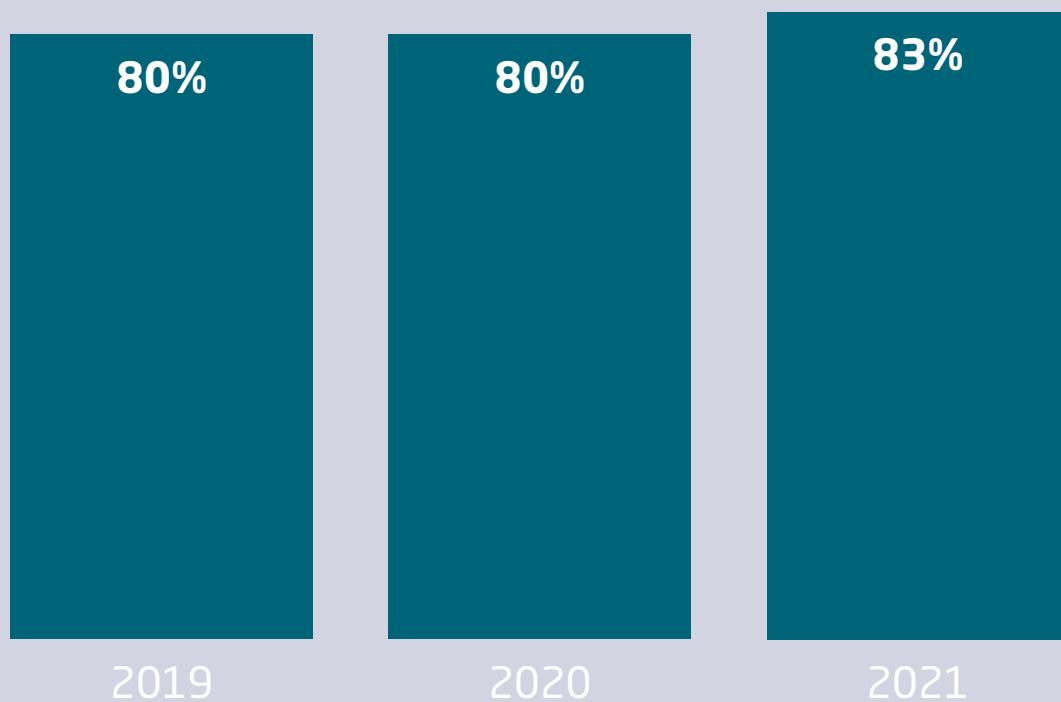
- (1) Avant d'entrer en contact avec une patiente ou un patient
- (2) Avant de procéder à un acte invasif (comme poser une sonde)
- (3) Après tout contact avec une patiente ou un patient
- (4) Après tout contact avec son environnement immédiat
- (5) Après avoir été en contact avec un liquide biologique 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 2021, l'audit d'observance de l'hygiène des mains a été mené dans 11 unités de soins. Plus de 2200 opportunités d'un geste tel que défini par l'OMS ont été observées. Le taux global d'observance de l'hygiène des mains atteint 83%, le plus haut taux jamais mesuré. Bien que l'observance soit encore perfectible dans certaines indications, ce résultat montre qu'au CHUV, ce geste essentiel de prévention des infections associées aux soins est bien appliqué.

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). Dédiée à la lutte contre les infections nosocomiales (acquises durant le séjour à l'hôpital), cette association suisse de médecins 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:

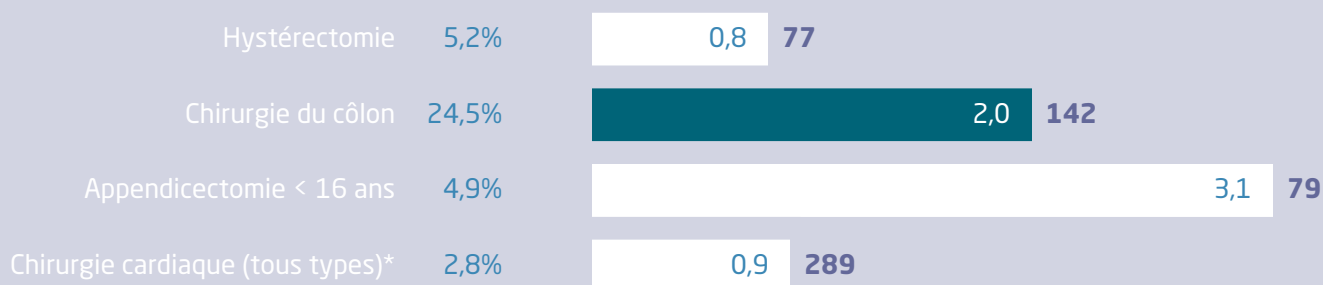
- **Le taux brut d'infection:** ces résultats ne tiennent pas compte de la gravité de la situation des patientes et patients, ni de certains facteurs de risque.
- **Le ratio standardisé d'infection (SIR):** il s'agit du taux brut d'infection divisé par le taux d'infection que l'on peut attendre compte 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



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 by-pass gastriques entre 2015 et 2017, ou encore les prothèses de la hanche et du genou en 2019. En 2021, seules les appendicectomies, la chirurgie du côlon, la chirurgie cardiaque et les hystérectomies ont été suivies.

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'interventions de longue durée.

De plus, en 2019, un ensemble d'actions de prévention mises en œuvre en cours d'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 personne (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.



Deux éléments augmentent le taux d'infection de façon artificielle.

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) Dans l'intérêt de la personne soignée, les normes du programme ERAS (pour enhanced recovery after surgery) excluent la pose d'un drain d'une manière standardisée. 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 de profession spécifiquement formé-e-s examinent la peau d'environ 800 patientes et patients.

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.

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. 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.



L'indicateur national de mortalité hospitalière est fourni aux hôpitaux par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

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 décéder augmente. Néanmoins, il serait encore plus pertinent de prendre en compte l'ensemble des maladies dont elle ou il souffre, par exemple un diabète, une insuffisance cardiaque, une maladie neurologique, etc. L'identification de toutes ses pathologies permettrait de mieux définir le degré de sévérité de la situation d'une patiente ou d'un patient. Tel qu'il est défini aujourd'hui, l'indicateur de mortalité hospitalière ne prend pas ces éléments en compte. Cette lacune constitue l'une des limites de cet indicateur.

L'indicateur national de mortalité hospitalière est fourni aux hôpitaux par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans un délai d'au moins deux ans. Pour analyser des informations plus récentes, le CHUV calcule lui-même les taux de mortalité en utilisant les règles de l'OFSP (algorithme). Ces résultats sont

désormais publiés dans le Rapport qualité.



Une équipe de médecins, infirmières et infirmiers du CHUV a été formée à l'analyse préconisée par l'IQM.

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. Malheureusement, en raison de la pandémie, ces analyses détaillées ont été suspendues ces deux dernières années.

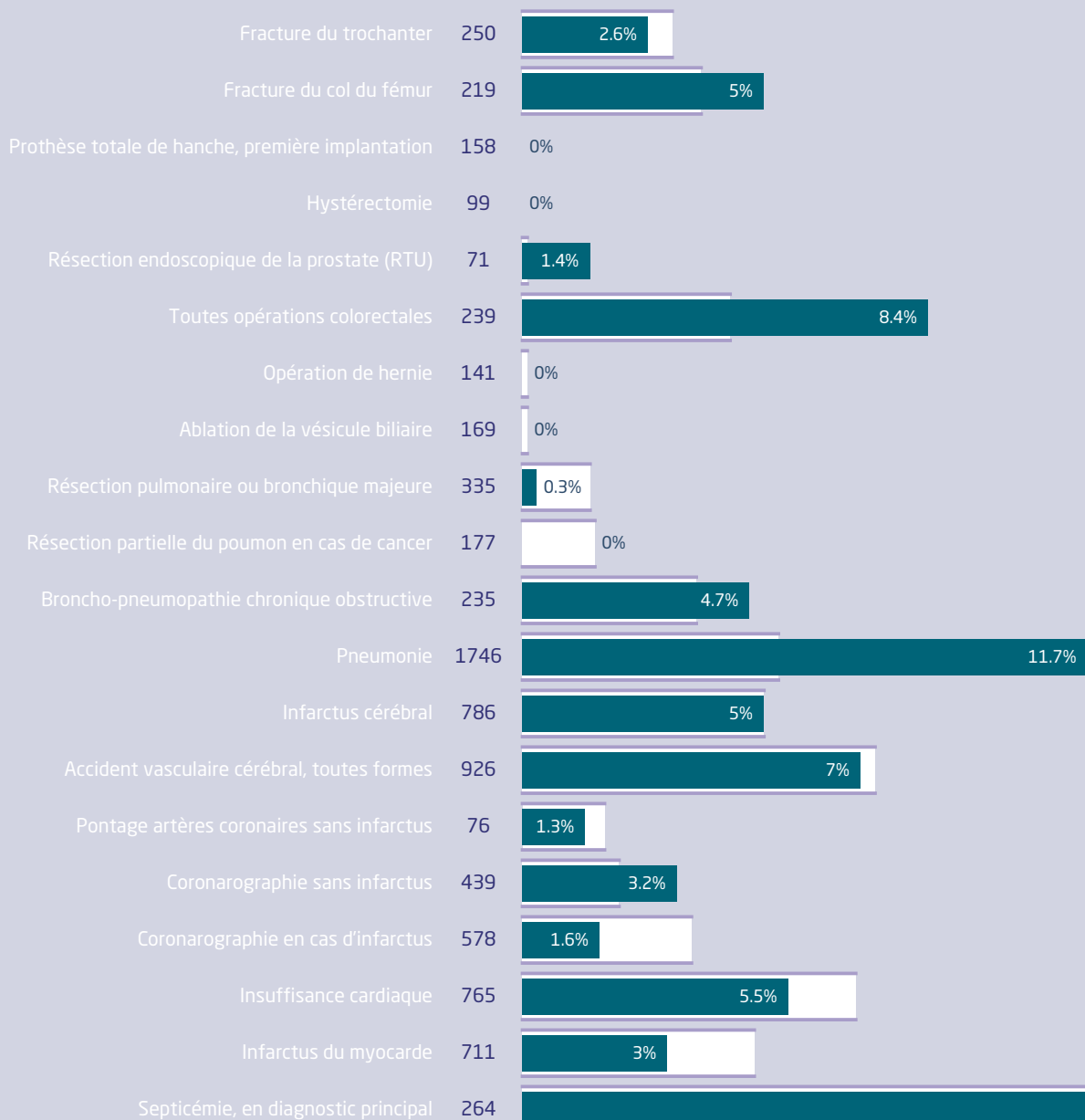


LA MORTALITÉ HOSPITALIÈRE

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 universitaire de référence et de dernier recours, le CHUV a la responsabilité de prendre en charge les patientes et patients le plus sévèrement atteint·e·s, mais l'indicateur de mortalité ne prend pas ce facteur en compte.



En comparaison nationale, le taux de mortalité des pneumonies est de nouveau dans la norme.

Les taux attendus fournis par l'Office fédéral de la santé publique sont basés sur l'année 2020, qui prend en compte les causes de décès liées au COVID-19. Cette situation explique que le taux de mortalité des pneumonies soit de nouveau dans la norme en comparaison nationale, et que le taux dans les autres domaines soit semblable à la période qui a précédé la pandémie.



Objectif 2022

En 2022, si un taux de mortalité observé est plus élevé qu'attendu, le CHUV continuera d'analyser les situations des patientes et patients décédé·e·s.

4.6 LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES ET INDÉSIRABLES



Pour gérer les incidents critiques et indésirables, la première étape est d'en avoir connaissance. Il est donc essentiel de promouvoir une culture de déclaration des 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 un événement indésirable est-il pris en compte 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 l'auteur·e 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·e d'un incident, de même que la personne qui l'a signalé, sont assuré·e-s du soutien de l'institution dans leur démarche. Ce principe est indispensable au développement d'une culture du signalement; il se fonde sur la conviction qu'un incident n'est pas seulement le résultat d'une responsabilité individuelle, mais d'un environnement collectif dont il faut mettre à jour les mécanismes par une analyse systémique. Pour cette raison, le signalement d'un incident peut aussi être anonyme.



Avec le nouvel outil, les personnes qui signalent un incident ont la garantie de recevoir un retour d'information sur les suites données à leur signalement.

A mi-2019, un nouvel outil RECI a été déployé, plus simple à utiliser. L'annonce des incidents est plus facile et plus rapide. Leur analyse est également meilleure, ce que confirment des retours encourageants du terrain. De plus, les personnes qui signalent un incident ont désormais la garantie de recevoir un retour d'information sur les suites données à leur signalement. Ce retour est essentiel pour soutenir la culture de report des incidents, comme pour nourrir les démarches d'amélioration et de prévention.

L'analyse de l'efficacité du nouvel outil RECI a été retardée par le contexte de la pandémie. Cela étant, les données préalables pour l'année 2021 montrent que le nombre des annonces augmente de nouveau. En 2019, année du passage au nouvel outil, 3128 déclarations RECI ont été déposées. En 2020 ce chiffre est descendu à 2435, puis il est remonté en 2021 avec 2740 déclarations.



En 2021, l'analyse des incidents a été plus rapide, de même que la mise en œuvre des actions.

Par ailleurs, par rapport aux années 2019-2020, on observe qu'en 2021 l'analyse des incidents a été plus rapide, de même que la mise en œuvre des actions susceptibles d'améliorer la sécurité des soins dans le domaine des incidents graves.

L'analyse de ces tendances va se poursuivre. Cependant, ces résultats sont déjà encourageants. Ils montrent que le système d'annonce et de gestion des incidents se consolide et qu'au sein du CHUV, l'ensemble de la «culture de sécurité» progresse.

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.

Nouveautés 2021

En 2021, la pandémie de COVID-19 a également eu un effet sur les indicateurs d'efficacité des soins, mais de façon plus diverse qu'en 2020. D'une part, à cause du grand nombre de cas d'infection au COVID-19, le Service des urgences a été de nouveau fortement touché par une proportion anormalement haute de situations nécessitant des isolements et des hospitalisations. D'autre part, la filière des accidents vasculaires cérébraux (AVC) a vu un retour à la normale. Le nombre de traitements des accidents vasculaires cérébraux, qui avait diminué en 2020 avec la pandémie, a retrouvé le niveau de 2019. Pendant et après la pandémie, les délais entre l'arrivée au CHUV et le début du traitement sont restés stables. Ce résultat montre que la filière AVC du CHUV est bien organisée et performante.

5.1 LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE AUX 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 personnes infectées par le SARS-CoV-2 a démontré que ce service était à même 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 patiente ou du patient

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

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



Durant le deuxième semestre, l'activité a repris jusqu'à dépasser celle de 2019.

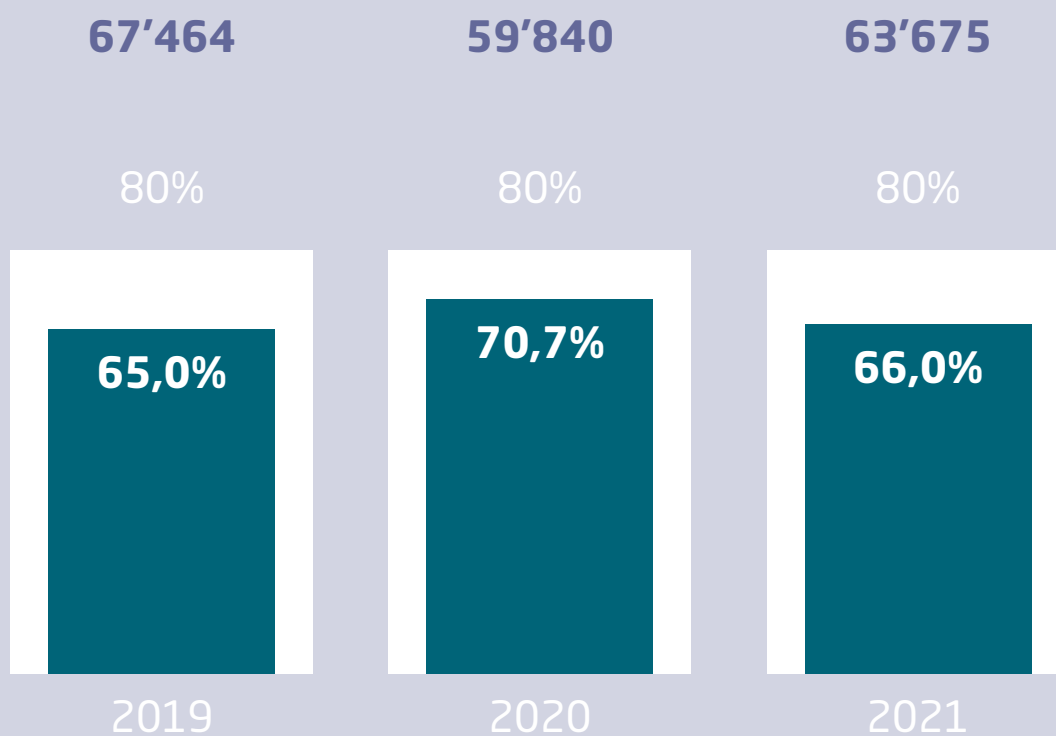
En 2021, le Service des urgences a été une nouvelle fois fortement touché par la pandémie de COVID-19. Durant le premier semestre, l'activité globale s'est maintenue à un niveau plus faible, mais le grand nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 a entraîné une proportion plus importante de situations exigeant des isolements et des hospitalisations. Durant le deuxième semestre, l'activité a repris jusqu'à dépasser, en fin d'année, les chiffres de 2019. Sur l'ensemble de l'année 2021, le Service des urgences du CHUV a ainsi accueilli quelque 64'000 personnes. Par rapport à 2020, ce nombre représente une augmentation de 6%. Cependant, comparé à 2019, ce volume est encore 5% plus bas.



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 et les durées de séjour aux urgences se sont maintenus aux niveaux de 2018. Plusieurs éléments limitent néanmoins l'interprétation des indicateurs 2021: la réorganisation des flux au sein du service, l'extension des surfaces d'accueil pour les personnes atteintes du COVID-19, enfin un nombre important de lits d'hospitalisation indisponibles en fin d'année.



Objectif 2022

En 2022, le Service des urgences s'attend à une reprise importante de l'activité. Il poursuivra les travaux entrepris pour optimiser les délais d'attente et les durées de séjour. Il continuera également de mettre en place les indicateurs qui quantifient la charge de travail et les délais d'hospitalisation, un travail entrepris en 2021.

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



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

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.

“

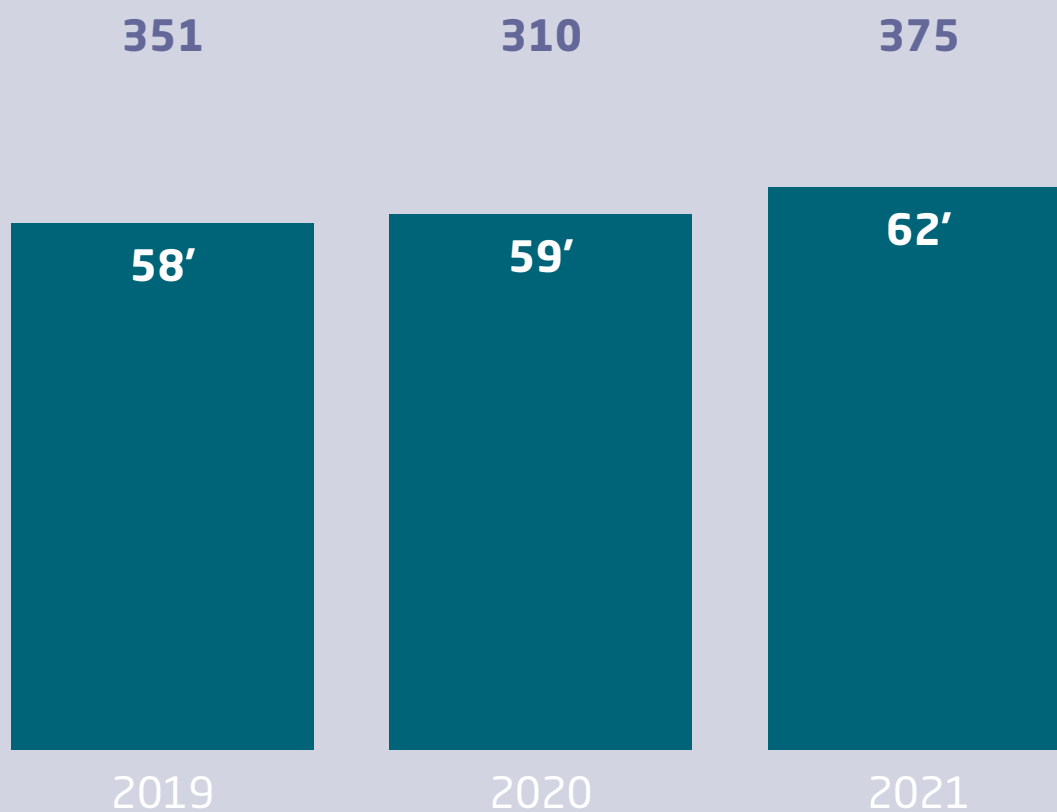
Dans le canton de Vaud, le CHUV est le seul centre qui réalise des cathétérismes cardiaques 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.

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. Là où le malade va directement dans l'Unité de cardiologie interventionnelle, qui va la ou le prendre en charge, sans passer par les urgences. Dans le canton de Vaud, le CHUV est le seul centre qui réalise des cathétérismes cardiaques 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.



TEMPS DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'INFARCTUS

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



Commentaire du graphique

En 2021, le nombre de patientes et patients qui ont passé par la filière STEMI a augmenté sans pour autant atteindre le niveau de 2018. 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 personne au CHUV et l'administration du traitement est resté stable, juste en dessus de 60 minutes. Si l'on se réfère aux recommandations internationales, qui fixent un délai inférieur à 90 minutes, ce résultat reste satisfaisant.



Objectif 2022

En 2022, l'objectif sera de maintenir à environ 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 comparer les résultats des filières STEMI respectives, afin de les améliorer.

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



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

Le premier traitement de référence est la thrombolyse intraveineuse, qui permet la désagrégation des caillots obstruant les vaisseaux sanguins. Cette intervention doit être effectuée dans les 4,5 heures suivant l'AVC au sein d'une unité spécialisée, appelée «unité cérébrovasculaire». Il existe une unité de ce type au CHUV; ailleurs, les plus proches se trouvent à Genève, Nyon, Sion, Neuchâtel et Berne.

Pour environ la moitié des patientes et patients, à la thrombolyse s'ajoute un 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 buts de la filière AVC consistent à raccourcir les délais d'acheminement au centre de thrombolyse.

Les recommandations pour la prise en charge de ces patientes et patients comportent des règles pour leur transport. Leur application permet un meilleur triage des personnes en périphérie, et garantit aux malades d'être acheminé·e·s le plus rapidement possible vers l'unité voire le centre cérébrovasculaire disponible le plus proche.

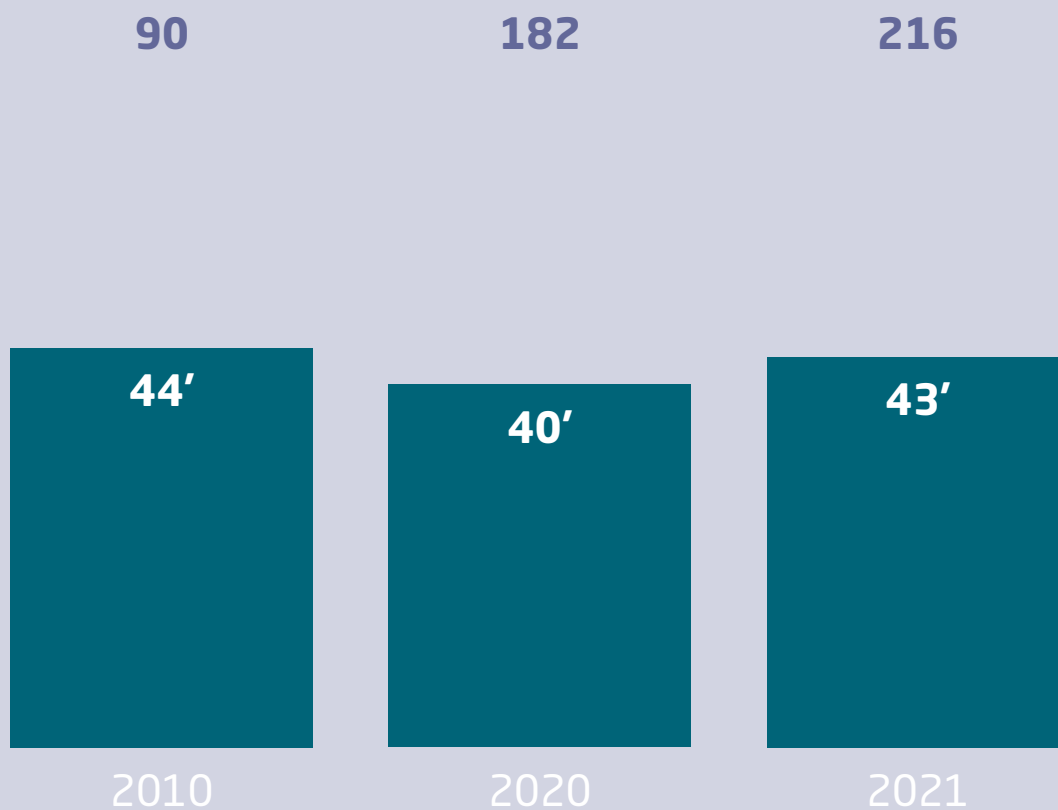
En 2010, le CHUV a officialisé la filière AVC. Ce protocole précise les symptômes que les médecins doivent rechercher ainsi que les bons gestes à effectuer auprès d'une personne chez qui l'on suspecte un AVC. Les buts de la filière consistent à raccourcir les délais d'acheminement au centre de thrombolyse, à administrer au

plus vite un traitement endovasculaire en cas de nécessité, à préparer le centre cérébrovasculaire qui va accueillir la personne, et à collecter des informations dès la phase pré-hospitalière, en vue de la prise en charge. Afin de correspondre aux standards de bonne pratique, le CHUV s'est fixé un objectif de moins de 30 minutes entre l'arrivée à la porte de l'hôpital et le début de 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

Après avoir diminué en 2020, le nombre de traitements a retrouvé le niveau d'avant la pandémie. La diminution du nombre des AVC aigus accueillis par les hôpitaux au début de la pandémie (qui entraîne à son tour moins de traitements aigus) a été observée dans de multiples études de par le monde. Ce phénomène a probablement des explications diverses.

Pendant et après la pandémie, les délais de l'arrivée au CHUV au début du traitement (intraveineux ou endovasculaire) sont restés stables. Ce résultat montre que la filière de thrombolyse et thrombectomie pour les AVC est bien organisée et performante.

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 personnes soignées, 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. L'état nutritionnel d'une personne – et notamment sa réserve en glucides – joue un rôle prépondérant pour la réussite de la chirurgie comme pour la récupération. En conséquence, le jour avant l'opération, la personne doit consommer des boissons riches en sucre. Elle doit aussi s'alimenter peu de temps après l'intervention, si possible le jour même. En cas de besoin, elle reçoit un traitement antinauséux.



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

Pour qu'une personne opérée récupère rapidement, il est aussi crucial qu'elle se mette en mouvement peu après son intervention. Le programme ERAS recommande de se lever quelques heures après une opération, et de rester assis dans un fauteuil au moins pendant deux heures. Les jours suivants, il faut aussi

marcher, ou prendre ses repas à table. Si nécessaire, afin de rendre cette mise en mouvement plus facile, la patiente ou le patient reçoit un traitement antidouleur plus puissant.

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

Un contrôle régulier

Le succès d'ERAS exige que plusieurs disciplines collaborent: chirurgiennes ou chirurgiens, anesthésistes, infirmières ou infirmiers, physiothérapeutes, nutritionnistes, stomathérapeutes. Le protocole 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 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.

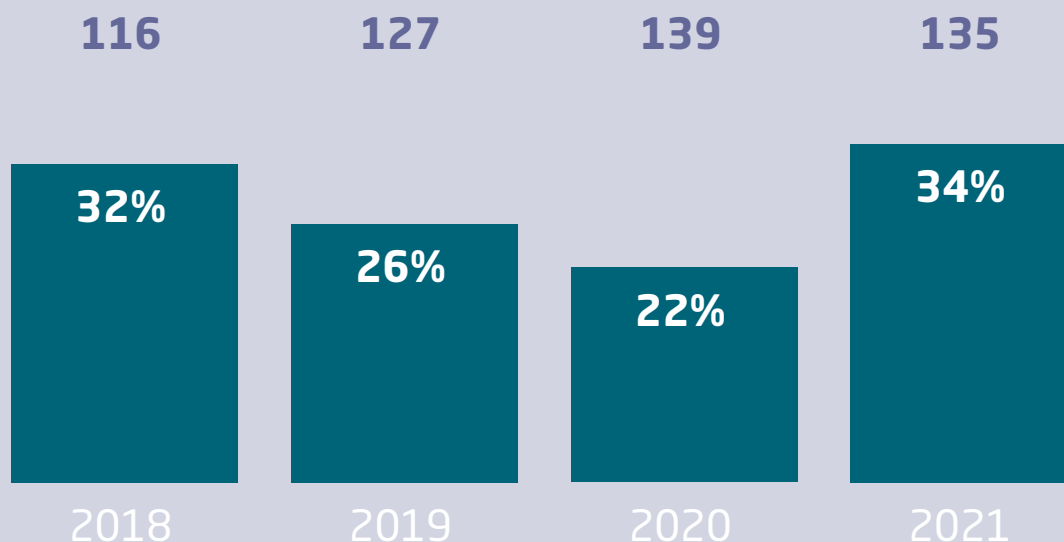
Vers ERAS Suisse



MESURES ERAS EN CHIRURGIE THORACIQUE

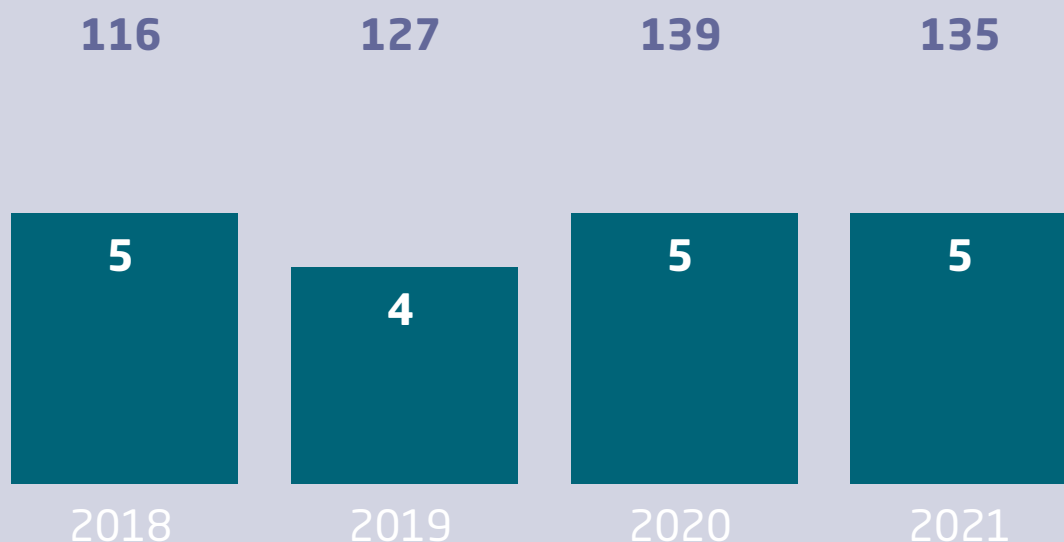
Complications cardio-pulmonaires dans les 30 jours

- 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



Application du programme ERAS en chirurgie viscérale et résultats obtenus

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 la chirurgie de la partie supérieure du tube digestif (estomac, œsophage et chirurgie de l'obésité). Depuis 2011, plus de 4000 patientes et patients, dont les soins relevaient de ces quatre domaines, ont bénéficié de la prise en charge ERAS. Hormis les personnes opérées pour traiter leur obésité (chirurgie bariatrique), la plupart ont été soignées pour un cancer.



Depuis 2021, une nouvelle version du logiciel EIAS (ERAS Interactive Audit System) remplace la version précédente.

Malgré la pandémie de COVID-19, le nombre de personnes opérées en 2021 est quasiment revenu au volume observé en 2019.

Depuis 2021, une nouvelle version du logiciel EIAS (ERAS Interactive Audit System) remplace progressivement la version précédente. Les données accumulées depuis 2011 sont en cours de migration. Des résultats plus précis seront publiés en 2022.

Application du programme ERAS en chirurgie thoracique et résultats obtenus

Dans un premier temps, ce graphique a été élaboré en comparant les 50 premières personnes qui ont bénéficié du programme ERAS avec les 50 dernières personnes opérées avant son introduction. Au sein du premier groupe, les résultats montraient qu'après les interventions chirurgicales, la durée de séjour diminuait, de même que les complications cardio-pulmonaires, qui baissaient de plus de moitié. Pendant les années 2017-2020, l'application régulière du protocole ERAS a clairement démontré ses effets bénéfiques. Pendant cette période, pour un total de 513 patientes et patients, la durée médiane de séjour après intervention est de 4 à 5 jours.



2022 devrait revoir des résultats d'avant la pandémie.

Il est à noter que les chiffres 2021 ont été influencés par la réquisition du personnel pour la prise en charge des personnes atteintes par le COVID-19. Nous nous attendons pour 2022 à un retour aux résultats d'avant la pandémie.

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.



Au total, 67 démarches de qualité étaient actives au CHUV en 2021. Elles se répartissaient en 21 accréditations, 23 certifications, 15 inspections et 8 reconnaissances.

Parmi ces 67 démarches, 51 sont considérées comme obligatoires et soutenues financièrement par un fonds spécifique institutionnel; 16 démarches volontaires sont maintenues et financées directement sur le fonds de service de l'entité concernée.

En 2021, malgré une deuxième année de pandémie, le CHUV a obtenu 11 renouvellements (6 certifications, 4 accréditations et une reconnaissance), toutes catégories confondues. Deux certifications ont cependant été abandonnées au cours de l'année: celle du processus transversal de l'alimentation des patientes et patients ProAlim et celle du Centre du sein des centres interdisciplinaires en oncologie selon le référentiel EUSOMA.

Le Laboratoire diagnostique de microbiologie a obtenu une nouvelle accréditation selon la norme SN EN ISO/CEI 17025:2018, avec comme périmètre: laboratoire d'essais pour la recherche, l'identification, le typage et la quantification d'agents microbiens sur souches ou échantillons issus de prélèvements environnementaux.

Le financement des audits de toutes les démarches obligatoires a augmenté en 2021 de 51% par rapport à 2020. Il atteint CHF 273'196 (CHF 181'215 en 2020). Les reports de plusieurs audits de 2020 à 2021 sont la cause principale de cette évolution.

ACCRÉDITATIONS

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
DÉCANAT DE LA FACULTÉ DE BIOLOGIE ET DE MÉDECINE (FBM)			
Standards AAQ relatifs aux exigences des LEHE et LPMéd	2018	2018	Filière d'études de l'Ecole de médecine de la FBM
INSTITUT DE PATHOLOGIE			
SN EN ISO 15189:2013	2018	2018	Laboratoires d'immunopathologie, biologie moléculaire, FISH, cytopathologie et histologie
INSTITUT DE RADIOPHYSIQUE - LABORATOIRES			
SN EN ISO/CEI 17025:2005 ; SN EN ISO/CEI 17020:2012	2001	2021	a) Laboratoire d'essais pour l'analyse et la mesure des sources et des contaminants radioactifs, des doses délivrées aux personnes et aux matériaux et paramètres associés. b) Laboratoire d'étalonnage d'instruments de mesure des radiations ionisantes et d'installations d'irradiation. c) Organisme d'inspection (type C) pour les contrôles de conformité dans le cadre de l'utilisation des radiations ionisantes.
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION ET RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (IUFRS)			
Standards AAQ relatifs aux filières d'études des HES selon exigences de la LHES et, par convention et de manière subsidiaire, standards CUS relatifs aux filières d'études universitaires selon exigences de la LEHE.	2012	2012	Programme du Master ès Sc. en sciences infirmières (programme conjoint UNIL - HES-SO).
LABORATOIRE CENTRAL D'HÉMATOLOGIE			
SN EN ISO 15189:2013	2001	2021	Laboratoire de biologie médicale pour les examens dans le domaine de l'hématologie
LABORATOIRE D'ANDROLOGIE (DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE)			
SN EN ISO 15189:2013	2001	2021	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses d'andrologie et de biologie de la reproduction
LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE ET ALLERGIE			
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
LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE ET ALLERGIE			
Standards EFi	2013	2017	
LABORATOIRE D'ONCOGÉNOMIQUE (DE LCH)			
SN EN ISO 15189:2013	2018	2018	Laboratoire de biologie médicale pour les examens dans le domaine de la génétique
LABORATOIRE DE CHIMIE CLINIQUE			
SN EN ISO 15189:2013	2000	2019	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses médicales dans le domaine de la chimie clinique

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
LABORATOIRE SUISSE D'ANALYSE DU DOPAGE (LAD) DU CURML			
ISO/IEC 17025:2017	2000	2020	Laboratoire d'essais pour les analyses de substances et de méthodes dopantes
LABORATOIRES DE GÉNÉTIQUE			
SN EN ISO 15189:2013	2002	2017	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses dans le domaine de la génétique
LABORATOIRES DIAGNOSTIQUES DE MICROBIOLOGIE IMU-DAM			
SN EN ISO 15189:2013	2001	2021	Laboratoire d'essais pour les analyses médicales dans le domaine de la microbiologie ainsi que pour les analyses du domaine de l'hygiène hospitalière
LABORATOIRES DIAGNOSTIQUES DE MICROBIOLOGIE IMU-DAM			
SN EN ISO/CEI 17025:2018	2021	2021	Laboratoire d'essais pour la recherche, l'identification, le typage et la quantification d'agents microbiens sur souches ou échantillons issus de prélèvements environnementaux
SERVICE D'HÉMATOLOGIE			
JACIE	2005	2011	Cellules souches pour greffe autologue
SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE - CENTRE DES BRÛLÉS			
MHS Brûlures graves chez l'adulte et son art. 3f ; Normes de la European Burn Association (EBA)	2015	2015	Filière des brûlés (adultes et enfants)
UNITÉ DE GÉNÉTIQUE FORENSIQUE (UGF) DU CURML			
SN EN ISO/CEI 17025:2017	2004	2019	Laboratoire d'essais pour les analyses dans le domaine de la génétique forensique. Analyses ADN.
UNITÉ DE PHARMACOGÉNÉTIQUE ET PSYCHOPHARMACOLOGIE CLINIQUE (DU CENTRE DE NEUROSCIENCES PSYCHIATRIQUES)			
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
UNITÉ DE TOXICOLOGIE ET DE CHIMIE FORENSIQUES (UTCf) DU CURML			
SN EN ISO/CEI 17025:2005	2005	2020	Laboratoire d'essais pour les analyses dans les domaines de la toxicologie et chimie forensiques
UNITÉ DE TOXICOLOGIE ET DE CHIMIE FORENSIQUES (UTCf) DU CURML - SITE GENEVOIS			
SN EN ISO/CEI 17025:2005	2003	2020	Laboratoire d'essais pour les analyses dans les domaines de la toxicologie et chimie forensiques
UNITÉ DE TOXICOLOGIE ET DE CHIMIE FORENSIQUES (UTCf) DU CURML - TOXICOLOGIE DE L'EXPOSITION			
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
CENTRALE DE STÉRILISATION ET DÉSINFECTION			
ISO 9001:2015, ISO 13485:2016	1998	2020	Stér. centrale BH04 ; Sterbop BH05 ; HO exclus
CENTRE DES FORMATIONS			
ISO 9001:2015	2005	2020	Toute l'offre de formation
CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE - CENTRE DES TUMEURS NEUROENDOCRINES			
ENETS Center of Excellence (ENETS CoE)	2019	2019	
CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE - CENTRE DU SEIN			
Critères d'évaluation de la LSC et SSS d'octobre 2012.	2013	2021	
CONSULTATION DE MÉDECINE DE LA FERTILITÉ ET ENDOCRINOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE (DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE)			
ISO 9001:2015	2003	2019	
CUTR SYLVANA À ÉPALINGES			
ISO 9001:2015	1998	2020	
DIRECTION DES CONSTRUCTIONS, INGÉNIERIE, TECHNIQUE ET SÉCURITÉ			
ISO 9001:2015	2011	2021	Gestion de projets de construction et rénovation, entretien des locaux, des installations et des équipements techniques, prévention et interventions de la sécurité.
DIRECTION DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE			
ISO 9001:2015	2007	2020	Processus de management, ressources, prestations et amélioration
DIRECTION DU DÉPARTEMENT DES LABORATOIRES			
ISO 9001:2015	2011	2020	Processus de management, ressources, prestations et amélioration
EMS LA ROSIÈRE-SOERENSEN À GIMEL			
ISO 9001:2015	2003	2019	
ÉQUIPE MOBILE PÉDIATRIQUE CANTONALE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SOUTIEN (DU DFME)			
Label "Qualité dans les soins palliatifs" de l'ASQSP	2014	2019	
FINANCEMENT ET PLANIFICATION DE LA DAF			
REKOLE®	2014	2018	Comptabilité analytique des coûts et des prestations (REKOLE)
SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE			
ISO 9001:2015	2009	2021	Tous les secteurs, y compris le Centre des brûlés
SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE			
Directives pour la certification de la SSMI	2006	2016	Tous les secteurs, y compris le Centre des brûlés
SERVICE DE MÉDECINE INTERNE			
ISO 9001:2015	2004	2020	Hospitalisation
SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE ET IMAGERIE MOLÉCULAIRE			
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
SERVICE DE NEUROLOGIE - CENTRE CÉRÉBRO-VASCULAIRE			
MHS	2013	2019	AVC / Stroke Center
SERVICE DE PHARMACIE			
ISO 9001:2015 ; Référentiel RQS v2.1	2007	2019	Activités pharmaceutiques
SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES			
ISO 9001:2015	2004	2020	Hospitalisation et activités ambulatoires
SERVICE DES SOINS PALLIATIFS			
Label "Qualité dans les soins palliatifs" de l'ASQSP	2015	2021	Unité de lits de médecine palliative & équipe mobile intra-hospitalière de soins palliatifs et de soutien
SERVICE DES SOINS PALLIATIFS			
Label "Qualité dans les soins palliatifs" de l'ASQSP	2014	2019	Equipe mobile adultes extra-hospitalière cantonale de soins palliatifs (EMSP) CHUV/RSRL
UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE PÉDIATRIE			
ISO 9001:2015	2009	2021	
UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE PÉDIATRIE			
Directives pour la certification de la SSMI	2010	2021	

INSPECTIONS

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
CENTRE DE PRODUCTION CELLULAIRE			
LPTH, Loi sur la transplantation, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)	2012	2019	Fabrication de TrSt/TG/OGM
CENTRE DE PRODUCTION CELLULAIRE			
LPTH	2021	2021	Fabrication de médicaments (PRP)
CENTRE DE RECHERCHE CLINIQUE			
LPTH, LRH, OClin, Lignes directrices BPC	2011	2014	
CTE - CELLULAR MANUFACTURING FACILITY (CMF)			
LPTH, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)	2019	2019	Fabrication pour essais cliniques, importation et exportation de médicaments
CTE - CELLULAR MANUFACTURING FACILITY (CMF)			
LPTH, Loi sur la transplantation, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)	2019	2019	Fabrication pour essais cliniques, importation et exportation de TrSt/TG/OGM
CTE - TUMOR PROCESSING FACILITY (TPF)			
LPTH, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)	2016	2018	Fabrication de médicaments pour essais cliniques et de principes actifs pharmaceutiques
CTE - TUMOR PROCESSING FACILITY (TPF)			
LPTH, Loi sur la transplantation, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)	2016	2018	Fabrication de TrSt/TG/OGM pour essais cliniques
DIRECTION MÉDICALE			
LPTH, ODim	2018	2018	Maintenance et retraitement des dispositifs médicaux (exploitation des HCD) ; matériovigilance (enregistrement et déclaration des incidents graves).
EMS LA ROSIÈRE-SOERENSEN À GIMEL			
Grille d'évaluation CIVESS	2013	2018	
LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE ET ALLERGIE			
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
LABORATOIRE DES MALADIES MOLÉCULAIRES (DE LGE)			
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	
LABORATOIRES DIAGNOSTIQUES DE MICROBIOLOGIE IMU-DAM			
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
SERVICE DE PHARMACIE			
LPTH, OMéd, OAMéd, LStup, LSP VD, RESP	2018	2018	Le diacétylmorpine (circuit logistique et traçabilité y compris à la POLADD)

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
SERVICE DE PHARMACIE GMP/BPF petites quantités, LPTh, OMéd, OAMéd	2001	2018	Fabrication, importation, commerce de gros et exportation de médicaments
SERVICE DE PHARMACIE - UNITÉ DE RADIOPHARMACIE LPTh	2014	2018	Fabrication de médicaments

RECONNAISSANCES

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
ATELIER DE RÉHABILITATION (DU SERVICE DE PSYCHIATRIE SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE)			
Critères de qualité requis des institutions sociales latines (CLASS)	2018	2021	Activités de production et artistiques en faveur de personnes présentant des difficultés passagères, récurrentes ou invalidantes sur le plan psychosocial
CENTRE DE TRANSPLANTATION D'ORGANES			
MHS	2010	2020	Transplantation coeur, poumons, reins, coeur-poumons, poumons-reins et coeur-reins
SOINS INTERMÉDIAIRES D'ORL ET DES CHIRURGIES THORACIQUE, VASCULAIRE ET VISCÉRALE			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de soins intermédiaires	2017	2019	Unités ORLH.12NC, CHTH.15TC, CVAH.15SC, CHVH.15NC et CHVH.15VC
SOINS INTERMÉDIAIRES DE CARDIOLOGIE ET CHIRURGIE CARDIAQUE			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de soins intermédiaires	2017	2017	Unité CARH.16SC et CCVH.16CC
SOINS INTERMÉDIAIRES DE MÉDECINE INTERNE			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de soins intermédiaires	2017	2020	Unité MISC.17SC
SOINS INTERMÉDIAIRES DE NEUROCHIRURGIE ET NEURORÉÉDUCATION AIGUË			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de soins intermédiaires	2017	2017	Unités NCHH.13NC et NRAH.13NI
SOINS INTERMÉDIAIRES DE NEUROLOGIE			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de soins intermédiaires	2016	2016	Unité NLGH.13SC
SOINS INTERMÉDIAIRES DE PÉDIATRIE			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de soins intermédiaires	2017	2020	Unité ENFC.11SC

IMPRESSUM

Edition

Centre hospitalier universitaire vaudois

Édition Rapport qualité

Pierre-Louis Chantre (contributeur externe)

Estelle Lécureux

Anne Pouly

Matthias Roth-Kleiner

Design & développement

Jean Szabo

Sandrine Szabo

Netinfluence

Direction artistique

Pierre-Antoine Dubois

Jessica Scheurer

Photographie

Eric Deroze

Heidi Diaz

Jeanne Martel

Gilles Weber

Graphisme

Anaëlle Morfe

Vidéo

Rémi Clément

Philippe Gétaz

Salomé Machut

Jonathan Moy de Vitry (RightHere/RightNow Productions)

Anaëlle Morf

Relecture

Vanahé Antille (contributeur externe)

Webpublishing

Morgane Arrayet (contributeur externe)

Alice Krieg (contributeur externe)

Gestion de projet

Gabriella Sconfitti

Laurent Terraz

Publication

Service de communication et de création audiovisuelle