

Rapport sur la qualité 2019

conforme aux directives de H+

Validé le:
par:

29.05.2020
TOUCHET Annaïck, Infirmière-Cheffe

Version 1



Clinique Générale Ste-Anne

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 2019.

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 2019

Clinique Générale Ste Anne, Rue Hans Geiler 6, CH-1700 Fribourg
TOUCHET Annaïck
Infirmière-Cheffe
+41 26 350 03 30
atouchet@cliniquegénérale.ch

Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse

Les hôpitaux et les cliniques suisses ont à cœur de faire évoluer constamment leurs mesures en faveur de la qualité et de les présenter de manière transparente. Les rapports sur la qualité offrent un aperçu aux personnes et milieux intéressés.

Aujourd'hui, tous les hôpitaux et cliniques suisses participent aux mesures de la qualité de l'ANQ, qui sont impératives, uniformes au niveau national et assorties d'une publication transparente des résultats. Après la somatique aiguë et la psychiatrie, les résultats de la mesure de l'ANQ spécifique aux domaines de la réadaptation sont aussi publiés de manière transparente dans tout le pays. En 2019, l'ANQ, dont les mesures font désormais référence au niveau national, a fêté ses 10 ans.

Les hôpitaux et les cliniques attestent de leurs activités en faveur de la qualité au moyen de certifications et confirment que des exigences et des normes déterminées sont respectées. Actuellement, plus de 100 certifications et procédures de reconnaissance sont à disposition. Certaines sont imposées par des prescriptions légales, mais la majorité d'entre elles découlent d'un engagement volontaire. La palette va des certifications des systèmes de gestion de la qualité (QMS) – selon ISO 9001, EFQM, JCI ou sanaCERT – jusqu'aux certifications de programmes qualité spécifiques à un service hospitalier, par exemple dans les centres du sein ou du sommeil. Au final, les hôpitaux se conforment d'une part aux certifications imposées par la loi et choisissent d'autre part celles qui sont les mieux adaptées à leurs patients.

Les complications médicales, les déroulements inhabituels et les décès inattendus de patients sont étudiés dans le cadre des revues de mortalité et de morbidité (RMM). La Fondation Sécurité des patients Suisse a élaboré à cet effet un guide à l'intention de la pratique, qui a été testé dans des établissements pilotes et optimisé. Vous trouverez des informations supplémentaires ainsi que le guide gratuit en suivant le lien: www.securitedespatisents.ch/rmm.

Avec son modèle de rapport sur la qualité, H+ offre à ses membres la possibilité de rendre compte de manière uniforme et transparente des activités des hôpitaux et des cliniques en la matière.

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.

Avec nos meilleures salutations



Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice 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 2019	8
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2019	9
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir	9
4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité	10
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	17
4.5 Aperçu des registres	18
4.6 Vue d'ensemble des certifications	19
MESURES DE LA QUALITE	20
Enquêtes	21
5 Satisfaction des patients	21
5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu	21
5.2 Enquêtes à l'interne	23
5.2.1 Satisfaction patients	23
5.2.2 Satisfaction patients des prestataires externes	24
5.3 Service des réclamations	24
6 Satisfaction des proches Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.	
7 Satisfaction du personnel	25
7.1 Enquête à l'interne	25
7.1.1 Evaluation annuelle des collaborateurs	25
8 Satisfaction des référents	26
8.1 Enquête à l'interne	26
8.1.1 Satisfaction des soins aux patients	26
Qualité des traitements	27
9 Réhospitalisations	27
9.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables	27
10 Opérations	28
10.1 Mesure interne	28
10.1.1 Reprises chirurgicales durant le séjour	28
11 Infections	29
11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire	29
12 Chutes	32
12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres	32
13 Escarres	34
13.1 Mesure nationale de prévalence des escarres auprès des enfants et des adolescents	34
14 Mesures limitatives de liberté Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.	
15 Intensité des symptômes psychiques Notre établissement ne dispose pas d'un mandat de prestations pour cette spécialité.	

16	Atteinte des objectifs et état de santé physique	
	Notre établissement ne dispose pas d'un mandat de prestations pour cette spécialité.	
17	Autre mesure de la qualité	36
17.1	Autre mesure interne	36
17.1.1	Taux d'occupation des salles d'opération	36
18	Détails des projets	37
18.1	Projets actuels en faveur de la qualité	37
18.1.1	Optimisation des salles opératoires	37
18.1.2	Culture qualité	37
18.1.3	Protection incendie	37
18.1.4	Santé des collaborateurs (vaccin, AES, ..)	37
18.2	Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2019	37
18.2.1	harmonisation des dossiers de soins	37
18.3	Projets de certification en cours	38
18.3.1	Label Swiss Leading Hospitals	38
19	Conclusions et perspectives	39
Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution		40
Soins somatiques aigus		40
Editeur		42

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 1300 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. L'année 2019 a été marquée par l'obtention du label Swiss Leading Hospitals qui fut l'opportunité de renforcer notre politique 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



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 Roxanne Müller
Responsable qualité
026 350 02 65
rmueller@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.

La qualité est solidement 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 2019

- Gestion du flux des patients ,
- Contribution à la protection de l'environnement
- Satisfaction des patients dans la prise en charge hôtelière.

3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2019

- Informatisation du "questionnaire de satisfaction du patient" depuis le 1er juillet 2019.
- Amélioration de la communication (optimisation de l'accès à l'information) dans les soins : depuis décembre 2019
- Harmonisation du dossier de soin : décembre 2019
- Diminution des consommations en énergie
- Prise en charge orthopédie 360° (prévention, curatif et rééducatif), ouverture d'un centre ambulatoire de physiothérapie en décembre 2019.

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. Depuis 2019, la Clinique Générale fait également partie du groupe de cliniques privées d'excellence avec le label Swiss Leading Hospitals.

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.

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.

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

Notre institution a exécuté les mesures suivantes propres à l'hôpital:
<i>Opérations</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Reprises chirurgicales durant le séjour
<i>Autre mesure de la qualité</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Taux d'occupation des salles d'opération

4.4 Activités et projets relatifs à la qualité

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

Flux des patients

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

Satisfaction patients

Objectif	Répondre aux besoins et attentes des patients
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Ensemble de l'établissement
Projets: Durée (du ... au ...)	continu
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	Partage de bonnes pratiques entre les différents établissements du groupe dont la clinique est membre
Méthodologie	Adaptation d'une version web sur tablette en 2019
Groupes professionnels impliqués	Tous les collaborateurs
Evaluation de l'activité / du projet	Dashboard, satisfaction et benchmarking ainsi que l'analyse des taux de satisfaction

Culture qualité

Objectif	Développer une culture d'amélioration continue de la qualité
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Ensemble de l'établissement
Projets: Durée (du ... au ...)	continu
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	Stimuler la participation des collaborateurs
Méthodologie	Gestion de projet
Groupes professionnels impliqués	Tous les collaborateurs
Evaluation de l'activité / du projet	certification ISO 9001-2015 obtenue en juin 2018 et le label SLH obtenu en 2019

Transmission de l'information du dossier de soins

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

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

Objectif	Réorganisation des activités de soins
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Soins
Projets: Durée (du ... au ...)	4ème trimestre 2018- fin 2019
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	Diminution du stress en période de haute activité
Méthodologie	Groupe de travail
Groupes professionnels impliqués	Collaborateurs services de soins
Evaluation de l'activité / du projet	Satisfaction patients et collaborateurs

Communication de l'information

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

Gestion du stock des services de soins

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

Champagne au bloc opératoire

Objectif	Optimiser l'utilisation et les coûts des champs chirurgicaux à usage unique
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Bloc opératoire- approvisionnement
Projets: Durée (du ... au ...)	novembre 2019 à décembre 2020
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	diminuer les coûts, améliorer la structure des sets pour un gain de temps
Méthodologie	test des différents sets
Groupes professionnels impliqués	chirurgiens et collaborateurs du bloc opératoire, service des achats
Evaluation de l'activité / du projet	satisfaction des chirurgiens, quantification annuelle des coûts

Physiothérapie ambulatoire

Objectif	proposer un suivi en ambulatoire pour les patients orthopédiques
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	rééducation orthopédique
Projets: Durée (du ... au ...)	avril 2019 à mi- 2020
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	diversifier l'offre de soins et développer la prise en charge orthopédique
Méthodologie	communication avec les chirurgiens orthopédistes, travail collaboratif entre les différents intervenants concernés
Groupes professionnels impliqués	chirurgiens orthopédiques, physiothérapeutes, admissions, service technique
Evaluation de l'activité / du projet	satisfaction des patients et des chirurgiens

Ecologie

Objectif	réduire la consommation d'eau et d'énergie
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	ensemble de l'établissement
Projets: Durée (du ... au ...)	en continue
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	diminution de l'empreinte écologique
Méthodologie	suiti des consommations et communication
Groupes professionnels impliqués	service technique
Evaluation de l'activité / du projet	coût et consommations

REKOLE

Objectif	mise en place de la comptabilité analytique selon la norme Rekole
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Finance/Controlling
Projets: Durée (du ... au ...)	du 01.01.2019 au 25.09.2020
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	Améliorer la gestion, anticiper une demande future du SSP, améliorer les informations transmises pour les statistiques ItarK, OFS
Méthodologie	REKOLE
Groupes professionnels impliqués	Ensemble des responsables de services de la clinique
Evaluation de l'activité / du projet	Certification prévue du 22 au 25 septembre (audit par KPMG)

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.

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

Le traitement des CIRS est en cours de réévaluation avec un projet pour 2020 d'un nouveau logiciel CIRS

Une commission des événements critiques est mise en place et composée de chirurgiens, anesthésiste, direction et responsable qualité.

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/fr/themes/qualite-asqm/registres.cfm

Durant l'année de référence, notre institution a participé aux registres suivants:			
Norme appliquée	Discipline	Organisation responsable	Depuis / à partir de
AQC 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, médecine intensive, chirurgie de la main, traumatologie, sénologie, bariatrie, traitement de plaies	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2012
SIRIS Registre suisse des implants	Chirurgie orthopédique	Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants www.siris-implant.ch	2012
RT fribourgeois Registre fribourgeois des tumeurs-RFT	Tous	www.liguecancer-fr.ch	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 juillet 2018
SLH	toute l'institution	2019	2019	certification en avril 2019

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		Satisfaction ajustée (moyenne) 2018 (CI* = 95%)
	2016	2017	
Clinique Générale Ste-Anne			
Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?	4.32	4.45	4.44 (4.33 - 4.56)
Avez-vous eu la possibilité de poser de questions?	4.24	4.34	4.39 (4.27 - 4.52)
Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?	4.53	4.51	4.63 (4.51 - 4.74)
Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous?	4.57	4.48	4.59 (4.44 - 4.74)
Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital?	3.97	4.13	4.19 (4.05 - 4.33)
Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation?	94.40 %	94.80 %	91.10 %
Nombre des patients contactés par courrier 2018			284
Nombre de questionnaires renvoyés	159	Retour en pourcent	56 %

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/.

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 à constater sur les résultats de l'enquête satisfaction ANQ 2018 en comparaison à l'année 2017, notamment par rapport à l'information aux patients. La durée d'hospitalisation reste un axe d'amélioration pour 2019.

Concernant l'objectif 2018 qui était d'améliorer le point concernant la médication, une checklist de sortie a été complétée et une information aux équipes de soins a été faite. Ce point a été positif car nous pouvons voir une amélioration des résultats depuis l'instauration de ces mesures.

Indication sur la mesure

Institut national d'enquête	ESOPE, Unisanté, 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 2018.
	Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients décédés à l'hôpital. ▪ Patients sans domicile fixe en Suisse. ▪ Les patients hospitalisés à plusieurs reprises n'ont été interrogés qu'une seule fois.

5.2 Enquêtes à l'interne

5.2.1 Satisfaction patients

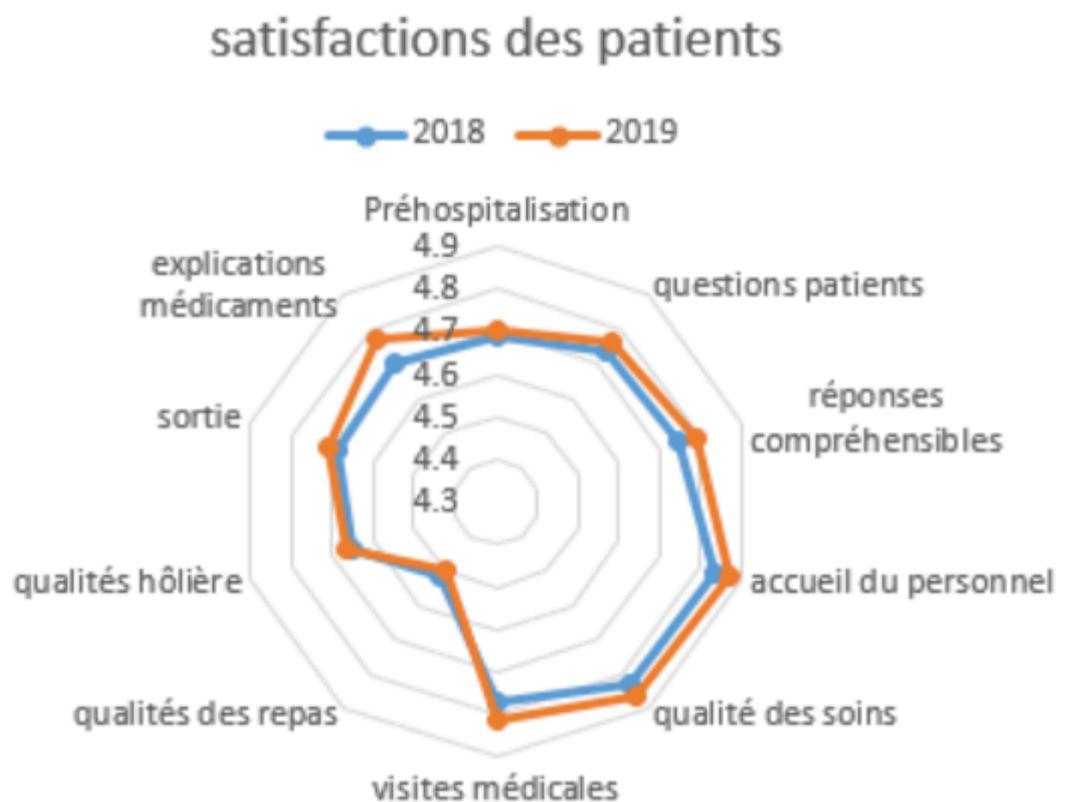
Depuis juillet 2019, une adaptation web du questionnaire de satisfaction permet au patient de remplir son questionnaire sur tablette au moment de sa sortie. La version papier n'existe plus.

Une amélioration du questionnaire a été apporté en 2017, incluant une note maximale de 5.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2019 .

Tous les services sont concernés par l'enquête.

Cette enquête est faite auprès de tous les patients stationnaires, sont exclus les patients ambulatoires.



Relevé des résultats et activités d'amélioration

Le taux de retour des questionnaires en interne en 2018 étaient de 27.88%, celui de 2019 (ratio questionnaires remplis // patients sortis) est en nette progression : 31.82%. L'informatisation du système en est peut-être l'explication.

Le bilan 2019 en interne correspondant aux mêmes items que l'enquête ANQ :

1. Qualité des soins = 4.98
2. Questions patients : 4.67
3. Réponses compréhensibles : 4.82
4. Explications médicaments : 4.82
5. Organisation de la sortie : 4.73
6. Durée du séjour = 96.33%

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.

Pour les prestataires généraux, communs à tous les établissements membres du Swiss Medical Network (housekeeping, blanchisserie) l'évaluation se fait au niveau du groupe.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2019 . Ceci dans les services de radiologie et du laboratoire. Cette mesure est faite auprès de tous les patients stationnaires, sont exclus les patients ambulatoires

Sur l'année 2019, l'évaluation de la satisfaction du laboratoire et de la radiologie se mesure sur un pannel de 616 patients.

concernant la radiologie:

- Le personnel s'est présenté à 96.6% des patients
- L'accueil leur à semblé agréable pour 97.5% des patients
- 88.5% ont attendus moins de 10 minutes
- 95% des patients sont satisfaits du déroulement de l'examen radiologique
- 94% des patients jugent satisfaisant les précautions prises lors des manipulations

Pour ce qui concerne le laboratoire:

- Le personnel s'est présenté à 55.4% des patients
- L'accueil leur à semblé agréable pour 55% des patients
- 48% ont attendus moins de 10 minutes
- pour 53.6% des patients, les réponses à leurs questions étaient compréhensibles.

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

Diane Cotting

Directrice opérationnelle

026 350 01 72

dcotting@cliniquegenerale.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 et 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 mai 2020 au juillet 2020 .
l'enquête est effectuée auprès de tous les collaborateurs.

L'évaluation n'est pas encore terminée. Les résultats ne sont pas encore disponibles.

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

Un questionnaire adressé, par la Direction, aux chirurgiens et médecins, comporte plusieurs axes:

- La satisfaction des prestations du service de soins (collaboration, communication, réalisations des actes prescrits)
- La satisfaction des prestations du bloc opératoire (organisation, planification)
- La satisfaction générale de la Clinique (communication, ambiance)
- La participation aux diverses activités de la clinique (qualité, hygiène, formation..)

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

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

90% des médecins sont très satisfaits des prestations fournies auprès des patients.

85 questionnaires ont été envoyés et nous avons reçu un retour de 15 questionnaires.

Les résultats démontrent une satisfaction globale à 90% sur l'ensemble des questions.

Les insatisfactions portent sur une gestion insatisfaisante relative au flux des patients en ambulatoire et à l'ambiance en stérilisation liée au turn-over.

40% des médecins ayant remplis le questionnaire souhaitent participer davantage à la vie de la clinique en s'impliquant dans la qualité, en donnant des cours aux équipes et en organisant avec notre service "events" des conférences publiques.

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 et www.sqlape.com

Résultats des mesures

Analyse des données (OFS)	2014	2015	2016	2017
Clinique Générale Ste-Anne				
Taux de réhospitalisations externes	-	39.00%	50.00%	59.40%
Rapport des taux*	0.65	0.63	0.43	0.64
Nombre de sorties exploitables 2017:				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/.

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 (BFS MedStat) 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

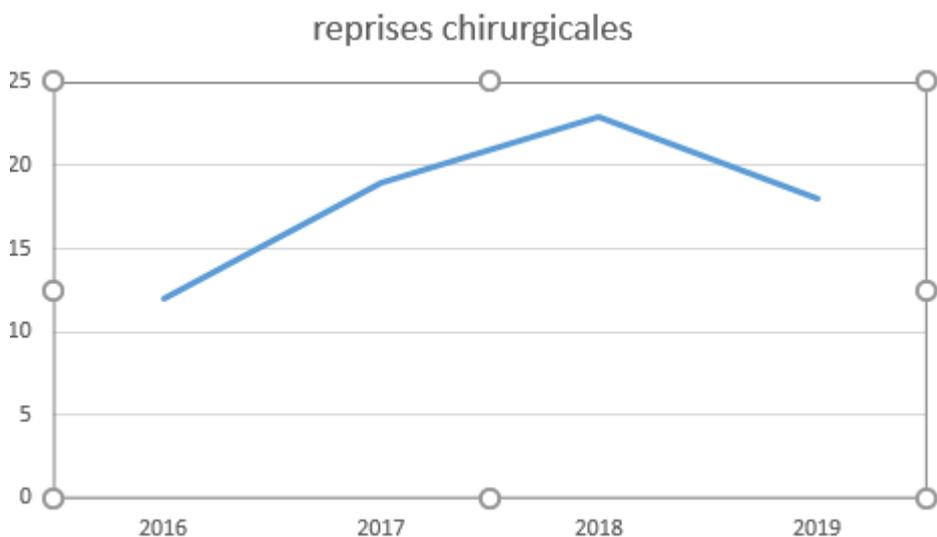
10.1.1 Reprises chirurgicales durant le séjour

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 2019 .
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.



Relevé des résultats et activités d'amélioration

en 2019, il y a eu 18 reprises chirurgicales durant un même séjour. Ce chiffre est en baisse par rapport à 2018 (23)

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 et www.swissnoso.ch

Notre établissement a participé aux mesures des infections consécutives aux opérations suivantes:
▪ *** 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 2018 – 30 septembre 2019

Opérations	Nombre d'opérations évaluées 2019 (Total)	Nombre d'infections constatées après ces opérations 2019 (N)	Valeurs de l'année précédente - Taux d'infections ajustés%			Taux d'infections ajustés % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
Clinique Générale Ste-Anne						
*** Chirurgie du côlon (gros intestin)	3	0	0.00%	0.00%	27.10%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Hystérectomie (total)	39	3	1.50%	2.10%	3.50%	7.70% (1.60% - 20.90%)
Hystérectomie (vaginale)	18	1	0.00%	5.30%	0.00%	5.30% (0.10% - 27.30%)
Hystérectomie (abdominale)	21	2	2.60%	0.00%	5.40%	10.10% (1.20% - 30.40%)

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	
Clinique Générale Ste-Anne						
Premières implantations de prothèses de la hanche	322	2	1.50%	1.70%	1.00%	0.60% (0.10% - 2.30%)
Premières implantations de prothèses de l'articulation du genou	354	5	2.20%	0.30%	1.10%	1.40% (0.20% - 3.40%)

* 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/.

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

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.

Les taux observés pour la chirurgie prothétique du genou sont stables depuis plusieurs années. Pour la chirurgie prothétique de la hanche, nous remarquons une baisse des taux d'infection.

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 (≥ 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).

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 et www.lpz-um.eu

Résultats des mesures

	2016	2017	2018	2019
Clinique Générale Ste-Anne				
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	-0.01 (-0.45 - 0.42)	-0.01 (-0.55 - 0.52)
Nombre de patients examinés effectivement en 2019		30	en pourcent	68.00%

* 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/.

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

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.▪ Accouchées et nourrissons à la maternité.▪ Enfants hospitalisés dans des services de soins aigus pour adultes.▪ Urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil.

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 et www.lpz-um.eu

Résultats des mesures

Chez les adultes

Nombre d'adultes avec des escarres		2019	en pourcent	
Clinique Générale Ste-Anne				
Prévalence des escarres nosocomiales	Au sein de l'institution, catégorie 2-4		0	0.00%
	Résidu*, catégories 2-4 (CI** = 95%)		0 (-0.79 - -0.78)	-
Nombre d'adultes examinés effectivement en 2019	30	en pourcent (de tous les patients hospitalisés le jour de la mesure)	68.00%	

* 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/.

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

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 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) ▪ 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) ▪ 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. ▪ Accouchées et nourrissons à la maternité. ▪ Enfants hospitalisés dans des services de soins aigus pour adultes. ▪ Urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil.

17 Autre mesure de la qualité

17.1 Autre mesure interne

17.1.1 Taux d'occupation des salles d'opération

L'objectif de cette mesure est de vérifier l'optimisation de l'utilisation des salles

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2019 .

Au sein du bloc opératoire

Le calcul du taux d'occupation est effectué sur le nombre de minutes d'utilisation de la salle de l'entrée à la sortie du patient en salle.

Les horaires de références sont 7h-16h

Pour l'année de référence, le taux d'occupation des salles est de 88% en moyenne annuelle

Indication sur la mesure	
Méthode développée / instrument développé à l'interne	

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 Optimisation des salles opératoires

Ce projet a pour objectifs principaux:

- Optimiser l'occupation des salles d'opération
- Diminuer le temps d'attente des patients
- Améliorer la gestion des collaborateurs

18.1.2 Culture qualité

L'objectif de ce projet est de:

- Continuer à développer une culture d'amélioration de la qualité
- Impliquer plus systématiquement les collaborateurs dans la démarche qualité.
- Travailler sur la culture de l'erreur

Dans les différents domaines, des groupes de travail seront créés

Planification de séances d'information, de conférence

Formation "chambres de l'erreur" pour les soins.

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:

- Réviser l'ensemble de la documentation et des plans d'évacuation
- Former les collaborateurs en septembre 2020
- Evaluer les moyens d'extinction

18.1.4 Santé des collaborateurs (vaccin, AES, ..)

L'objectif est :

- Suivre l'état vaccinal de chaque collaborateurs
- Rédiger des procédures "médecine du personnel" avec transparence sur les vaccinations obligatoires, recommandées
- Suivre les AES et mettre en place de moyens préventifs (séances d'informations, NL..)

18.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2019

18.2.1

harmonisation des dossiers de soins

L'objectif du projet était d'harmoniser le dossier de soins afin de diminuer le risque d'erreur et faciliter la mobilité des soignants sur les différents étages de soins.

18.3 Projets de certification en cours

18.3.1 Label Swiss Leading Hospitals

Label d'excellence pour lequel chaque membre doit satisfaire a plus de 90 criteres de qualite des themes suivants : ▪ Prestations medicales et de soins ▪ Securite des patients ▪ Structures ▪ Hotellerie

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.

L'année 2019 a été marquée par l'obtention du Label Swiss Leading Hospitals. Ce label inclut plus de 90 critères de qualité (soins médicaux et infirmiers, hôtellerie et infrastructure) et garanti aux patients, une excellence des prestations dispensées au sein de la clinique.

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
Base
Base chirurgie et médecine interne
Peau (dermatologie)
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 l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédiennne)
Yeux (ophtalmologie)
Ophthalmologie
Ventre (Chirurgie viscérale)
Chirurgie viscérale
Sang (hématologie)
Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques
Urologie
Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
Poumons médical (pneumologie)
Pneumologie
Mucoviscidose
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
Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale
Prothèse de hanche primaire
Prothèse de genou primaire
Changement de prothèse de hanche et de genou
Rhumatologie
Rhumatologie

Rhumatologie interdisciplinaire
Gynécologie
Gynécologie
Centre du sein reconnu et certifié

Remarques

Cette liste correspond aux prestations de l'ensemble du groupe Swiss Medical Network.

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/qualite/rapportsurlaqualite/



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/portrait/commissionstechniques/



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.

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



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



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**): www.samw.ch.