

Rapport sur la qualité 2015

conforme aux directives de H+

Validé le:
par:

Laurent Exquis, Directeur général

Version

Hôpital intercantonal de La Broye, HIB

www.hopital-broye.ch



Mentions légales

Le présent rapport sur la qualité a été réalisé sur la base du modèle de H+ Les Hôpitaux de Suisse. Ce modèle permet de rendre compte de manière unifiée de la qualité pour les domaines des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation pour l'année 2015.

Le rapport sur la qualité offre une vue d'ensemble systématique des efforts d'un hôpital ou d'une clinique en faveur de la qualité. Il présente aussi bien la structure de la gestion interne de la qualité que les objectifs généraux de qualité. Il comporte des données sur les enquêtes, sur les participations aux mesures et aux registres et sur les certifications. De plus, le rapport fournit des informations portant sur les indicateurs de qualité, les mesures, programmes et projets d'assurance de la qualité.

Une interprétation et une comparaison correctes des résultats de la mesure de la qualité nécessitent de tenir compte des données, de l'offre et des chiffres-clés des hôpitaux et des cliniques. Les différences et les modifications de la typologie des patients et des facteurs de risques doivent elles aussi être prises en considération.

Public cible

Le rapport sur la qualité s'adresse aux professionnels du domaine de la santé (au management des hôpitaux et aux collaborateurs du domaine de la santé, des commissions de la santé et de la politique sanitaire, aux assureurs, etc.) ainsi qu'au public intéressé.

Personne à contacter pour le Rapport sur la Qualité 2015

Madame
Nadia Marchon
Co-directrice des soins
026 662 85 64
nadia.marchon@hibroye.ch

Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse

Les hôpitaux et cliniques suisses se préoccupent fortement de la qualité. En plus de leurs nombreuses activités internes dans ce domaine, ils participent à plusieurs mesures nationales et à des mesures cantonales. Conformément au plan de mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), des mesures de la qualité ont été effectuées dans les services stationnaires des domaines des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation.

Aucune nouvelle mesure nationale n'a été introduite durant l'exercice 2015.

La sécurité des patientes et des patients est un critère essentiel de la qualité des traitements. A fin mars 2015, le projet d'approfondissement progress ! La sécurité de la médication aux interfaces de Sécurité des patients Suisse a démarré. Le projet se concentre sur la vérification systématique de la médication à l'admission à l'hôpital.

En été, la fondation a achevé avec succès le programme pilote progress! La sécurité en chirurgie. Ce programme avait pour objectif d'amener les hôpitaux et les cliniques à utiliser correctement la checklist chirurgicale lors de chaque opération afin d'éviter des préjudices aux patients. En septembre, Sécurité des patients Suisse a organisé pour la première fois une semaine d'action avec pour devise «Dialogue avec les patientes et les patients». De nombreux hôpitaux et cliniques ont également participé.

Transparence et comparabilité constituent des éléments fondamentaux pour l'amélioration de la qualité. Pour cette raison, H+ met chaque année à la disposition de ses membres un modèle pour établir le rapport sur la qualité.

Les résultats des mesures de la qualité publiés dans ce rapport sont ceux des hôpitaux et des cliniques pris individuellement. Une certaine prudence doit être observée lors de la comparaison des résultats des différents établissements. D'une part, l'offre de prestations ([cf. Annexe 1](#)) n'est pas la même: un hôpital régional, par exemple, traite des cas différents de ceux soignés d'un hôpital universitaire. C'est la raison pour laquelle, les résultats des mesures doivent être appréciés distinctement. Par ailleurs, les hôpitaux et les cliniques n'utilisent pas les mêmes instruments de mesure, (structure, construction, méthode de relevé,...) et donc les résultats peuvent varier. Des comparaisons ponctuelles sont possibles lorsque les mesures sont harmonisées au niveau national et lorsque les résultats sont ajustés par hôpital et par clinique, respectivement par site. Vous trouverez d'autres informations sur ce sujet dans les sous-chapitres de ce rapport et sur le site www.anq.ch/fr.

Avec nos meilleures salutations



Dr Bernhard Wegmüller
Directeur de H+

Table des matières

Mentions légales	2
Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse	3
1 Introduction	6
2 Organisation de la gestion de la qualité	7
2.1 Organigramme	7
2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité	7
3 Stratégie de qualité	8
3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence	9
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2015	9
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir	10
4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité	11
4.1 Participation aux mesures nationales	11
4.2 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital	12
4.3 Activités et projets relatifs à la qualité	13
4.3.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents	13
4.4 Aperçu des registres	14
4.5 Vue d'ensemble des certifications	15
MESURES DE LA QUALITE	16
Enquêtes	17
5 Satisfaction des patients	17
5.1 Enquêtes à l'interne	17
5.1.1 Votre avis nous intéresse	17
5.2 Un service de gestion des réclamations	17
6 Satisfaction du personnel	18
6.1 Enquête à l'interne	18
6.1.1 Easy Check-up	18
Qualité des traitements	19
7 Réhospitalisations	19
7.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables	19
8 Opérations	21
8.1 Relevé national des réopérations potentiellement évitables	21
9 Infections	22
9.1 Mesure nationale des infections du site opératoire	22
10 Chutes	24
10.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres	24
11 Escarres	26
11.1 Mesure nationale de prévalence des escarres auprès des enfants et des adolescents	26
12 Atteinte des objectifs et état de santé physique	29
12.1 Mesures nationales par domaines spécifiques	29
13 Détails des projets	30
13.1 Projets actuels en faveur de la qualité	30
13.1.1 Développement de la prise en charge ambulatoire	30
13.1.2 Collectif "escarres"	31
13.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2015	32
13.2.1 Mise en place de SEGI	32
13.3 Projets de certification en cours	33
13.3.1 Laboratoire : ISO 15189/2012	33
14 Conclusions et perspectives	34
Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution	35
Soins somatiques aigus	35

Réadaptation	37
Editeur	40

1 Introduction

L'Hôpital intercantonal de la Broye est au bénéfice d'un statut juridique autonome de droit public. Il est organisé sur deux sites. Le site de Payerne dispose de 105 lits et regroupe les activités médicales aiguës, opératoires, médicales, d'urgences et d'obstétriques. Avec 47 lits, le site d'Estavayer-le-Lac est dédié à la réadaptation ; il comprend également une unité de médecine interne de proximité et une antenne de centre médico-chirurgical d'urgences du HIB. Le HIB est un hôpital intercantonal répondant aux besoins de la population de la Broye vaudoise (41'000 habitants) et de la Broye fribourgeoise (31'000 habitants). À noter que la population du bassin de recrutement enregistre une croissance soutenue (de l'ordre de 15- 20% pour ces 10 prochaines années). Le HIB figure sur les planifications sanitaires et hospitalières des cantons de Vaud et de Fribourg. Les hôpitaux de référence sont l'Hôpital cantonal de Fribourg et le CHUV.

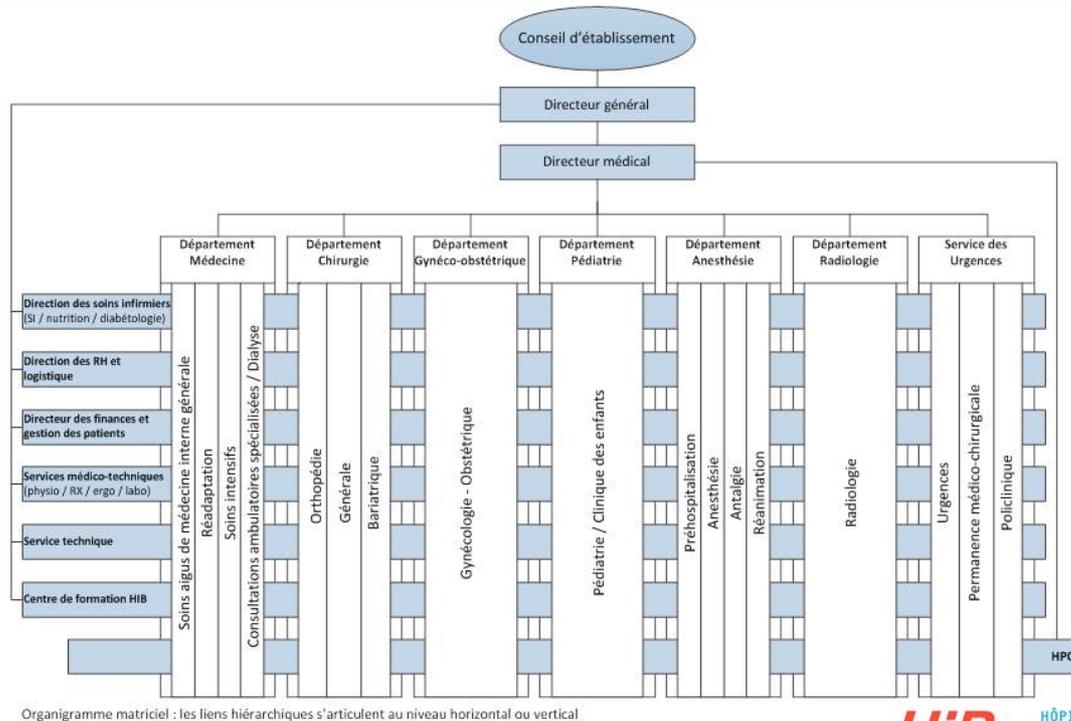
/

Des informations détaillées sur l'offre de prestations sont présentées à [Annexe 1](#).

2 Organisation de la gestion de la qualité

2.1 Organigramme

ORGANIGRAMME HIB



VERSION 2014

La gestion de la qualité est représentée au niveau de la direction.

La gestion de la qualité est du ressort de la direction, comme fonction horizontale.

Pour l'unité de qualité indiquée ci-dessus, un pourcentage de travail de **50%** est disponible.

2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité

Avenue de la Coline Nadia Marchon
 Co-directrice des soins
 Hôpital intercantonal de La Broye, HIB
 026 662 85 64
nadia.marchon@hibroye.ch

3 Stratégie de qualité

L'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB) a été institué par la Convention signée entre les cantons de Fribourg et de Vaud le 5 février 1998, qui est l'aboutissement des travaux de la Commission paritaire intercantonale nommée par les deux Conseils d'Etat en 1992.

Comme son nom l'indique, sa spécificité est donc d'être intercantonal avec un site de soins aigus sur le canton de Vaud (Payerne) et un site de traitement et réadaptation sur le canton de Fribourg (Estavayer-le-Lac).

La politique d'entreprise du HIB est fortement influencée par le contexte dans lequel il a été créé. Elle doit tenir compte de :

- la fusion de deux hôpitaux de cantons différents
- du développement de la notion de partenariat
- de l'application de deux politiques cantonales de santé différentes

Néanmoins, cette politique d'entreprise est applicable sur les deux sites du HIB et fait office de politique qualité. Elle s'appuie sur les points suivants :

- la qualité de prise en charge des patients : indépendamment de la prise en charge purement technique, le HIB veille au respect de la dignité du patient et à l'information de sa famille ou des proches.

- un soutien psychosocial : le HIB dispose d'une structure permettant une prise en charge globale du patient et assure sa sortie de l'établissement dans des conditions optimales.

- l'amélioration : le HIB veille à une amélioration continue de la qualité de ses prestations par le biais de l'analyse de questionnaires de satisfaction, d'actions correctives et préventives, de l'analyse des déclarations d'incident et d'événement indésirables graves, de la collaboration avec l'ANQ pour différentes annonces, etc.

- la technicité : en relation avec son savoir-faire, le personnel du HIB fournit des prestations conformément aux techniques et aux exigences légales reconnues. Le HIB met à disposition de la population un plateau technique répondant à sa mission.

- le savoir-faire : l'ensemble du personnel du HIB dispose des compétences et de la formation requises pour l'exercice de ses activités.

- l'hygiène hospitalière : la commission d'hygiène est garante de la qualité de prise en charge médicale du patient, pour tout le domaine lié aux risques d'infections.

L'Hôpital intercantonal de la Broye est un hôpital de soins aigus de proximité et de réadaptation. Les prestations ambulatoires et stationnaires s'inscrivent dans une logique de trajectoires de soins centrée sur les besoins du patient. L'HIB coopère étroitement avec ses hôpitaux de référence et collabore avec l'ensemble des acteurs médico-sociaux.

Avec l'application de ces valeurs, l'organisation tend vers l'efficacité dans un climat détendu et proactif. Elle fait ainsi émerger une culture d'entreprise qui est essentielle au développement de nouveaux projets et garantit la qualité de la prise en charge des patients.

NOTRE VISION

Le plan de développement de l'HIB pour 2020 se construit autour de la vision suivante:

- Développer des centres de références broyards (médecine pré-hospitalière, diabétologie, respiratoire, mère-enfant, CTR et santé des personnes âgées) en actionnant des partenariats et de la formation en vue de garantir la pérennité.
- Renforcer la position d'un employeur responsable et postmoderne.
- Etre expert et catalyseur de la planification sanitaire régionale
- S'appuyer sur le plan directeur HIB 2

La qualité est fermement ancrée dans la stratégie d'entreprise / dans les objectifs de l'entreprise, et ce de manière explicite.

3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence

La qualité des soins prodigués au HIB doit s'apprécier et s'articuler autour des dimensions suivantes :

- sécurité des soins : mesurer et réduire les risques liés aux soins, par exemple les risques d'infections et de maladies nosocomiales ;
- efficacité : bonne utilisation des ressources, des compétences et des équipements ;
- efficacité : notamment par la mise en place d'itinéraires cliniques définissant de manière détaillée les étapes de prise en charge d'un patient pour une pathologie ou une intervention spécifique ;
- équité : garantir à tous les patients sans distinction des soins de qualité
- notion de patient partenaire : prodiguer des soins respectueux de la personne, de ses préférences, de ses besoins et de ses valeurs ;
- respect des délais : réduire les temps d'attente pour les patients.

Différentes organisations ont été mises en place afin d'améliorer la qualité et la sécurité au sein de notre institution :

- Implémentation de l'outil SEGI (CIRS) dans l'institution
- Enseignement du personnel pour l'utilisation des CIRS
- Participation au programme FHV de prévention et gestion des événements indésirable
- Formation management des institutions de santé de plusieurs médecins chefs et cadres soignants

3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2015

- Développement de l'outil d'annonce des incidents SEGI (système Electronique de Gestion des Incidents)
- Mise en place de colloques pluridisciplinaire de morbidité-mortalité (2 à 3 fois dans l'année)
- Implémentation des recommandations FHV pour la préparation et la distribution des médicaments

3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir

La qualité des soins prodigués au HIB doit s'apprécier et s'articuler autour des dimensions suivantes pour l'année future :

- Définir la qualité. Identifier des indicateurs qualité et sécurité. Établir un tableau de bord à l'intention de la direction générale et du Conseil d'établissement. Mesurer et suivre les indicateurs retenus.
- Procéder à l'engagement d'un responsable qualité et sécurité
- Développer la notification des événements indésirables, l'analyse systématique des incidents et le suivi à terme des mesures correctives.
- Sensibiliser et mettre sur pied une formation sur la sécurité des patients.
- Former le personnel médico-soignant aux outils de standardisation de la communication et sur les modèles facteur humain (FH).
- Améliorer la communication aux patients victimes d'un événement indésirable.
- Développer/améliorer le soutien aux collaborateurs impliqués dans un incident grave.
- Péreniser la formation des cadres au sein de l'institution
- Participation au collectif "escarres" en collaboration avec la Fédération des Hôpitaux Vaudois

4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité

4.1 Participation aux mesures nationales

L'organisation nationale des hôpitaux H+, les cantons, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), l'association de la branche de l'assurance-maladie santésuisse et les assureurs sociaux fédéraux sont représentés au sein de la l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Le but de l'ANQ est de coordonner la mise en œuvre unifiée des mesures de la qualité des résultats dans les hôpitaux et cliniques, avec pour objectif de documenter, de développer et d'améliorer la qualité. Les méthodes de réalisation et d'évaluation sont les mêmes pour tous les établissements.

D'autres informations sont disponibles dans les sous-chapitres «Enquêtes nationales», resp. «Mesures nationales» et sur le site de l'ANQ www.anq.ch/fr.

Durant l'année de référence, notre institution a participé comme suit au plan de mesures national:	Site de Payerne	Site d'Estavayer-le-Lac	HIB
<i>soins aigus somatiques</i>			
▪ Evaluation des réhospitalisations potentiellement évitables	√		
▪ Evaluation des réopérations potentiellement évitables	√		
▪ Mesure des infections du site opératoire	√	√	
▪ Mesure de la prévalence des chutes	√	√	
▪ Mesure de la prévalence des escarres de décubitus	√	√	
▪ Mesure de la prévalence des escarres de décubitus chez les enfants et les adolescents	√		
<i>réadaptation</i>			
▪ Mesures spécifiques des domaines pour la			
– Réadaptation musculo-squelettique		√	

4.2 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital

Outre les mesures de la qualité imposées aux niveaux national et cantonal, notre institution a effectué des mesures de la qualité supplémentaires.

Notre institution a exécuté les enquêtes suivantes propres à l'hôpital:	Site de Payerne	Site d'Estavayer-le-Lac	HIB
<i>Satisfaction des patients</i>			
▪ Votre avis nous intéresse	√	√	
<i>Satisfaction du personnel</i>			
▪ Easy Check-up	√	√	

4.3 Activités et projets relatifs à la qualité

Voici une liste des activités permanentes et des projets relatifs à la qualité.

SEGI : système électronique de la gestion des incidents

Objectif	Mise en place d'une culture non punitive et permettant l'annonce des incidents à des fins d'amélioration
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Hôpital
Sites	Site de Payerne, Site d'Estavayer-le-Lac
Projets: Durée (du ... au ...)	Indéterminée
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne/externe .
Expliquer les raisons	Déclaration des incidents afin de nous questionner sur nos pratiques
Méthodologie	Mise en place du projet avec le groupe coordinateur sécurité des patients au sein de la Fédération des Hôpitaux Vaudois
Groupes professionnels impliqués	Tous

4.3.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents

Le CIRS (Critical Incident Reporting System) est un système d'annonce des erreurs, dans lequel les collaborateurs peuvent saisir les événements ou les erreurs qui, dans l'activité quotidienne, ont failli conduire à des dommages. De cette manière, le CIRS contribue à détecter des points faibles dans l'organisation et dans les processus de travail. Des mesures d'amélioration de la sécurité peuvent être entreprises à partir de ces notifications d'incidents.

Notre établissement a introduit un CIRS en 2014 .

La procédure pour l'introduction et la mise en œuvre de mesures d'amélioration est définie.

Des structures, organes et compétences ont été mises en place afin de traiter les notifications CIRS.

Les notifications CIRS et les incidents sont traités au moyen d'une analyse systémique des erreurs.

Remarques

Les annonces d'incidents, d'incidents médicamenteux et d'événements indésirables graves sont annoncés dans un logiciel : SEGI. Deux personnes reçoivent ces notifications et les classe selon la catégorisation OMS. Ces notifications sont ensuite envoyées à un responsable d'analyse (soit pour une analyse simple, soit pour une analyse systémique). Suite à cette analyse, des propositions d'amélioration sont énoncées et mises en œuvre.

4.4 Aperçu des registres

Les registres et monitoring peuvent contribuer au développement de la qualité et à l'assurance qualité à plus long terme. Des données anonymisées portant sur les diagnostics et les procédures (p. ex. opérations) de plusieurs établissements sont collectées au plan national pendant plusieurs années, puis analysées afin de pouvoir identifier des tendances à long terme et suprarégionales.

Les registres et études énumérés sont annoncés officiellement à la FMH: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Durant l'année de référence, notre institution a participé aux registres suivants:				
Norme appliquée	Discipline	Organisation responsable	Depuis / à partir de	Sites
SIRIS Registre suisse des implants	Chirurgie orthopédique	Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants www.siris-implant.ch	2014	Site de Payerne
MDSi La collecte de données minimales de la SSMI	Médecine intensive	Société Suisse de Médecine Intensive SSMI www.sgi-ssmi.ch	2005	Site de Payerne
Système de déclaration Système de déclaration des maladies infectieuses à déclaration obligatoire	Infectiologie, épidémiologie	Office fédéral de la santé publique: Section Systèmes de déclaration http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00804/index.html?lang=fr	2000	Site de Payerne, Site d'Estavayer-le-Lac
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, chirurgie viscérale, bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2014	Site de Payerne

4.5 Vue d'ensemble des certifications

Notre institution a obtenu les certifications suivantes:					
Norme appliquée	Domaine qui travaille avec la norme / le standard	Année de la première certification	Année de la dernière recertification	Sites	Commentaires
Reconnaissance de la société Suisse de médecine intensive	Soins intensifs	2005	2005	Site de Payerne	
IFSM, reconnaissance FMH classe 2	Policlinique	2009	2009	Site d'Estavayer-le-Lac	
ISFM Reconnaissance type B	Médecine	1999	2014	Site de Payerne	

MESURES DE LA QUALITE

Enquêtes

5 Satisfaction des patients

Des enquêtes complètes auprès des patients constituent un élément important dans le management de la qualité car elles donnent des indications sur la satisfaction des patients et sur les potentiels d'amélioration.

5.1 Enquêtes à l'interne

5.1.1 Votre avis nous intéresse

Cette enquête permet à chaque patient présent au sein de notre institution de donner son avis rapidement sur sa prise en charge et la qualité des soins.

Elle nous permet également de mettre en place des actions d'amélioration de la qualité.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2015 dans tous les services des sites „Site de Payerne”, „Site d'Estavayer-le-Lac” .

Notre institution renonce à la publication des résultats des mesures dans ce rapport sur la qualité.

Au vue du peu de participation, les résultats ne sont pas explicites.

5.2 Un service de gestion des réclamations

Notre établissement propose un service de gestion des réclamations / de médiation.

Hôpital intercantonal de La Broye, HIB

Direction générale

Laurent Exquis

Directeur général

026 662 85 58

laurent.exquis@hibroye.ch

6 Satisfaction du personnel

La mesure de la satisfaction du personnel fournit aux établissements des informations précieuses sur la manière dont les collaborateurs et collaboratrices ont perçu l'hôpital en tant qu'employeur et ressenti leur situation de travail dans celui-ci.

6.1 Enquête à l'interne

6.1.1 Easy Check-up

Le sondage de la satisfaction du personnel se fait lors des évaluations (durant la période d'essai ou de manière annuelle). A chaque départ d'un collaborateur, il lui est également demandé de participer à une évaluation de sa satisfaction.

Nous avons mené cette enquête auprès du personnel durant l'année 2015 dans tous les services des sites „Site de Payerne”, „Site d'Estavayer-le-Lac” .

Notre institution renonce à la publication des résultats des mesures dans ce rapport sur la qualité.

Les résultats ne sont pas significatifs.

Qualité des traitements

7 Réhospitalisations

7.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables

Dans le plan national de mesures de l'ANQ, une réhospitalisation est considérée comme potentiellement évitable lorsqu'elle intervient dans un délai de 30 jours et qu'elle n'est pas planifiée, bien que le diagnostic qui y est lié ait été déjà connu lors du séjour hospitalier précédent. L'évaluation est réalisée à partir des données de routine tirées de la Statistique des hôpitaux. Les rendez-vous planifiés pour le traitement de suite et les hospitalisations répétées programmées, par exemple dans le cadre d'un traitement du cancer, sont exclus.

Grâce au calcul des taux de réhospitalisation, les réhospitalisations susceptibles d'être évitables peuvent être identifiées et analysées, ce qui permet de tirer des enseignements visant à optimiser la préparation des sorties.

Informations complémentaires : www.anq.ch/fr et www.sqlape.com

Résultats des mesures

		2012	2013	2014	2015
Hôpital intercantonal de La Broye, HIB					
Taux observé	Interne:	3.73%	3.27%	3.38%	3.22%
	Externe:	0.81%	0.98%	1.10%	0.60%
Taux attendu (CI* = 95%)		4.56%	4.43%	4.63%	4.32% (- - -)
Résultat ** (A, B oder C)		B	B	B	A

* CI est l'abréviation de Confidence Interval (= intervalle de confiance). L'intervalle de confiance de 95% donne la fourchette dans laquelle se situe la valeur effective avec une probabilité d'erreur de 5%. Cela signifie que les valeurs qui se recoupent dans l'intervalle de confiance ne peuvent guère être interprétées comme de véritables différences.

** Analyse des résultats:

A = Le taux observé est inférieur au taux attendu minimal (le taux observé est inférieur à l'intervalle de confiance [95%]).

B = Le taux observé est situé dans l'intervalle de confiance (95%) des valeurs attendues.

C = Il y a trop de réadmissions potentiellement évitables. Il est recommandé d'analyser les causes de ces réadmissions afin d'en réduire si possible le nombre.

Comme les mesures de l'ANQ ont été conçues pour les comparaisons d'hôpitaux et de cliniques, les résultats spécifiques à ces établissements ne sont que partiellement pertinents. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site www.anq.ch/fr.

Indication sur la mesure	
Institut d'enquête	SQLape GmbH
Méthode / instrument	SQLape®, méthode développée scientifiquement afin de calculer les taux correspondants à partir de la Statistique des hôpitaux.

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	Tous les patients en stationnaire (y compris les enfants)
	Critères d'exclusion	Patients décédés, nouveau-nés en bonne santé, patients transférés dans d'autres hôpitaux et patients domiciliés à l'étranger.
Hôpital intercantonal de La Broye, HIB		
Nombre de sorties exploitables 2015:	5412	

8 Opérations

8.1 Relevé national des réopérations potentiellement évitables

Dans le plan national de mesure de l'ANQ, une réopération est considérée comme potentiellement évitable si elle suit une intervention au niveau du même site anatomique et si elle n'était pas prévisible ou si elle traduit un échec ou une complication postopératoire plutôt que l'aggravation de la maladie sous-jacente. L'évaluation est réalisée à partir des données de routine tirées de la Statistique des hôpitaux. Les interventions à des fins diagnostiques (par ex.: ponctions) sont exclues de l'analyse. Seules sont saisies les réopérations intervenant durant le même séjour hospitalier.

Le calcul des taux de réopération donne une indication sur l'existence de problèmes potentiels. Les hôpitaux et les cliniques doivent procéder à des analyses approfondies des dossiers des patients afin d'identifier les réopérations susceptibles d'être évitables et d'améliorer la qualité des soins.

Informations complémentaires pour un public professionnel : www.anq.ch/fr et www.sqlape.com

Résultats des mesures

	2012	2013	2014	2015
Hôpital intercantonal de La Broye, HIB				
Taux observé	1.92%	1.93%	2.29%	1.20%
Taux attendu (CI* = 95%)	2.29%	1.87%	2.05%	1.96% (- - -)
Résultat ** (A, B oder C)	A	B	C	A

* CI est l'abréviation de Confidence Interval (= intervalle de confiance). L'intervalle de confiance de 95% donne la fourchette dans laquelle se situe la valeur effective avec une probabilité d'erreur de 5%. Cela signifie que les valeurs qui se recoupent dans l'intervalle de confiance ne peuvent guère être interprétées comme de véritables différences.

** Analyse des résultats:

- A = Le taux observé est inférieur au taux attendu minimal (le taux observé est inférieur à l'intervalle de confiance [95%]).
- B = Le taux observé est situé dans l'intervalle de confiance (95%) des valeurs attendues.
- C = Il y a trop de réadmissions potentiellement évitables. Il est recommandé d'analyser les causes de ces réadmissions afin d'en réduire si possible le nombre.

Comme les mesures de l'ANQ ont été conçues pour les comparaisons d'hôpitaux et de cliniques, les résultats spécifiques à ces établissements ne sont que partiellement pertinents. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site www.anq.ch/fr.

Indication sur la mesure	
Institut d'enquête	SQLape GmbH
Méthode / instrument	SQLape®, méthode développée scientifiquement afin de calculer les taux correspondants à partir de la Statistique des hôpitaux.

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	Toutes les opérations chirurgicales à but thérapeutique (y compris les interventions sur les enfants)
	Critères d'exclusion	Interventions à but diagnostic (par ex. biopsies, arthroscopies sans traitement, etc.)
Hôpital intercantonal de La Broye, HIB		
Nombre d'opérations évaluable 2015:	1673	

9 Infections

9.1 Mesure nationale des infections du site opératoire

Lors d'une opération, la barrière protectrice formée par la peau est interrompue intentionnellement. Une infection de plaie peut se développer si des agents infectieux parviennent ensuite dans la zone incisée. Dans certaines conditions, les infections de plaie post-opératoires peuvent entraîner de sérieuses complications dans l'état du patient et aboutir à une prolongation du séjour à l'hôpital.

Sur mandat de l'ANQ, Swissnoso réalise des mesures des infections consécutives à certaines opérations (cf. tableaux ci-dessous). Les hôpitaux peuvent choisir les types d'interventions à mesurer dans la liste ci-dessous. Ils doivent pratiquer au moins trois des types indiqués, quel que soit le nombre de cas par type dans le programme de mesure. Les établissements qui proposent la chirurgie du colon (gros intestin) dans leur catalogue de prestations et qui pratiquent l'ablation de l'appendice chez les enfants et les adolescents (< 16 ans) sont tenus depuis le 1er octobre 2014 de relever les infections de plaies survenant après ces opérations.

Afin d'obtenir une image fiable des taux d'infection, un relevé des infections post-opératoires est également effectué après la sortie de l'hôpital. Après des interventions sans implant de matériel, un relevé est effectué 30 jours plus tard au moyen d'un entretien téléphonique portant sur la situation infectieuse et la cicatrisation. En cas d'intervention avec implant de matériel (prothèses de hanche et de genou, interventions de chirurgie cardiaque), un nouvel entretien téléphonique est effectué 12 mois après l'opération (follow-up).

Informations complémentaires : www.anq.ch/fr et www.swissnoso.ch

Notre établissement a participé aux mesures des infections consécutives aux opérations suivantes:
▪ Ablation de l'appendice
▪ Ablation de l'appendice chez les enfants et les adolescents
▪ Chirurgie du côlon (gros intestin)
▪ Césarienne (sectio caesarea)

Résultats des mesures

Résultats des mesures de la période 1er octobre 2014 – 30 septembre 2015

Opérations	Nombre d'opérations évaluées (Total)	Nombre d'infections constatées après ces opérations (N)	Valeurs de l'année précédente - Taux d'infections %			Taux d'infections % (CI*)
			2012	2013	2014	
Site de Payerne						
Ablation de l'appendice	64	1	-	-	-	1.60% (0.00% - 4.20%)
Ablation de l'appendice chez les enfants et les adolescents	17	0	-	-	7.10%	0.00% (0.00% - 4.20%)
Chirurgie du côlon (gros intestin)	28	7	-	36.80%	13.80%	25.00% (6.90% - 37.80%)
Césarienne (sectio caesarea)	143	6	-	-	5.40%	4.20% (0.40% - 6.50%)

* CI est l'abréviation de Confidence Interval (= intervalle de confiance). L'intervalle de confiance de 95% donne la fourchette dans laquelle se situe la valeur effective avec une probabilité d'erreur de 5%. Cela signifie que les valeurs qui se recoupent dans l'intervalle de confiance ne peuvent guère être interprétées comme de véritables différences.

Comme les mesures de l'ANQ ont été conçues pour les comparaisons d'hôpitaux et de cliniques, les résultats spécifiques à ces établissements ne sont que partiellement pertinents. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site www.anq.ch/fr.

Indication sur la mesure	
Institut d'enquête	Swissnoso

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion adultes	Tous les patients en stationnaire (≥ 16 ans) sur lesquels ont été réalisées les opérations correspondantes (voir le tableau des résultats des mesures).
	Critères d'inclusion enfants et adolescents	Tous les patients en stationnaire (≤ 16 ans) sur lesquels ont été réalisées les opérations correspondantes (voir le tableau des résultats des mesures).
	Critères d'exclusion	Les patients qui ne donnent pas leur consentement (oral).

10 Chutes

10.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres

La mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres donne une idée de la fréquence, de la prévention et de la prise en charge de divers phénomènes liés aux soins. La prévalence des chutes et des escarres est mesurée à une date prédéfinie. Dans le cadre de la mesure, les patients sont interrogés pour savoir s'ils ont chuté à l'hôpital avant la date arrêtée pour la mesure.

Informations complémentaires:

www.anq.ch/fr, www.lpz-um.eu et che.lpz-um.eu/fra/mesure-lpz/phenomenes-de-soins/chutes

Résultats des mesures

	2012	2013	2014	2015
Site de Payerne				
Nombre de patients hospitalisés ayant chuté durant cette hospitalisation jusqu'à la date prédéfinie.	2	2	0	1
en pourcent	4.90%	4.10%	0.00%	1.90%
Site d'Estavayer-le-Lac				
Nombre de patients hospitalisés ayant chuté durant cette hospitalisation jusqu'à la date prédéfinie.	1	10	2	4
en pourcent	4.40%	27.80%	5.60%	11.40%

Ces résultats sont descriptifs et ne sont pas ajustés aux facteurs de risque.

Comme les mesures de l'ANQ ont été conçues pour les comparaisons d'hôpitaux et de cliniques, les résultats spécifiques à ces établissements ne sont que partiellement pertinents. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site www.anq.ch/fr.

Indication sur la mesure	
Institut d'enquête	Haute école spécialisée bernoise
Méthode / instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Indications sur le collectif examiné			
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients hospitalisés (y compris soins intensifs, soins continus), âgés de 18 ans et plus (les patients âgés de 16 à 18 ans peuvent être inclus-e-s sur une base volontaire). ▪ Consentement oral des patients majeurs, de leurs proches ou de leur représentant légal. 	
	Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ patients hospitalisés n'ayant pas donné leur consentement, ▪ nourrissons du service de maternité, ▪ services de pédiatrie, enfants et adolescents (≤ 16 ans) ▪ maternité, urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil. 	
Site de Payerne			
Nombre de patients examinés effectivement en 2015	54	en pourcent	58.06%
Site d'Estavayer-le-Lac			
Nombre de patients examinés effectivement en 2015	35	en pourcent	76.08%

11 Escarres

L'escarre est une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement.

11.1 Mesure nationale de prévalence des escarres auprès des enfants et des adolescents

La mesure nationale de la prévalence fournit des indications sur la fréquence, la prévention et le traitement de différents événements liés aux soins. La prévalence des escarres est mesurée à une date prédéfinie. Dans le cadre de la mesure, les patients sont examinés pour savoir s'ils souffrent d'une ou plusieurs escarres.

Les hôpitaux et les cliniques disposant d'une division pédiatrique spécifique effectuent depuis 2013 une mesure de prévalence des escarres auprès des enfants et des adolescents également. Les escarres sont en effet un précieux indicateur de qualité dans le domaine pédiatrique. Elles constituent un problème de soin encore trop souvent sous-estimé. Elles sont en lien étroit avec les moyens auxiliaires tels que les attelles, les capteurs, les sondes, etc. La communication verbale réduite des nourrissons et des enfants en bas âge, qui dépend du développement, ainsi que les cellules de la peau encore insuffisamment développées des prématurés ou des nouveau-nés constituent d'autres facteurs de risque.

Informations complémentaires:

www.anq.ch/fr et www.lpz-um.eu

Résultats des mesures

Chez les adultes

		Valeurs de l'année précédente			Nombre d'adultes avec des escarres 2015	en pourcent
		2012	2013	2014		
Site de Payerne						
Prévalence des escarres	Total : catégorie 1-4	5	4	3	5	9.30%
	sans catégorie 1	3	1	1	3	5.60%
Prévalence selon le lieu de formation	Au sein de l'institution (y compris catégorie 1)	5	3	1	2	3.70%
	Au sein de l'institution (sans catégorie 1)	3	0	0	1	1.90%
	Dans une autre institution (y compris la catégorie 1)	0	1	2	3	5.60%
	Dans une autre institution (sans catégorie 1)	0	1	1	2	3.70%
Site d'Estavayer-le-Lac						
Prévalence des escarres	Total : catégorie 1-4	5	8	10	4	11.40%
	sans catégorie 1	4	4	4	1	2.90%
Prévalence selon le lieu de formation	Au sein de l'institution (y compris catégorie 1)	3	6	3	2	5.70%
	Au sein de l'institution (sans catégorie 1)	3	3	1	0	0.00%
	Dans une autre institution (y compris la catégorie 1)	2	2	7	2	5.70%

	Dans une autre institution (sans catégorie 1)	1	1	3	1	2.90%
--	---	---	---	---	---	-------

Chez les enfants et adolescents

		Valeurs de l'année précédente			Nombre d'enfants avec des escarres 2015	en pourcent
		2012	2013	2014		
Site de Payerne						
Prévalence des escarres	Total : catégorie 1-4			0	0	0.00%
	sans catégorie 1			0	0	0.00%
Prévalence selon le lieu de formation	Au sein de l'institution (y compris catégorie 1)			0	0	0.00%
	Au sein de l'institution (sans catégorie 1)			0	0	0.00%
	Dans une autre institution (y compris la catégorie 1)			0	0	0.00%
	Dans une autre institution (sans catégorie 1)			0	0	0.00%

Comme les mesures de l'ANQ ont été conçues pour les comparaisons d'hôpitaux et de cliniques, les résultats spécifiques à ces établissements ne sont que partiellement pertinents. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site www.anq.ch/fr.

Indication sur la mesure	
Institut d'enquête	Haute école spécialisée bernoise
Méthode / instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Indications sur le collectif examiné			
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> Patients hospitalisés (y compris soins intensifs, soins continus), âgés de 18 ans et plus (les patients âgés de 16 à 18 ans peuvent être inclus-e-s sur une base volontaire) Consentement oral des patients majeurs, de leurs proches ou de leur représentant légal. 	
	Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> patients hospitalisés n'ayant pas donné leur consentement, nourrissons du service de maternité, services de pédiatrie, enfants et adolescents (≤ 16 ans) maternité, urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil. 	
Site de Payerne			
Nombre d'adultes examinés effectivement en 2015	54	en pourcent (de tous les patients hospitalisés le jour de la mesure)	62.79%
Nombre d'enfants et adolescents examinés effectivement en 2015	2	en pourcent (de tous les patients hospitalisés le jour de la mesure)	28.57%
Site d'Estavayer-le-Lac			
Nombre d'adultes examinés effectivement en 2015	35	en pourcent (de tous les patients hospitalisés le jour de la mesure)	76.08%

Remarques

12 Atteinte des objectifs et état de santé physique

12.1 Mesures nationales par domaines spécifiques

Les prescriptions de mesures de l'ANQ dans la réadaptation sont valables pour tous les domaines stationnaires (cliniques de réadaptation et services de réadaptation des hôpitaux de soins aigus). Les outils de mesure appropriés au type de réadaptation sont appliqués à tous les patients à l'entrée et à la sortie. L'enquête sur la satisfaction est également menée auprès de tous les patients en stationnaire.

Vous trouverez d'autres informations sur les mesures spécifiques à un domaine de la réadaptation à l'adresse www.anq.ch/fr

Résultats des mesures

Comme les mesures de l'ANQ sont conçues pour des comparaisons entre institutions et que des valeurs non ajustées au risque (valeurs brutes) ne sont guère significatives sans valeur de référence, les résultats spécifiques aux hôpitaux, resp. aux cliniques, mentionnés dans ce rapport sur la qualité ne sont pas publiés. Die Messergebnisse finden Sie in vergleichender Darstellung auf der ANQ Website www.anq.ch.

Indication sur la mesure		Site d'Estavayer-le-Lac	
Institut d'enquête	Charité - Université à Berlin, institut de sociologie médicale, département de recherche en réadaptation		
Méthode / instrument	▪ Objectif principal et atteinte de l'objectif		√
	▪ Functional Independence Measurement (FIM)		√

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	Tous les patients adultes traités en stationnaire
	Critères d'exclusion	Enfants et adolescents traités en réadaptation

13 Détails des projets

Les principaux projets en faveur de la qualité sont décrits dans ce chapitre.

13.1 Projets actuels en faveur de la qualité

13.1.1 Développement de la prise en charge ambulatoire

Le projet est mené sur les sites „Site de Payerne”, „Site d'Estavayer-le-Lac” .

Que se soit sur le site de Payerne ou d'Estavayer-le-Lac, notre objectif étant de développer la prise en charge ambulatoire en mettant à disposition de nos patients différentes structures permettant une prise en charge adaptée et sécuritaire.

Le projet pour le site de Payerne et de permettre la centralisation des activités ambulatoires dans un même lieux et de fait, il prévoit la création d'un bâtiment ambulatoire.

Pour le site d'Estavayer-le-Lac, un centre de soins est actuellement en construction et un rapprochement auprès de différents partenaires médecins est en train de se réaliser afin de permettre la mise en place de cabinet de groupe.

13.1.2 Collectif "escarres"

Le projet est mené sur les sites „Site de Payerne”, „Site d'Estavayer-le-Lac” .

Les établissements membres de la Fédération des hôpitaux vaudois ont retenu le thème de la sécurité des patients (gestion du risque clinique) comme un axe prioritaire de collaboration. Le thème de la prévention des escarres a été retenu comme sujet prioritaire par la Commission Sécurité des patients le 1er juillet 2015.

Le concept de « collectif de travail »

Ce concept a été développé par l'Institute for Healthcare Improvement de Boston, sous l'appellation « Breakthrough Collaborative ». Nous retiendrons le terme « collectif de travail » utilisé au Québec. Cette méthode est prévue pour l'étude et la diffusion de pratiques fondées sur l'évidence scientifique ou sur un consensus d'experts. Un collectif rassemble des équipes de projet de différents établissements de soins, autour d'une démarche structurée pour améliorer un aspect de la qualité des soins ou de la sécurité des patients. Le groupe se retrouve pour une série de rencontres, afin de découvrir les meilleures pratiques dans le domaine retenu et de permettre à chaque participant d'en retenir les leçons pour son organisation. La recherche montre qu'un collectif peut être une organisation apprenante temporaire, puissante et motivante, qui apporte des connaissances, des compétences et du soutien, tout en développant sa propre culture.

Thèmes des interventions d'amélioration

Les thèmes des interventions d'amélioration se fondent sur une revue de littérature visant à identifier les pratiques que la recherche démontre comme étant les plus efficaces pour diminuer la survenue des escarres. Pour diminuer la survenue des escarres, les thèmes suivants sont retenus :

1. Evaluation du risque d'escarres
2. Amélioration des pratiques cliniques par l'application systématique du bundle de prévention
3. Formation des collaborateurs
4. Responsabilisation des collaborateurs par la mesure et la restitution
5. Implication des patients et des familles
6. Culture institutionnelle de la sécurité et leadership

Les interventions d'amélioration proposées seront organisées autour de ces six thèmes. Elles sont détaillées sur le diagramme des déterminants qui figure en annexe.

Objectif du collectif

L'objectif du collectif est de réduire de 50% la survenue d'escarre nosocomiale au sein des établissements participants, d'ici au 30 septembre 2018, puis maintenir ou diminuer le taux obtenu de façon pérenne.

13.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2015

13.2.1

Mise en place de SEGI

Le projet a été mené sur les sites „Site de Payerne”, „Site d'Estavayer-le-Lac” .

Mise en place de l'outil informatique SEGi permettant l'annonce des incidents et des événements indésirables graves survenus au sein de notre institution.

Chaque collaborateur du HIB a la possibilité d'annoncer les incidents et les chutes par le biais d'un programme informatique situé soit sur l'intranet soit directement par le biais du dossier patient informatisé (Soarian).

La Commission FHV (Fédération des Hôpitaux Vaudois) « Sécurité des patients » a décidé d'adjuger à la société Ennov la mise en place du système électronique. Ce système a été paramétré en collaboration avec chaque représentant des hôpitaux de la FHV (coordinateur sécurité des patients). Le succès de l'utilisation de ce programme dépendra de l'implication des collaborateurs à déclarer les incidents, de la capacité des gestionnaires d'incidents à les traiter et à faire un retour au déclarant, de la visibilité des actions d'améliorations, etc.

Ce système aura pour avantage de permettre au déclarant de voir l'avancement de sa déclaration en tout temps.

Des formations destinées au déclarant ont été organisées afin que chacun d'entre vous puisse se familiariser avec cet outil.

Cet outil est une plus-value dans la politique institutionnelle ayant pour objectif la sécurité des patients. La notification d'incident consiste à signaler toute anomalie ou dysfonctionnement observés au cours d'une activité clinique. Une notification systématique des incidents permet de développer des processus et des structures qui ont pour but de promouvoir la sécurité des patients en particulier et d'améliorer la qualité et l'organisation de toutes les activités au sein de l'institution. Chaque erreur ou incident doit être identifié avant de pouvoir être corrigé.

La notification sert de point de départ à une analyse et à une recherche des causes de l'erreur. Par la suite, en révélant les lacunes et les dysfonctionnements d'un processus, une telle déclaration permet de mettre à jour les causes possibles et de prendre les mesures pour les éviter à l'avenir. Le signalement des faits graves vise notamment à répondre à des obligations prévues par la loi et s'appliquant à tout établissement sanitaire.

13.3 Projets de certification en cours

13.3.1 Laboratoire : ISO 15189/2012

La certification est menée sur le site Site de Payerne .

Le laboratoire réalise des examens de biologie médicale dans les domaines de l'hématologie, de l'hémostase, de la chimie clinique, de l'immuno-hématologie (sérologie transfusionnelle) et de la bactériologie médicale (limitée). Il traite ainsi chaque jour 200 dossiers d'analyses (sang, urines, selles, liquides biologiques). Le laboratoire réalise plus de 90% des analyses sur site et confie certaines analyses (très spécialisées et/ou soumises à agrément non disponible au laboratoire) à un laboratoire spécialisé conformément à la procédure de sous-traitance.

En plus de la politique générale du HIB, le laboratoire a pour mission de Répondre aux besoins des services médicaux du HIB 24 heures sur 24 pour les analyses médicales Assurer une qualité des prestations irréprochable Maintenir et développer les analyses nécessaires à l'aide au diagnostic en collaboration avec les services médicaux et en fonction des développements scientifiques et technologiques Prendre en compte les intérêts du patient en proposant des prestations utiles et économiquement défendables Le laboratoire vise à fournir à ses clients des services analytiques de la plus haute qualité possible. Les résultats fournis doivent ainsi être justes, reproductibles et livrés à temps dans le respect des exigences des clients et des exigences réglementaires et légales auxquelles le laboratoire est soumis.

Objectifs :

Les objectifs sont la traduction de la politique qualité. Ils se résument en :

- Satisfaire les patients
- Assurer la sécurité des patients
- Développer l'engagement du personnel
- Développer le potentiel du laboratoire
- Garantir la compétitivité du laboratoire
- Assurer la performance financière

Afin de garantir les exigences déontologiques inhérentes aux activités du laboratoire, les principes immuables suivants sont respectés : Aucune considération financière ou politique n'influe sur la réalisation des examens de biologie médicale Aucun conflit d'intérêt n'existe entre les collaborateurs du laboratoire et les sociétés de diagnostic biologique L'intérêt et les besoins du patient sont toujours la considération première Tous les patients sont traités équitablement et sans discrimination Seules les informations strictement nécessaires à la réalisation des examens et à l'interprétation des résultats sont collectées.

14 Conclusions et perspectives

L'ensemble des collaborateurs du HIB oeuvre pour la même cause : la satisfaction des patients. Sur cette base, nous mettons tous en oeuvre et à tous les niveaux afin de nous améliorer sans cesse.

Nos perspectives sont les suivantes :

- pérenniser l'utilisation de l'outil de gestion des incidents et événement indésirables graves
- engagement d'un responsable qualité et sécurité afin de permettre le développement de ces activités au sein de l'institution
- développer différentes activités en lien avec le domaine ambulatoire
- développer la collaboration avec nos hôpitaux partenaires

Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution

Les indications sur la structure et les prestations de l'hôpital permettent d'avoir un **aperçu** de la taille de l'hôpital et de son offre. L'offre de prestations repose sur la dernière Statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique. Ils concernent uniquement les patients traités en stationnaire.

Des informations supplémentaires sur l'offre de l'institution sont disponibles sur le portail des hôpitaux et cliniques info-hopitaux.ch.

Soins somatiques aigus

Offres groupes de prestations de la planification hospitalière		Hôpital intercantonal de La Broye, HIB
Base		
Base chirurgie et médecine interne		✓
Peau (dermatologie)		
Dermatologie (y c. vénérologie)		✓
Traitement des plaies		✓
Nez-gorge-oreille (oto-rhino-laryngologie)		
Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)		✓
Chirurgie cervico-faciale		✓
Chirurgie élargie du nez et des sinus		✓
Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes		✓
Chirurgie maxillaire		✓
Système nerveux médical (neurologie)		
Neurologie		✓
Tumeur maligne secondaire du système nerveux		✓
Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)		✓
Maladies cérébrovasculaires (sans stroke unit)		✓
Hormones (endocrinologie)		
Endocrinologie		✓
Estomac-intestins (gastroentérologie)		
Gastroentérologie		✓
Gastroentérologie spécialisée		✓
Chirurgie viscérale		
Chirurgie viscérale		✓
Chirurgie bariatrique		✓
Interventions sur le bas rectum		✓
Sang (hématologie)		
Lymphomes agressifs et leucémies aiguës		✓
Lymphomes indolents et leucémies chroniques		✓

Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	√
Vaisseaux	
Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	√
Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	√
Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	√
Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	√
Cœur	
Chirurgie cardiaque simple	√
Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	√
Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	√
Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	√
Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	√
Reins (néphrologie)	
Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	√
Urologie	
Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	√
Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	√
Prostatectomie radicale	√
Cystectomie radicale	√
Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	√
Surrénalectomie isolée	√
Poumons médical (pneumologie)	
Pneumologie	√
Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	√
Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	√
Polysomnographie	√
Poumons chirurgical (chirurgie thoracique)	
Chirurgie thoracique	√
Orthopédie	
Chirurgie de l'appareil locomoteur	√
Orthopédie	√
Chirurgie de la main	√
Arthroscopie de l'épaule et du coude	√
Arthroscopie du genou	√
Reconstruction de membres supérieurs	√
Reconstruction de membres inférieurs	√
Chirurgie de la colonne vertébrale	√
Rhumatologie	
Rhumatologie	√
Gynécologie	
Gynécologie	√
Néoplasmes malins du corps utérin	√
Néoplasmes malins de la glande mammaire	√
Obstétrique	
Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	√
Obstétrique spécialisée	√
Nouveau-nés	
Soins de base aux nouveau-nés (niveaux I et IIA, à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)	√

Néonatalogie (niveau IIB, à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)	✓
Néonatalogie spécialisée (niveau III)	✓
Radiothérapie ((radio-)oncologie)	
Oncologie	✓
Médecine nucléaire	✓
Traumatismes graves	
Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	✓
Brûlures étendues (CIMHS)	✓

Réadaptation

Offre de prestations en réadaptation

Site d'Estavayer-le-Lac	
Domaines de réadaptation	
Réadaptation gériatrique	s
Réadaptation en médecine interne	s
Réadaptation musculo-squelettique	s

a = ambulatoire, s = stationnaire

Chiffres-clés de la réadaptation stationnaire

Le **nombre de sorties** et le **nombre de jours** de soins en 2014 additionnés fournissent une indication de l'ampleur de l'expérience dans un domaine spécialisé et de la complexité des traitements dispensés aux patientes et patients. Deux cliniques ayant à peu près la même taille (nombre de jours de soins) peuvent afficher un nombre de sorties tout à fait différent dès lors que les patientes et patients souffrent de maladies ou de traumatismes de gravité variable. Les personnes souffrant de graves traumatismes ont besoin de plus de temps jusqu'à ce qu'elles retrouvent une certaine autonomie dans la vie de tous les jours. Il en découle des séjours plus longs et un nombre de sorties moins élevé pour le même nombre de jours de soins.

Au moyen du nombre de traitements / séances par jour et par patient, il est possible d'estimer l'**intensité thérapeutique** à escompter en moyenne pour un patient dans la clinique du domaine spécialisé correspondant.

Offre stationnaire de domaines spécialisés	Nombre moyen de traitements / séances par jour et patient	Nombre de sorties	Jours de soins dispensés
Réadaptation en médecine interne	81.00	853	18'417

Remarques

Actuellement, tous les cas concernant les patients en réadaptation sont comptés dans le même catégorie, soit réadaptation en médecine interne. Dans le cadre du projet StReha, les patients seront identifiés dans la bonne catégorie. Ceci n'est pas possible actuellement.

Collaboration dans le réseau de soins

Les cliniques de réadaptation peuvent aussi proposer leurs **connaissances spécialisées** et leur **infrastructure** à l'extérieur, par exemple sous la forme de services de réadaptation dans des hôpitaux de soins somatiques aigus (exploités par une clinique de réadaptation) ou de cliniques de jour autonomes en milieu urbain/dans les centres. Les patientes et patients tirent avantage de telles offres car un traitement plus simple et plus direct peut leur être proposé moyennant peu d'interruptions thérapeutiques.

En ce qui concerne les prestations spécialisées en faveur de patients nécessitant des soins plus complexes, une **collaboration locale étroite** avec d'autres hôpitaux qui disposent d'une **infrastructure** appropriée s'impose souvent. La proximité entre les cliniques de réadaptation et les partenaires spécialisés simplifie beaucoup la collaboration avant et après le traitement stationnaire de réadaptation.

Pour un **suivi très spécifique**, il est fréquent qu'une coopération avec des **spécialistes externes** soit nécessaire (prestations de consultants faisant l'objet d'un contrat, tels que thérapeutes de la déglutition ou spécialistes du nez, de l'oreille et des yeux dans le cas d'une réadaptation neurologique). Cette **organisation en réseau** avec du personnel spécialisé en amont et en aval apporte une contribution essentielle à la qualité d'un traitement optimal.

Hôpital le plus proche, lieu	Offre de prestations / Infrastructure	Distance (km)
Site de Payerne		
Hôpital Fribourgeois	Intensivstation in akutsomatischem Spital	20 km
Hôpital Fribourgeois	Notfall in akutsomatischem Spital	20 km
Site d'Estavayer-le-Lac		
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois	Intensivstation in akutsomatischem Spital	24 km
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois	Notfall in akutsomatischem Spital	24 km

Organisation en réseau avec des spécialistes / cliniques externes	Domaine spécialisé
Hôpital Fribourgeois	Oncologie
Hôpital Fribourgeois	Dermatologie
Hôpital Fribourgeois/CHUV	Neurochirurgie
Hôpital Fribourgeois	Neurologie
Hôpital Fribourgeois	Hématologie
Hôpital Fribourgeois/CHUV	Chirurgie thoracique
Hôpital Fribourgeois	Cardiologie
Hôpital Fribourgeois	Rhumatologie
Hôpital Fribourgeois	Pneumologie

Ressources en personnel de réadaptation

Spécialisations disponibles		Nombre de postes à temps plein
Site de Payerne		
Spécialiste en pneumologie		1
Site d'Estavayer-le-Lac		
Spécialiste en médecine physique et réadaptation		9

Des titres spécifiques de médecin spécialiste sont nécessaires à une thérapie adéquate. Les traitements complexes sont précisément rendus possibles grâce à la complémentarité des diverses spécialités.

Personnel soignant et thérapeutique, conseillers		Nombre de postes à temps plein
Site de Payerne		
Infirmiers		88
Physiothérapie		6
Ergothérapie		4
Diététique		2
Site d'Estavayer-le-Lac		
Infirmiers		49
Physiothérapie		6
Ergothérapie		5
Diététique		3
Psychologie		1

Dans la réadaptation, les activités du personnel soignant et thérapeutique sont très différentes de celles d'un hôpital ou d'un service de soins aigus. C'est pourquoi vous trouverez ici des indications sur le personnel diplômé spécialisé en réadaptation.

Editeur



Le modèle pour ce rapport sur la qualité est publié par H+ :
H+ Les Hôpitaux de Suisse
Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne

Voir aussi:

www.hplus.ch/fr/prestations/qualite_securite_des_patients/rapport_sur_la_qualite



Les symboles utilisés dans ce rapport, qui font référence aux domaines d'hôpitaux soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation ne figurent que lorsque les modules concernent des domaines spécifiques.

Instances impliqués et partenaires



Le modèle ayant servi au présent rapport sur la qualité a été élaboré en collaboration avec le groupe de pilotage de **QABE** «développement de la qualité dans les hôpitaux de soins aigus du canton de Berne».

Le modèle continue à être développé en collaboration avec la Commission technique Qualité somatique aigüe (**FKQA**), divers cantons et sur mandat des fournisseurs de prestations.

Voir aussi:

www.hplus.ch/fr/servicenav/portrait/commissions_techniques/qualite_somatique_aigue_fkqa/



La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (**CDS**) recommande aux cantons d'imposer aux hôpitaux de rendre compte de la qualité de leurs traitements et de les inciter à utiliser le modèle de rapport sur la qualité de H+ et à le publier sur la plateforme de H+ www.info-hopitaux.ch.



Le modèle de rapport sur la qualité repose sur les recommandations «Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux » de l'Académie suisse des sciences médicales (**ASSM**).



La **fondation Sécurité des patients Suisse** est une plateforme nationale dédiée au développement et à la promotion de la sécurité des patients en Suisse. Elle travaille sous forme de réseaux et de coopérations. Son objectif est de tirer des enseignements des erreurs commises et de favoriser la culture de la sécurité dans les établissements de santé. Pour ce faire, elle fonctionne sur un mode partenarial et constructif avec des acteurs du système sanitaire.

Voir plus: www.securitedespatients.ch



L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (**ANQ**) coordonne et met en œuvre des mesures de qualité dans différents domaines (médecine somatique aigüe, réadaptation et psychiatrie).

Voir aussi: www.anq.ch