

Direction générale

Rapport qualité 2022



1	Information et participation de la patiente ou du patient.....	3
1.1	La satisfaction des patientes ou patients et des proches	4
1.2	L'expérience des patientes et patients du CHUV.....	7
2	La continuité de la prise en charge.....	10
2.1	Le Faxmed de sortie	11
2.2	Le délai d'envoi des lettres de sortie	13
2.3	Le document médico-social de transmission	16
2.4	La gestion proactive des séjours	18
2.5	L'éducation thérapeutique	21
3	La sécurité par la gestion des risques.....	24
3.1	La sécurité interventionnelle.....	25
3.2	La prévalence des infections et antibiothérapies	29
3.3	La prévalence des escarres.....	34
3.4	La gestion des événements critiques et indésirables.....	36
3.5	Les transmissions interprofessionnelles internes (TeamSTEPPS).....	42
3.6	Le programme de sécurité des médicaments.....	46
3.7	Pharmaclass	48
4	L'efficacité et l'efficience des soins.....	50
4.1	Le programme SEPSIS	51
4.2	La filière tromboembolies veineuses	55
4.3	La mobilisation précoce.....	57
4.4	Le traitement de la douleur	59
4.5	Le programme ERAS pour une meilleure récupération après chirurgie	61
5	Certifications et accréditations	64

CE QUE VOUS TROUVEREZ DANS LE RAPPORT QUALITÉ

Le rapport qualité du CHUV expose les principaux projets et indicateurs institutionnels pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité de prise en charge des patientes et patients. Par rapport aux éditions précédentes, l'édition 2022 de ce rapport montre une série de nouveaux indicateurs qui évaluent notamment les domaines de l'expérience des patientes et patients, de la gestion proactive des séjours, de la sécurité des médicaments, du sepsis ou du traitement de la douleur.

D'une façon générale, les indicateurs mettent en évidence une patientèle très satisfaite des consultations au CHUV, une très bonne transmission des informations entre les professionnelles et professionnels et une excellente adhérence au programme ERAS de réhabilitation améliorée après chirurgie. Le rapport présente également une série d'innovations comme la filière des thromboembolies veineuses et les programmes de prise en charge du sepsis ou de mobilisation précoce. Certains axes d'amélioration sont identifiés, notamment dans le domaine de la préparation à la sortie et de la check-list interventionnelle.

ÉDITORIAL UN ENGAGEMENT PERMANENT



Anne Pouly

responsable de la
gouvernance Qualité &
Sécurité - Direction médicale

La qualité des soins et la sécurité des patientes et patients implique un engagement quotidien tant au niveau individuel qu'au sein des équipes interprofessionnelles, ainsi qu'à l'échelle institutionnelle. Dans des environnements complexes mis continuellement sous pression, une attention permanente à la qualité et la sécurité des soins et l'engagement constant dans un processus d'amélioration continue sont des enjeux cruciaux. Toutes les professionnelles et tous les professionnels du CHUV en font une priorité.

60 projets très variés

Le 9 décembre 2022, après deux années de pause due au COVID-19, le CHUV a organisé pour la troisième fois une journée Qualiday dédiée à la qualité et la sécurité des soins. Les équipes interprofessionnelles ont pu y présenter plus de 60 projets sous forme de posters et parfois également sous forme de présentations orales. Très variées, les thématiques traitées reflétaient la diversité des problématiques rencontrées au sein des différents secteurs de l'hôpital. Elles abordaient par exemple l'amélioration de la sécurité liée à certains traitements médicamenteux, les transmissions d'informations entre professionnelles et professionnels, la coordination de la prise en charge, la gestion des symptômes, la gestion des déchets plastiques au bloc opératoire ou encore la difficulté pour certaines personnes de se rendre à l'hôpital trois fois par semaine pour effectuer une dialyse. La journée Qualiday a permis d'illustrer la motivation, la créativité, l'esprit de collaboration, la participation des patientes et des patients, ainsi que l'engagement des équipes interprofessionnelles pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Une amélioration continue

Les projets présentés lors de la journée Qualiday s'ajoutent aux objectifs, initiatives et projets conçus par l'institution et qui ont également pour but d'améliorer la qualité et la sécurité de prise en charge à chaque étape du parcours de soins des patientes et patients. Pour ces projets aussi, nous aimerions souligner l'engagement permanent des équipes interprofessionnelles du CHUV qui se chargent de les mettre en œuvre et qui permettent d'améliorer de façon continue la qualité des soins et la sécurité des patientes et des patients.



Joachim Rapin

responsable de la
gouvernance Qualité &
Sécurité - Direction des soins

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

Le CHUV considère la qualité des soins et la sécurité des patientes et des patients comme une priorité absolue. Ces deux domaines se déclinent en quatre objectifs permanents présentés ci-dessous. Pour chacun, des indicateurs permettent de surveiller de façon systématique la qualité des soins et la sécurité des patientes et des patients, puis de l'améliorer au moyen d'initiatives ou de projets transversaux.

Objectif n° 1

Mieux informer la patiente ou le patient, et la ou l'intégrer comme une ou un véritable partenaire

Objectif n° 2

Renforcer la coordination et la continuité des soins

Objectif n° 3

Développer une culture de la sécurité et prévenir les événements indésirables

Objectif n° 4

Donner les meilleurs soins tout en évitant de gaspiller les ressources

1 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 l'équipe médico-soignante s'établisse une relation de confiance, de transparence et d'écoute.

Les patientes et patients sont les premières personnes concernées par l'offre de soins et les prestations dont elles et ils bénéficient. Pour en évaluer la qualité et identifier des améliorations potentielles, il est donc essentiel que les personnes soignées puissent livrer leur avis, tant sur les soins que sur l'accueil reçu à l'hôpital. Afin de recueillir régulièrement leurs expériences et opinions, le CHUV utilise divers questionnaires de satisfaction. Les résultats permettent de mettre en évidence les domaines où l'expérience des patientes et patients n'a pas été à la hauteur de leurs attentes et d'améliorer ensuite la qualité et la sécurité des soins.

1.1 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.

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) propose des questionnaires de satisfaction des patientes et patients pour les différents domaines de prise en charge.

Les résultats ci-dessous proviennent des questionnaires envoyés en 2022 aux patientes et patients de réadaptation et de psychiatrie adultes. Les enquêtes étant désormais réalisées tous les deux ans, il n'y a pas eu de mesures pour les soins somatiques. Les résultats des années précédentes sont publiés sur le site de l'ANQ (www.anq.ch).



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

Pour évaluer la réadaptation, un nouveau questionnaire court de six questions a été mis en place par l'ANQ en 2018.

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

1. Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge par l'équipe (personnel médical et thérapeutique, personnel infirmier, service social)?	78	3,99
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?	79	3,97
3. Durant votre séjour de réadaptation, avez-vous été suffisamment impliqué-e dans les décisions?	76	3,88
4. Avez-vous eu des réponses compréhensibles à vos questions?	74	3,98
5. Les thérapies ont-elles répondu à vos attentes (portée, déroulement, etc.)?	81	4,00
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.)?	80	3,87

Commentaire du graphique pour la réadaptation

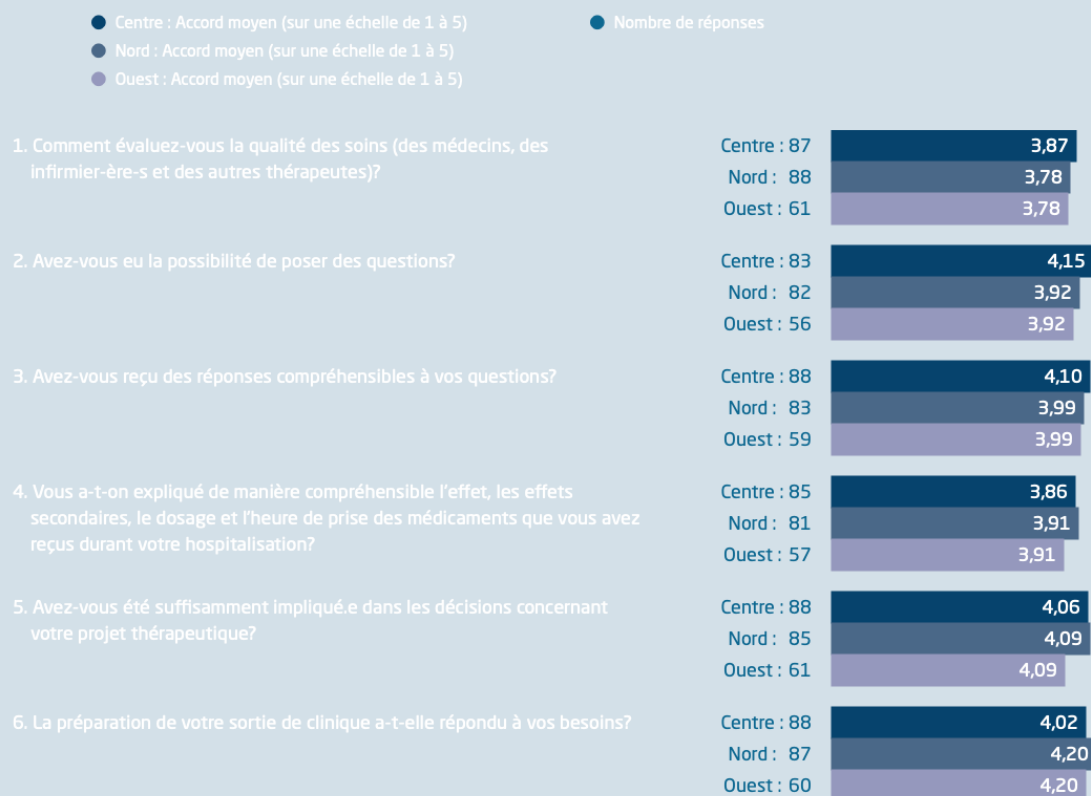
En 2022, 47,9% des questionnaires ont été retournés. Ce taux de réponse est supérieur au taux de retour national (42,1%) de même qu'à celui de 2021 qui était de 35,0%. Cette évolution montre un intérêt croissant des patientes et patients à donner leur avis sur leur séjour en réadaptation au CHUV. Le niveau moyen de satisfaction reste élevé et très semblable aux années précédentes, avec un résultat proche de 4 sur une échelle allant de 1 à 5.

La prochaine mesure de la satisfaction des patientes et patients en réadaptation se fera en 2024.



EVALUATION DE LA SATISFACTION DES PERSONNES HOSPITALISÉES EN PSYCHIATRIE ADULTE

Pour évaluer la satisfaction en psychiatrie adulte, les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire en papier remis en mains propres aux patientes et patients avant la fin de l'hospitalisation. Cette méthodologie a été introduite en 2019. Toutes les patientes et tous les patients des secteurs centre (site de Cery), nord (site d'Yverdon) et ouest (site de Prangins) ont reçu un questionnaire. Les résultats sont présentés par site.



Commentaire du graphique pour la psychiatrie adulte

Pour les trois secteurs centre, ouest et nord, les taux de réponse à l'enquête 2022 se situent respectivement à 27%, 33% et 50%. Ces résultats sont tous inférieurs à la moyenne nationale de 57%.

Sur une échelle de 1 à 5, le niveau de satisfaction moyen varie entre 3,5 et 4,3 points, avec une majorité de réponses très proches de 4. Semblable à celui de 2021, ce résultat montre une bonne satisfaction générale des patientes et patients ayant répondu à l'enquête.

Les objectifs pour l'enquête 2024 seront d'améliorer les taux de réponse des sites du centre et de l'ouest en se basant sur l'expérience du nord, de manière à obtenir des résultats plus représentatifs.

La prochaine mesure de la satisfaction des patientes et patients adultes en psychiatrie se fera en 2024.

1.2 L'EXPÉRIENCE DES PATIENTES ET PATIENTS DU CHUV



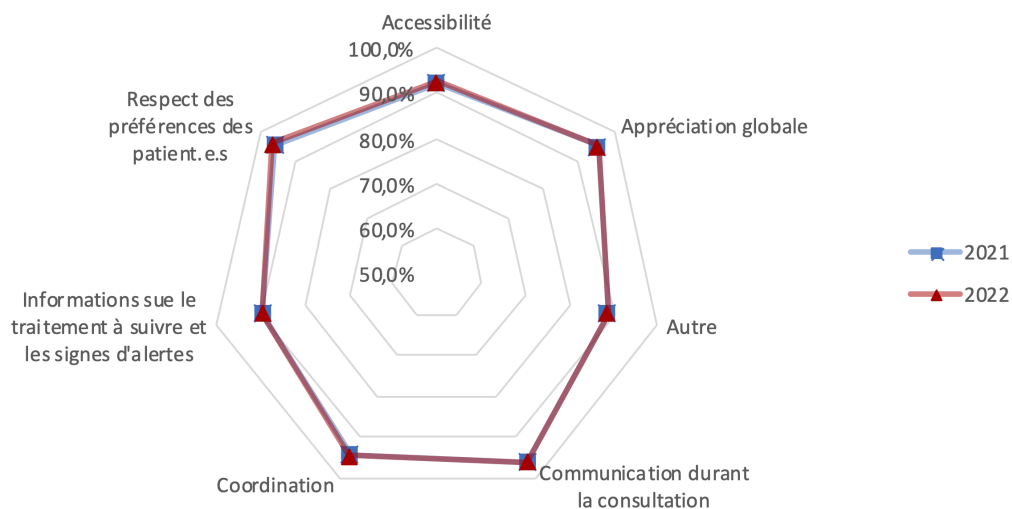
Chaque année, le CHUV réalise deux enquêtes transversales au sein des services somatiques et psychiatriques auprès de personnes hospitalisées en soins aigus et en soins ambulatoires. Les résultats permettent de mesurer le degré de satisfaction des patientes et patients en fonction de plusieurs thèmes essentiels. Ils servent ensuite à améliorer leur expérience à l'hôpital.

Les études sont réalisées par la cellule Enquêtes de satisfaction et d'opinion des patientes, patients, employées et employés (ESOPE), mandatée par le CHUV. Pour les personnes hospitalisées en soins aigus, le graphique ci-dessous présente les résultats des années 2022 et 2021. Pour les patientes et patients en ambulatoire, le visuel montre les années 2021 et 2020.

Pour les personnes hospitalisées en soins aigus, l'enquête inclut toutes les personnes âgées d'au moins 16 ans, qui disposent d'une adresse de résidence en Suisse (hors établissement pénitentiaire) et sont revenues à leur domicile ou en EMS après une hospitalisation de plus de 24 heures entre janvier et mars 2022.

Pour les patientes et patients ambulatoires, l'enquête inclut un échantillon aléatoire de personnes qui disposent d'une adresse de résidence en Suisse (hors établissement pénitentiaire) et qui ont bénéficié d'une consultation médicale ambulatoire planifiée entre le 20 septembre et le 1er octobre 2021.

Ambulatoire: taux de réponses positives



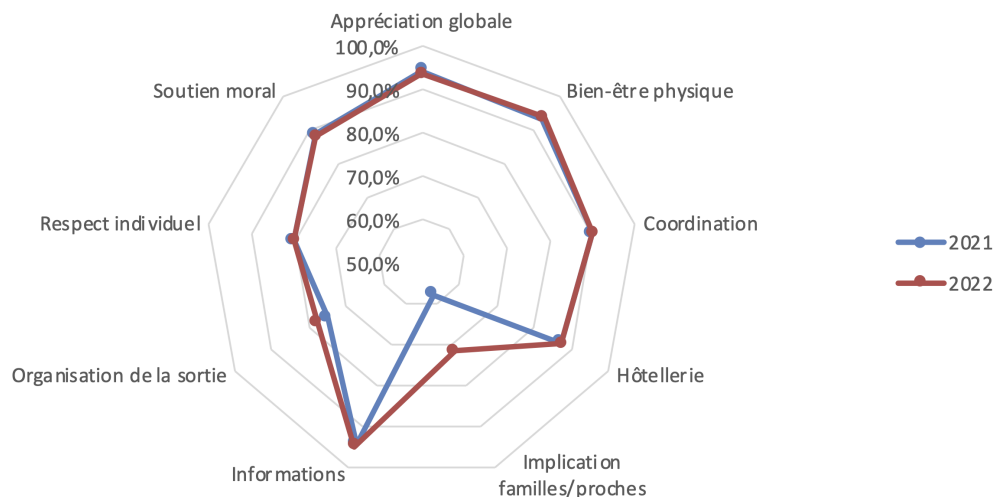
Nota bene: la dimension "Autre" comprend des critères tels que la confiance envers les professionnel-le-s, l'information sur les habitudes de vie, l'état de santé général, etc.

Commentaire du graphique

Sur 4000 questionnaires envoyés, 1754 questionnaires remplis ont été retournés, soit un taux de participation de 43,9 %. Ce taux est semblable à celui de l'enquête 2021 (44,6%).

Globalement, la patientèle y apparaît très satisfaite des consultations au CHUV. On constate par ailleurs une stabilité par rapport à l'enquête de 2021. L'analyse qualitative des commentaires enregistrés révèle des résultats assez habituels pour une enquête en soins ambulatoires: on y trouve de très nombreuses marques de remerciements envers le personnel du CHUV, pour la qualité de ses explications et de sa consultation, tandis que les critiques visent essentiellement la communication de la patientèle au personnel, ou entre professionnelles et professionnels, ainsi que le temps d'attente avant la consultation.

Hospitalier: taux de réponses positives



Commentaire du graphique

Sur 5862 questionnaires envoyés, 2786 questionnaires remplis ont été retournés, soit un taux de participation de 47,5 %. Ce taux est en baisse de 4,6 % par rapport à 2021.

Les commentaires enregistrés montrent que globalement l'expérience des patientes et patients au CHUV apparaît relativement stable. La seule différence significative entre 2021 et 2022 est l'implication des familles et des proches. Ce résultat s'explique probablement par les restrictions d'accès et de visites liées à la situation du COVID-19 en 2021. La grande majorité semble satisfaite des soins et services reçus.

Au-delà des taux de satisfaction souvent élevés, la compétence, le professionnalisme, le dévouement et le travail des équipes soignantes ont de nouveau été très largement salués. Des pistes d'amélioration sont néanmoins identifiées concernant l'implication des familles ou des proches et l'organisation de la sortie de l'hôpital.



Objectif 2023

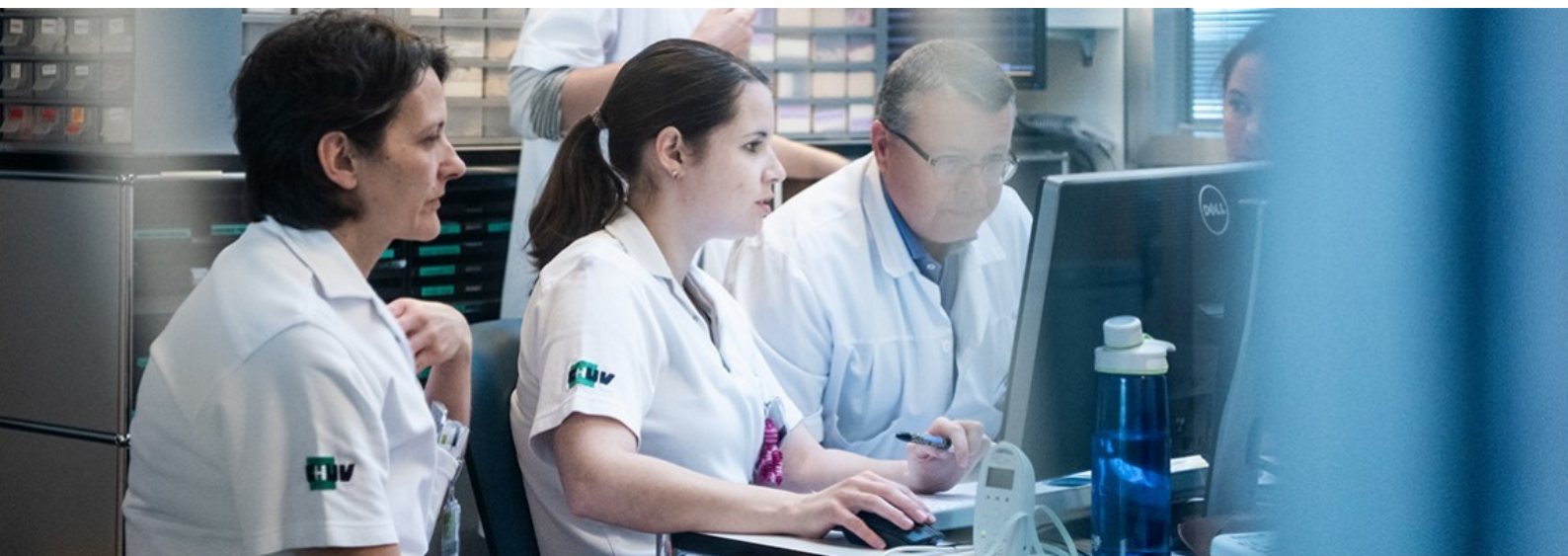
Pour 2023, les départements et les services analyseront leurs données respectives et/ou mettront en place des mesures d'amélioration continue.

2 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 avec la ou le médecin de famille et le centre de soins à domicile.

2.1 LE FAXMED DE SORTIE



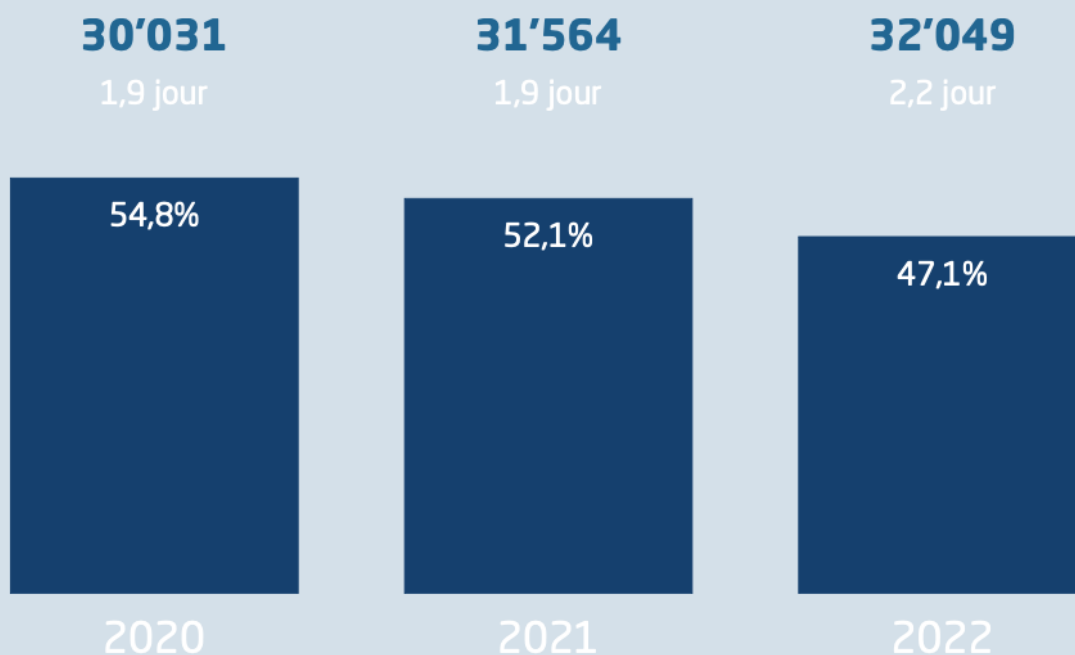
Si l'on veut assurer une transition optimale et prévenir les ruptures de continuité des soins, avertir la médecin traitante ou le médecin traitant que sa patiente ou son patient est sorti.e de l'hôpital est très important.

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

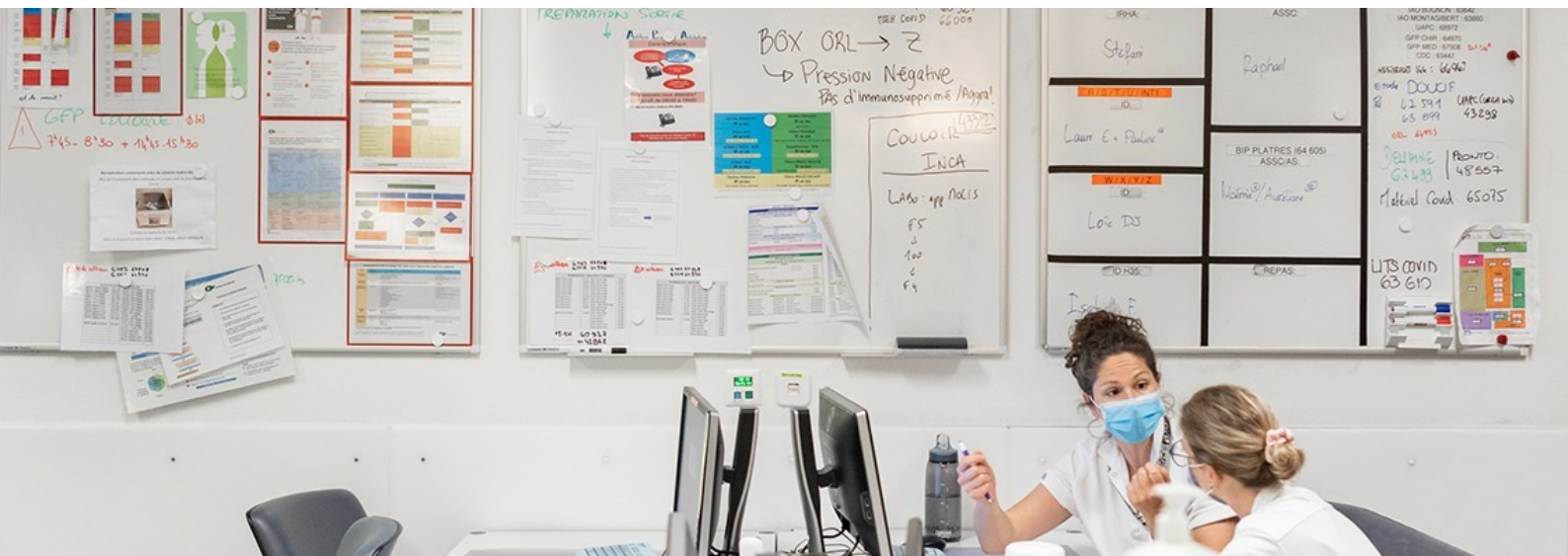
En 2022, le taux de Faxmed envoyés dans les 48 heures suivant la sortie de la personne hospitalisée s'élève à 47%. Ce résultat montre une baisse de 4% par rapport à 2021. On constate également que par rapport à l'année précédente le délai moyen d'envoi est passé à 2,2 jours. Ce résultat dépasse le délai visé. Il représente également une augmentation par rapport au délai de 1,8 jour constaté en 2021 et 2020.



Objectif 2023

Ces résultats montrent qu'en 2023 un effort devra être fourni de manière ciblée dans les services concernés afin d'identifier les barrières qui engendrent un délai d'envoi supérieur à 48 heures. Il faudra ensuite mettre en place des mesures d'amélioration qui permettront d'atteindre un délai égal ou inférieur à 48 heures.

2.2 LE DÉLAI D'ENVOI DES LETTRES DE SORTIE



Lorsqu'une patiente ou un patient sort du CHUV pour rentrer à son domicile ou se rendre dans un autre lieu de soins, une lettre de sortie est rédigée par la médecin référente ou le médecin référent de l'hôpital.

La lettre de sortie fait suite au Faxmed (cf. point 2.1 précédent). Son contenu décrit de manière synthétique la situation de la personne soignée lors de son entrée au CHUV, puis les investigations réalisées, les résultats obtenus, les traitements commencés durant son hospitalisation, son parcours d'hospitalisation, enfin les mesures à prendre ou à poursuivre après sa sortie.

Afin d'éviter une discontinuité dans le parcours de soins, il est primordial que la lettre de sortie soit transmise rapidement. Ce document permet à la médecin traitante ou au médecin traitant de comprendre au mieux le parcours que sa patiente ou son patient a suivi durant son séjour au CHUV. Plus le délai de transmission est court, plus la transition sera optimale après la sortie de l'hôpital.

“

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

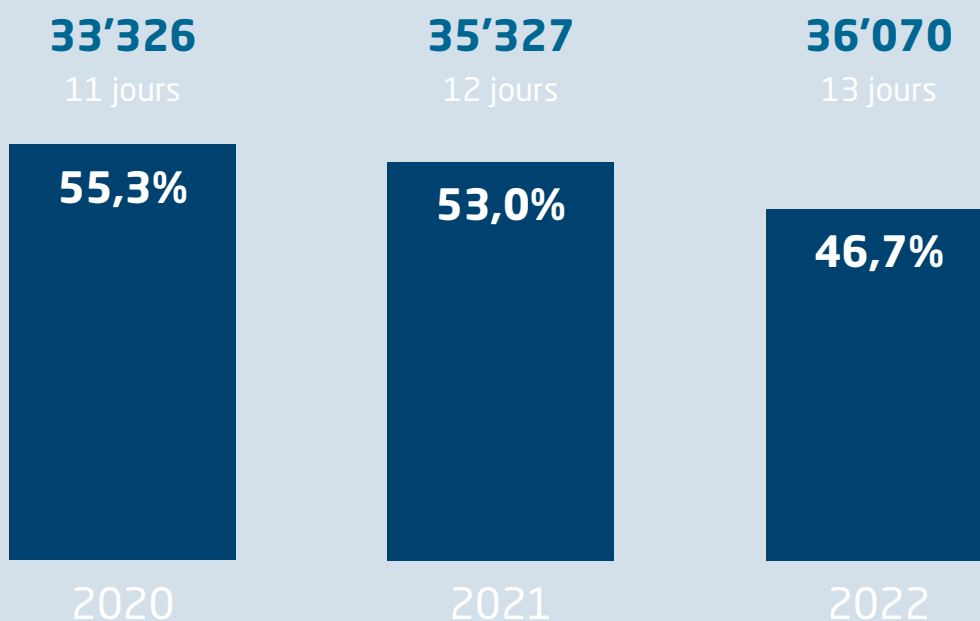
Le CHUV a fixé le délai idéal de transmission de la lettre de sortie à 8 jours au plus tard après que la patiente ou le patient a quitté l'hôpital. Bien qu'encore difficile à atteindre, cette durée reste impérative.

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



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 2022, au CHUV dans son ensemble, 46,7% des lettres de sortie ont été envoyées dans les 8 jours après la sortie des personnes hospitalisées, mais le délai moyen était de 13,2 jours. Ces résultats sont moins bons qu'en 2021 et 2020. Il faut noter que le contexte de la pandémie de COVID-19, qui a entraîné une diminution d'activité des services chirurgicaux pendant plusieurs mois en 2020 et 2021, a exercé une influence sur ces résultats. En effet, le Service de médecine interne, qui accueille les patientes et patients souffrant du COVID-19, atteint le taux de lettres de sortie dans les 8 jours le plus élevé au sein du CHUV (supérieur à 80%). Lorsque la proportion de patientes et patients de ce service augmente par rapport au reste du CHUV, les résultats globaux de l'institution sont tirés vers le haut. Les activités de médecine interne et de chirurgie ayant repris normalement en 2022, cet effet sur le taux global des délais a disparu.



La pandémie de COVID-19 a influencé ces résultats.

En 2023, un travail ciblé auprès des services concernés sera mené afin d'identifier des mesures d'amélioration permettant de raccourcir le délai de libération des lettres de sortie. Des travaux d'amélioration de la facturation initiés en parallèle vont également permettre de suivre et de réduire les délais de transmission.

2.3 LE DOCUMENT MÉDICO-SOCIAL DE TRANSMISSION



Le CHUV souhaite garantir qu'un document médico-social de transmission soit communiqué aux professionnelles et professionnels du prochain épisode de soins dans les 24 heures suivant la sortie de l'hôpital d'une patiente ou d'un patient.

Destinée aux patientes, aux patients et à leurs proches, ainsi qu'à l'équipe soignante du prochain épisode de soins, la transmission des informations nécessaires à la sortie de l'hôpital permet une meilleure coordination des soins. Des documents médico-sociaux de transmission (DMST) efficaces peuvent également réduire les réadmissions, les effets indésirables des médicaments, les complications et la mortalité. De plus, ils augmentent la satisfaction des patients, des patientes et des personnes soignantes.



La préparation à la sortie permet de réduire le taux de réhospitalisations des personnes âgées.

La transmission de ce document s'inscrit dans une démarche plus globale de préparation à la sortie de l'hôpital, qui se compose de trois processus:

- La planification de la sortie (elle comprend l'évaluation et la planification des besoins pour la sortie, de même qu'une estimation du risque de réadmission)
- Les enseignements et informations spécifiques à la sortie
- La coordination de la sortie

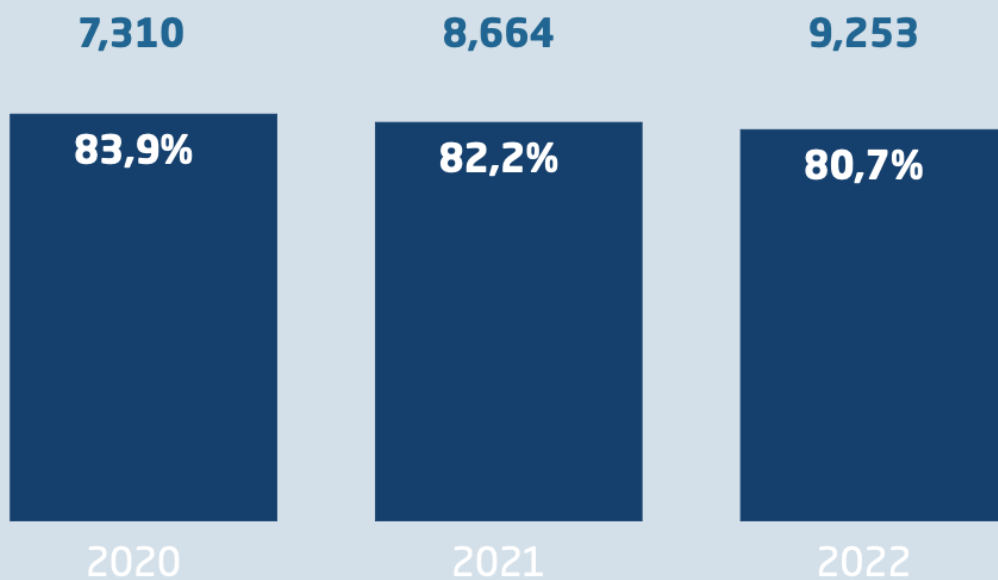
La préparation à la sortie permet de réduire le taux de réhospitalisations des personnes âgées et de diminuer légèrement les durées de séjour.

Cet indicateur est interrelié avec les indicateurs de gestion proactive des séjours et d'éducation thérapeutique (chapitres 2.4 et 2.5).



LE DOCUMENT MÉDICO-SOCIAL DE TRANSMISSION

- Proportion de DMST créés
- Nombre de séjours éligibles DMST



Commentaire du graphique

Stable au cours des années, le taux de réalisation d'un document médico-social de transmission est globalement élevé. Avec un résultat moyen supérieur à 80%, la marge de progression est faible. Lorsqu'ils sont hors normes, en particulier s'ils montrent une tendance à la baisse, les taux de complétude des documents médico-sociaux de transmission font l'objet d'une analyse par les services ou unités concernés.



Objectif 2023

Le CHUV va proposer à ses partenaires de réviser le document médico-social de transmission et d'automatiser son envoi dans les établissements externes. Il va également renforcer la communication auprès des cadres responsables afin de soutenir cette démarche de transmission systématique de ces documents.

2.4 LA GESTION PROACTIVE DES SÉJOURS



Depuis plusieurs années, afin d'anticiper et d'assurer la sortie des patientes et patients de l'hôpital dans les meilleures conditions possible, le CHUV a mis en place une organisation qui permet d'optimiser la qualité de la prise en charge et le séjour des personnes soignées.

Un séjour planifié dès l'entrée et une qualité de soins optimale

Le premier objectif de la gestion proactive des séjours (GPS+) est de garantir aux patientes et patients, dans les 24 heures qui suivent leur entrée au CHUV, un projet thérapeutique et une date prévisionnelle de sortie de l'hôpital. Ces deux points sont clairement définis avec la patiente ou le patient comme avec ses proches. De cette façon, la personne soignée est partie prenante des soins qu'elle va recevoir et l'ensemble de l'équipe médico-soignante travaille avec une vision claire du projet tout au long de la prise en charge.

Une meilleure collaboration entre professionnelles et professionnels et entre services

La gestion proactive des séjours permet une meilleure collaboration entre les professionnelles et professionnels qui définissent le projet thérapeutique d'une patiente ou d'un patient. La responsabilité de ce projet est assurée conjointement par une ou un médecin senior et par l'infirmière cheffe ou infirmier chef d'unité du service. Elles et ils formulent ensemble les objectifs du séjour qui seront discutés lors des points de rencontre de l'équipe clinique. Ces discussions concernent notamment les prises en charge complexes qui impliquent plusieurs professionnelles et professionnels à l'intérieur d'un même service et entre plusieurs services.



La description de la prise en charge dans le dossier informatisé permet d'éviter une fragmentation des soins.

Par ailleurs, la description d'une prise en charge définie est accessible dans le dossier informatisé de la patiente ou du patient. Cette documentation permet d'éviter une fragmentation des soins dont les professionnelles et professionnels subissent souvent les conséquences, notamment au niveau de la circulation des données des patientes et patients (résultats et dates d'examens, orientation de la personne lors de la sortie, etc.).

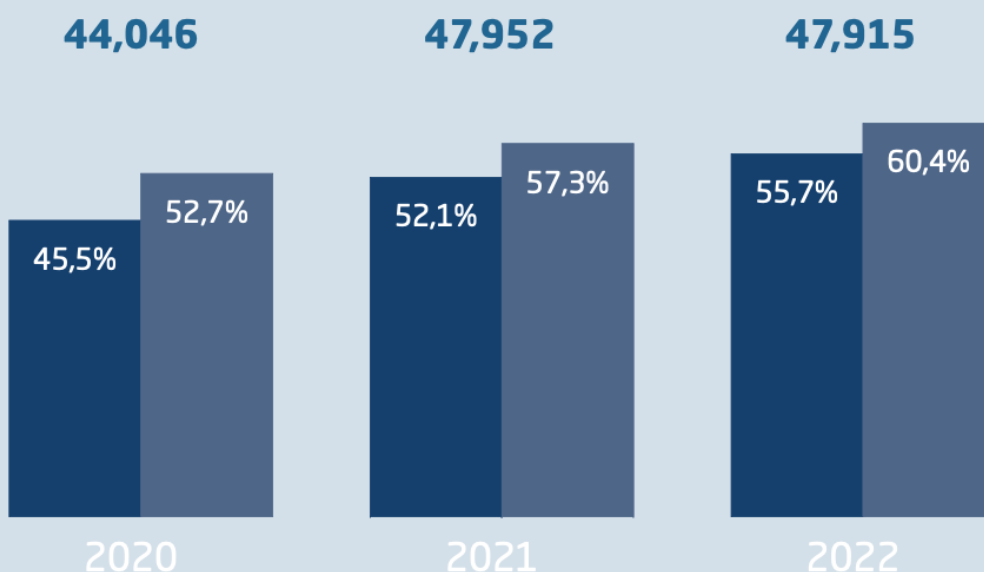
Des personnes hospitalisées mieux informées et actrices de leur prise en charge

Chaque personne hospitalisée est pleinement associée à chacune des étapes de sa prise en charge. Grâce aux objectifs de soins clairement définis et aux démarches réalisées en amont pour orienter la patiente ou le patient vers le lieu le plus adapté à sa situation, le CHUV peut préparer son retour à domicile ou sa convalescence avec la personne soignée comme avec ses proches et les partenaires de soins (infirmières ou infirmiers de liaison, physiothérapeutes, etc.). Les points de rencontre interprofessionnels permettent également de réévaluer les projets thérapeutiques en fonction de leur évolution, tout en garantissant un discours uniforme, cohérent et rassurant.



LA GESTION PROACTIVE DES SÉJOURS (GPS+)

- Pourcentage de séjours avec documentation de la date de sortie
- Pourcentage de séjours avec documentation du lieu de sortie
- Nombre de séjours



Commentaire du graphique

Depuis 2017, les taux de documentation d'une date et d'un lieu de sortie sont en augmentation constante. Les résultats des départements qui ont implanté le projet GPS+ sont plus élevés que ceux des départements qui ne l'ont pas déployé. Lorsqu'ils sont hors normes, en particulier s'ils montrent une tendance à la baisse, les taux de documentation d'une date et d'un lieu de sortie font l'objet d'une analyse par les services ou unités concernés.



Objectif 2023

En 2023, la gestion proactive des séjours sera déployée dans le Département de psychiatrie. Les autres départements cliniques continueront d'appliquer les procédures déjà en place et/ou de mettre en place des mesures d'amélioration continue. Les services ou unités analyseront ces décisions et/ou mettront en place des mesures d'amélioration continue.

2.5 L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE



Afin de transmettre aux patientes, aux patients et à leurs proches des informations ou un enseignement dont elles et ils ont besoin, le CHUV a mis en place une offre d'information, de conseil et d'éducation thérapeutique.

Les professionnelles et professionnels du CHUV disposent de divers moyens qui permettent de prévenir certains problèmes et de promouvoir la santé. Ces moyens comprennent de l'information, de la guidance et du coaching, et vont jusqu'à de l'éducation thérapeutique et de la psychoéducation.

L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patientes et les patients à acquérir ou à maintenir les compétences nécessaires pour gérer leur maladie chronique de façon autonome. En leur transférant des compétences en fonction de leurs besoins et d'un but prédéfini, elle leur permet d'accomplir certaines tâches sans l'aide d'une personne soignante.

“

L'éducation thérapeutique soutien les patientes et les patients pour gérer leur maladie, leurs symptômes et leur traitement.

Cette démarche d'autogestion peut être entreprise par des personnes atteintes d'une maladie chronique ou qui souffrent d'addiction. Elle leur permet de gérer la maladie, ses symptômes et son traitement, de même que ses conséquences physiques, psychiques et sociales, y compris les changements qu'elle implique dans leurs conditions de vie.

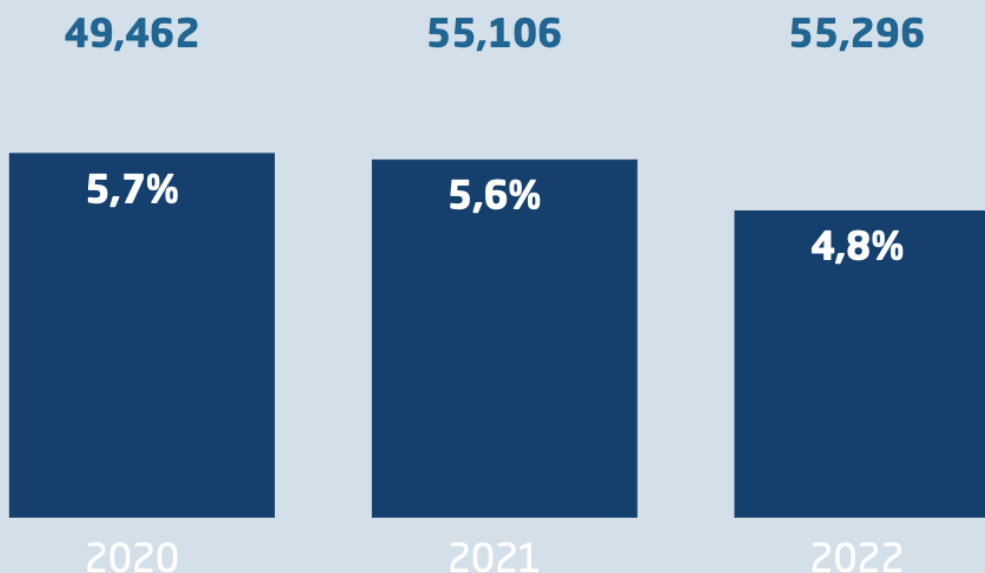
Plus précisément, le processus de l'éducation thérapeutique comprend quatre étapes qui sont intégrées dans la démarche de soins. Ces étapes réunissent un ensemble d'activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, qui abordent aussi bien la maladie que les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements qui

entretiennent la bonne santé, et enfin la bonne attitude face à la maladie. Toutes les activités ont pour but d'aider les patientes, les patients et leurs proches à comprendre la maladie et les traitements. Elles leur permettent de collaborer aux soins, de prendre en charge leur état de santé et de favoriser un retour aux activités normales.



L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

- Pourcentage de séjours avec évaluation besoin éducationnel
- Nombre de séjours



Commentaire du graphique

L'indicateur montre le pourcentage de patientes et patients dont le besoin éducationnel a été évalué.

Cet indicateur a été publié en 2022, ce qui pourrait en partie expliquer des résultats insatisfaisants. En effet, certaines données sont corrélées avec l'enquête de satisfaction pour les patientes et patients hospitalisé-e-s, dont les résultats montrent que l'organisation de la sortie n'est satisfaisante qu'à 79% (les informations sur les effets indésirables des médicaments ou sur la reprise des activités habituelles pourraient être améliorées).



Objectif 2023

Pour 2023, le CHUV souhaite une amélioration de cet indicateur. Pour ce faire, les différentes parties prenantes sont impliquées dans une amélioration de la documentation. En outre, les départements et les services analyseront leurs données respectives et/ou mettront en place des mesures d'amélioration clinique.

3 LA SÉCURITÉ PAR LA GESTION DES RISQUES



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

3.1 LA SÉCURITÉ INTERVENTIONNELLE



Avant, pendant et après toute intervention, 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 depuis longtemps introduit une check-list de sécurité interventionnelle. Cet outil vise à prévenir les événements indésirables graves et évitables tels que les erreurs de site opératoire, les infections ou les oublis de corps étrangers. Les équipes médico-soignantes doivent respecter toutes ses étapes avant, pendant et après toute intervention.

La check-list de sécurité interventionnelle a pour objectif de sécuriser les trois temps forts de la prise en charge de la patiente ou du patient en salle d'intervention:

- 1) Avant le premier acte d'anesthésie (le sign-in ou SI)
- 2) Avant l'ouverture de la voie d'abord ou l'incision (le team time-out ou TTO)
- 3) La fermeture de la voie d'abord, le réveil de la patiente ou du patient et la sortie de la salle d'opération (le sign-out ou SI)

“

La check-list permet un contrôle systématique des points critiques de sécurité.

Ces étapes comprennent un contrôle systématique des points critiques de sécurité, comme l'identité de la patiente ou du patient, le marquage du site opératoire et de la latéralité de l'intervention, la disponibilité du bon matériel, le comptage des compresses, l'anticipation des risques, etc., par l'ensemble de l'équipe présente en salle d'opération.

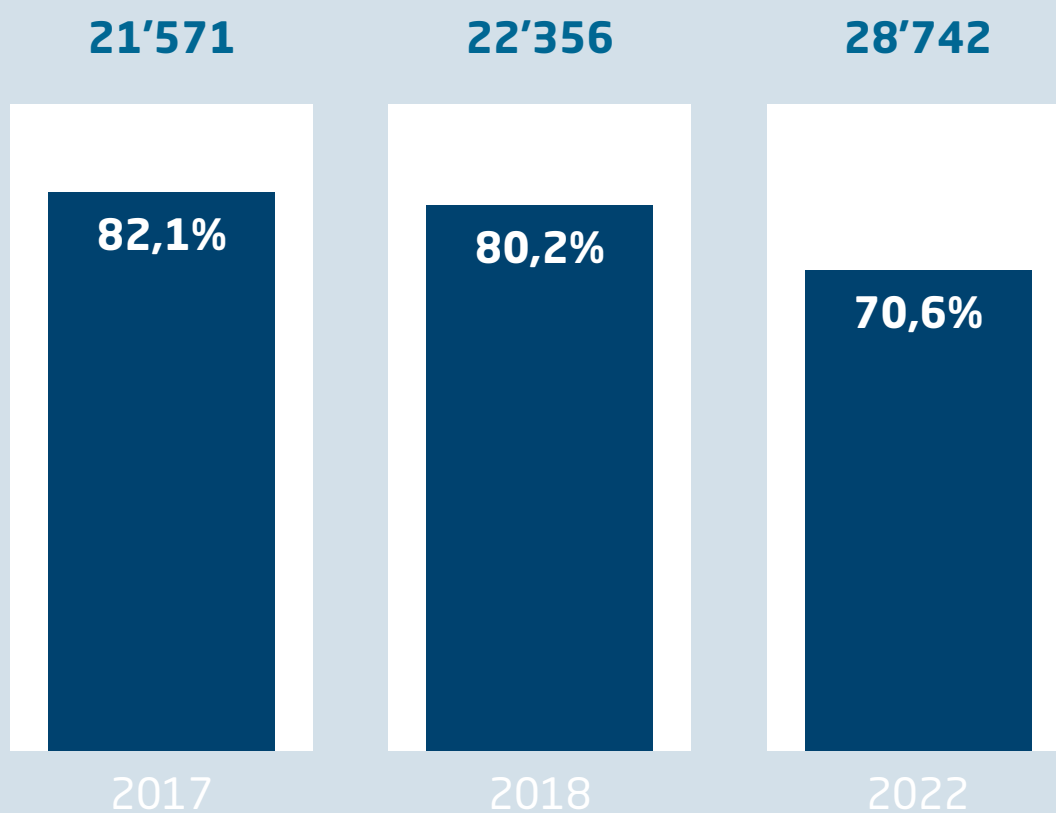
La check-list de sécurité interventionnelle permet par ailleurs de renforcer la communication et le partage des informations au sein des équipes travaillant au bloc opératoire ou interventionnel.

Après avoir été révisée en 2019, la nouvelle liste de contrôle a été déployée progressivement pendant le dernier trimestre 2021. Le CHUV surveille son taux de remplissage de très près. Grâce à la documentation de la check-list dans le dossier électronique de la patiente ou du patient, un nouvel indicateur a été mis à disposition de tous les acteurs en 2022. Ce dernier permet aux équipes de mesurer sa bonne application au sein des blocs opératoires et de suivre le taux de check-list complète, ainsi que le taux d'adhésion aux trois étapes clés du contrôle.



CHECK-LIST INTERVENTIONNELLE

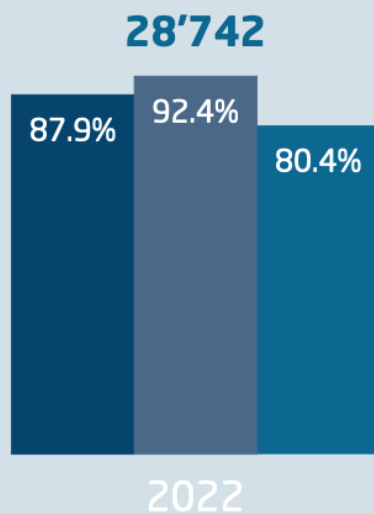
- Objectif
- Nombre d'interventions
- Proportion d'interventions avec tous les éléments de la checklist renseignés au dessus de l'objectif
- Proportion d'interventions avec tous les éléments de la checklist renseignés en dessous de l'objectif





TAUX DE REMPLISSAGE PAR ÉTAPE

- Nombre d'interventions
- % Sign-in complet
- % Team Time-Out complet
- % Sign-Out complet



Commentaire des graphiques

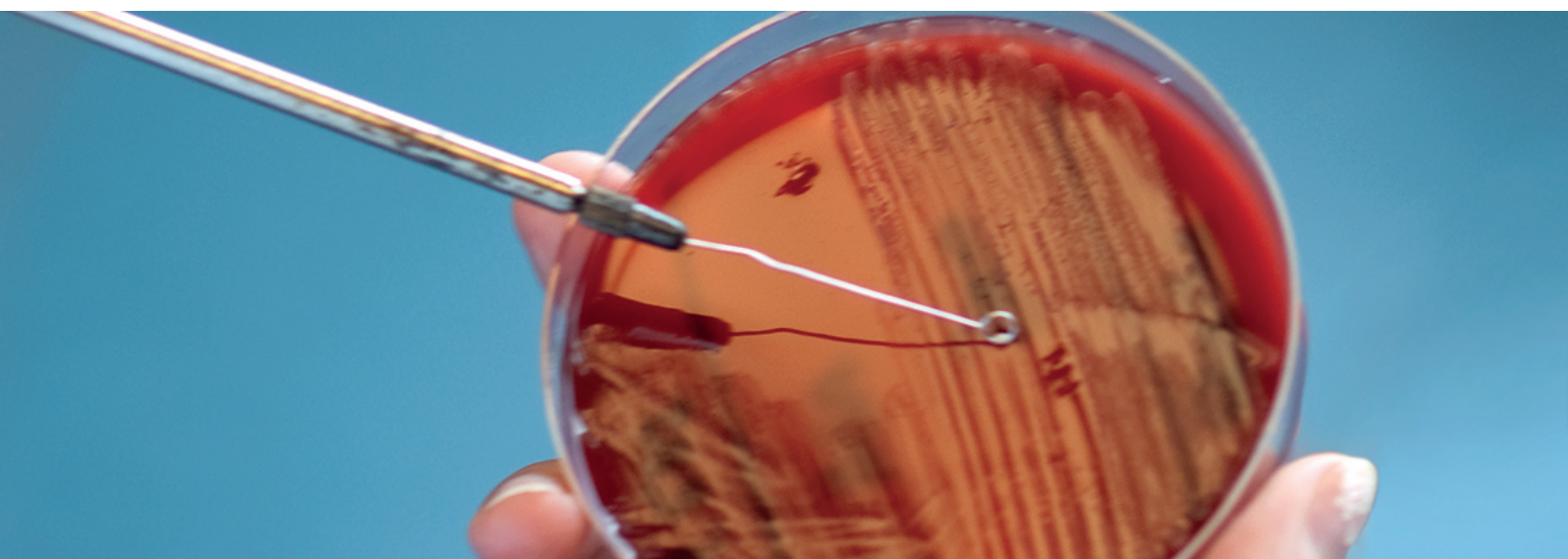
Avec un taux de complétude global de 70,6%, les résultats 2022 montrent que les listes de contrôle ne sont pas encore complétées de manière systématique.



Objectif 2023

En 2023, la diffusion des résultats par salle d'opération et type de chirurgie va permettre d'identifier, avec les équipes concernées, les points qui permettront d'améliorer encore le recours systématique et correct à la check-list. Les résultats déclinés pour chacune des trois étapes de contrôle permettent également de mieux identifier les barrières potentielles à son utilisation systématique.

3.2 LA PRÉVALENCE DES INFECTIONS ET ANTIBIOTHÉRAPIES



Avec plus d'une centaine d'hôpitaux suisses, le CHUV a participé en 2022 à une enquête nationale qui portait sur les infections associées aux soins et l'utilisation des antimicrobiens.

En 2022, le CHUV a participé à l'enquête nationale coordonnée par Swissnoso qui portait sur la prévalence ponctuelle des infections associées aux soins (IAS) et l'utilisation des antimicrobiens (CH-PPS). Cent huit hôpitaux suisses ont participé à cette enquête. Dans ce cadre, les établissements hospitaliers ont été invités à remplir le modèle d'évaluation de la prévention et du contrôle des infections au niveau des établissements de soins de l'OMS (MEPCI). Cet outil aide à mettre en œuvre les lignes directrices de l'OMS sur les principales composantes des programmes de prévention et contrôle des infections.

Infections associées aux soins

Au CHUV, les données de 809 patientes et patients ont été collectées par l'équipe de l'Unité d'hygiène prévention et contrôle de l'infection (HPCi) du Service des maladies infectieuses. La prévalence des infections associées aux soins était de 9,4%. Les infections associées aux soins les plus fréquentes étaient les infections respiratoires, suivies des bactériémies et des infections du site opératoire. Ce résultat est supérieur à la moyenne de tous les autres hôpitaux (5,9%) ainsi qu'à la moyenne des hôpitaux universitaires (8,1%).



20% des infections nosocomiales prises en charge par le CHUV ont été acquises dans un autre établissement.

Cette différence peut s'expliquer par la part importante des infections nosocomiales prises en charge par le CHUV mais acquises dans un autre établissement (correspondant à 20% des infections associées aux soins détectées au CHUV). Cette proportion découle de la place qu'occupe le CHUV comme hôpital de référence pour une partie de la Suisse romande. Pour l'ensemble des

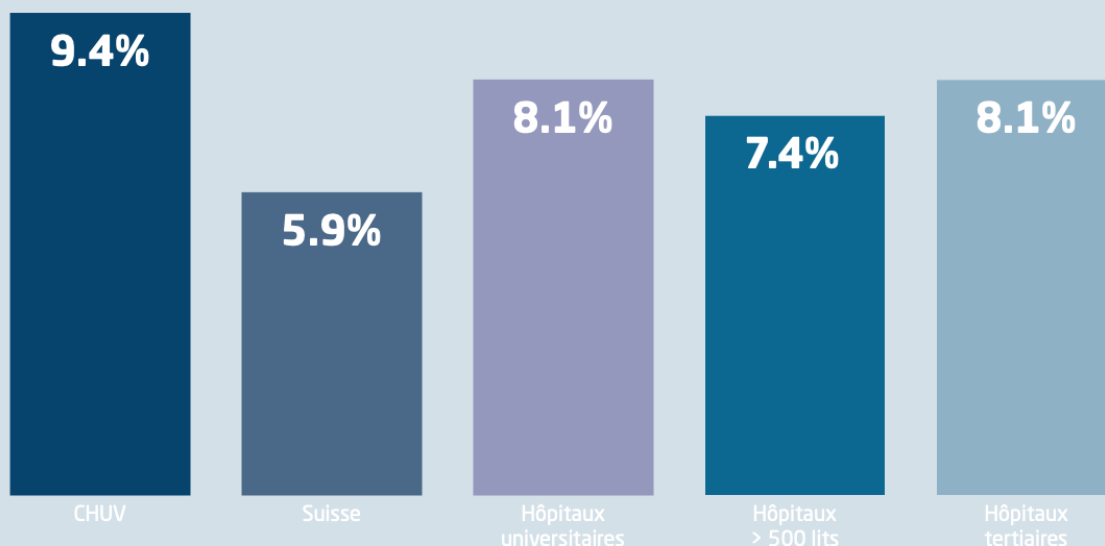
hôpitaux suisses, cette part représente 10% de leurs infections associées aux soins.

Le CHUV poursuit la surveillance dans ce domaine crucial de la sécurité des soins et participera à la prochaine enquête CH-PPS, qui se déroulera au mois de juin 2023.



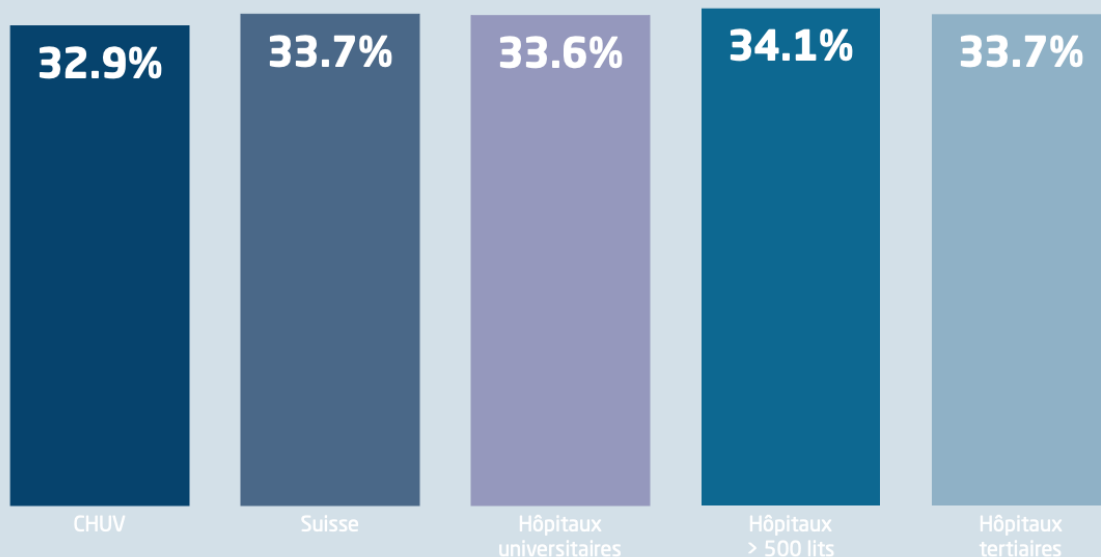
PRÉVALENCE PONCTUELLE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

Taux de patientes et patients avec infections associées aux soins (IAS) - comparaison avec les autres hôpitaux suisses





UTILISATION DES ANTIMICROBIENS

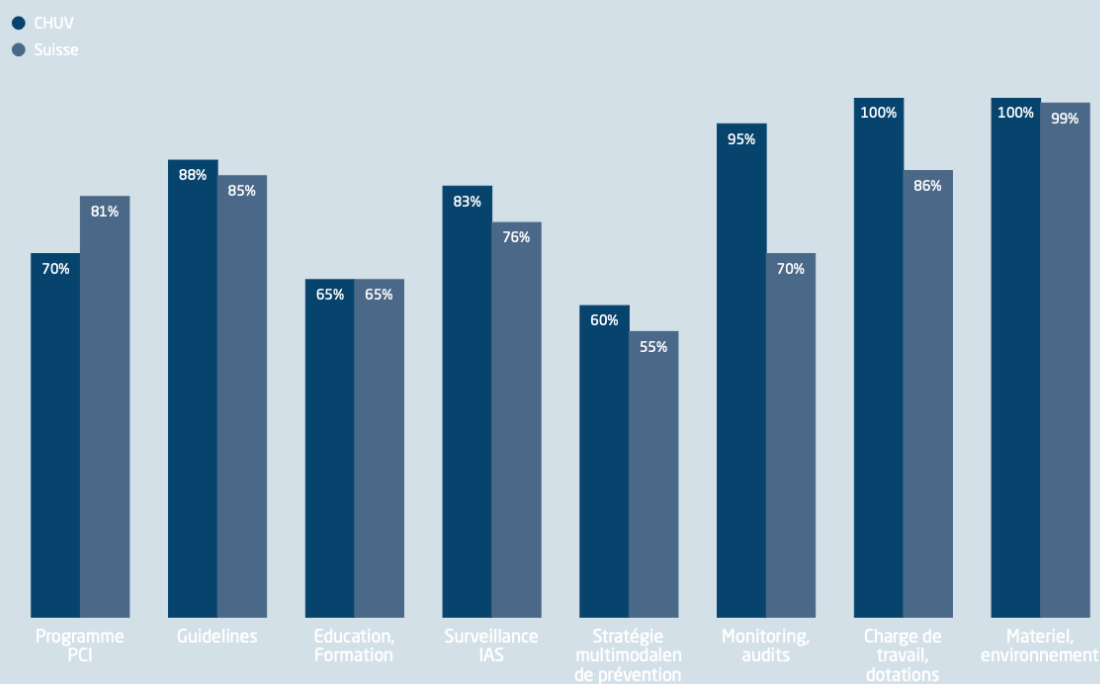


Le jour de l'enquête 32,9% des patientes et patients ont reçu au moins un antimicrobien. Ce résultat est comparable à celui de l'ensemble des autres hôpitaux (33,7%) ainsi qu'à celui des autres hôpitaux universitaires (33,6%).



EVALUATION DE LA PRÉVENTION ET DU CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI) AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Modèle de l'OMS - Comparaison avec les autres hôpitaux suisses



Les résultats ont montré que le CHUV et les autres hôpitaux suisses étaient très performants en matière d'infrastructure hospitalière et de personnel. En revanche, une marge d'amélioration existe en matière d'éducation, de formation et de stratégies multimodales de prévention des infections associées aux soins. Pour le CHUV, un point de progrès était la composante n°1 «programmes de PCI». Ce manque aura été comblé en 2023 avec la mise en place d'une commission institutionnelle PCI.

3.3 LA PRÉVALENCE DES ESCARRES



Depuis 2011, sous l'égide de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), une enquête annuelle de prévalence des escarres est organisée durant la même journée dans toutes les institutions de Suisse affiliées.

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 500 patientes et patients du CHUV.

Cette enquête vise à identifier le taux d'escarres présentes le jour de l'examen. Elle permet également de préciser la gravité des escarres 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

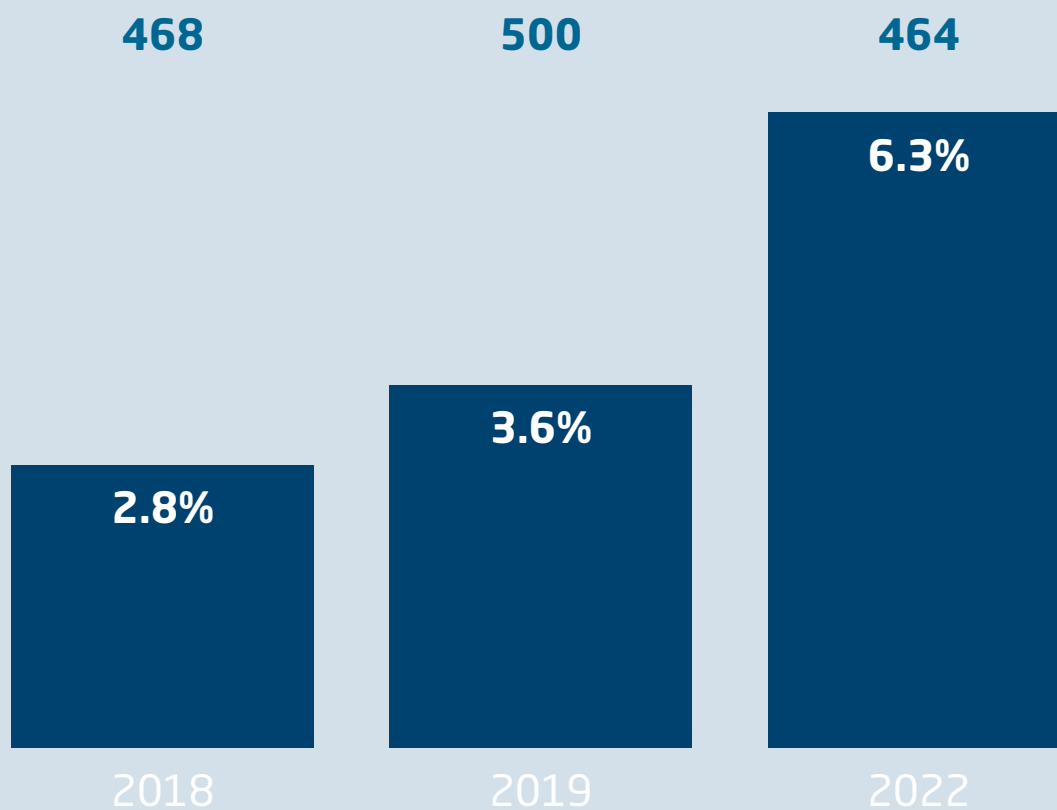
Inclassable: perte tissulaire ou cutanée complète dont la profondeur est inconnue

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



PRÉVALENCE DES ESCARRES NOSOCOMIALES (CATÉGORIES 2 ET PLUS)

- Nombre de patients observés
- Taux du CHUV



Commentaire du graphique

En 2020 et 2021, l'enquête ANQ a été annulée en raison de la pandémie de COVID-19. En 2022, le taux de prévalence des escarres nosocomiales (catégories 2 et plus) est significativement au-dessus de la norme nationale. L'enquête montre cependant que le CHUV a renforcé les mesures de prévention auprès des patientes et patients à risque, comme la mobilisation régulière. Le degré d'application de ces mesures est supérieur à la moyenne des autres hôpitaux universitaires suisses.



Objectif 2023

En 2023, afin d'améliorer ces résultats, le CHUV adoptera une approche contextualisée et ciblée auprès de trois unités qui présentent un taux d'escarres significativement au-dessus de la moyenne. Les autres unités continueront d'appliquer les mesures de prévention déjà en place.

3.4 LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES ET INDÉSIRABLES



Le CHUV reconnaît que l'activité hospitalière comporte un risque. Exercé au sein de systèmes faillibles et en perpétuelle mutation, l'acte de soigner peut être à l'origine d'événements indésirables.

Afin de gérer les incidents critiques et indésirables, mais aussi d'éviter qu'ils ne se reproduisent, la première étape est d'en avoir connaissance. Il est donc essentiel de promouvoir une culture d'annonce des incidents au sein d'une institution comme le CHUV. Cette nécessité est d'ailleurs stipulée dans sa Charte institutionnelle: **«Je signale les événements indésirables avec bienveillance et dans un esprit constructif afin de permettre une démarche d'amélioration.»**

Le recueil des événements critiques et indésirables (RECI) permet de récolter les incidents ou les quasi-incidents survenus au cours du processus clinique.



Il est essentiel de promouvoir une culture d'annonce des incidents.

Par le biais du portail RECI, toute personne qui travaille au sein du CHUV peut signaler un incident, qu'elle ait été impliquée ou non dans la survenue de l'événement. Le signalement est obligatoire pour tout événement qui génère un dommage pour la patiente ou le patient. La gestion des dommages s'effectue ensuite de façon séparée.

En 2022, des évolutions ont pris place:

- **Les données de traitement des incidents dans l'outil RECI sont anonymisées:**

Si le signalement des incidents peut être anonyme ou nominatif, son traitement impliquait l'utilisation de données nominatives des patientes, des patients, des collaboratrices et des collaborateurs. Dorénavant, afin de renforcer la culture d'annonce et de ne pas stigmatiser les professionnelles et professionnels qui signalent ou sont impliqué-e-s dans l'incident, l'identité des patientes, des

patients, des professionnelles et des professionnels est systématiquement supprimée après la gestion de l'incident.

- La procédure d'analyse rapide de certains incidents a été mise en place:

Dans les situations d'événements graves impliquant des risques importants pour la sécurité des soins, la Direction médicale et la Direction des soins pilotent, en coordination avec les directions des services cliniques, une analyse rapide (analyse fast-track). Cette démarche a pour but d'identifier et de mettre en œuvre des actions correctives rapides visant à réduire le risque de récurrence. L'engagement des cadres et la rapidité de l'intervention sont deux facteurs-clés de ce processus. Certains principes sont rappelés par leur intégration dans l'outil de gestion des événements indésirables, en particulier le soutien de la collaboratrice ou du collaborateur (qu'on considère comme une deuxième victime) et l'information des patientes et patients.



Une information transparente et un dialogue empathique sont privilégiés avec la patiente ou le patient et ses proches.

Il n'est pas facile de partager un incident dont on est soi-même à l'origine ni de signaler un incident dont on a été témoin. L'institution offre un soutien juridique et psychologique aux collaboratrices et collaborateurs impliqués. Elles et ils sont considérés comme «deuxième victime» pour autant que l'incident ne soit pas le résultat d'un acte délibéré ou d'une négligence grave (volonté de nuire intentionnellement, manquement à des devoirs essentiels, abus de substances). Ce principe est désormais rappelé dans l'outil de gestion de l'événement.

En outre, afin d'être transparent sur les événements ayant pu survenir et sur leurs causes associées, et ainsi conserver un lien de confiance dans la relation thérapeutique, une information transparente et un dialogue empathique sont privilégiés avec la patiente ou le patient et ses proches. La finalisation de la gestion de l'incident intègre désormais ce principe.

- Des tableaux de bord qui agrègent les données sont disponibles

Depuis peu, les données issues de l'outil RECI font partie des indicateurs institutionnels de la qualité et la sécurité des soins. Des tableaux de bord qui agrègent les informations offrent désormais aux responsables de la gestion des événements et aux directions médico-infirmières la possibilité de piloter les démarches d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins sur la base de statistiques exhaustives.



Si l'on veut soutenir la culture d'annonce des incidents, le retour est essentiel.

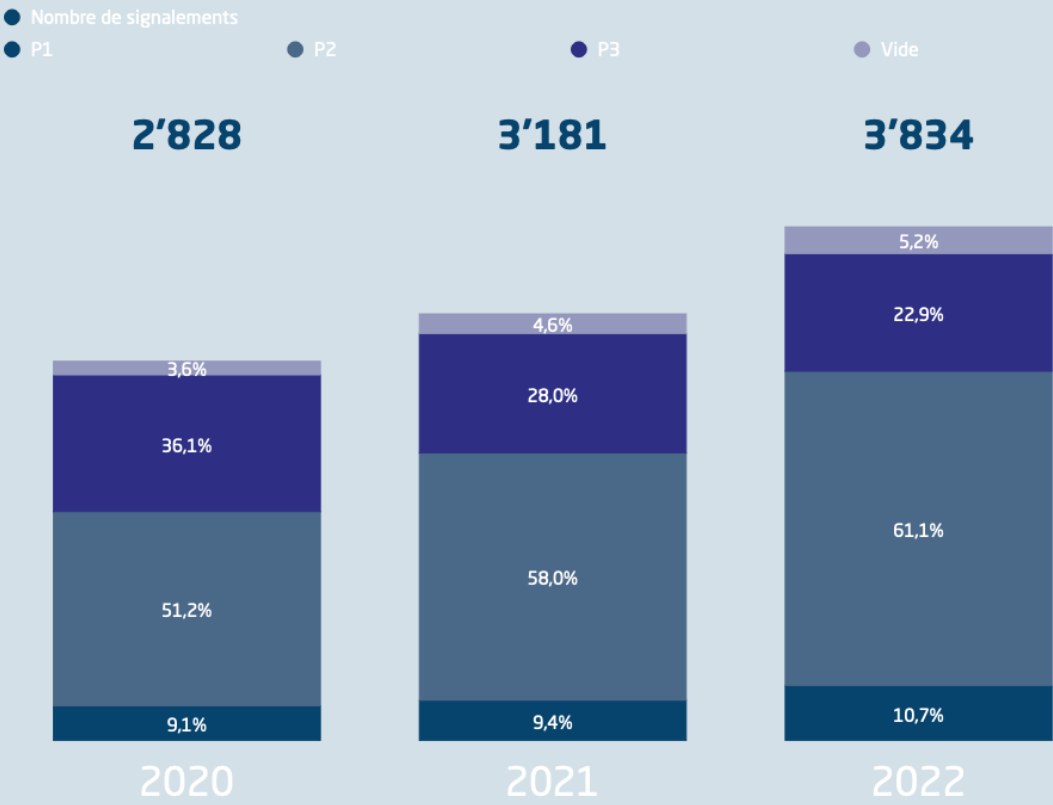
- Le retour à la personne qui signale un incident est devenu systématique

Lorsqu'un incident est signalé dans le RECI, le système prévoit désormais un retour systématique d'information à la personne qui l'a signalé sur les suites qui ont été données à sa déclaration (sauf si le signalement est anonyme). Si l'on veut soutenir la culture d'annonce des incidents et renforcer les démarches d'amélioration et de prévention, ce retour est essentiel.

Ces évolutions permettent de consolider un climat de confiance dans lequel les collaboratrices et collaborateurs sont encouragé·e·s à s'impliquer dans l'annonce et la gestion des événements indésirables. L'enjeu consiste à améliorer de façon continue la qualité et la sécurité de la prise en charge des patientes et des patients.



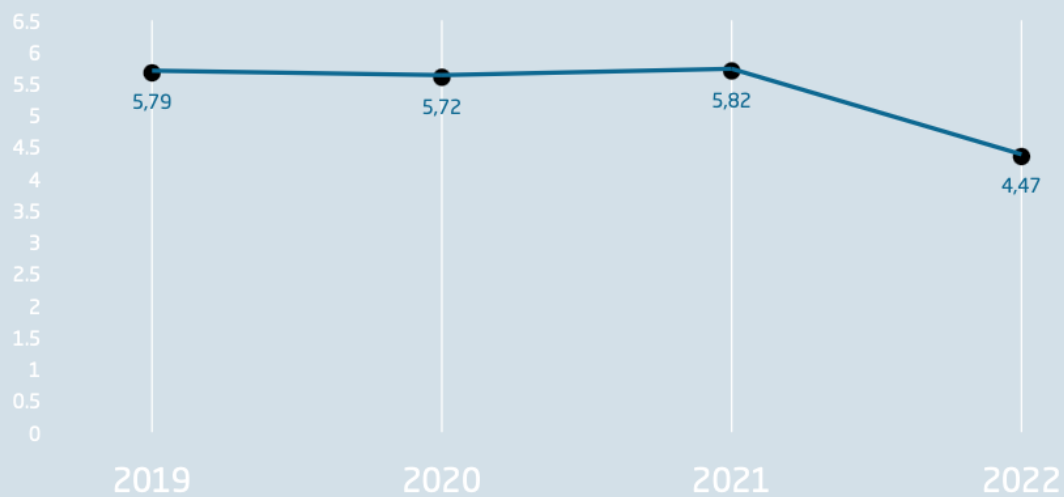
RECI - SIGNALEMENTS PAR PRIORITÉ





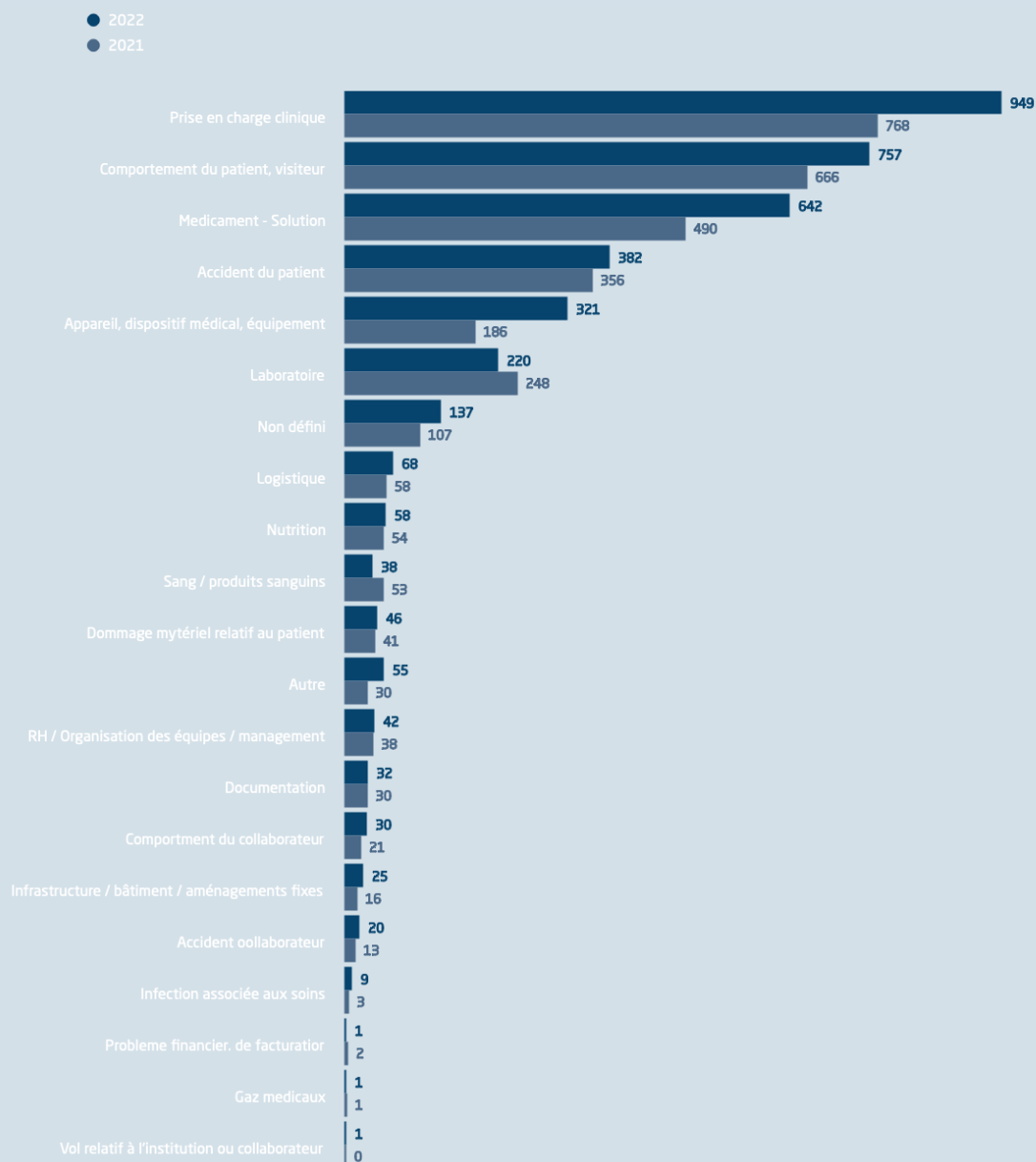
RECI - DURÉE DE TRAITEMENT DU SIGNALEMENT

● Durée médiane en semaines





SIGNALEMENTS PAR TYPE D'ÉVÉNEMENTS



Commentaire des graphiques

Le nombre de signalement est en augmentation au CHUV. Cela ne signifie pas que les événements critiques et indésirables sont en augmentation. Le fait que les événements soient davantage signalés offre l'opportunité de les analyser et de proposer des mesures de sécurisation des pratiques. Alors que les signalements augmentent, leur durée de traitement diminue, ce qui relève l'engagement des coordinatrices et coordinateurs RECI pour les traiter.

3.5 LES TRANSMISSIONS INTERPROFESSIONNELLES INTERNES (TEAMSTEPPS)



Afin de rendre les échanges entre les équipes cliniques plus efficaces, le CHUV a mis en place des outils qui permettent de réduire au minimum les défaillances de communication.

Lorsqu'on analyse les déclarations du recueil des événements critiques et indésirables (outil que le CHUV utilise depuis plusieurs années pour répertorier les incidents), il apparaît qu'une partie des problèmes qui surviennent à l'hôpital sont dus à des défaillances de communication. En effet, lorsque plusieurs professionnelles et professionnels suivent une même personne, des difficultés de transmission des informations peuvent surgir. Un mot peut être interprété de façon erronée, une partie de l'information peut être perdue, etc. Cette situation n'est pas spécifique au CHUV ni au domaine de la santé. Elle apparaît régulièrement dans tout type d'organisation humaine. Cependant, dans le domaine des soins, les conséquences d'une mauvaise communication peuvent être majeures.

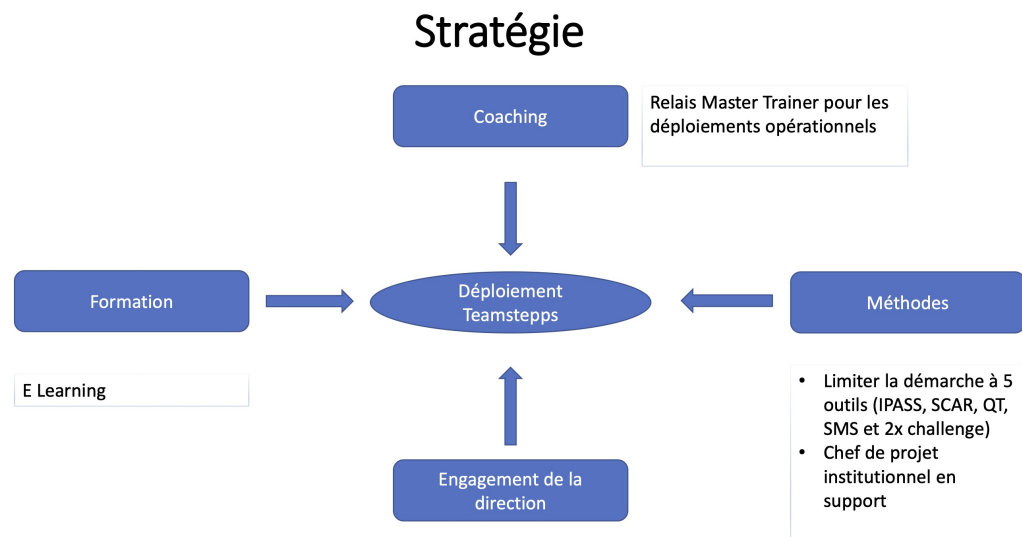
“

Les outils de la méthode TeamSTEPPS permettent de structurer les transmissions orales d'informations cliniques.

Afin de diminuer ces risques et de renforcer l'efficacité des échanges entre les équipes cliniques, la Direction générale a lancé un projet qui permet de structurer les transmissions orales d'informations cliniques grâce aux outils issus de la méthode TeamSTEPPS (abréviation de Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety, soit en français «stratégies et outils pour améliorer la performance d'équipe et la sécurité des patientes et patients»).

Après avoir été mis en suspens durant la pandémie de COVID-19, le projet a pu reprendre en 2022. La stratégie de son déploiement repose sur quatre piliers :

- La formation
- Le coaching par les pairs
- La méthode
- L'engagement de la Direction





OBJECTIFS TEAMSTEPPS

Effectué auprès des 21 services où la méthode TeamSTEPPS a été déployée, un état des lieux a montré que son implantation est globalement maîtrisée. Les objectifs de sécurisation des transmissions sont atteints.

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
TeamSteps donne l'opportunité de clarifier nos communications	0%	0%	10%	90%
TeamSteps améliore la communication inter-professionnelle	0%	5%	10%	85%
TeamSteps améliore l'esprit d'équipe	5%	10%	60%	25%
TeamSteps limite les attitudes défensives en communication	0%	10%	50%	40%
Total	1,3%	6,3%	32,5%	60%

Pérenniser de bonnes pratiques de communication structurées reste cependant un enjeu. En effet, cette enquête a mis en exergue certaines difficultés à maintenir l'utilisation de l'outil après son déploiement.

Afin de répondre à cette problématique, la méthode TeamSTEPPS a été intégrée dans les projets métiers et locaux tels que l'évaluation clinique infirmière ou la feuille de route du dossier de soins informatisé. En outre, le périmètre initial du projet a été élargi afin d'y inclure les soignantes et soignants du pool de suppléance. Enfin, la diffusion récente d'une grille d'audit, qui porte sur les critères d'observance de la méthode de transmission IPASS, permet dorénavant d'évaluer la pérennisation de l'outil après son déploiement.



Le CHUV a présenté à Bruxelles sa manière de structurer les appels téléphoniques aux soins intensifs.

Enfin, le 4e Forum francophone TeamSTEPPS, qui s'est tenu à Bruxelles en septembre 2022 et dont le CHUV était coorganisateur, a été un succès. Une centaine de participantes et participants provenant de quatre pays ont été invité.e.s à partager leurs expériences. La présentation du CHUV sur sa manière d'utiliser un outil TeamSTEPPS de structuration des appels téléphoniques aux soins intensifs a été très appréciée par l'ensemble des personnes présentes.

3.6 LE PROGRAMME DE SÉCURITÉ DES MÉDICAMENTS



Afin de compléter les déclaration d'incidents (voir section précédente), le CHUV a introduit un outil supplémentaire qui permet de sécuriser le processus médicamenteux.

La sécurité de la médication est une priorité institutionnelle. Depuis plusieurs années, le CHUV utilise un système de déclaration des incidents (RECI) qui permet une analyse des événements indésirables liés au processus médicamenteux (cf. chiffre 3.4), première cause d'incidents reportés. Cet outil apporte cependant une vision des risques a posteriori. Il ne les identifie pas a priori.



Un nouvel instrument a permis de générer une cartographie des risques.

Afin de combler ce manque, un outil complémentaire nommé Inter Diag a été introduit dès 2018 au sein de chaque unité de soins des secteurs somatiques hospitaliers. Ce nouvel instrument a permis de générer une cartographie des risques, de cibler les axes prioritaires de sécurisation et d'élaborer un plan d'action issu du terrain pour sécuriser le processus médicamenteux, tant au niveau institutionnel que local.

En 2022, deux projets institutionnels ont émergé de l'agrégation des résultats d'Inter Diag:

- **Un projet qui évalue la faisabilité de prescrire les médicaments en utilisant le nom de leur principe actif (dénomination commune internationale) plutôt que leur marque commerciale.** Cette procédure de prescription serait valable pour l'ensemble du CHUV. Elle permettrait notamment de contrôler les risques liés aux changements fréquents de noms commerciaux (par exemple pour cause de rupture d'approvisionnement ou d'apparition d'un médicament générique). L'évaluation de la faisabilité technique et informatique de ce changement du mode de prescription électronique doit être affinée en 2023.
- **Un projet de sécurisation des processus de préparation et d'administration des médicaments.** Après avoir identifié les pratiques propres à chaque service, une analyse permet d'objectiver les risques résiduels. Les processus sont ensuite sécurisés par des actions préventives ou correctives, priorisées selon l'analyse de l'unité de soins.

Un tel projet permet par ailleurs:

- De diffuser une culture de sécurité partagée (démarche participative et interprofessionnelle);
- D'engager des équipes de soins dans des plans d'action concrets de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse par le biais d'une démarche ascendante (bottom-up) complémentaire à la démarche descendante de la politique institutionnelle;
- De définir un socle organisationnel commun (harmonisation des pratiques organisationnelles);
- De mutualiser des actions d'amélioration en agrégeant des résultats au niveau institutionnel.

La plus-value apportée par la démarche interprofessionnelle Inter Diag a fait émerger le besoin de diffuser également cet outil aux secteurs ambulatoires et psychiatriques. Le déploiement a été prévu sur l'année 2023.



L'objectif final du programme de sécurité des médicaments est de créer une dynamique forte de priorisation des mesures de sécurisation.

L'objectif final du programme de sécurité des médicaments est de créer **une dynamique forte** de priorisation des mesures de sécurisation. Cette dernière doit être axée sur les résultats concrets récoltés sur le terrain, au cœur de chacune des unités de soins, par les collaboratrices et collaborateurs directement impliqués dans le processus médicamenteux.

3.7 PHARMACLASS



La survenue d'événements indésirables liés à l'utilisation de médicaments est bien connue dans les hôpitaux. Elle est documentée aux différentes étapes du circuit du médicament, notamment au niveau de la prescription et de la préparation.

Les conséquences des événements liés aux médicaments pouvant être très sévères, le CHUV a mis en place différentes mesures pour diminuer ce risque. Certains dommages peuvent ainsi être évités.

Dans le but de développer cette démarche, une application d'aide à la décision clinique, appelée PharmaClass, a été testée pendant trois mois au sein de deux services. Cet outil vient compléter le système de prescription informatisée Soarian. Ce dernier est également équipé d'aides à la prescription, comme la détection d'une interaction entre deux médicaments, mais il ne signale pas, par exemple, les situations dans lesquelles l'utilisation d'un médicament est contre-indiquée en raison d'un résultat de laboratoire trop élevé ou trop bas. PharmaClass permet d'identifier ces cas, y compris lorsque la valeur de laboratoire évolue fortement d'un jour à l'autre.



PharmaClass envoie une alerte à la pharmacienne hospitalière ou au pharmacien hospitalier.

Le fonctionnement de PharmaClass est le suivant: dans un premier temps, des situations cliniques critiques sont identifiées par un groupe interprofessionnel (médecins, pharmaciennes, pharmaciens) puis elles sont paramétrées dans l'outil. L'application va ensuite, plusieurs fois par jour, chercher à détecter ces situations au sein d'une population de patientes et patients prédéfinie.

Le cas échéant, PharmaClass envoie une alerte à la pharmacienne hospitalière ou au pharmacien hospitalier, qui pourra alors analyser en détail le dossier de la patiente ou du patient. En cas de besoin, elle ou il intervient auprès de la ou du médecin à l'origine de la prescription pour signaler le problème et discuter des options pour la suite de la prise en charge médicamenteuse.

Interventions acceptées à 100%

Trente-six situations ont été paramétrées pour la phase pilote. Durant les trois mois d'essai, les alertes générées par PharmaClass ont conduit à 32 appels aux prescripteurs. Les interventions des pharmaciennes et pharmaciens ont été acceptées à 100%. Si on extrapole ces données à l'ensemble du CHUV, l'application permettrait d'identifier chaque année plus de 750 situations à risque.



Un tel outil permet de compléter le travail de sécurisation de la prescription.

En plus de traquer des situations critiques pour toutes les personnes hospitalisées, l'utilisation en routine de PharmaClass ouvrirait la porte à des développements spécifiques pour les services, en fonction des caractéristiques des patientes et des patients. Un tel outil permet d'étendre la couverture actuelle par les pharmaciennes ou pharmaciens clinicien-ne-s et de compléter le travail qu'elles et ils effectuent pour sécuriser la prescription. Ce développement s'inscrit dans la démarche et l'investissement de l'institution pour la sécurité des patientes et des patients.

4 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.

4.1 LE PROGRAMME SEPSIS



Le sepsis est un syndrome potentiellement mortel. Il se définit par une infection qui provoque une réponse dérégulée de la personne qui en est atteinte. Les chiffres de l'Office fédéral de la statistique ayant montré une surmortalité au CHUV par rapport à la moyenne nationale, l'hôpital a lancé un programme institutionnel d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Une prise en charge basée sur les besoins

Suite à une étude auprès de 1000 collaboratrices et collaborateurs du CHUV, dans laquelle un manque de connaissances spécifiques au sepsis a été identifié, une prise en charge adaptée a été conçue.

Cette nouvelle prise en charge se veut à la fois interdisciplinaire et pragmatique. Le dossier électronique du patient calcule automatiquement le National Early Warning Score (NEWS). Ce monitoring permet d'aider les équipes médicales et soignantes à détecter de façon précoce une détérioration de l'état clinique d'une patiente ou d'un patient. De même, afin d'établir un diagnostic formel de sepsis, le score Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) a été intégré dans Soarian, le logiciel de suivi clinique du CHUV. Cette automatisation au sein de Soarian épargne une charge de travail importante aux personnes chargées des soins.

“

En octobre 2022, toutes les unités du Service de médecine interne ont intégré le programme SEPSIS.

L'algorithme de prise en charge d'une personne chez qui on soupçonne un sepsis se base sur les recommandations internationales. En outre, dans le dossier patient informatisé, il est soutenu par des prescriptions dédiées permettant de maximiser la complétude des paramètres cliniques et diagnostiques.

Unités pilotes et déploiement: ajustements et premiers résultats

Le programme sepsis a débuté en novembre 2021 au sein d'une unité pilote du Service des maladies infectieuses (MINK), puis de plusieurs unités de médecine interne et gériatrie (MEBH, MITH et GERH). Courant 2022, il a été déployé dans quatre unités de chirurgie viscérale. En octobre 2022, toutes les unités du Service de médecine interne l'ont intégré.

Un algorithme de détection automatisée, avec validation sur dossier, a permis d'analyser rétrospectivement l'impact du programme sepsis au MINK. Pour un taux de sepsis comparable, le nombre de patientes et patients nécessitant un transfert aux soins intensifs était plus faible. Il est passé de 44% à 31%, soit une baisse de 13%. En outre, aucun des cas transférés aux soins intensifs adultes (SIA) lors du déploiement n'avait été pris en charge selon la filière.

Suivi du programme sepsis, indicateurs et vue d'ensemble

Si l'on veut mesurer l'impact du programme ainsi que l'adéquation de la prise en charge clinique avec ses recommandations, les indicateurs médico-soignants sont essentiels. Leur mise à jour, toutes les 24 heures, permet également de donner un feedback rapide et concret aux équipes sur le terrain. Un dashboard interactif et adaptable a ainsi été développé. Cet outil permet un suivi quotidien et une vue d'ensemble des unités et services intégrés dans le programme. Certains indicateurs sont encore en cours de construction.

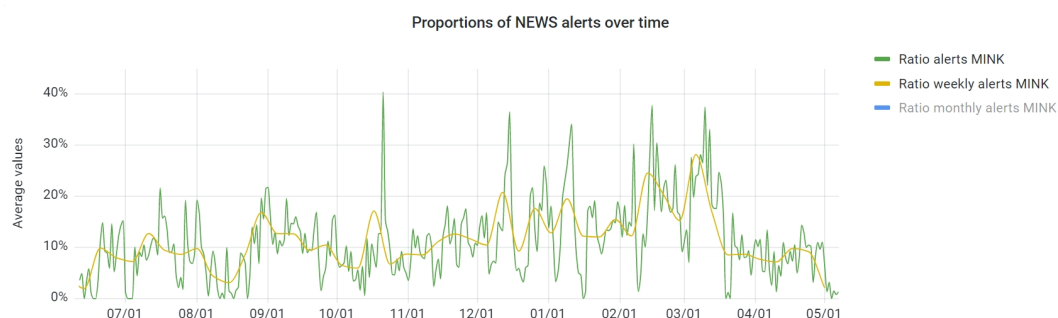


Figure 1. Evolution journalière de la proportion d'alertes NEWS dans une unité au cours des six derniers mois. Cet indicateur permet d'avoir une vision sur l'état clinique général des personnes hospitalisées et d'évaluer la charge de travail potentiellement induite dans les équipes cliniques.

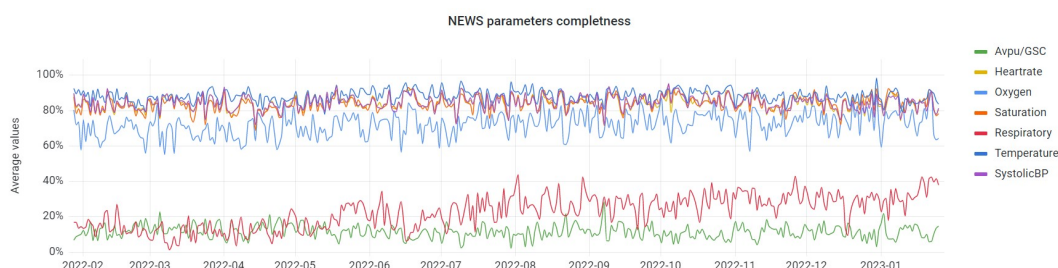


Figure 2. Evolution du suivi des paramètres cliniques par l'équipe soignante au cours de 2022. On observe ici une nette tendance à une meilleure documentation de la fréquence respiratoire et de la saturation.

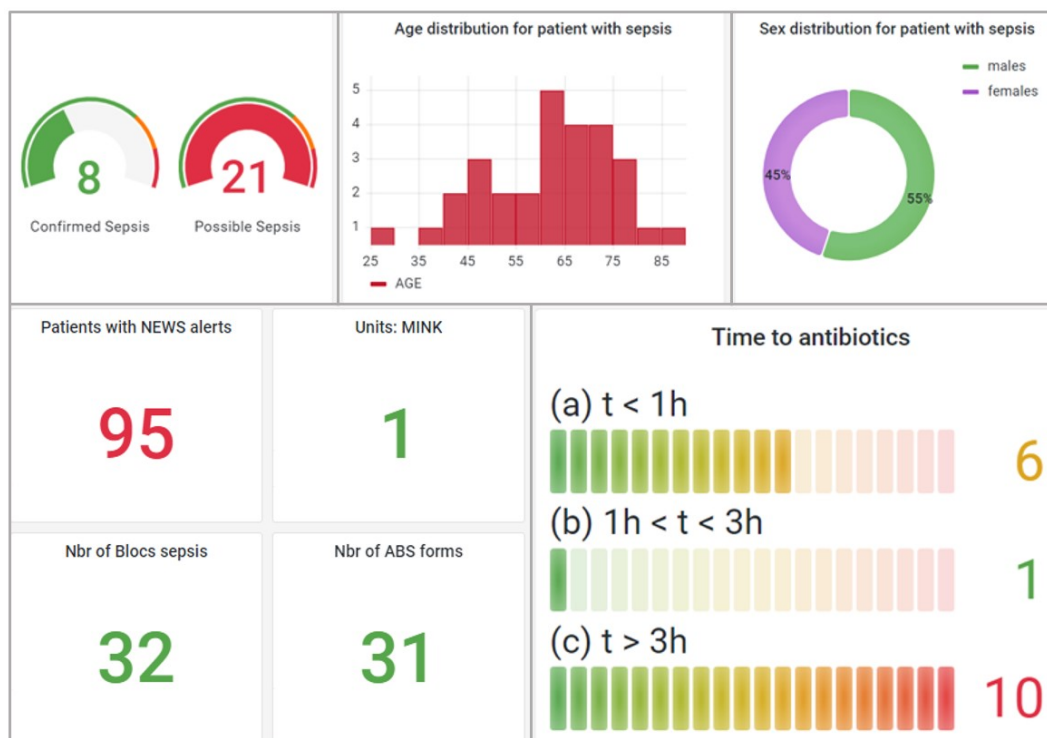


Figure 3. Extrait du tableau de bord interactif de suivi.

Commentaire de la figure 3

Le tableau de bord présente dans la partie supérieure la documentation du taux de sepsis et des données épidémiologiques basiques, ainsi qu'en-dessous les rapports entre les alertes NEWS, bloc sepsis et rapport de clôture (ABS form). Enfin en bas à droite est présenté le délai entre le déclenchement du sepsis et l'administration d'antibiotiques en fonction d'une échelle bornée à moins d'une heure, trois heures, ou plus de trois heures. Les professionnels peuvent accéder à l'identifiant des patientes et patients correspondant·es pour faciliter l'analyse. Selon les situations rencontrées, ils et elles ont la possibilité de consulter les dossiers individuels et d'ajuster les actions cliniques en fonction des bonnes pratiques promulguées par le programme sepsis.



Perspectives 2023

Quatre axes de développement seront poursuivis en 2023: 1. L'outil sera amélioré afin de diminuer l'impact de l'alerte fatigue. 2. Le programme sera déployé aux urgences adultes et en obstétrique, ainsi que dans de multiples unités chirurgicales. 3. La formation continue sera renforcée par des modules e-learning dédiés au sepsis. 4. Le programme sepsis sera pérennisé avec sa migration progressive au sein du Service des maladies infectieuses et sa mise à disposition dans le dispositif de qualité et sécurité du CHUV.

4.2 LA FILIÈRE TROMBOEMBOLIES VEINEUSES



Afin d'optimiser la prise en charge des maladies thromboemboliques veineuses, une filière spécifique a été conçue et préparée en 2022. Son lancement est prévu en automne 2023.

Source majeure de morbidité et de mortalité, la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est une pathologie vasculaire fréquente. Elle se présente sous la forme d'une embolie pulmonaire ou d'une thrombose veineuse profonde ou superficielle. La rapidité du diagnostic et l'instauration d'un traitement approprié permettent de réduire significativement la mortalité des personnes touchées. Ces deux mesures constituent donc des aspects fondamentaux dans la prise en charge de la maladie.

Parallèlement, évaluer le risque de MTEV de façon systématique chez les personnes hospitalisées permet d'identifier celles qui sont susceptibles de développer un événement thromboembolique puis de mettre en place les mesures de prévention appropriées.

“

La filière doit permettre de réduire la mortalité et la morbidité causées par les MTEV et de diminuer le nombre de réhospitalisations potentiellement évitables.

En 2022, les travaux préparatoires d'une filière de prise en charge spécifique aux MTEV ont été finalisés. Plusieurs bénéfices d'une telle structure sont attendus : elle doit permettre de réduire la mortalité et la morbidité causées par les MTEV et de diminuer le nombre de réhospitalisations potentiellement évitables. La durée de séjour des patientes et patients à l'hôpital devrait également diminuer.

Un soutien à la prise en charge

L'objectif de la filière est de coordonner de façon optimale la prise en charge des patientes et patients touché-e-s par une MTEV. Plusieurs outils sont mis à disposition des médecins, des soignantes et soignants et les soutiennent pour:

- Identifier les personnes hospitalisées à risque de MTEV et mettre en place des mesures préventives
- Assurer une identification précoce des MTEV
- Mettre en place rapidement un traitement et une surveillance adéquats
- Prévenir les complications à court, moyen et long termes
- Evaluer de manière régulière l'adhésion aux bonnes pratiques cliniques

Intégration au système d'information clinique

Afin que l'on puisse procéder à une évaluation systématique, les scores cliniques permettant d'identifier les patientes et patients à risque ont été validés et intégrés dans le dossier patient informatisé. Couplés aux protocoles de référence, des groupes de prescriptions spécifiques destinés à la prévention ou au traitement des MTEV sont disponibles dans le dossier patient afin d'aider les médecins à prescrire des mesures prophylactiques ou thérapeutiques. Des règles ont également été mises en place afin de documenter le diagnostic et de recueillir les informations sur le suivi de la patiente ou du patient. Des indicateurs de suivi ont été définis.

Formation et communication

Fin 2022, la documentation destinée à la communication et à la formation des équipes médico-soignantes était en train d'être finalisée. Le démarrage de la filière dans l'ensemble des services du CHUV est prévu pour l'automne 2023. Des brochures explicatives destinées aux patientes et patients seront disponibles.

4.3 LA MOBILISATION PRÉCOCE



En 2019, 42% des personnes hospitalisées au CHUV avaient plus de 75 ans. Or parmi les aîné·e·s plus de 20% souffrent de complications acquises lors de leur séjour hospitalier. Associés à la durée d'hospitalisation, la perte d'autonomie et le déclin fonctionnel augmentent les risques de devoir séjourner longtemps au sein de l'institution.

Lors d'une hospitalisation, les personnes âgées passent entre 83 et 96% de leur temps au lit. Or l'alitement et l'inactivité provoquent de nombreux effets négatifs sur le corps. Ils entraînent notamment un déconditionnement physique, qui se manifeste après des périodes relativement courtes. De plus en plus de preuves montrent cependant que la mobilisation précoce a un impact positif. Elle améliore la mobilité et prévient le déclin fonctionnel associé à l'hospitalisation des personnes âgées.



La mobilité d'une patiente ou d'un patient doit d'abord être évaluée dans les 24 heures suivant son admission.

Afin que les personnes âgées hospitalisées soient précocement et régulièrement mobilisées de manière que leur déclin fonctionnel soit prévenu et leur autonomie préservée, le projet de mobilisation précoce met en place une approche interprofessionnelle et multifactorielle. La mobilité d'une patiente ou d'un patient doit d'abord être évaluée dans les 24 heures suivant son admission. Cette observation permet d'objectiver sa capacité à se déplacer pour effectuer des transferts et à se mouvoir sans risque, avec ou sans moyen auxiliaire. Il est ensuite possible d'adapter les interventions du personnel soignant en fonction du degré de mobilité.

Améliorer l'expérience des personnes âgées à l'hôpital

L'implémentation du projet de mobilisation précoce sera soutenue par une prise en charge codifiée, de même que par une formation élaborée par le programme «Le CHUV, hôpital adapté aux aînés» (HAdAs). Le projet de mobilisation précoce fait d'ailleurs partie du programme HAdAs, en cours de déploiement dans quatre unités pilotes. Ce dernier a pour but d'améliorer de façon systémique l'expérience des personnes âgées et de leurs proches à l'hôpital. Il prévoit d'implanter des pratiques cliniques adaptées aux besoins de cette population fragilisée.

4.4 LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR



Le CHUV a pour but de garantir une prise en charge de la douleur qui soit la meilleure possible.

La prévention et la gestion de la douleur comportent:

- L'évaluation et la réévaluation adaptées au contexte de la patiente ou du patient;
- La mise en place d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques pour traiter la douleur.

Etant la seule personne capable de décrire ses sensations physiques, toute patiente ou tout patient peut agir dans le cadre de sa prise en charge. Si elle est possible, sa participation est donc essentielle pour évaluer l'intensité de la douleur, ses répercussions et l'efficacité des traitements, médicamenteux ou non. Une fois informée, la personne soignée choisit parmi les différents moyens qui permettent d'évaluer, de prévenir ou de soulager sa douleur.



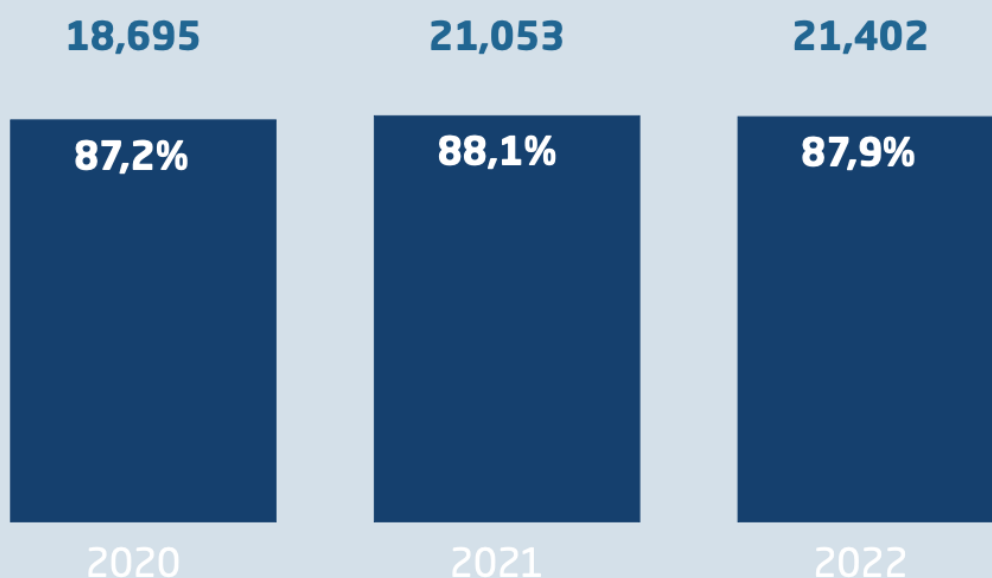
Les personnes soignantes encouragent la patiente ou le patient à exprimer sa douleur.

Guidé·e·s par les objectifs en matière de prévention, d'évaluation et de gestion de la douleur, les professionnelles et professionnels de santé participent à l'élaboration d'un plan d'intervention. Elles et ils encouragent la patiente ou le patient à exprimer sa douleur, puis proposent des outils d'évaluation validés et adaptés à la situation. Elles et ils préconisent enfin plusieurs interventions possibles basées sur les meilleures pratiques.



LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

- Proportion de séjour avec intervention
- Nombre de séjours algiques



Commentaire du graphique

Pour les personnes hospitalisées qui souffrent de douleurs et sont identifiées dans la catégorie des « séjours algiques », les taux de documentation des interventions médicamenteuses ou non médicamenteuses sont élevés. Certaines patientes et certains patients autogèrent leur médication. La documentation de cette autogestion par les équipes soignantes pourrait être améliorée. Dans l'enquête de satisfaction des personnes hospitalisées réalisée en 2022, 96% des patientes et patients signalent que l'équipe médico-soignante a fait tout son possible pour calmer leur douleur.



Objectif 2023

En 2023, si un taux de documentation des interventions médicamenteuses ou non médicamenteuses baisse, les services ou unités analyseront les situations concernées puis mettront en place des mesures d'amélioration continue.

4.5 LE PROGRAMME ERAS POUR UNE MEILLEURE RÉCUPÉRATION APRÈS CHIRURGIE



Le programme multidisciplinaire de réhabilitation améliorée ERAS (pour enhanced recovery after surgery) a pour but d'améliorer et de simplifier le parcours des patientes et patients avant, pendant et après une opération.

Le programme ERAS permet de réduire significativement les complications postopératoires, la durée d'hospitalisation et les coûts qui en découlent. Il est composé de plus de 20 mesures appliquées avant, pendant et après une opération. Son protocole préconise par exemple un jeûne opératoire limité, une réalimentation précoce et une mobilisation rapide. L'association de toutes les mesures accélère la récupération postopératoire de la patiente ou du patient.



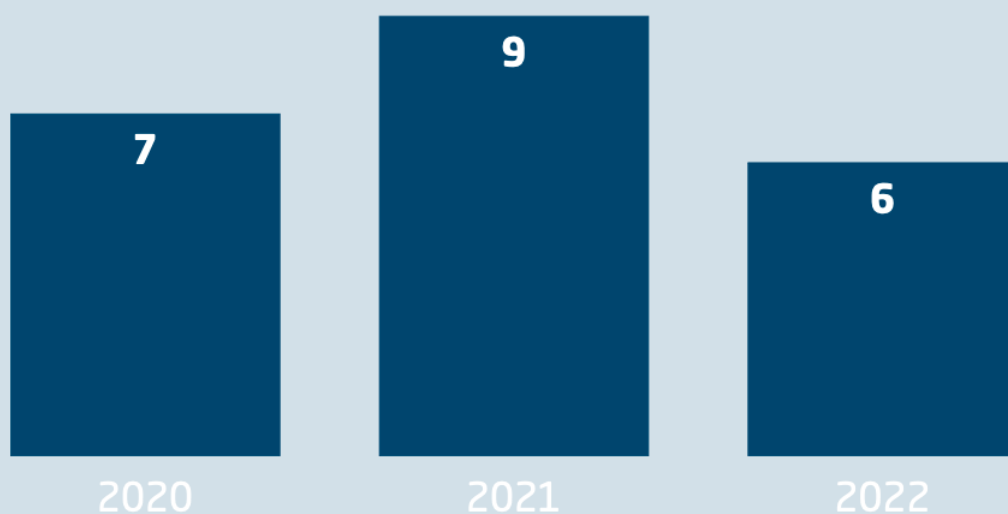
Depuis 2011, près de 6600 personnes ont bénéficié de la prise en charge ERAS.

Au CHUV, le programme ERAS est appliqué en chirurgie viscérale, en urologie, en gynécologie et en chirurgie thoracique. Depuis 2011, près de 6600 personnes dont les soins relevaient de ces quatre domaines ont bénéficié de la prise en charge ERAS. La plupart ont été soignées pour un cancer.



ADHÉRENCE AUX RECOMMANDATIONS ERAS ET DURÉE DE SÉJOUR MÉDIANE

- Durée médiane du séjour
- % d'adhérence au protocole



Commentaire du graphique

Pendant la pandémie de COVID-19, l'adhérence au programme ERAS est restée globalement stable. En 2022, 65% des éléments du protocole ont été respectés durant cette période. Ce résultat est considéré comme excellent. En effet, le score qui mesure l'adhérence au programme vise un taux idéal maximal qu'il est pratiquement impossible d'atteindre. L'expérience mondiale prouve que, selon les spécialités, une adhérence au programme au-dessus de 65% offre un bénéfice statistiquement et cliniquement significatif pour les patientes et les patients. Le taux relevé au CHUV en 2022 se révèle donc très satisfaisant. Il reflète surtout la complexité des chirurgies effectuées et l'état d'une patientèle complexe. Afin de conserver les effets bénéfiques du programme ERAS sur la survenue de complications et sur la durée de séjour, il est indispensable que chirurgiennes, chirurgiens, anesthésistes et équipes soignantes collaborent en permanence. L'implication des patientes et des patients est primordiale à chaque étape de leur prise en charge.



Malgré les difficultés rencontrées après la pandémie, les équipes médico-soignantes continuent d'appliquer quotidiennement les recommandations ERAS.

En 2022, la durée de séjour a diminué par rapport à 2021. Cette évolution peut s'expliquer par le fait qu'en 2021 le CHUV se trouvait encore en période de COVID-19. Il faut néanmoins souligner que, malgré les difficultés rencontrées par les équipes médico-soignantes après la pandémie, ces dernières continuent d'appliquer quotidiennement les recommandations ERAS. Les résultats du CHUV concernant ce programme restent donc particulièrement satisfaisants.

Pour en savoir plus: [Programme ERAS – ERAS Suisse – CHUV](#)

5 CERTIFICATIONS ET ACCRÉDITATIONS



Le CHUV soutient financièrement et accompagne l'obtention des certifications, 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 qualité étaient actives au CHUV en 2022. Elles se répartissent 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 2022, le CHUV a obtenu 9 renouvellements (5 certifications, 2 accréditations et 2 reconnaissances), toutes catégories confondues.

Le financement des audits de toutes les démarches obligatoires est resté assez stable en 2022 (-3%) par rapport à 2021. Il atteint CHF 260'034 (CHF 268'033 en 2021).

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
ATELIER CES RÉHABILITATION (DU SERVICE DE PSYCHIATRIE SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE)---950			
Critères de qualité requis des institutions sociales latines (CLASS)950	2018f	2021	Activités de production et artistiques en faveur de personnes présentant des difficultés passagères, récurrentes ou invalidantes sur le plan psychosocial
CENTRE DE PRODUCTION CELLULAIRE---950			
LPTH, Loi sur la transplantation, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)950	2012f	2019	Fabrication de TrSt/TG/OGM
CENTRE DE PRODUCTION CELLULAIRE---950			
LPTH950	2021f	2021	Fabrication de médicaments (PRP)
CENTRE DE STÉRILISATION ET DÉSINFECTION---950			
ISO 9001:2015, ISO 13485:2016950	1998f	2020	Stér. centrale BH04 ; Sterbop BH05 ; HO exclus
CENTRE DE TRANSPLANTATION D'ORGANES---950			
MHS950	2010f	2020	Transplantation coeur, poumons, reins, coeur-poumons, poumons-reins et coeur-reins
CENTRE DES FORMATIONS---950			
ISO 9001:2015950	2005f	2020	Toute l'offre de formation
CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE - CENTRE DES TUMEURS NEUROENDOCRINES---950			
EENETS Center of Excellence (ENETS CoE)950	2019f	2019	
CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE - CENTRE DU SEIN---950			
Critères d'évaluation de la LSC et SSS d'octobre 2012950	2013f	2021	
CONSULTATION DE MÉDECINE DE LA FERTILITÉ ET ENDOCRINOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE (DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE)---950			
ISO 9001:2015950	2003f	2022	
CTE - CELLULAR MANUFACTURING FACILITY (CMF)---950			
LPTH, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)950	2019f	2019	Fabrication pour essais cliniques, importation et exportation de médicaments
CTE - CELLULAR MANUFACTURING FACILITY (CMF)---950			
LPTH, Loi sur la transplantation, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)950	2019f	2019	Fabrication pour essais cliniques, importation et exportation de TrSt/TG/OGM
CTE - TUMOR PROCESSING FACILITY (TPF)---950			
LPTH, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)950	2016f	2021	Fabrication de médicaments pour essais cliniques et de principes actifs pharmaceutiques
CTE - TUMOR PROCESSING FACILITY (TPF)---950			
LPTH, Loi sur la transplantation, OAMéd, OEPT (RS 812.214.5)950	2016f	2021	Fabrication de TrSt/TG/OGM pour essais cliniques
CUTR SYLVANA À EPALINGES---950			
ISO 9001:2015950	1998f	2020	
DÉCANAT DE LA FACULTÉ DE BIOLOGIE ET DE MÉDECINE (FBM)---950			
Standards AAQ relatifs aux exigences des LEHE et LPMéd950	2018f	2018	Filière d'études de l'Ecole de médecine de la FBM
DIRECTION DES CONSTRUCTIONS, INGÉNIERIE, TECHNIQUE ET SÉCURITÉ---950			
ISO 9001:2015950	2011f	2021	Gestion de projets de construction et rénovation, entretien des locaux, des installations et des équipements techniques, prévention et interventions de la sécurité

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
DIRECTION DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE---950			
ISO 9001:2015950	2007f	2020	Processus de management, ressources, prestations et amélioration
DIRECTION MÉDICALE---950			
LPTH, ODim950	2018f	2018	Maintenance et retraitement des dispositifs médicaux (exploitation des HCD) ; matériovigilance (enregistrement et déclaration des incidents graves)
EMS LA ROSIÈRE-SOERENSEN À GIMEL---950			
ISO 9001:2015950	2003f	2022	
EMS LA ROSIÈRE-SOERENSEN À GIMEL---950			
Grille d'évaluation CIVES950	2013f	2018	
EQUIPE MOBILE PÉDIATRIQUE CANTONALE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SOUTIEN (DU DFME)---950			
Label "Qualité dans les soins palliatifs" de l'ASQSP950	2014f	2019	Equipe mobile de soutien et soins palliatifs
FINANCEMENT ET PLANIFICATION DE LA DAF---950			
REKOLE®950	2014f	2022	Comptabilité analytique des coûts et des prestations (REKOLE)
FORMATION ET RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (IUFRS)---950			
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 LEHE950	2012f	2018	Programme du Master ès Sc. en sciences infirmières (programme conjoint UNIL - HES-SO)
INSTITUT DE PATHOLOGIE---950			
SN EN ISO 15189:2013950	2018f	2018	Laboratoires d'immunopathologie, biologie moléculaire, FISH, cytopathologie et histologie
INSTITUT DE RADIOPHYSIQUE -LABORATOIRES---950			
SN EN ISO/CEI 17025:2005 SN EN ISO/CEI 17020:2012950	2001f	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)---950			
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 LEHE950	2011f	2018	Programme du Master ès Sc. en sciences infirmières (programme conjoint UNIL - HES-SO)
LABORATOIRE CENTRAL D'HÉMATOLOGIE---950			
SN EN ISO 15189:2013950	2001f	2021	Laboratoire de biologie médicale pour les examens dans le domaine de l'hématologie
LABORATOIRE D'ANDROLOGIE (DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE)---950			
SN EN ISO 15189:2013950	2001f	2021	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses d'andrologie et de biologie de la reproduction
LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE ET ALLERGIE---950			
SN EN ISO/CEI 15189:2013950	1999f	2019	Laboratoire d'essais pour les analyses médicales dans les domaines de l'allergologie, de l'immunologie clinique et de la vaccinologie

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE ET ALLERGIE---950			
Standards EFI950	2013f	2017	
LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE ET ALLERGIE---950			
Loi sur les épidémies (LEp, RS 818.101), Ordonnance sur les laboratoires de microbiologie (RS 818.101.32), OEPT (RS 812.214.5)950	2010f	2016	Exécution d'analyses microbiologiques visant à détecter ou à exclure des maladies transmissibles de l'homme
LABORATOIRE D'ONCOGÉNOMIQUE (DE LCH)---950			
SN EN ISO 15189:2013950	2018f	2018	Laboratoire de biologie médicale pour les examens dans le domaine de la génétique
LABORATOIRE DE CHIMIE CLINIQUE---950			
SN EN ISO 15189:2013950	2000f	2019	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses médicales dans le domaine de la chimie clinique
LABORATOIRE DES MALADIES MOLÉCULAIRES (DE LGE)---950			
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)950	2008f	2018	
LABORATOIRE SUISSE D'ANALYSE DU DOPAGE (LAD) DU CURML---950			
ISO/IEC 17025:2017950	2000f	2020	Laboratoire d'essais pour les analyses de substances et de méthodes dopantes
LABORATOIRES DE GÉNÉTIQUE---950			
SN EN ISO 15189:2013950	2002f	2021	Laboratoire de biologie médicale pour les analyses dans le domaine de la génétique
LABORATOIRES DIAGNOSTIQUES DE MICROBIOLOGIE IMU-DAM---950			
SN EN ISO 15189:2013950	2001f	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---950			
Loi sur les épidémies (LEp, RS 818.101), Ordonnance sur les laboratoires de microbiologie (RS 818.101.32), OEPT (RS 812.214.5)950	2016f	2019	Exécution d'analyses microbiologiques visant à détecter ou à exclure des maladies transmissibles de l'homme
LABORATOIRES DIAGNOSTIQUES DE MICROBIOLOGIE IMU-DAM---950			
SN EN ISO/CEI 17025:2018950	2021f	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---950			
JACIE950	2005f	2011	Cellules souches pour greffe autologue
SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE---950			
ISO 9001:2008950	2009f	2021	Tous les secteurs, y compris le Centre des brûlés
SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE---950			
Directives pour la certification du SSMI950	2006f	2022	Tous les secteurs, y compris le Centre des brûlés
SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE - CENTRE DES BRÛLÉS---950			
MHS Brûlures graves chez l'adulte et son art. 3f ; Normes de la European Burn Association (EBA)950	2015f	2015	Filière des brûlés (adultes et enfants)

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
SERVICE DE MÉDECINE INTERNE---950			
ISO 9001:2015950	2004f	2020	Hospitalisation
SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE ET IMAGERIE MOLÉCULAIRE---950			
ISO 9001:2015 ; QMA Audits in nuclear medicine practices950	2013f	2019	Processus cliniques
SERVICE DE NEUROLOGIE - CENTRE CÉRÉBRO-VASCULAIRE---950			
MHS950	2013f	2022	AVC / Stroke Center
SERVICE DE PHARMACIE---950			
ISO 9001:2015 ; Référentiel RQS v2.1950	2007f	2019	Activités pharmaceutiques
SERVICE DE PHARMACIE---950			
ISO 9001:2015 ; Référentiel RQS v2.1950	2007f	2019	Activités pharmaceutiques
SERVICE DE PHARMACIE---950			
GMP et BPF petites quantités suisses. Loi: LPT Ordon: Oméd, OAMéd950	2001f	2018	Fabrication, importation, commerce de gros et exportation de médicaments
SERVICE DE PHARMACIE---950			
LPT, Oméd, OAMéd, LStup, LSP VD, RESP950	2018f	2018	Le diacétylmorpine (circuit logistique et traçabilité y compris à la POLADD)
SERVICE DE PHARMACIE---950			
Swissmedic950	2022f	2022	
SERVICE DE PHARMACIE - UNITÉ DE RADIOPHARMACIE---950			
LPT950	2014f	2018	Fabrication de médicaments
SERVICE DE PNEUMOLOGIE---950			
ISO 9001:2015950	2020f	2020	Unité des pneumopathies interstitielles et maladies pulmonaires rares
SERVICE DE SOINS PALLIATIFS---950			
Label "Qualité dans les soins palliatifs" de l'ASQSP950	2014f	2019	Equipe mobile adultes extra-hospitalière cantonale de soins palliatifs (EMSP) CHUV/RSRL
SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES---950			
ISO 9001:2015950	2004f	2020	Hospitalisation et activités ambulatoires
SERVICE DES SOINS PALLIATIFS---950			
Label "Qualité dans les soins palliatifs" de l'ASQSP950	2014f	2019	Equipe mobile adultes extra-hospitalière cantonale de soins palliatifs (EMSP) CHUV/RSRL
SOINS INTERMÉDIAIRES D'ORL ET DES CHIRURGIES THORACIQUE, VASCULAIRE ET VISCÉRALE---950			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires950	2017f	2019	Unités ORLH.12NC, CHTH.15TC, CVAH.15SC, CHVH.15NC et CHVH.15VC
SOINS INTERMÉDIAIRES DE CARDIOLOGIE ET CHIRURGIE CARDIAQUE---950			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires950	2017f	2022	Unité CARH.16SC et CCVH.16CC
SOINS INTERMÉDIAIRES DE MÉDECINE INTERNE---950			
Unité MISC.17SC950	2017f	2020	Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires
SOINS INTERMÉDIAIRES DE NEUROCHIRURGIE ET NEURORÉÉDUCATION AIGÜE---950			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires950	2017f	2022	Unités NCHH.13NC et NRAH.13NI

Norme / Standard appliqué	Année 1ère certif./accréd.	Année dernière certif./accréd.	Remarques / Périmètre
SOINS INTERMÉDIAIRES DE NEUROLOGIE---950			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires950	2016f	2021	Unité NLGH.13SC
SOINS INTERMÉDIAIRES DE PÉDIATRIE---950			
Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires950	2017f	2020	Unité ENFC.11SC
UNITÉ DE GÉNÉTIQUE FORENSIQUE (UGF) DU CURML---950			
SN EN ISO/CEI 17025:2005950	2004f	2014	Laboratoire d'essais pour les analyses dans le domaine de la génétique forensique. Analyses ADN.
UNITÉ DE GÉNÉTIQUE FORENSIQUE (UGF) DU CURML---950			
SN EN ISO/CEI 17025:2017950	2004f	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)---950			
SN EN ISO 15189:2013950	2002f	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 SOINS INTENSIFS DE PÉDIATRIE---950			
ISO 9001:2015950	2009f	2021	
UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE PÉDIATRIE---950			
Directives pour la certification de la SSMI950	2010f	2021	
UNITÉ DE TOXICOLOGIE ET DE CHIMIE FORENSIQUES (UTCF) DU CURML---950			
SN EN ISO/CEI 17025:2018950	2005f	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---950			
SN EN ISO/CEI 17025:2018950	2003f	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---950			
SN EN ISO/CEI 17025:2018950	1997f	2020	Laboratoire d'essais pour l'évaluation de l'exposition professionnelle par des mesures de substances dangereuses, de nuisances physiques et de biomarqueurs

IMPRESSUM

Edition

Centre hospitalier universitaire vaudois

Édition Rapport qualité

Anne Pouly

Joachim Rapin

Matthias Roth-Kleiner

Design & développement

Jean Szabo (Netinfluence)

Sandrine Szabo (Netinfluence)

Direction artistique

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

Webpublishing

Morgane Arrayet

Alice Krieg

Gestion de projet

Gabriella Sconfitti

Pierre-Louis Chantre

Publication

Service de communication et de création audiovisuelle