

# Rapport sur la qualité 2018

conforme aux directives de H+

Validé le:  
par:

22.07.2019  
Benoit Kuchler, cjeff de région Valais-Fribourg

Version 1



Clinique Générale Ste-Anne

[www.cliniquegenerale.ch](http://www.cliniquegenerale.ch)



soins aigus somatiques

## 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 2018.

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, les programmes et les projets d'assurance de la qualité.

Afin d'améliorer la comparaison des rapports sur la qualité, le sommaire et la numérotation des chapitres ont été uniformisés. Tous les chapitres du modèle sont désormais mentionnés dans le sommaire, indépendamment du fait qu'ils concernent ou non l'établissement. L'intitulé des chapitres non pertinents apparaît en gris et est complété par une brève explication. Ces chapitres n'apparaissent plus dans la suite du rapport sur 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 être, elles aussi, prises en considération. En outre, les derniers résultats disponibles sont publiés pour chaque mesure. Par conséquent, les résultats contenus dans ce rapport ne sont pas forcément de la même année.

### Public cible

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

### Personne à contacter pour le Rapport sur la qualité 2018

Madame  
Janick Gross  
Responsable qualité  
026 350 02 65  
[jgross@cliniquegenerale.ch](mailto:jgross@cliniquegenerale.ch)

## Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse

En Suisse, les hôpitaux et les cliniques ont la volonté de présenter en toute transparence les mesures entreprises en faveur de la qualité et de recourir à des méthodes éprouvées pour améliorer leur qualité à l'interne. En 2018, les membres de H+ ont approuvé la publication des mesures réalisées dans les différents domaines de la réadaptation. Dans les hôpitaux, ces résultats servent d'indicateurs permettant une identification précoce d'éventuelles anomalies et, le cas échéant, la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la qualité. Les colloques morbidité-mortalité (MoMo ou M&M) constituent également une procédure efficace afin d'identifier les potentiels d'amélioration dans les processus de soins: les complications, les évolutions anormales et les décès imprévus sont passés au crible et analysés en commun.

En 2018, la Fondation pour la sécurité des patients Suisse a apporté plusieurs contributions importantes à la promotion de la sécurité des patients en collaboration avec les hôpitaux ainsi qu'avec des spécialistes et divers acteurs du monde de la santé.

Avec Swissnoso et sur mandat de la Confédération, la fondation a mené à bien le troisième programme pilote national «progress!» visant à améliorer la sécurité dans le sondage vésical. Les hôpitaux pilote ont testé l'efficacité du faisceau d'interventions. Ce dernier a pour but d'éviter de poser inutilement des sondes vésicales et de ramener la durée d'utilisation à un minimum.

Le double contrôle de la remise de médicaments à haut risque est une mesure visant à assurer une médication correcte dans les hôpitaux. Son efficacité n'est pas démontrée dans tous les cas et elle mobilise d'importantes ressources. Une planification et une organisation optimales des contrôles sont donc importantes. La Fondation pour la sécurité des patients s'est saisie du thème et a émis, pour la première fois en Suisse, une recommandation à l'intention des hôpitaux qui comprend des conseils visant à organiser au mieux la vérification des médicaments à haut risque.

Les analyses d'erreurs médicales montrent souvent que certaines personnes présentes étaient conscientes des risques, mais qu'elles n'ont pas pu exprimer leurs préoccupations ou qu'elles n'ont pas été entendues. Verbaliser ses soucis pour la sécurité n'est pas toujours chose facile. La Fondation pour la sécurité des patients a publié le guide pratique «Quand le silence devient dangereux – Speak Up pour plus de sécurité dans les soins aux patients».

Le modèle de rapport sur la qualité de H+ permet aux membres de l'association de présenter leurs activités en faveur de la qualité sous une forme unifiée et transparente.

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 pris en charge par un hôpital universitaire. C'est la raison pour laquelle les résultats des mesures doivent être appréciés de manière nuancée. Par ailleurs, les hôpitaux et les cliniques utilisent des méthodes et des instruments de mesure dont la structure, la construction, la méthode de relevé, la publication 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 pouvez obtenir ces publications sur le site [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Avec nos meilleures salutations



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Table des matières

<b>Mentions légales</b> .....	<b>2</b>
<b>Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation de la gestion de la qualité</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramme .....	7
2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité .....	7
<b>3 Stratégie de qualité</b> .....	<b>8</b>
3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2018 .....	8
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2018 .....	8
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir .....	9
<b>4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité</b> .....	<b>10</b>
4.1 Participation aux mesures nationales .....	10
4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton Notre établissement n'est pas soumis à des mesures imposées par le canton.	
4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital .....	11
4.4 Activités et projets relatifs à la qualité .....	12
4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents .....	16
4.5 Aperçu des registres .....	17
4.6 Vue d'ensemble des certifications .....	17
<b>MESURES DE LA QUALITE</b> .....	<b>18</b>
<b>Enquêtes</b> .....	<b>19</b>
<b>5 Satisfaction des patients</b> .....	<b>19</b>
5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu .....	19
5.2 Enquêtes à l'interne .....	21
5.2.1 Satisfaction patients .....	21
5.2.2 Satisfaction patients des prestataires externes .....	22
5.3 Service des réclamations .....	22
<b>6 Satisfaction des proches</b> Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.	
<b>7 Satisfaction du personnel</b> .....	<b>23</b>
7.1 Enquête à l'interne .....	23
7.1.1 Evaluation annuelle des collaborateurs .....	23
<b>8 Satisfaction des référents</b> .....	<b>24</b>
8.1 Enquête à l'interne .....	24
8.1.1 Satisfaction des soins aux patients .....	24
<b>Qualité des traitements</b> .....	<b>25</b>
<b>9 Réhospitalisations</b> .....	<b>25</b>
9.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables .....	25
<b>10 Opérations</b> .....	<b>26</b>
10.1 Mesure interne .....	26
10.1.1 Reprises chirurgicales durant le séjour .....	26
<b>11 Infections</b> .....	<b>27</b>
11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire .....	27
<b>12 Chutes</b> .....	<b>30</b>
12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres .....	30
<b>13 Escarres</b> .....	<b>32</b>
13.1 Mesure nationale de prévalence des escarres auprès des enfants et des adolescents .....	32
<b>14 Mesures limitatives de liberté</b> Une mesure dans ce domaine n'est pas pertinente pour notre établissement.	
<b>15 Intensité des symptômes psychiques</b> Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.	

16	<b>Atteinte des objectifs et état de santé physique</b>	
	Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.	
17	<b>Autres mesures de la qualité</b>	
	Notre établissement n'a pas effectué d'autres mesures durant l'année de référence.	
<b>18</b>	<b>Détails des projets</b>	<b>34</b>
18.1	Projets actuels en faveur de la qualité	34
18.1.1	Commission du bloc opératoire	34
18.1.2	Culture qualité	34
18.1.3	Protection incendie	34
18.2	Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2018	34
18.2.1	Réduction de la consommation de linge	34
18.3	Projets de certification en cours	35
18.3.1	Label Swiss Leading Hospitals	35
<b>19</b>	<b>Conclusions et perspectives</b>	<b>36</b>
	<b>Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution</b>	<b>37</b>
	Soins somatiques aigus	37
	<b>Editeur</b>	<b>40</b>

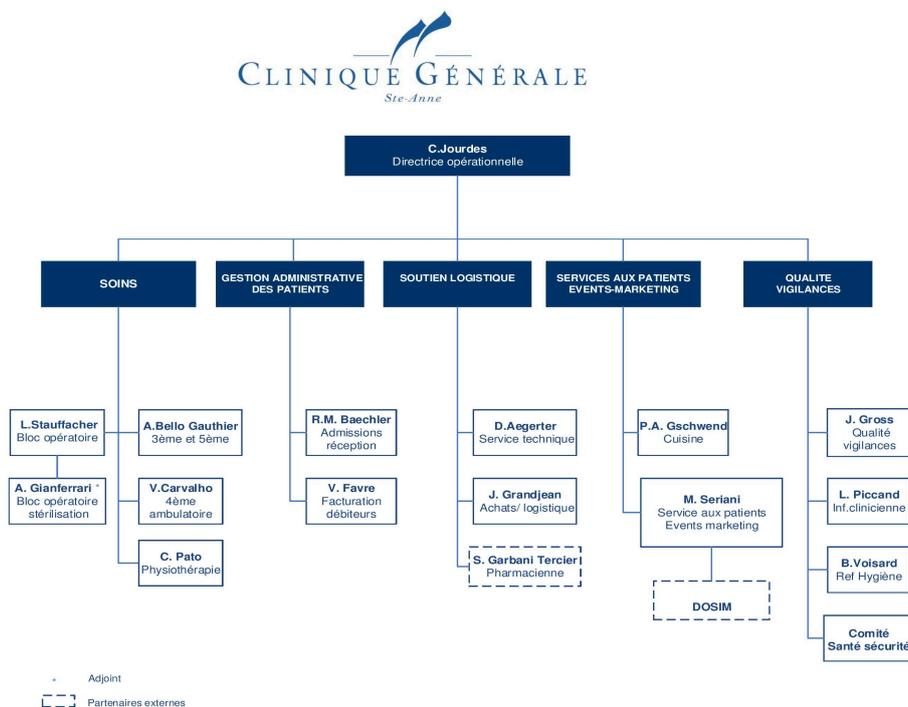
## 1 Introduction

*La Clinique Générale Ste-Anne SA est un établissement du Swiss Medical Network et fait partie intégrante de la planification hospitalière fribourgeoise. En 2015, la Clinique s'est vue confier les mandats de prestations du paquet de base programmé du canton de Fribourg pour les spécialités de l'orthopédie, de la neurochirurgie, de la gynécologie, de l'ORL et la chirurgie. Nous réalisons plus de 4400 interventions chirurgicales, dont 1100 en ambulatoire. Nous accueillons essentiellement des patients fribourgeois. L'activité stationnaire réalisée en orthopédie est la plus importante du canton de Fribourg. Nous poursuivons une collaboration dans le cadre du centre du sein avec la Clinique de Genolier et sommes certifiés par la ligue suisse contre le cancer. Une extension de notre bloc opératoire a été réalisée et permet un meilleur flux du personnel et des marchandises et correspond aux normes et recommandations d'asepsie progressive. Des économies d'énergie ont été réalisées sur la base d'une étude de la Société Siemens et d'une mise en place de processus et d'investissements permettant une réduction de nos sources énergétiques. Une task force Management de la qualité du groupe Swiss Medical Network a été créée et des quality manager par entité identifiés. L'année 2018 est aussi marquée par la certification ISO 9001-2015 qui fut l'opportunité de redéfinir notre politique qualité, conjointement aux autres cliniques du groupe, et de refondre totalement notre système de management de la qualité.*

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 fonctionnel CGF

01.04.2019

Page 1 sur 1

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 **80 %** est disponible.

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

Madame Janick Gross

Responsable qualité

026 350 02 65

[jgross@cliniquegenerale.ch](mailto:jgross@cliniquegenerale.ch)

### 3 Stratégie de qualité

L'ensemble des professionnels de la Clinique Générale de Fribourg s'engage au quotidien pour vous garantir la plus haute qualité et la plus grande sécurité des soins. La clinique a ainsi développé au fil des années une véritable culture qualité au sein de l'établissement afin d'offrir une prise en charge idéale et personnalisée à tous nos patients. Cette politique d'amélioration continue se définit au travers de plusieurs objectifs :

- Développer une offre de soins optimale, en conformité avec notre vocation d'établissement privé
- Assurer l'information du patient sur son état de santé et le respect de ses droits
- Assurer la qualité de la prise en charge concernant la douleur, la nutrition et les soins
- Poursuivre une dynamique de qualité et de gestion des risques
- Développer une culture sécurité forte
- Pérenniser la démarche d'évaluation existante et impliquer les équipes en communiquant les résultats et leurs évolutions

Grâce à notre adhésion au développement national pour la qualité (ANQ), nous mesurons tout au long de l'année différents indicateurs tels que :

- La satisfaction de nos patients
- Les ré-hospitalisations
- Les chutes, les escarres
- Les infections nosocomiales
- Le registre des implants orthopédiques

Des référents de vigilances sur des points d'exigence maximale ont été nommés :

- Matéiovigilance
- Hémovigilance
- Pharmacovigilance
- Hygiène hospitalière (selon les normes romandes hpci en vigueur)

La Clinique dispose également d'une commission ad hoc qui coordonne la mise en œuvre du programme qualité et gestion des risques afin d'assurer la sécurité des patients au plus haut niveau.

#### 3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2018

- Certification ISO 9001-2015
- Recertification du centre du sein
- Forte implication des collaborateurs pour la qualité
- Mise en place de groupes de travail
- Création d'un service de physiothérapie à l'interne

#### 3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2018

- Développer les outils de communication pour la reconnaissance et l'image de la clinique
- Systématiser l'information, la sensibilisation et la formation de l'ensemble des collaborateurs à la qualité
- Renforcer la collaboration avec le corps médical à la démarche qualité

### 3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir

La Clinique générale poursuit l'évolution de la qualité au sein du groupe Swiss Medical Network. La création de la task force qualité vise la pérennité du management de la qualité, le soutien des entités dans la démarche par le partage des best practices et une uniformisation des processus . Elle désire renforcer la collaboration avec le corps médical dans la démarche qualité ainsi que l'ensemble des collaborateurs, par la sensibilisation et la formation. La certification ISO 9001-2015 s'inscrit dans cette politique ainsi que de la participation accrue des collaborateurs à des projets.

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

### 4.1 Participation aux mesures nationales

L'association nationale des hôpitaux H+, les cantons, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), l'association faîtière des assureurs maladie santésuisse et les assurances sociales fédérales 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](http://www.anq.ch/fr).

Durant l'année de référence, notre institution a participé comme suit au plan de mesures national:
<i>soins aigus somatiques</i>
▪ Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu
▪ Evaluation nationale des réhospitalisations potentiellement évitables
▪ Mesure nationale des infections du site opératoire
▪ Mesure nationale de la prévalence des chutes
▪ Mesure nationale de la prévalence des escarres de décubitus

### 4.3 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.

<b>Notre institution a exécuté les enquêtes suivantes propres à l'hôpital:</b>
<i>Satisfaction des patients</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Satisfaction patients</li><li>▪ Satisfaction patients des prestataires externes</li></ul>
<i>Satisfaction du personnel</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Evaluation annuelle des collaborateurs</li></ul>
<i>Satisfaction des référents</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Satisfaction des soins aux patients</li></ul>

<b>Notre institution a exécuté les mesures suivantes propres à l'hôpital:</b>
<i>Opérations</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reprises chirurgicales durant le séjour</li></ul>

#### 4.4 Activités et projets relatifs à la qualité

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

##### A pied au bloc

<b>Objectif</b>	Améliorer le flux des patients au bloc opératoire
<b>Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours</b>	Soins
<b>Projets: Durée (du ... au ...)</b>	continu
<b>Type d'activité / de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne ..
<b>Expliquer les raisons</b>	Diminuer les temps d'attente
<b>Méthodologie</b>	Groupe de travail
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Collaborateurs,soins, bloc opératoire, anesthésie
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Délai de prise en charge au bloc opératoire entre les patients

##### Intégration du nouveau collaborateur

<b>Objectif</b>	Faciliter l'intégration dans une autre équipe, durant la période d'essai
<b>Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours</b>	Soins
<b>Projets: Durée (du ... au ...)</b>	septembre 2017-juin 2018
<b>Type d'activité / de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne ..
<b>Expliquer les raisons</b>	Adaptation des ressources en fonction des besoins
<b>Méthodologie</b>	Projet de formation
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Cadres de soins, soignants, ressources humaines
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Satisfaction des collaborateurs mai 2019

## Satisfaction patients

<b>Objectif</b>	Répondre aux besoins et attentes des patients
<b>Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours</b>	Ensemble de l'établissement
<b>Projets: Durée (du ... au ...)</b>	continu
<b>Type d'activité / de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne ..
<b>Expliquer les raisons</b>	Partage de bonnes pratiques entre les différents établissements du groupe dont la clinique est membre
<b>Méthodologie</b>	Adaptation d'une version web sur tablette en 2017
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Dashboard satisfaction et benchmarking

## Culture qualité

<b>Objectif</b>	Développer une culture d'amélioration continue de la qualité
<b>Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours</b>	Ensemble de l'établissement
<b>Projets: Durée (du ... au ...)</b>	continu
<b>Type d'activité / de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne ..
<b>Expliquer les raisons</b>	Stimuler la participation des collaborateurs
<b>Méthodologie</b>	Gestion de projet
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	certification ISO 9001-2015 obtenue en juin 2018

## Transmission de l'information du dossier de soins

<b>Objectif</b>	Uniformiser les informations transcrites dans le dossier du patient
<b>Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours</b>	Soins
<b>Projets: Durée (du ... au ...)</b>	octobre 2018-mai 2019
<b>Type d'activité / de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne ..
<b>Expliquer les raisons</b>	Garantir des informations optimales pour les collaborateurs qui permutent dans un autre service
<b>Méthodologie</b>	Groupe de travail
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Services des soins
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Audits dossiers

## Augmentation de l'efficacité tout en garantissant la qualité des soins

<b>Objectif</b>	Réorganisation des activités de soins
<b>Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours</b>	Soins
<b>Projets: Durée (du ... au ...)</b>	4ème trimestre 2018
<b>Type d'activité / de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne ..
<b>Expliquer les raisons</b>	Diminution du stress en période de haute activité
<b>Méthodologie</b>	Groupe de travail
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Collaborateurs services de soins
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Satisfaction patients et collaborateurs

## Communication de l'information

<b>Objectif</b>	Faciliter l'accès à l'information
<b>Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours</b>	Soins
<b>Projets: Durée (du ... au ...)</b>	octobre 2018-mars 2019
<b>Type d'activité / de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne ..
<b>Expliquer les raisons</b>	Permettre un accès rapide aux informations de service
<b>Méthodologie</b>	Groupe de travail
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Service des soins
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Traçabilité de lecture des informations

## Gestion du stock des services de soins

<b>Objectif</b>	Garantir un approvisionnement en matériel adapté aux besoins
<b>Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours</b>	Approvisionnement
<b>Projets: Durée (du ... au ...)</b>	septembre 2018- juillet 2019
<b>Type d'activité / de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne ..
<b>Expliquer les raisons</b>	Limiter le volume de matériel périmé
<b>Méthodologie</b>	Groupe de travail
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Collaborateurs soins et service des achats
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Quantification annuelle des articles périmés

## Digitalisation de la facturation

<b>Objectif</b>	Réduire le risque d'erreur
<b>Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours</b>	Service de soins
<b>Projets: Durée (du ... au ...)</b>	1er semestre 2018
<b>Type d'activité / de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne ..
<b>Expliquer les raisons</b>	Actualisation permanente du matériel utilisé
<b>Méthodologie</b>	groupe de travail
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Service des soins, service facturation, IT, service des achats
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	temps de facturation par dossier

### 4.4.1 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. Le CIRS contribue ainsi à identifier les facteurs de risques dans l'organisation et les processus de travail et à améliorer la culture de la qualité. Des mesures d'amélioration de la sécurité peuvent être entreprises à partir de ces notifications d'incidents.

Notre établissement a introduit un CIRS en 2015 .

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

En 2015 nous avons mis en place un logiciel , remplaçant ainsi l'ancien système papier.

La responsable qualité a participé aux cours " ERA -Error and Risk Anlysis" proposée par Sécurité des patients Suisse en 2014

## 4.5 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](http://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
<b>AQC</b> Groupe de travail pour l'assurance de la qualité en chirurgie	Chirurgie, gynécologie et obstétrique, chirurgie pédiatrique, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, urologie, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, gastroentérologie, chirurgie de la main, sénologie	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2012
<b>SIRIS</b> Registre suisse des implants	Chirurgie orthopédique	Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2012
<b>RT fribourgeois</b> Registre fribourgeois des tumeurs-RFT	Tous	<a href="http://www.liguecancer-fr.ch">www.liguecancer-fr.ch</a>	2006

### Remarques

AQC pour la sénologie

## 4.6 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	Commentaires
label de qualité pour le centre du sein	Gynécologie	2014	2018	collaboration avec la clinique de Genolier.
ISO 9001/2008	Toute l'institution	2010	2013	
ISO 9001/2015	Toute l'institution	2018	2018	certification juin 2018

# **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 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu

L'appréciation des patients sur la qualité des prestations d'un hôpital est un indicateur de qualité important et reconnu (satisfaction des patients). Le questionnaire court pour l'enquête nationale auprès des patients a été élaboré et développé par l'ANQ en collaboration avec un groupe d'experts. Il comporte une échelle asymétrique à cinq paliers. La version révisée du questionnaire court a été utilisée pour la première fois pour l'année 2016.

Le questionnaire court comprend six questions centrales et peut être aisément inclu dans des enquêtes plus larges auprès des patients. Des questions liées à l'âge, au sexe, à la classe d'assurance et à l'évaluation subjective de l'état de santé complètent les six questions sur le séjour à l'hôpital.

#### Résultats des mesures

Questions	Valeurs de l'année précédente 2016	Satisfaction ajustée (moyenne) 2017 (CI* = 95%)
<b>Clinique Générale Ste-Anne</b>		
Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?	4.32	4.45 (4.35 - 4.56)
Avez-vous eu la possibilité de poser de questions?	4.24	4.34 (4.23 - 4.45)
Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?	4.53	4.51 (4.40 - 4.61)
Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous?	4.57	4.48 (4.35 - 4.62)
Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital?	3.97	4.13 (4.00 - 4.26)
Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation?	94.40	94.80 %
Nombre des patients contactés par courrier 2017		306
Nombre de questionnaires renvoyés	173	Retour en pourcent 57 %

Pondération des notes:: Question 1 – 5: 1 = évaluation la plus négative; 5 = évaluation la plus positive. Question 6: Le résultat indiqué dans cette colonne correspond à la proportion des personnes qui ont répondu «adéquate».

\* 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, ainsi que les comparaisons avec l'année précédente, ne sont que partiellement pertinents. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site [www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/](http://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/).

**Commentaire sur l'évolution des résultats des mesures, sur les activités de prévention et / ou sur les activités visant à l'amélioration**

Une amélioration est remarquée sur l'ensemble des critères évalués sauf pour la question concernant les médicaments. la checkliste de sortie des patients à été complétée et une information à été faite aux équipes de soins.

**Indication sur la mesure**

Institut national d'enquête	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
-----------------------------	--

**Indications sur le collectif examiné**

Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	L'enquête a concerné toutes les patientes et tous les patients traités en stationnaire (≥ 18 ans) sortis de l'hôpital en septembre 2017.
	Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients décédés à l'hôpital.</li> <li>▪ Patients sans domicile fixe en Suisse.</li> <li>▪ Les patients hospitalisés à plusieurs reprises n'ont été interrogés qu'une seule fois.</li> </ul>

## 5.2 Enquêtes à l'interne

### 5.2.1 Satisfaction patients

En juillet 2017, le questionnaire a été restructuré mais conserve les axes principaux:

- Information et communication
- Accueil
- Prise en charge médicale et soins
- Hôtellerie
- Sortie

Une adaptation web permet au patient de remplir son questionnaire sur tablette ou de le recevoir par mail.

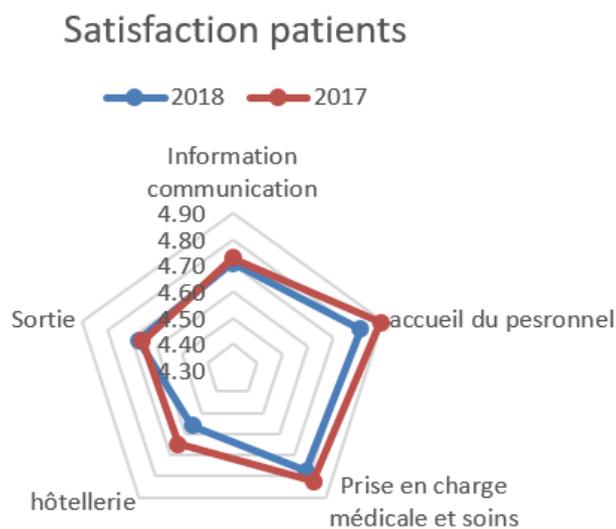
La version papier reste en vigueur pour les patients qui le désirent.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2018 .

Tous les services sont concernés par l'enquête

Le nouveau questionnaire a été mis en place en juillet 2017, la note maximale est 5.

Il concerne les patients hospitalisés.



Taux de retour 2017 : 33.7%

Taux de retour 2018 : 27.88%

#### Relevé des résultats et activités d'amélioration

la satisfaction de nos patients reste élevée, avec des moyennes globales supérieures à 4.70 sur 5, pour les deux dernières années.

#### Indication sur la mesure

Méthode développée / instrument développé à l'interne	
---	--

### 5.2.2 Satisfaction patients des prestataires externes

Nous mesurons, l'accueil, l'attente et la qualité des informations données aux patients. Nous avons fixé des critères bien spécifiques, pas nécessairement identiques pour tous, et selon les prestations dispensées. Les questions ont été travaillées en collaboration avec ces mêmes partenaires.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2018 . dans les services „Physiothérapie”, „Radiologie”, „Laboratoire ”. Cette mesure est faite auprès de tous les patients stationnaires, sont exclus les patients ambulatoires

Grâce à des rencontres régulières avec nos prestataires externes, les résultats 2018 sont en augmentation par rapport à 2017 ,96,2 %(94.8%). Les résultats sont transmis aux différents prestataires et pris en considération pour des mesures d'amélioration. Pour les prestataires généraux, communs à tous les établissements membres du Swiss Medical Network (housekeeping, blanchisserie) l'évaluation se fait au niveau du groupe.

#### Indication sur la mesure

Méthode développée / instrument développé à l'interne	
---	--

### 5.3 Service des réclamations

Notre établissement propose un service des réclamations / de médiation.

#### **Clinique Générale Ste-Anne**

Direction

Jourdes Catherine

Directrice opérationnelle

026 350 01 72

[cjourdes@clinquegenerale.ch](mailto:cjourdes@clinquegenerale.ch)

## 7 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.

### 7.1 Enquête à l'interne

#### 7.1.1 Evaluation annuelle des collaborateurs

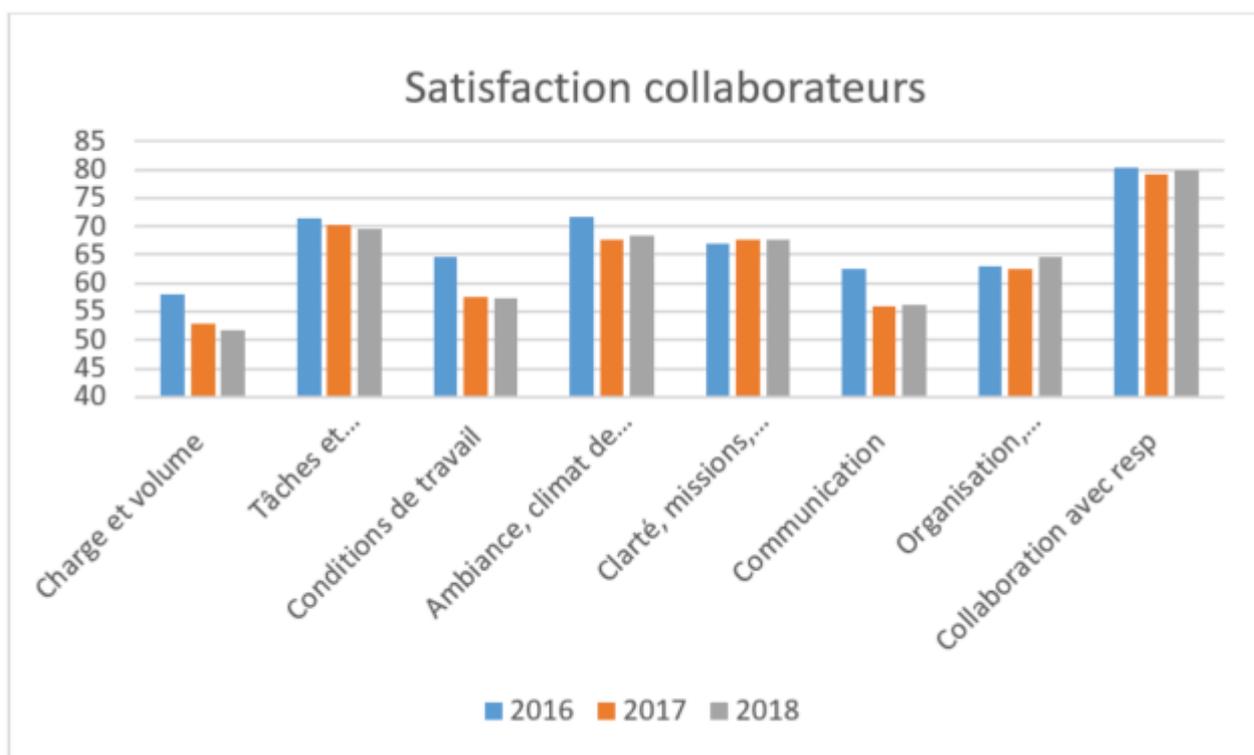
Lors de l'évaluation annuelle, les collaborateurs ont la possibilité d'exprimer leur satisfaction sur des thèmes comme l'évolution dans l'entreprise, les conditions de travail, salariales, la formation, la communication.

Ceci permet au service des ressources humaines de mieux cibler les mesures d'amélioration.

Nous avons mené cette enquête auprès du personnel du 01 mars 2019 au 31 mai 2019 .

l'enquête est effectuée auprès de tous les collaborateurs.

Tous les collaborateurs font part de leur satisfaction lors de leur évaluation annuelle sur la base de 8 questions.



#### Relevé des résultats et activités d'amélioration

L'objectif de restaurer le dialogue avec les collaborateurs avec comme actions principales des séances régulières d'information et de dialogue et l'implication des collaborateurs dans des groupes de travail est atteint. La baisse globale observée entre 2016 et 2017 est maîtrisée.

#### Indication sur la mesure

Méthode développée / instrument développé à l'interne

## 8 Satisfaction des référents

Les référents externes (médecins de famille, médecins spécialistes installés) jouent un rôle important dans le choix de l'hôpital. De nombreux patients se font soigner dans un hôpital qui leur a été recommandé par leur médecin. La mesure de la satisfaction des référents fournit aux établissements de précieuses informations sur la manière dont les référents ont jugé l'établissement et la qualité de l'assistance prodiguée aux patients qu'ils avaient adressés.

### 8.1 Enquête à l'interne

#### 8.1.1 Satisfaction des soins aux patients

Une rencontre individualisée avec la direction centrée sur 4 axes :

- La satisfaction des prestations du service de soins
- La satisfaction des prestations du bloc opératoire
- La formation continue à l'interne
- La participation aux diverses commissions de la clinique.

Nous avons mené cette enquête auprès des référents du avril 2019 au mai 2019 .

La mesure cible les médecins qui ont une activité opératoire importante à la Clinique Générale.

Comme l'année passée, 90% des médecins sont très satisfaits des prestations fournies auprès des patients.

#### Indication sur la mesure

Méthode développée / instrument développé à l'interne	
---	--

## Qualité des traitements

### 9 Réhospitalisations

#### 9.1 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. Le rapport se base à cet effet sur la Statistique médicale de l'année précédente (analyse des données). 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](http://www.anq.ch/fr) et [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Résultats des mesures

Analyse des données (OFS)	2014	2015	2016	2017
<b>Clinique Générale Ste-Anne</b>				
Taux de réhospitalisations externes	-	39.00%	50.00%	59.50%
Rapport des taux*	0.65	0.63	0.43	0.64
Nombre de sorties exploitables:				2691

\* Le rapport des taux est calculé à partir des taux observés/taux attendus de l'hôpital ou de la clinique. Un rapport inférieur à 1 signifie qu'il y a moins de cas potentiellement évitables observés qu'attendu. Un rapport supérieur à 1 signifie qu'il y a plus de cas potentiellement évitables observés qu'attendu.

Comme les mesures de l'ANQ ont été conçues pour les comparaisons d'hôpitaux et de cliniques, les résultats spécifiques à ces établissements, ainsi que les comparaisons avec l'année précédente, ne sont que partiellement pertinents. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site [www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/](http://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/).

Commentaire sur l'évolution des résultats des mesures, sur les activités de prévention et / ou sur les activités visant à l'amélioration

Stabilité des réadmissions depuis les 4 dernières années

#### Indication sur la mesure

Institut national 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.

## 10 Opérations

### 10.1 Mesure interne

#### 10.1.1 Reprises chirurgicales durant le séjour

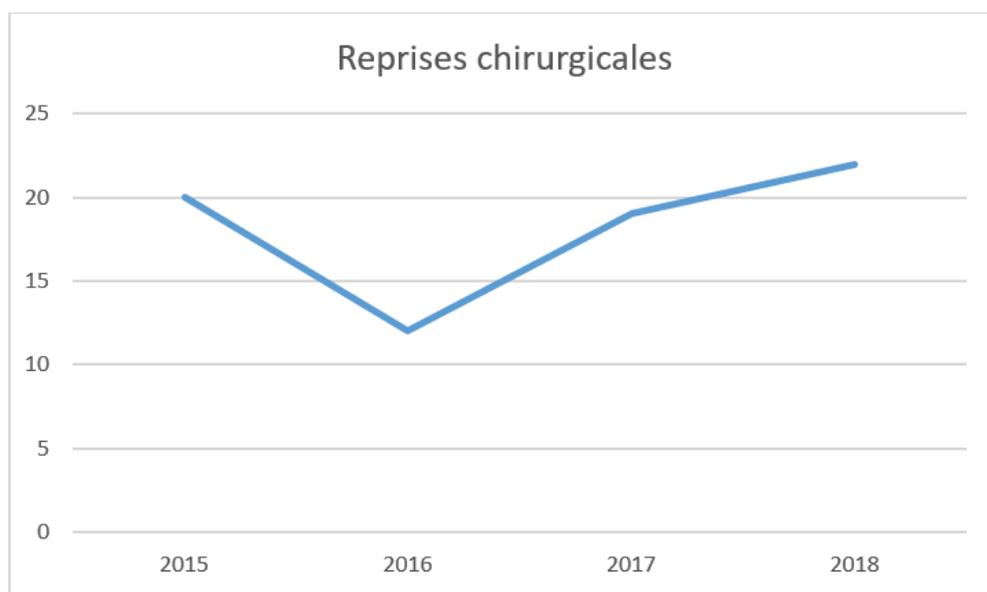
C'est un indicateur mis en place pour anticiper les résultats de la mesure ANQ retransmis tardivement. Le but étant de réagir plus précocément sur les résultats même si l'algorithme proposé par SQLape n'est pas notre référence.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2018 .

la surveillance est effectuée au bloc opératoire

Critères d'inclusion :

- Toutes les réopérations effectuées dans un même séjour.
- Réopérations pratiquées le même jour que le jour opératoire initial.



#### Indication sur la mesure

Méthode développée / instrument développé à l'interne	
---	--

## 11 Infections

### 11.1 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 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, chirurgie de la colonne vertébrale et chirurgie cardiaque), un nouvel entretien téléphonique est effectué 12 mois après l'opération (follow-up).

Informations complémentaires : [www.anq.ch/fr](http://www.anq.ch/fr) et [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

<b>Notre établissement a participé aux mesures des infections consécutives aux opérations suivantes:</b>
▪ *** Chirurgie du côlon (gros intestin)
▪ Hystérectomie (total)
▪ Hystérectomie (vaginale)
▪ Hystérectomie (abdominale)
▪ Premières implantations de prothèses de la hanche
▪ Premières implantations de prothèses de l'articulation du genou

**Résultats des mesures**

Résultats des mesures de la période 1er octobre 2017 – 30 septembre 2018

Opérations	Nombre d'opérations évaluées 2018 (Total)	Nombre d'infections constatées après ces opérations 2018 (N)	Valeurs de l'année précédente - Taux d'infections ajustés%			Taux d'infections ajustés % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
<b>Clinique Générale Ste-Anne</b>						
*** Chirurgie du côlon (gros intestin)	3	1	-	0.00%	0.00%	27.10% (23.20% - 77.40%)
Hystérectomie (total)	49	2	-	1.50%	2.10%	3.50% (0.50% - 14.00%)
Hystérectomie (vaginale)	17	0	-	0.00%	5.30%	0.00% (0.00% - 19.50%)
Hystérectomie (abdominale)	32	2	-	2.60%	0.00%	5.40% (2.40% - 13.20%)

Résultats des mesures de la période 1er octobre 2016 – 30 septembre 2017

Opérations	Nombre d'opérations évaluées 2017 (Total)	Nombre d'infections constatées après ces opérations 2017 (N)	Valeurs de l'année précédente - Taux d'infections ajustés%			Taux d'infections ajustés % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
<b>Clinique Générale Ste-Anne</b>						
Premières implantations de prothèses de la hanche	306	3	1.40%	1.50%	1.70%	1.00% (0.20% - 2.00%)
Premières implantations de prothèses de l'articulation du genou	358	4	1.10%	2.20%	0.30%	1.10% (0.00% - 2.20%)

\* 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, ainsi que les comparaisons avec l'année précédente, ne sont que partiellement pertinents. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site [www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/](http://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/).

#### Commentaire sur l'évolution des résultats des mesures, sur les activités de prévention et / ou sur les activités visant à l'amélioration

Les résultats du cumulatif depuis le début de mesure ( juin 2012) montrent une nette tendance à un alignement sur la moyenne suisse, pour les prothèses de hanche et de genou. Dès octobre 2015 les hernies inguinales sont remplacées par les hystérectomies. Les taux observés pour les hystérectomies et la chirurgie du colon sont peu significatifs avec des petits nombres de cas et des intervalles de confiance larges, plus particulièrement pour la chirurgie du colon.

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	Swissnoso

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion adultes	Tous les patients en stationnaire ( $\geq 16$ 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 ( $\leq 16$ 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).

### Remarques

Les données sont présentées en commission d'hygiène et transmises au collège des médecins ainsi que les améliorations basées sur des recommandations de bonne pratique.

## 12 Chutes

### 12.1 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. Il s'agit donc d'une mesure de la prévalence sur une période déterminée et non d'un relevé exhaustif.

Informations complémentaires:

[www.anq.ch/fr](http://www.anq.ch/fr), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) et [che.lpz-um.eu/fra/mesure-lpz/phenomenes-de-soins/chutes](http://che.lpz-um.eu/fra/mesure-lpz/phenomenes-de-soins/chutes)

#### Résultats des mesures

	2015	2016	2017	2018
<b>Clinique Générale Ste-Anne</b>				
Nombre de chutes survenues à l'hôpital	0	0	0	0
en pourcent	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Résidu* (CI** = 95%)	0	0	0	-0.01 (-0.45 - 0.42)
Nombre de patients examinés effectivement en 2018		20	en pourcent	62.50%

\* Un résidu de 0 montre que la fréquence des chutes correspond à la valeur attendue. Les valeurs positives indiquent une fréquence plus élevée de chutes. Les valeurs négatives signifient que le nombre de chutes est inférieur à la moyenne des hôpitaux.

\*\* 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.

Le nombre et les pourcentages des résultats publiés constituent des résultats descriptifs, non ajustés aux risques.

Comme les mesures de l'ANQ ont été conçues pour les comparaisons d'hôpitaux et de cliniques, les résultats spécifiques à ces établissements, ainsi que les comparaisons avec l'année précédente, ne sont que partiellement pertinents. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site [www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/](http://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/).

#### Commentaire sur l'évolution des résultats des mesures, sur les activités de prévention et / ou sur les activités visant à l'amélioration

En 2015, une procédure d'évaluation des risques de chutes et des moyens de prévention ont été mis en place. Depuis janvier 2015, toutes les chutes sont répertoriées de façon systématique via le CIRS.

#### Indication sur la mesure

Institut national d'enquête	Haute école spécialisée bernoise
Méthode / instrument	LPZ 2.0

La méthode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care Problems) a été appliquée aux adultes jusqu'en 2015. Dès 2016, on a recouru à la LPZ 2.0. Une méthode élargie a été appliquée dès 2017 aux enfants et adolescents. L'évolution de la méthode n'a pas d'influence sur la comparaison des résultats sur la durée.

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 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).</li><li>▪ Consentement oral des patients majeurs, de leurs proches ou de leur représentant légal.</li></ul>
	Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patients hospitalisés n'ayant pas donné leur consentement.</li><li>▪ Accouchées et nourrissons à la maternité.</li><li>▪ Enfants hospitalisés dans des services de soins aigus pour adultes.</li><li>▪ Urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil.</li></ul>

## 13 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.

### 13.1 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 de plusieurs escarres. La mesure est effectuée à chaque fois à une date déterminée (prévalence ponctuelle) et n'est pas un relevé exhaustif.

Les hôpitaux et les cliniques disposant d'un service spécifique de pédiatrie effectuent 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. Les escarres sont étroitement liées aux moyens auxiliaires tels que les attelles, les capteurs, les sondes, etc. Les possibilités réduites de communication verbale avec les nourrissons et les enfants en bas âge, qui dépendent de leur développement, ainsi que les cellules de la peau encore insuffisamment développées chez les prématurés ou les nouveau-nés, constituent d'autres facteurs de risque.

Informations complémentaires:

[www.anq.ch/fr](http://www.anq.ch/fr) et [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Résultats des mesures

Chez les adultes

		Nombre d'adultes avec des escarres	Valeurs de l'année précédente			2018	en pourcent
			2015	2016	2017		
<b>Clinique Générale Ste-Anne</b>							
Prévalence des escarres nosocomiales	Au sein de l'institution, catégorie 2-4		0	0	0	0	0.00%
	Résidu*, catégories 2-4 (CI** = 95%)			0	0	0	-
Nombre d'adultes examinés effectivement en 2018	20	en pourcent (de tous les patients hospitalisés le jour de la mesure)			62.50%		

\* Un résidu de 0 montre que la fréquence des escarres correspond à la valeur attendue. Les valeurs positives indiquent une fréquence plus élevée d'escarres. Les valeurs négatives signifient que la fréquence des escarres est inférieure à la moyenne des hôpitaux.

\*\* 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, ainsi que les comparaisons avec l'année précédente, ne sont que partiellement pertinents. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de

comparaisons sur son site [www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/](http://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/).

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	Haute école spécialisée bernoise
Méthode / instrument	LPZ 2.0

La méthode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care Problems) a été appliquée aux adultes jusqu'en 2015. Dès 2016, on a recouru à la LPZ 2.0. Une méthode élargie a été appliquée dès 2017 aux enfants et adolescents. L'évolution de la méthode n'a pas d'influence sur la comparaison des résultats sur la durée.

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients hospitalisés (y compris soins intensifs et soins continus), âgés de 18 ans et plus (les patients âgés de 16 à 18 ans peuvent être inclus sur une base volontaire) (pour les adultes)</li> <li>▪ Tous les enfants et adolescents âgés de 0 à 16 ans qui étaient hospitalisés le jour du relevé en stationnaire dans un service «explicitement» pédiatrique d'un hôpital pour adultes ou dans un hôpital pédiatrique (pour les adolescentes et les enfants)</li> <li>▪ Consentement oral des patients majeurs, de leurs proches ou de leur représentant légal.</li> </ul>
	Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients hospitalisés n'ayant pas donné leur consentement.</li> <li>▪ Accouchées et nourrissons à la maternité.</li> <li>▪ Enfants hospitalisés dans des services de soins aigus pour adultes.</li> <li>▪ Urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil.</li> </ul>

## 18 Détails des projets

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

### 18.1 Projets actuels en faveur de la qualité

#### 18.1.1 Commission du bloc opératoire

Ce projet a pour objectifs principaux:

- Optimisation de l'occupation des salles d'opération
- Diminution du temps d'attente des patients
- Amélioration de la gestion des collaborateurs

La commission sera composée de médecins, opérateurs et anesthésistes, la responsable du bloc opératoire et son adjointe.

Mise en place septembre 2019

#### 18.1.2 Culture qualité

L'objectif de ce projet est de:

- développer une culture d'amélioration de la qualité
- d'impliquer plus systématiquement les collaborateurs dans la démarche qualité.

Dans les différents domaines des groupes de travail seront créés

Planification de séances d'information

Communications fréquentes d'éléments relatifs à la qualité

Tous les collaborateurs seront impliqués

#### 18.1.3 Protection incendie

l'objectif est la revue complète de toutes les procédures:

- Révision de toute la documentation, des plans d'évacuation
- Formation des collaborateurs
- Evaluation des moyens d'extinction

### 18.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2018

#### 18.2.1

##### Réduction de la consommation de linge

Objectif: Diminuer la quantité de linge à traiter et participer à la protection de l'environnement.

En 2018, la quantité de linge a baissé de 14.3%

## 18.3 Projets de certification en cours

### 18.3.1 Label Swiss Leading Hospitals

Label d'excellence pour lequel chaque membre doit satisfaire à plus de 90 critères de qualité des thèmes suivants :

- Prestations médicales et de soins
- Sécurité des patients
- Structures
- Hôtellerie

## 19 Conclusions et perspectives

La Clinique Générale Ste-Anne SA fait partie intégrante du paysage hospitalier fribourgeois. Les missions qui lui sont confiées sont remplies à l'entière satisfaction du canton, respectivement des patients au regard du questionnaire ANQ concernant la satisfaction des patients. Nous poursuivons l'amélioration continue des processus, avec la certification ISO 9001-2015 nous renforçons cette culture qualité grâce à l'implication de nos collaborateurs et de nos médecins accrédités.

## 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.

Pour toutes informations supplémentaires, veuillez prendre contact avec l'hôpital ou la clinique, ou consulter le dernier rapport annuel.

### Soins somatiques aigus

Offres groupes de prestations de la planification hospitalière
<b>Base</b>
Base chirurgie et médecine interne
<b>Peau (dermatologie)</b>
Dermatologie (y c. vénérologie)
Oncologie dermatologique
Traitement des plaies
<b>Nez-gorge-oreille (oto-rhino-laryngologie)</b>
Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)
Chirurgie cervico-faciale
Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)
Chirurgie élargie du nez et des sinus
Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapéidienne)
Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes
Chirurgie maxillaire
<b>Système nerveux chirurgical (neurochirurgie)</b>
Neurochirurgie crânienne
<b>Système nerveux médical (neurologie)</b>
Neurologie
Tumeur maligne secondaire du système nerveux
Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)
Maladies cérébrovasculaires (sans stroke unit)
<b>Yeux (ophtalmologie)</b>
Ophthalmologie
Chirurgie spécialisée du segment antérieur
Cataracte
Affections du corps vitré/de la cornée
<b>Hormones (endocrinologie)</b>
Endocrinologie
<b>Estomac-intestins (gastroentérologie)</b>
Gastroentérologie
Gastroentérologie spécialisée
<b>Chirurgie viscérale</b>
Chirurgie viscérale
Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS)
Interventions majeures sur le foie (CIMHS)
Chirurgie de l'œsophage (CIMHS)
Chirurgie bariatrique
Interventions sur le bas rectum (CIMHS)

<b>Sang (hématologie)</b>
Lymphomes agressifs et leucémies aiguës
Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative
Lymphomes indolents et leucémies chroniques
Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques
Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques
Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)
<b>Vaisseaux</b>
Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)
Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)
Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux
Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux
Chirurgie carotidienne
Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)
<b>Cœur</b>
Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)
Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)
Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)
Electrophysiologie (ablations)
Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)
<b>Reins (néphrologie)</b>
Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)
<b>Urologie</b>
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)
Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale
Plastie reconstructive de l'urètre
Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs
<b>Poumons médical (pneumologie)</b>
Pneumologie
Mucoviscidose
Polysomnographie
<b>Poumons chirurgical (chirurgie thoracique)</b>
Chirurgie thoracique
<b>Orthopédie</b>
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
Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale
Chirurgie du plexus

<b>Rhumatologie</b>
Rhumatologie
Rhumatologie interdisciplinaire
<b>Gynécologie</b>
Gynécologie
Néoplasmes malins de la vulve et du vagin
Néoplasmes malins du corps utérin
Néoplasmes malins de l'ovaire
Néoplasmes malins de la glande mammaire
Interventions liées à la transsexualité
<b>Obstétrique</b>
Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e sem. et $\geq$ 2000 g)
Obstétrique (à partir de la 32e sem. et $\geq$ 1250 g)
Obstétrique spécialisée
<b>Nouveau-nés</b>
Soins de base aux nouveau-nés (à partir de la 34e sem. et $\geq$ 2000 g)
Néonatalogie (à partir de la 32e sem. et $\geq$ 1250 g)
Néonatalogie spécialisée (à partir de la 28e sem. et $\geq$ 1000 g)
<b>Radiothérapie (radio-oncologie)</b>
Oncologie
Radio-oncologie
Médecine nucléaire
<b>Traumatismes graves</b>
Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)

## 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](http://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/](http://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](http://www.info-hopitaux.ch).

## Autres instances



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](http://www.anq.ch)



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](http://www.securitedespatients.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**).