

# Rapport sur la qualité 2019

conforme aux directives de H+

Validé le:  
par:

25.06.2020  
Alexandre OMONT, Directeur

Version 1



## 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

Madame  
Fabienne Dartiguenave  
Directrice des soins  
032 720 34 42  
[fdartiguenave@providence.ch](mailto:fdartiguenave@providence.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](http://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](http://www.anq.ch).

Avec nos meilleures salutations



Anne-Geneviève Bütikofer  
Directrice 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>8</b>
2.1 Organigramme .....	8
2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité .....	9
<b>3 Stratégie de qualité</b> .....	<b>10</b>
3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2019 .....	10
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2019 .....	12
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir .....	19
<b>4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité</b> .....	<b>22</b>
4.1 Participation aux mesures nationales .....	22
4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton .....	22
4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital .....	23
4.4 Activités et projets relatifs à la qualité .....	24
4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents .....	25
4.5 Aperçu des registres Aucun registre correspondant aux domaines d'activités de notre établissement n'a été identifié.	
4.6 Vue d'ensemble des certifications .....	26
<b>MESURES DE LA QUALITE</b> .....	<b>27</b>
<b>Enquêtes</b> .....	<b>28</b>
<b>5 Satisfaction des patients</b> .....	<b>28</b>
5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu .....	28
5.2 Enquêtes à l'interne .....	29
5.2.1 Questionnaire de satisfaction interne .....	29
5.3 Service des réclamations .....	30
<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> Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.	
<b>8 Satisfaction des référents</b> Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.	
<b>Qualité des traitements</b> .....	<b>31</b>
<b>9 Réhospitalisations</b> .....	<b>31</b>
9.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables .....	31
<b>10 Opérations</b> .....	<b>32</b>
10.1 Mesure interne .....	32
10.1.1 Audit interne bloc opératoire .....	32
<b>11 Infections</b> .....	<b>34</b>
11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire .....	34
<b>12 Chutes</b> .....	<b>36</b>
12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres .....	36
<b>13 Escarres</b> .....	<b>38</b>
13.1 Mesure nationale de prévalence des escarres auprès des enfants et des adolescents .....	38
<b>14 Mesures limitatives de liberté</b> Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.	
<b>15 Intensité des symptômes psychiques</b> Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.	
<b>16 Atteinte des objectifs et état de santé physique</b> Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.	
<b>17 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>40</b>
18.1	Projets actuels en faveur de la qualité .....	40
18.1.1	Parcours optimisé du patient opéré de PTH et PTG .....	40
18.1.2	Implémentation du projet patient debout.....	41
18.1.3	Implémentation du dossier patient électronique.....	42
18.2	Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2019 .....	42
18.2.1	Réorganisation de la chirurgie ambulatoire à la Providence.....	42
18.3	Projets de certification en cours .....	43
18.3.1	Concept santé-sécurité selon la solution de branche H+ en 2019.....	43
<b>19</b>	<b>Conclusions et perspectives</b> .....	<b>44</b>
<b>Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution</b> .....		<b>45</b>
Soins somatiques aigus .....		45
<b>Annexe 2</b> .....		<b>48</b>
<b>Annexe 3</b> .....		<b>68</b>
<b>Editeur</b> .....		<b>71</b>

## 1 Introduction

Swiss Medical Network Hospitals Neuchâtel (SMNH-NE) gère 2 sites de soins aigus, l'hôpital de la Providence à Neuchâtel et la clinique Montbrillant à la Chaux-de-fonds. En 2019, les deux établissements Neuchâtelois ont renforcés encore leurs actions dans le domaine de la qualité, initiant avec succès des séances d'amélioration continue de la domaine de la sécurité et santé au travail.

### L'hôpital de la Providence

Fondé il y a plus de 160 ans par les Sœurs Hospitalières de Besançon, l'Hôpital de la Providence est situé au cœur de la ville de Neuchâtel, à quelques mètres des rives du lac et jouit d'une situation propice à la détente et à la sérénité. L'Hôpital de la Providence est hautement spécialisé en orthopédie, néphrologie, urologie et ophtalmologie ainsi que dans différentes autres spécialités chirurgicales telles que la chirurgie du rachis, la chirurgie viscérale et vasculaire. Notre Hôpital dispose également d'un service d'urgences qui accueille tous les patients dès 16 ans quelle que soit leur couverture d'assurance. A côté de nos spécialités, nous proposons des consultations en diabétologie, en diététique, en neuropsychologie, une salle de cathétérisme en angiologie, un cabinet d'antalgie chronique et un service de physiothérapie et un centre du sport. Notre Hôpital offre des soins médicaux de qualité, des blocs opératoires modernes dotés des dernières technologies et des prestations hôtelières de haut standing, uniques dans le canton.

- La Providence compte près de 100 médecins agréés qui pratiquent quelques 4'500 opérations chaque année dont 39% en stationnaire et 61% en ambulatoire. Le service d'orthopédie de la Providence couvre le 90% des prestations orthopédiques du canton de Neuchâtel et propose les dernières techniques de pointe.
- L'unité d'hémodialyse compte parmi les dix plus gros centres d'hémodialyse en Suisse et traite plus d'une centaine de patients chaque année. Afin de faciliter l'accès aux traitements d'hémodialyse pour les patients vivant dans les montagnes neuchâteloises, la Providence gère également un centre d'hémodialyse dans la ville de La Chaux-de-Fonds.
- Notre service d'ophtalmologie jouit d'une excellente réputation allant bien au-delà de la région de Neuchâtel. Les troubles de la vue sont corrigés par les méthodes thérapeutiques parmi les plus avancées ainsi que des technologies modernes.
- L'hôpital dispose d'un service de chirurgie multidisciplinaire (urologie : depuis 2017 nous offrons des prestations d'urologie en stationnaire; gynécologie, chirurgie générale et vasculaire) qui propose une large palette de prestations en ambulatoire et en stationnaire conventionné.

### La clinique Montbrillant

Depuis sa création, la Clinique Montbrillant est spécialisée en orthopédie, en ophtalmologie, en gynécologie, en chirurgie générale ainsi que dans différentes autres spécialités. La Clinique compte environ 100 médecins agréés qui pratiquent approximativement 1800 opérations chaque année, dont 30% en stationnaire et 70% en ambulatoire.

- Le service d'orthopédie de la clinique propose les dernières techniques de pointe.
- La clinique dispose d'un service de chirurgie multidisciplinaire (gynécologie, esthétique, chirurgie générale et vasculaire, et depuis mars 2017 nous offrons des prestations d'urologie en stationnaire) qui propose une large palette de prestations en ambulatoire et en stationnaire conventionné.
- Les équipements d'appareils de diagnostic pour les troubles du plancher pelvien (échographie endoscopique en 3-D et la manométrie endoscopique en 3-D).

L'ensemble des professionnels de l'Hôpital de la Providence et de la clinique Montbrillant s'engagent pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

Ainsi, l'Hôpital de la Providence et la clinique Montbrillant s'inscrivent dans une démarche centrée sur les besoins des patients. Les projets menés ces dernières années en sont le reflet : mise en place d'un programme de récupération optimisé, mise en place d'un programme ouvert à tous les patients « patient debout ». Nous avons renforcé notre contrôle en matériovigilance, avec la mise en place d'un partenariat dans ce domaine, Nos pratiques s'appuient sur des standards de soins spécialisés, ainsi que sur une expertise soignante ciblée sur nos disciplines médicales. Nous avons développé au fil des années une culture qualité au sein de l'établissement et formé dans différent domaine nos collaborateur à appréhender cette notion. Notre politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins se définit au travers de plusieurs objectifs afin d'offrir une prise en charge personnalisée à tous nos patients:

- Développer une offre de soins tout en offrant aux patients une prise en charge hôtelière de très haut standing.
- Assurer l'information du patient sur son état de santé et le respect de ses droits.
- Assurer la qualité de la prise en charge de la douleur – avec revue des protocoles d'anesthésie.
- Développer une culture de la sécurité des soins et de la gestion des risques.
- Pérenniser la démarche d'évaluation de nos pratiques et impliquer les équipes dans la recherche de solutions d'amélioration.

Ce qui se mesure s'améliore, et grâce à notre adhésion au contrat national pour la qualité (ANQ), nous mesurons tout au long de l'année différents indicateurs tels que:

- La satisfaction de nos patients
- Le taux de reprises opératoires
- Le taux de réhospitalisation
- La prévalence des chutes et des escarres
- Le suivi des infections chirurgicales
- Le registre SIRIS des implants orthopédiques

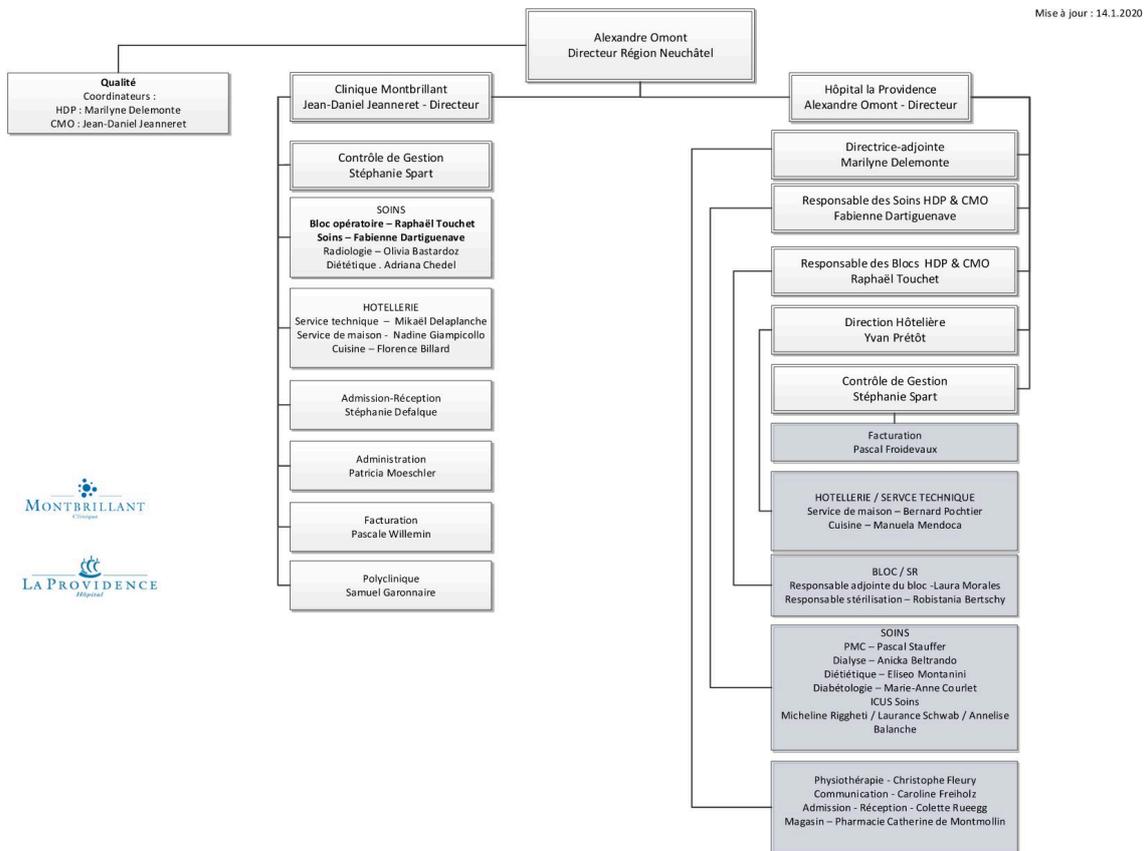
Un système de surveillance nous permet d'avoir un contrôle strict dans les domaines suivants:

- Matériovigilance
- Hémo-vigilance (Swissmedic)
- Hygiène hospitalière (selon les normes HPCI en vigueur)

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 **50%** est disponible.

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

Madame Fabienne Dartiguenave  
Directrice des soins  
032 720 34 42  
[fdartiguenave@providence.ch](mailto:fdartiguenave@providence.ch)

Madame Marilynne Delemonte  
Directrice adjointe  
032 720 31 58  
[mdelemonte@providence.ch](mailto:mdelemonte@providence.ch)

## 3 Stratégie de qualité

### Généralités

L'hôpital de la Providence et la clinique Montbrillant, sous l'égide de SMHN-NE, appliquent la charte qualité des établissements du groupe Swiss Medical Hospitals SA, qui vise l'excellence des prestations aux patients et s'articule sur les axes suivants :

- **Sécurité**  
Prévenir tout incident préjudiciable à la santé physique ou psychique de nos patients, collaborateurs, partenaires et visiteurs, et améliorer de façon continue notre concept de sécurité.
- **Respect des attentes et droits des patients**  
Nos prestations répondent aux besoins et choix spécifiques de chaque patient. Elles contribuent à établir une relation de confiance durable dans le respect des droits et devoirs de chacun.
- **Efficacité médicale/efficience**
  - Fournir des prestations fondées sur des connaissances scientifiques de pointe.
  - Offrir un plateau technique performant et innovant.
  - Encourager la formation continue afin de maintenir le savoir-faire à tous les niveaux et de satisfaire aux exigences socio-économiques, politiques et médicales.
  - Eviter le gaspillage dans un souci d'écologie et de maîtrise des coûts.
  - Utiliser de manière optimale les ressources humaines et matérielles.
- **Cadre et prestations hôtelières**  
Offrir un cadre confortable, élégant et reposant qui favorise le bien-être et participe activement à la récupération de la santé.
- **Coordination/communication**
  - Veiller à une communication ciblée, en temps utile, aux bons interlocuteurs, afin d'assurer un déroulement fluide des services/prestations à nos clients.
  - Favoriser et encourager les collaborateurs à la polyvalence et à la connaissance du travail de l'autre.

### 3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2019

L'année 2019 a été marquée à nouveau par d'importants développements sur nos 2 sites, nécessitant des transformations architecturales, structurelles et organisationnelles, ainsi que l'affectation des ressources à bon escient. En voici les points essentiels en matière de qualité :

- La conception et la mise en place d'un projet pluridisciplinaire de parcours optimisé des patients opérés de prothèses de hanche (PTH) et de prothèses de genou (PTG). Projet "care4today", type fast track sur le site de Montbrillant.
- Projet du patient debout sur les sites de l'hôpital de la Providence et de la Clinique Montbrillant.
- La recherche de synergies et de collaborations avec le réseau cantonal, que ce soit sur le plan stratégique par la signature de conventions de collaboration avec l'hôpital cantonal (RHNE) sur les soins intensifs, la néphrologie et l'urologie, sur le plan médical par l'accueil de patients hors missions transférés de l'RHNE en période de surcharge des lits de l'hôpital Pourtalès (site RHNE) pendant la grippe saisonnière par exemple, ainsi que sur le plan soignant en

assurant la continuité des soins aux patients par notre participation au réseau clinique neuchâtelois ([www.rcne.ch](http://www.rcne.ch)).

- La création d'un service de néphrologie/dialyse sur le site de RHNe Pourtalès, établissement des protocoles de travail ad hoc, et gestion des ressources humaines de la Providence qui interviennent sur Pourtalès dans le cadre de la convention de collaboration entre les 2 institutions.
- Une attention particulière à la satisfaction des patients et aux mesures d'amélioration.
- Un accent mis sur le suivi et la saisie des données pour les indicateurs ANQ.
- La poursuite d'une communication suivie et adaptée pour faire vivre notre système de déclaration des incidents (CIRS), qu'ils soient critiques ou simplement relevant de non conformités. Assurer le traitement de ces incidents déclarés de manière rapide et transparente (moteur de l'amélioration continue).
- Une attention particulière portée aux diverses vigilances (hémo-, matério-, pharmaco-vigilances).
- La participation accrue des collaborateurs dans le développement de nouveaux projets, par leur intégration dans les groupes de travail thématiques.
- Implémentation du dossier de soins informatisé : Le groupe SMN a l'intention de mettre en place un dossier patient informatisé. Projet pilote à l'hôpital de la Providence. L'idée est de déployer un dossier informatisé dans toutes les cliniques. Un groupe de travail a été constitué regroupant le secteur des soins, l'anesthésie, la diététique, les physiothérapeutes, les services spécialisés et les médecins. Ce projet va s'étendre sur plusieurs mois.

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

### HOPITAL DE LA PROVIDENCE

- **Création d'un nouveau service de néphrologie/dialyse à HNE site de Pourtalès :**  
Les équipes des 2 institutions ont uni leurs forces et leurs compétences spécifiques afin d'offrir des soins de qualité aux patients insuffisants rénaux, et de leur assurer une continuité des soins entre les sites. Sur le plan organisationnel, mise en conformité des processus et protocoles entre les institutions. Contrôle de la qualité des eaux de dialyse par la commission ad'hoc (voir ci-dessous). Ouverture officiel du service HNE le 14 mars 2018. Prise en charge de 136 patients en 2019 sur le site de Pourtalès.
- **Dialyse :**  
11109 dialyses pour l'année 2019 et 121 prises en charges aux soins intensifs du RHNE.
  - Poursuite de l'implémentation du dossier de soins informatisé.
  - Formation continue des collaborateurs et des personnes de référence.
  - Cours initial de formation et formation continue en dialyse péritonéale pour le personnel des soins à domicile (Nomad, VIAD) qui suivent des patients dialysés à domicile, en collaboration avec notre centre.
  - Cours de formation en dialyse péritonéale pour le personnel du service de soins en néphrologie, création, mises à jour et édition des protocoles de soins.
- **Commission qualité des eaux de dialyse :**  
Ce groupe élargi a pour mission le contrôle et le suivi de la qualité des eaux de dialyse (analyse trimestrielle pour la bactériologie et analyse annuelle pour la chimie). Il est composé de membres de La Providence et de RHNe:
  - A. Beltrando : Icus dialyse Providence
  - C. de Montmollin : infirmière responsable hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCI), Providence
  - B. Duvillard : infirmière responsable hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCI), HNE
  - I. Frank Tovor : Icus soins intensifs RHNE Pourtalès
  - M. Guns : Vitéos laboratoire
  - T. Gebhart : représentant Fresenius et Mr Lambert Jérémie:technicien Fresenius
  - G Mury : service technique HNE
  - M. Jérémie Lambert : technicien Fresenius
  - Dr A. Humbert : médecin néphrologue Providence et RHNE
  - Dr F. Stucker : médecin néphrologue Providence et RHNE.

Séance bi annuelle avec tous les acteurs cantonaux en ce qui concerne les eaux de dialyse, néphrologues PCI HNE HDP, service techniques des deux entités, microbiologiste de Vitéos.

L'auto contrôle des eaux sur les différents sites (HDP-CMO et RHNe dialyse) doit répondre aux critères de qualité d'une eau bactériologiquement maîtrisée, en fonction des directives de la Confédération.

- Contrôles trimestriels de différents points d'eau sur HDP et CMO.
  - Mesures correctives si nécessaire,  
ex : décalcification des brises jets (calcaire =biofilm=bactéries).
  - Choc thermique.
  - Nettoyage des fontaines à eau.
  - La collaboration avec PCI RHNE est positive et de nombreux échanges durant toute l'année écoulée.
  - L'analyse des eaux microbiologiques et chimiques des différents services de l'hôpital.
- **Endoscopie HDP et CMO :**

Mise à jour des documents d'entretien des endoscopes. Notre infirmière HPCI réalise les prélèvements des eaux afin de permettre l'analyse bactériologique de l'eau de rinçage des laveurs et désinfecteurs d'endoscopie.

- **Création d'un service urologie à RHNE - SMNH-NE :**
  - Prise en charge de tous les cas d'urologie stationnaire et ambulatoire qui leur est adressé.
  - Les médecins urologues interviennent dans les 2 institutions afin de répondre au mieux au besoin de la population.
  - L'objectif étant de pérenniser la prise en charge des patients dans le canton, d'assurer une garde cantonale et de limiter les prise en charge hors canton.
- **Hémovigilance :**
  - Réunion de la commission hémovigilance à 2 reprises en 2019.
  - Formation continue du personnel (4 heures aux SRNJTS)

	Statistique de la consommation de PSL PROVIDENCE			différence 2018-2019	
	2016	2017	2018	2019	
<b>Concentré érythrocytaires</b>	<b>494</b>	<b>402</b>	<b>223</b>	<b>185</b>	<b>-38</b>
<b>Concentrés plaquettaires</b>	<b>16</b>	<b>57</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>+ 1</b>
<b>Plasma frais congelés</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>- 11</b>

	Statistique de la consommation de PSL MONTBRILLANT			différence 2018-2019	
	2016	2017	2018	2019	
<b>Concentré érythrocytaires</b>	<b>37</b>	<b>60</b>	<b>51</b>	<b>42</b>	<b>-10</b>
<b>Concentrés plaquettaires</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>
<b>Plasma frais congelés</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>-4</b>

Utilisation contrôlée de produits sanguins labiles PSL (2018: consommation en baisse de 45% pour Providence et 15% pour Montbrillant) pour une activité en orthopédie prothétique quasi identique. Pour 2019, la consommation est encore en baisse mais moins significative que l'année précédente.

Cette baisse de consommation de PSL s'explique par :

- L'utilisation de médicaments antithrombotiques pour toutes les interventions prothétiques
- Seuil de transfusion revu à la baisse
- Self server utilisé pour les interventions

Pour 2019 : Pas de déclarations d'incidents transfusionnels et 7 à 8 déterminations d'anticorps irréguliers identifiés.

Projet PBM (patient Blood Management) : projet à réévaluer au vu de la baisse de la consommation des Concentrés érythrocytaires.

Formation Hémovigilance à organiser pour 2020

- **Réanimation :**
  - Les séances de formation internes se sont poursuivies avec :
  - 4 cours BLS/SRC Complet, session de 8 heures
  - 9 cours BLS/SRC Compact Refresh, session de 4 heures

- **Formation continue interne (sur les 2 sites Providence + Montbrillant) :**

Plusieurs sessions de formation internes ont été proposées aux collaborateurs, notamment dans les domaines suivants :

- Transmissions ciblées
- Réanimation
- Blocs périphériques
- Formation feu
- Charge de manutention
- Hémovigilance
- Dialyse péritonéale
- Environnement technologique et sécurité en salle d'opération
- Laboratoire (pré analytique)
- Diabétologie
- Plaies chroniques et plaies diabétiques
- Bienveillance et soins
- Hygiène hospitalière

Au total plus de 128h30 heures de formation continues internes ont été dispensées, réunissant des collaborateurs des 2 sites (Providence + Montbrillant).

- **Sécurité chirurgicale :**

Un audit du remplissage de la checkliste chirurgicale est prévu en 2020 sur les 2 sites Providence et Montbrillant.

- **Système de déclaration des incidents CIRS (critiques et non critiques):**

81 déclarations en 2019.

- **Prévention du risque de chute :**

La procédure de détection du risque de chute a été adaptée, ainsi que la saisie de l'annonce des chutes. Le personnel est sensibilisé à l'utilisation du matériel de prévention à disposition dans l'institution (lit position basse, tapis de prévention, ...) à la formation et l'information des patients à risque (post op orthopédie).

- **Hygiène hospitalière :**

La commission d'hygiène s'est réunie à 2 reprises en 2019.

- Une commission cantonale a été réactivée, sous l'égide du médecin cantonal, à laquelle notre infirmière HPCI a participé et qui a pour but de promouvoir des mesures communes dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections. On retrouve à ce sujet des données sur le site cantonal Ne.ch.

-La journée de l'hygiène des mains le 5 mai 2019 a vu la mise sur pied d'un quizz de sensibilisation et de rappel des bonnes pratiques

-Poursuite du suivi des bactériémies et des mesures additionnelles mise en place avec supervision par l'infirmière HPCI.

-La supervision du suivi Swissnoso (infection du site opératoire, indicateur ANQ) par l'infirmière HPCI.

Des Prélèvements et Analyses des eaux (microbiologique et chimique) sont réalisés régulièrement sur les 2 sites (Providence + Montbrillant), selon les directives de la Confédération. Ainsi que l'analyse de l'eau de rinçage des laveurs et désinfecteurs de l'endoscopie. Audit interne des pratiques du bloc opératoire en matière d'hygiène dans le but d'analyser les raisons d'une légère augmentation des taux d'infection. Cette démarche d'amélioration continue de la qualité s'est déroulée en plusieurs phases : identification du problème, recherche des causes, élaboration de solutions et mise en place d'améliorations. L'objectif est d'améliorer la qualité et diminuer les risques infectieux.

- **Patient debout (mars 2019) :**

En 2018 nous avons connu un basculement de l'activité chirurgicale vers la prise en charge ambulatoire, ainsi que le développement du **projet Care4today** entraînant la réduction des durées de séjour à l'hôpital. Le développement de ces modes de prise en charge ont fortement impacté toutes les étapes du parcours patient. C'est pourquoi, pour adapter les organisations à ces évolutions majeures, il a été engagé une réflexion sur les organisations, en se mettant à la place du patient afin de mieux répondre à ses attentes et besoins. Dans ce contexte, la mise en œuvre de la démarche « Patient Debout » a pour but l'amélioration de la dignité et l'autonomie du patient. Cette démarche répond à des enjeux d'amélioration du service rendu au patient, tout en améliorant l'efficacité de la prise en charge. Le circuit patient debout consiste à accompagner un patient qui marche jusqu'au bloc opératoire plutôt que couché sur un brancard. Le patient est libre de choisir son mode d'accompagnement (lit, Fauteuil, à pied). Le patient est pleinement impliqué dans sa prise en charge ce qui entraîne une diminution du stress. Ce processus modifie les repères des soignants. Le rapport avec le patient qui arrive au bloc non plus sur un brancard mais debout est totalement changé. Le respect de la dignité du patient est renforcé et il y a une amélioration de la satisfaction des soignants.

- **Poursuite du projet de parcours optimisé des patients opérés de prothèse de hanche (PTH) et prothèse de genou (PTG) (projet care4today) :**

- Depuis 2017 il a été créé un poste de "care manager" afin d'assurer un suivi personnalisé des patients opérés d'une chirurgie prothétique.

- L'infirmière care manager (ICM) fournit et coordonne les prestations sociales et de soins par la gestion clinique d'un groupe de patients (ex : patients opérés de PTH, PTG...), de l'admission à la sortie, créant un modèle unique d'assistance centrée sur les besoins spécifiques des patients.

- L'ICM est un agent important dans l'assistance au patient et l'organisation du séjour hospitalier. Il-elle garantit la coordination et la continuité des soins, en y intégrant les équipes pluridisciplinaires impliquées dans la prise en charge des patients du groupe de référence, les familles et les proches, ainsi que les éléments de l'environnement du patient.

- Toutes les responsabilités décrites relèvent d'un consensus avec les médecins, les équipes soignantes et pluridisciplinaires, dans le cadre du programme « Care4today » Rôle et responsabilité de l'ICM :

- Organisation, mise sur pied et participation aux séances d'information pré-opératoires

- Organisation de la consultation de pré-hospitalisation

- Coordination des soins tout au long du séjour hospitalier

- Oriente les Icus sur la sortie du patient (retour à domicile, avec ou sans aide, séjour en réadaptation,...)

- Fait le lien avec les familles et les proches aidants, et les implique dans la prise en charge du patient (pré-, per-, et post- opératoire)

- 535 patients suivis avec une durée de séjour moyenne de 5,09 jours. L'année dernière la durée moyenne était de 5.2 jours et de 8.2 en 2016.

Le questionnaire de satisfaction démontre une bonne satisfaction, soit 4,4 sur 5 (entre satisfait et très satisfait). Les items du questionnaire comprennent :

- Satisfaction générale : prise en charge lors de l'hospitalisation

- Informations reçues avant admission à l'hôpital lors de la préhospitalisation

- Gestion de la douleur lors de l'hospitalisation (avons constaté une nette diminution des douleurs par rapport à 2017)

- Prestation de physiothérapie durant l'hospitalisation) et l'organisation de la sortie.

- Durée de séjour.

- A noter qu'en 2019, nous avons introduit le taux de satisfaction **physiothérapie** sur la durée du séjour qui est de **3,65 sur 4**.

- L'Hôpital de la Providence a mis en place 23 séances d'informations sur le programme de récupération optimisé du patient. Ce dernier consiste en un accompagnement personnalisé

durant toutes les étapes liées à l'implantation d'une prothèse de la hanche ou du genou.

▪ **Satisfaction patients ambulatoires :**

Nous avons introduit en 2016 sur le site de la Providence un questionnaire de satisfaction ciblé sur les patients relevant de la chirurgie ambulatoire. Ils sont systématiquement appelés par téléphone le lendemain de leur intervention, et répondent en direct à un questionnaire standardisé. Le taux de satisfaction est élevé, et nous n'avons relevé que très peu de complications en lien avec la prise en charge chirurgicale ambulatoire, aucune ayant nécessité une consultation en urgence.

▪ **PMC (Permanence médico-chirurgicale) :**

Mise en place d'une collaboration entre SMNH-NE et RHNE concernant la gestion de la PMC de l'hôpital de la Providence. La collaboration consiste en la mise à disposition par l'RHNE de ressources médicales nécessaires à l'activité de la PMC à raison d'un médecin FMH et d'un médecin assistant. La présente convention entre en vigueur le 1er juin 2018. La mise en place de ce partenariat permettra de garantir les prestations qualitatives et coordonnées et d'éviter le recours potentiel à des prises en charges extra-cantoniales tout en conservant les compétences, les emplois, les investissements et le financement dans le canton, grâce à une meilleure coordination sur les transferts de patient entre les établissements. Poursuite de la collaboration médicale avec RHNE avec la mise en place d'un espace tri à la PMC et Remise à niveau des équipes de soins au tri infirmier en partenariat avec RHNE.

▪ **Stérilisation (septembre 2019) :**

Mise en place du système de traçabilité informatisé EURO sds. Selon la norme ISO 8402 [1], la traçabilité est définie comme l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit au moyen d'identifications enregistrées. Dans le cadre de la stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables, la notion de traçabilité fait partie intégrante du système qualité. La traçabilité du matériel stérilisé permet de disposer d'un niveau de preuve élevé pour instaurer et maintenir la confiance de l'utilisateur dans le produit stérilisé. Elle permet un archivage et une disponibilité des informations tout au long de la vie des dispositifs médicaux. Elle permet également une amélioration de la sécurisation du traitement, suivi de maintenance et une optimisation du parc de dispositifs médicaux. Pour être performante, cette traçabilité des produits et des procédés se devait d'être organisée de façon informatisée. Auparavant réalisée de façon manuscrite, elle ne répondait que très partiellement à l'ensemble des exigences de traçabilité du processus de stérilisation.

A ce jour l'ensemble des plateaux et instruments sont intégrés et tracés via EURO sds.

Evolution prévues fin 2020 : intégration de la composition des sets et plateaux afin de faire un contrôle du conditionnement informatisé.

▪ **Médecine du travail (sur les 2 sites Providence + Montbrillant) :**

Suivi et analyse de la solution médecine du travail externalisé avec hotline et présence d'une infirmière du travail 1 fois par mois sur les 2 sites. 11 permanences réalisées sur les 2 sites. 68 événements ont été traités. La disponibilité du spécialiste de santé permet de répondre rapidement à une demande du collaborateur. La compétence spécifique du professionnel de santé permet de mettre à disposition des collaborateurs une réponse adéquate en fonction de leurs demandes. Mise en place d'évaluation d'aptitude du travail de nuit pour les collaborateurs: En vue de la loi sur le travail de nuit, tous les collaborateurs occupés pendant un minimum de 25 nuits par an, ont droit à un examen médical et aux conseils qui s'y rapportent. Ils peuvent faire valoir ce droit tous les 2 ans et chaque année dès l'âge de 45 ans. Cet examen est obligatoire afin de réduire ou de supprimer les problèmes de santé liés à son travail.

▪ **Création d'un centre médecine du sport :**

L'Hôpital de la Providence est actuellement en train de monter un centre de compétence dédié au sport. L'idée de ce centre du sport est de réunir, dans un même service, toutes les spécialités pouvant être amenées à prendre en charge, dans sa globalité, les pathologies ou blessures des sportifs, qu'ils soient d'élite ou du dimanche. Ainsi, c'est une équipe constituée de médecins du sport, de physiothérapeutes spécialisés dans la prise en charge des sportifs, d'orthopédistes, d'une pneumologue pour les examens respiratoires, d'une équipe de diététiciens avec une spécialiste en nutrition, d'un acupuncteur et d'une psychologue du sport, qui assurera une prise en charge multidisciplinaire de ces problématiques des sportifs. Le lancement de notre centre du sport a eu lieu au mois de novembre et l'inauguration prévue en janvier 2020. Avec comme 1<sup>er</sup> objectif d'obtenir la labélisation *medical base approved by swiss olympic* pour 2021.

- **Elimination du PET dans un circuit recyclable :**  
Tout le PET est collecté et suit un parcours dans une filière recyclable.
- **Fourchette verte :**  
Label obtenu, validé et reconduit chaque année.
- **Secteur de l'alimentaire:**  
Des chartes ont été signées entre les fournisseurs et l'institution dans le respect de la qualité et de bonnes conduites.
- **Secteur lingerie :**  
Un processus de lingerie automatisé a été mis en place pour les tenues des collaborateurs.

### **CLINIQUE MONTBRILLANT**

Pour la clinique Montbrillant, dans le giron de SMNH-NE depuis avril 2015, nous avons concentré nos efforts sur la mise en conformité des indicateurs suivants:

- **Suivi de la saisie des implants chirurgicaux dans le registre SIRIS.**
- **Amélioration de la saisie et du suivi Swissnoso** pour les infections du site opératoire, 1ère période de relevé du 01.10.2017 au 30.09.2018 (prothèses de hanche et de genou, chirurgie du rachis avec et sans implant).
- **Système de déclaration des incidents CIRS** (critiques et non critiques) 13, dont 0 non CIRS, annonces d'incidents, dont le degré de gravité a été jugé moyen. Sur la clinique Montbrillant, le nombre de déclarations est toujours nettement moins élevé qu'à la Providence, mais des déclarations avec une culture d'amélioration interne à inculquer aux collaborateurs. Vu la petitesse de la structure, les problèmes sont souvent réglés en direct sur le terrain.
- **Dossier de soins:**
  - Amélioration de la tenue des dossiers pour une meilleure traçabilité des actes de soins.
  - Formation continue aux Transmissions Ciblées.
- **Hémovigilance**, sécurité chirurgicale et prévention du risque de chute, voir points ci-dessus sous Providence.
- Mis en place du projet de **Parcours optimisé des patients** opérés de prothèse de hanche (PTH) et prothèse de genou (PTH) (projet Care4today) et création du poste Care manager afin d'assurer un suivi personnalisé des patients opérés d'une chirurgie prothétique. 17 séances d'information ont été organisées durant l'année.

- **Ouverture d'une Polyclinique** depuis mars 2018.
- Hôtellerie : **amélioration de la prestation de cuisine** en particulier le week-end.
- **Création d'un centre de gastroentérologie.**
- **Patient debout (janvier 2019) :**  
En 2018 nous avons connu un basculement de l'activité chirurgicale vers la prise en charge ambulatoire, ainsi que le développement du **projet Care4today** entraînant la réduction des durées de séjour à l'hôpital. Le développement de ces modes de prise en charge ont fortement impacté toutes les étapes du parcours patient. C'est pourquoi, pour adapter les organisations à ces évolutions majeures, il a été engagé une réflexion sur les organisations, en se mettant à la place du patient afin de mieux répondre à ses attentes et besoins. Dans ce contexte, la mise en œuvre de la démarche « Patient Debout » a pour but l'amélioration de la dignité et l'autonomie du patient. Cette démarche répond à des enjeux d'amélioration du service rendu au patient, tout en améliorant l'efficacité de la prise en charge. Le circuit patient debout consiste à accompagner un patient qui marche jusqu'au bloc opératoire plutôt que couché sur un brancard. Le patient est libre de choisir son mode d'accompagnement (lit, Fauteuil, à pied). Le patient est pleinement impliqué dans sa prise en charge ce qui entraîne une diminution du stress. Ce processus modifie les repères des soignants. Le rapport avec le patient qui arrive au bloc non plus sur un brancard mais debout est totalement changé. Le respect de la dignité du patient est renforcé et il y a une amélioration de la satisfaction des soignants.

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

La cellule qualité du groupe Swiss Medical Network (SMN, 18 cliniques) axe sa stratégie pour les années à venir sur les points suivants :

- Dans le cadre de la convention de collaboration entre La Providence et RHNE, nous avons le projet de déménagement du centre d'hémodialyse, antenne à La Chaux-de-Fonds dans de nouveaux locaux à l'RHNE CDF prévu à janvier 2020 avec une durée des travaux de 6 mois. Quinze postes de dialyses seront disponibles avec possibilité d'isoler un à deux patients.
- Certificats ISO progressive, versus SLH (Swiss Leading's Hospital) pour les cliniques du groupe.
- Implémentation de la solution de branche H+ pour la santé et la sécurité au travail.
- Poursuite du développement des tableaux de bord pour le suivi des indicateurs qualité (satisfaction patient, CIRS,...), afin de prévoir des mesures d'amélioration rapides. Ces tableaux de bord ont pour mission d'effectuer en temps réel un benchmarking interne entre les cliniques, et de stimuler les synergies visant l'amélioration de la qualité.
- Sécurité chirurgicale : un audit du remplissage de la checkliste chirurgicale est prévue en 2020 sur les 2 sites Providence et Montbrillant.

- **Intégration du stock d'implants en consignment dans Opale**

Le circuit des Dispositifs Médicaux Implantables(DMI) dans notre institution fait intervenir de multiples professionnels tels que les chirurgiens, les instrumentistes, la stérilisation, le logisticien, le magasin central ainsi que le service de facturation. Il commence dès la réception des produits par le bloc opératoire, passe par leur suivi en stock et va jusqu'au patient lors de la pose au cours d'une intervention chirurgicale et la traçabilité. A cela se rajoute le suivi de la facturation et la gestion des coûts en lien avec leur utilisation.

La gestion des dispositifs médicaux implantables est donc un enjeu majeur au bloc opératoire. L'objectif est l'intégration du stock de DMI en consignment dans opale avec la création d'un « stock bloc opératoire ».

Lors de la pose d'un DMI, l'article est scanné, l'ensemble des informations de l'implant sont reliés au dossier Opale du patient. Ceci entrainera également une commande automatique via opale ainsi que la facturation de l'implant sur le dossier patient.

Lors de la réception au bloc opératoire du nouveau DMI, l'implant est scanné afin d'être crédité dans le stock bloc opératoire. Cette nouvelle organisation répond en tout point aux exigences de gestion des dispositifs médicaux implantables en centralisant les informations du DMI dans Opale (traçabilité/facturation/statistiques), en simplifiant le processus de commande (actuellement par fax) et en sécurisant la gestion du stock. Objectif de mise en place Juin 2020.

- **Projet Gestion du matériel au bloc en collaboration avec la HEG neuchâtel (Haute Ecole Gestions arc).**

Objectifs :

- Cartographie des flux patients et matériel.
- Identifier les points bloquants.
- Simplification des flux matériel.
- Sécurisation de la gestion du matériel au bloc opératoire afin de limiter le risque d'erreur.

La liste des indicateurs :

- Réduction des délais: productivité (salles opératoires, machines, etc.) gain entre chaque intervention / temps entre interventions
- Nombre de EPT nécessaires sur les processus évalués.
- Temps de saisie sur le HIS : -10%

- Augmentation de la qualité:
  - Qualité des soins: nombre d'infections et le nombre de reprises chirurgicales.
  - Augmentation estimée du nombre d'interventions du genou et hanche.
  - Réduction des coûts: valeur du stock de matériel chirurgical et non chirurgical.
  - Ratio matériel utilisé sur matériel nécessaire pour une intervention.
- **Hygiène hospitalière**, suivi des résultats de l'audit interne au bloc opératoire de 2019).
  - **Implémentation du dossier de soins informatisé** Le groupe SMN a l'intention de mettre en place un dossier patient informatisé. Projet pilote à l'hôpital de la Providence. L'idée est de déployer un dossier informatisé dans toutes les cliniques. Un groupe de travail a été constitué regroupant le secteur des soins, l'anesthésie, la diététique, les physiothérapeutes, les services spécialisés et les médecins. Ce projet va s'étendre sur plusieurs mois.
  - **Poursuite de l'implémentation à Montbrillant du projet "care4today"**, parcours optimisé des patients opérés de prothèses de hanche et de genou.
  - **Suivi du projet du patient debout** sur les 2 sites, Providence et Montbrillant.
  - **Installation d'un CT SCANNER et d'un IRM** sur le site de la Providence.
  - **Révision de la technique de pose de sonde vésicale** sur les 2 sites, Providence et Montbrillant, et mise en place de nouveaux protocoles cytotoxiques.
  - **Poursuite de la collaboration avec le médecin responsable de l'HPCI de l'hôpital cantonal HNE**, selon une convention de collaboration entre les institutions.
  - **Nouvelle gestion des excréta** avec du matériel solidifiant et jetable. - Poursuite de la formation continue dans tous les secteurs et mise en place d'atelier pratique dans le secteur de l'hygiène hospitalière.
  - **Poursuite du projet Patient debout** (sur les 2 sites Providence + Montbrillant).
  - **Tests respiratoires** à l'hydrogène et au méthane expirés au sein de l'hôpital de la Providence pour le lactose, fructose, fructane et glucose. Les patients sont adressés au service diététique soit par leur médecin traitant soit par le gastroentérologue (interne ou externe) ou autre spécialiste (allergologue...) pour une prise en charge des troubles gastro-intestinaux avec une demande pour un ou plusieurs tests respiratoires. 14 test réalisés en novembre 2019; avec pour objectif d'achat de l'appareil en 2020.
  - **Projet de suivi pied à risque en DIALYSE**  
**Objectif général :**
    - Sensibiliser et former l'équipe soignante à la prévention du pied à risque chez les patients de néphrologie et assurer un suivi qui permette de prévenir l'apparition de plaie et/ou de les détecter précocement.

Objectifs spécifiques :

    - Créer une fiche de surveillance des pieds à risque en partenariat avec les personnes référentes de l'équipe et validation par les médecins néphrologues.
    - Identifier les patients à risque et la fréquence du suivi.
    - Former les soignants du service de dialyse.
    - Évaluer la mise en application du suivi et réajuster.
    - Assurer des transmissions de soins pour les patients avec pieds à risque à l'aide de la fiche

de surveillance.

- Sensibiliser le patient à l'importance de la surveillance de ses pieds.

- **Nouvelle technologie en diabétologie** : Utilisation du capteur Dexcom  
Ce capteur permet de mesurer en continu la concentration en glucose (sucre) dans le liquide interstitiel. Il va pouvoir contribuer à l'amélioration du traitement du diabète.  
Il permet de se passer des contrôles capillaires:
  - Des indications automatiques et réglables individuellement avant d'arriver à des écarts.
  - Une valeur de glucose actualisée toutes les cinq minutes.
  - La vitesse et le sens de l'évolution donnent des indications de tendance sur le glucose.La pose du capteur de mesure du glucose en continu nécessite un enseignement au patient pour la pose et la gestion de différentes alarmes qui peuvent être installées sur ce capteur.

## 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

### 4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton

Durant l'année de référence, notre institution a suivi les prescriptions cantonales et exécuté les mesures suivantes imposées par le canton:
▪ Registre neuchâtelois des tumeurs

### 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"><li>▪ Questionnaire de satisfaction interne</li></ul>

Notre institution a exécuté les mesures suivantes propres à l'hôpital:
<i>Opérations</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Audit interne bloc opératoire</li></ul>
<i>Mesures limitatives de liberté</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Détection des patients à risque de chute à l'entrée</li><li>▪ Achat de lits position basse</li><li>▪ Achat de tapis de prévention des chutes /alarme de détection</li></ul>

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

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

##### Création avec HNe d'un service commun de dialyse, dans le cadre de la convention de collaboration entre La Providence et HNe

<b>Objectif</b>	Création et installation d'un service de néphrologie intégré (consultations médicales, service de soins ambulatoires et de 2 postes d'hémodialyse), avec mise en commun des ressources et du savoir-faire.
<b>Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours</b>	Néphrologie/dialyse
<b>Projets: Durée</b> (du ... au ...)	Janvier à décembre 2019
<b>Expliquer les raisons</b>	Mise en place de la convention de collaboration inter-institution, synergies et complémentarités entre les sites, les compétences et les ressources, afin d'offrir des prestations de qualité aux patients insuffisants rénaux
<b>Méthodologie</b>	Projet médical abouti, puis mise en commun des ressources HNE et Providence pour la réalisation et la définition de l'organisation du service. Communication suivie aux patients afin de les informer du projet.
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Divers groupes de travail thématiques inter-institutionnels, réunissant les meilleurs compétences
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Ouverture du service effective le 14 mars 2018, après validation de la qualité de l'eau de dialyse par la commission ad'hoc inter-institutionnelle.

#### Remarques

Prise en charge de 136 patients en 2019.

#### 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 2014 .

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

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

##### Remarques

Le CIRS (critical Incident 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.

La culture du CIRS permet un apprentissage par l'erreur dans un but d'amélioration continu pour la qualité des soins et sécurité des patients.

Pour l'année 2019, des rencontres trimestrielles avec la direction ont eu lieu dans le but d'analyser les déclarations et de traiter les CIRS. Ces rencontres ont permis de stimuler la déclaration des CIRS sur chaque site. Les objectifs de ces rencontres sont :

- Assurer un soutien par et avec la direction.
- Promouvoir une culture de gestion des risques et des erreurs.
- Soutenir la participation des collaborateurs.

On relève une confusion entre la déclaration des CIRS (amélioration de la qualité de soins) et les demandes d'intervention technique.

Cette culture doit être encore développée au sein de nos 2 entités que sont HDP et CMO. Pour cela, il est nécessaire d'induire un changement de mentalité pour que ces déclarations CIRS soient perçues de façon positive et source de satisfaction pour les acteurs plutôt que vécu comme un élément contraignant. La finalité n'étant pas le blâme, mais l'amélioration des prestations de soins.

Une réflexion est en cours avec la direction des soins pour mobiliser et sensibiliser les responsables des services et leur faire prendre conscience de l'importance de ces déclarations. L'objectif doit être commun et les partenaires convaincus.

##### Clinique Montbrillant

Le système de déclaration CIRS, introduit en 2016, fonctionne selon les mêmes modalités que pour la Providence.

## 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
Certificat REKOLE	Comptabilité des coûts et prestations	2019	2019	Comptabilité analytique version 2.0

# **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

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/).

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

#### Expliquer les raisons

Le groupe SMN procède à une analyse interne dans un premier temps, puis fait une comparaison des résultats entre les différentes cliniques du groupe. Le groupe des "quality managers" analyse les résultats pour chaque clinique.

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

Sur l'ensemble des questions, nous sommes proche de la moyenne suisse des hôpitaux participants.

Le fait de suivre ces questions au travers du questionnaire de satisfaction interne, nous permet également de prendre des mesures correctives rapidement.

#### Indication sur la mesure

Institut national d'enquête	ESOPE, Unisanté, Lausanne
-----------------------------	---------------------------

## 5.2 Enquêtes à l'interne

### 5.2.1 Questionnaire de satisfaction interne

Un questionnaire de satisfaction interne est soumis aux patients le jour de leur départ de l'hôpital. Libre choix leur est donné de remplir ce questionnaire via une tablette, qui leur est prêtée dans leur chambre avant leur sortie, via un questionnaire papier, s'ils ne se sentent pas à l'aise avec l'informatique, ou via un lien qui leur est envoyé par mail et qu'ils reçoivent à la maison suite à leur sortie. Même si le remplissage de ce questionnaire leur est fortement conseillé par nos équipes soignantes, son remplissage reste basé sur le volontariat.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2019 .  
Tous les services stationnaires de l'institution et certains services ambulatoires

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

Analyse interne au sein du groupe SMN, benchmarking entre les 18 cliniques du groupe.

#### **POUR PROVIDENCE - MOYENNE 4.67**

Préhosp : 4.57  
Questions patients : 4.68  
Réponses compréhensible : 4.68  
Accueil personnel : 4.82  
Qualité soins : 4.79  
Visites médicales :4.68  
Qlté repas : 4.52  
Qlté hôtelière : 4.64  
Sortie : 4.61  
Explications médic: 4.68

#### **POUR MONTBRILLANT - MOYENNE 4.73**

Préhosp : 4.57  
Questions patients : 4.68  
Réponses compréhensibles : 4.68  
Accueil personnel : 4.82  
Qualité soins : 4.79  
Visites médicales : 4.68  
Qlté repas : 4.52  
Qlté hôtelière  
Sortie : 4.61  
Explications : 4.68

### Remarques

#### **Pour Providence :**

- Remerciements généraux X54
- Equipe sympathique X35
- Qualité repas X5
- Qualité soins/médicale X28
- Qualité hôtelière X6
- Remarques repas : Repas manquent de sel, dénomination incompréhensible, pas servis

- chauds X2. Manque thermos avec eau chaude pour la journée
- Prise en charge : Pas revu le chirurgien de tout le séjour X4. Veilleuses bruyantes la nuit X2. Non sécurisé de faire la toilette seule. Arrivée debout au bloc. Hospitalisation trop courte. Manque coussins d'appui pour épaule et bras pour les faire reposer quand on est alité. Trop peu de personnel le weekend end. Trop d'interlocuteurs.
- Hôtellerie : Salle de bain non adaptée. Manque un mode d'emploi pour les chaînes TV et radio en chambre. Lit tombé en panne, Mettre des écouteurs à disposition pour la TV en chambre. Nouveaux vases pas agréables X2. Pas de climatisation. Ajouter fontaine à eau plus près des chambres. Toilettes mal positionnés et petits. Store défectueux
- Général : Entrée du parking peu visible
- Accueil : Manque d'empathie d'une partie du personnel soignant.

**Pour Montbrillant :**

- 144 commentaires, dont 109 sont positifs particulièrement à l'attention du personnel.
- 18 remarques sur les repas (6 concernant la prestation du traiteur, 2 trouve les quantités trop faibles, 3 trop élevées)
- 3 commentaires concernent le suivi qui font références à des cas particuliers
- 9 relèvent du confort

L'ensemble des remarques négatives a fait l'objet d'investig

### 5.3 Service des réclamations

Notre établissement propose un service des réclamations / de médiation.

**Hôpital de la Providence et Clinique  
Montbrillant**

1 personne de la direction administrative est  
responsable de la gestion des plaintes  
Marilyne Délémonte  
Directrice adjointe  
+41 32 720.31.58  
[mdelemonte@providence.ch](mailto:mdelemonte@providence.ch)  
LU-VE 08h30-17h00

## 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

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/).

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

#### Expliquer les raisons

Le groupe SMN procède à une analyse interne dans un premier temps, puis fait une comparaison des résultats entre les différentes cliniques du groupe. Le groupe des "quality managers" analyse les résultats pour chaque clinique.

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

Le taux de réadmission a diminué par rapport à l'année précédente. Le taux de réadmission externe (35.0) est en hausse et à mettre en lien avec nos missions limitées, notamment pour nos patients de néphrologie (polymorbides, pour lesquels nous ne possédons pas l'ensemble du plateau technique.

Pour Montbrillant, très bons résultats.

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.

## 10 Opérations

### 10.1 Mesure interne

#### 10.1.1 Audit interne bloc opératoire

**Relevé national des réopérations potentiellement évitables :**

Dans le plan national de mesure de l'ANQ, une réopération est considérée comme potentiellement évitable si elle suit une intervention au niveau du même site anatomique et si elle n'était pas prévisible ou si elle traduit un échec ou une complication postopératoire plutôt que l'aggravation de la maladie sous-jacente. Le rapport de base à cet effet sur la Statistique médicale de l'année précédente (analyse des données).

Les interventions à des fins diagnostiques (par ex.: ponctions) sont exclues de l'analyse. Seules sont saisies les réopérations intervenant durant le même séjour hospitalier. Le calcul des taux de réopération donne une indication sur l'existence de problèmes potentiels. Les hôpitaux et les cliniques doivent procéder à des analyses approfondies des dossiers des patients afin d'identifier les réopérations susceptibles d'être évitables et d'améliorer la qualité des soins.

**Résultats des mesures :**

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

Nous avons relevé depuis le début de l'année 2019 une augmentation des infections, ce qui nous a interpellé et nous avons réalisé un audit en février 2019 sur les bonnes pratiques au bloc opératoire. Problèmes observés : lors des préparations cutanées de l'opéré le temps de séchage entre les désinfections n'est toujours pas totalement respecté. Ouvertures des portes trop fréquentes. Préparation de la salle : (correctif armoire implant mobiles évitant des vas-et-viens supplémentaires entre les salles et les arsenaux.

**Résultats :**

Les test eaux sont dans les normes pour le bloc.

- Prévoir installer manomètre pour vérifier la surpression des salles.
- Ouverture des portes excessives : perte en efficacité du flux laminaire, en chirurgie prothétique une ventilation élevée est associé à un taux plus faible d'infection SF2h mais bénéfique reste inférieure à l'antibioprophylaxie.
- Mesure de la surpression 1 x par an.
- Audit qui est en cours, pas une chasse aux sorcières, uniquement un but d'amélioration.
- L'audit est en voie de réalisation et ce qui en ressort pour l'instant, ce sont des cheveux pas entièrement couverts, des ouvertures de portes excessives, porte côté couloir sale et coté couloir bloc ouvertes et même temps, perte totale de surpression. Exercice qui a été fait à HNE l'an dernier avec des modifications apportées et acceptées.

**Mesures correctives :**

- Rappel des bonnes pratiques ex : désinfection, l'asepsie en 3 phases, équipe pressée pose des champs sur peau pas sèche.
- Rendre le personnel sensible à l'utilité d'une culture de qualité.
- Déplacement des implants dans des armoires mobiles externe à l'arsenal.
- Introduction de lingettes pré imbibées pour la désinfection entre 2 Interventions (remplace sceau et chiffons pas assez souvent changés).
- Limitation de l'ouverture des portes, Limitation du passage d'une salle à l'autre, réduction du ouvertures des portes-Limitation du nombre de personne.

**Autres pistes :**

- Pose de VAC sur certain patient dont les risques infectieux sont augmentés.
- Respect du protocole de l'asepsie du site opératoire.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2019 .

Bloc opératoire

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

Le groupe SMN procède à une analyse interne dans un premier temps, puis fait une comparaison des résultats entre les différentes cliniques du groupe. Le groupe des "quality managers" analyse les résultats pour chaque clinique.

## 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)

Notre établissement a participé aux mesures des infections consécutives aux opérations suivantes:
▪ Chirurgie de la colonne vertébrale (sans implant)
▪ Chirurgie de la colonne vertébrale (avec implant)
▪ Arthrodèse de vertèbres (spondylodèse)
▪ Premières implantations de prothèses de la hanche
▪ Premières implantations de prothèses de l'articulation du genou

#### Résultats des mesures

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/).

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

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

#### Résultat pour MONTBRILLANT :

Voir tableau en annexe 2 à la fin du rapport.

#### Indication sur la mesure

Institut national d'enquête

Swissnoso

#### Remarques

#### SWISSNOSO

Nous participons aux mesures Swissnoso concernant la surveillance des infections du site opératoire pour 3 types d'interventions en chirurgie orthopédique :

1. Prothèses totales de hanches(PTH)
2. Prothèses totales de genou(PTG)
3. Chirurgie du rachis :
  - a. Laminectomie/hernie discale sans implan
  - b. Laminectomie/hernie discale avec implant
  - c. Arthrodèse de vertèbre, fusion vertébrale

## 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) et [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Résultats des mesures

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/).

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

#### Expliquer les raisons

Le groupe SMN procède à une analyse interne dans un premier temps, puis fait une comparaison des résultats entre les différentes clinique du groupe. Le groupe des "quality managers" analyse les résultats pour chaque clinique.

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 au soins. La prévalence des chutes et des escarres est mesurée à une date prédéfinie. Les indicateurs chutes et mesures limitatives de liberté sont mesurées retrospectivement sur une période maximale de 30 jours. 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.

#### Résultats PROVIDENCE

**2017** Chutes : 0 = 0% / Résidu -0,03/ Intervalle de confiance (CI = 95%) -0.44; 0.39

**2018** Chutes : 1/34 = 2,9% Résidu -0,01 / Intervalle de confiance (CI = 95%) - 0.42; 0.04 / Moyenne CH : 3.6%

**2019** Chutes : 0/20 = 0% / Résidu -0.028 / Intervalle de confiance (CI = 95%) - 0.559; 0.503 / Moyenne CH : 3.5%

#### Résultats MONTBRILLANT

**2017** Chutes : 0 = 0% / Résidu 0 / Intervalle de confiance (CI = 95%) - 0,41; 0,41

**2018** Chutes : 0 = 0% / Résidu -0 / Intervalle de confiance (CI = 95%) - 0.44; 0.44 / Moyenne CH : 4,8%

**2019** Chutes : 0/3 = 0% / Résidu -0,02 / Intervalle de confiance (CI = 95%) - 0.540; 0.536 / Moyenne CH : 4.1%

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

**Analyse pour les 2 sites** : Le taux de chute en baisse constaté pour 2019 reste inférieur aux résultats du même type d'établissement. L'évolution de notre activité et développement avec des courts séjours en post opératoire et une rééducation précoce permet cette amélioration. Les mesures de prévention mises en place restent pertinentes et actives malgré cette amélioration. La déclaration des chutes à l'aide du système de déclaration CIRS des chutes au cours de l'année est également un moyen de contrôle et d'amélioration continue.

Le nombre de déclaration de chutes à Montbrillant augmente au cours de ces 3 dernières années contrairement à Providence, ceci malgré la mise en place de mesures de prévention (matériel et protocoles). Cette hausse s'explique :

- Par une amélioration de l'utilisation du système CIRS pour la déclaration des chutes.
- Par une population de patients hospitalisés présentant des risques plus élevés avec des comorbidités plus sévères que les années précédentes.
- Les chiffres restent malgré tout très faibles et les mesures sont adaptées et réévaluées pour chaque situation.

#### Indication sur la mesure

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

#### Remarques

##### **Le nombre de chutes /an (déclaration CIRS) - PROVIDENCE**

2017 : 32 déclaration de chutes /année

2018 : 27 déclaration de chutes /année

2019 : 13 déclaration de chutes /année

Le nombre de chutes/an à Providence n'a cessé de diminuer au cours de ces 3 dernières années.

L'évolution et la mise en place de mesures de prévention (matériel et protocoles) expliquent en partie cette baisse, les courts séjours et la diminution du taux d'hospitalisation des patients de médecine néphrologique sont également à l'origine de cette diminution.

##### **Le nombre de chutes /an (déclaration CIRS) - MONTRILLANT**

2017 : 1 déclaration de chutes /année

2018 : 2 déclarations de chutes /année

2019 : 4 déclarations de chutes /année

## 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

Les derniers résultats des mesures n'étaient pas encore disponibles au moment de la validation du rapport sur la qualité.

#### Chez les adultes

	Nombre d'adultes avec des escarres	Valeurs de l'année précédente			2019	en pourcent
		2016	2017	2018		
<b>Hôpital de la Providence et Clinique Montbrillant</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%)	-0.08 (-1.18 - 1.02)	0 (-1.17 - 0.93)	-0.01 (-0.31 - 0.30)		-
Nombre d'adultes examinés effectivement en 2018		20	en pourcent (de tous les patients hospitalisés le jour de la mesure) 2018		100.00%	

\* 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/](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**

Le résultat de la mesure reste indentique à l'année précédente avec 0% sur les 2 sites de Providence et Montbrillant. Pour 2018 les résultats ne sont pas comparables avec les mêmes types d'hôpitaux et cliniques puisque pas encore publiés.

Un travail continu sur l'année permet de réduire le taux de prévalence des escarres nosocomiales dans nos institutions. L'acquisition et l'entretien de matériel de prévention, le suivi et la prise en charge par l'équipe interdisciplinaire (diététicien, ergotherapeute, infirmière spécialiste plaies et cicatrisation...) font parties des points essentiels permettant :

- un gain de qualité pour le patient
- une réduction des frais de traitement d'escarres
- une meilleure performance des soins en général

**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"> <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 Parcours optimisé du patient opéré de PTH et PTG

##### **Parcours clinique, centré sur le patient, pour une augmentation de la qualité du processus et de la satisfaction des patients (projet "care4today", parcours optimisé)**

Ce projet, initié à l'automne 2016, consiste à définir un chemin clinique pour les patients opérés, afin de proposer des traitements standardisés selon des normes de qualité élevée, en faisant participer le patient et son entourage tout au long de la prise en charge, en favorisant une information et un suivi personnalisé, de la pré-hospitalisation à la sortie du patient.

##### **Objectifs visés :**

- Processus harmonisés en anesthésie et en techniques opératoires.
- Information intensive comprenant une formation pré-hospitalière des patients et de leurs proches (en groupe).
- Mobilisation précoce en post-opératoire (jour opératoire).
- Sortie planifiée et organisée à l'avance.
- Diminution des durées de séjours hospitaliers.
- Satisfaction du patient.
- Création d'un poste d'infirmière care manager, coordinatrice du programme, et personne de référence pour les patients avant et pendant le séjour hospitalier.

##### **Déroulement du projet :**

Un groupe de travail réunissant une équipe pluridisciplinaire (1 chirurgien orthopédiste, 1 médecin anesthésiste, l'infirmière responsable du bloc opératoire, 1 infirmière responsable d'un service de soins, 1 physiothérapeute responsable de service, 2 représentants des directions administratives et de soins) travaillent à la définition des grandes lignes du projet et définissent le processus global. Puis chaque étape du projet est menée par une personne de référence, qui s'entoure des professionnels concernés, afin de réaliser les protocoles standardisés:

- Le médecin orthopédiste présente la démarche à ses confrères et les rallie au projet.
- Le médecin anesthésiste et son équipe définissent les techniques anesthésiques et de gestion de la douleur, favorisant une mobilisation aisée dès le jour opératoire (quelques heures post-opératoires).
- Un groupe pluridisciplinaire travaille sur le contenu des séances d'information de groupe, réalisées avant l'hospitalisation, et réalise les supports d'information (brochures, vidéos...).
- Un groupe de soignants met en place une consultation infirmière de pré-hospitalisation pour une information personnalisée et le recueil de données pour envisager le retour à domicile. Création d'un poste infirmier de "care manager".
- L'équipe de réadaptation (physiothérapeutes, ergothérapeutes, soignants et chirurgiens) déterminent les grands axes du programme de réadaptation).

##### **Mise en route du projet :**

Octobre 2017.

Le bilan après plus d'une année montre une grande satisfaction des patients et de leur entourage. Les durées de séjour ont diminué d'environ 3 jours en moyenne (ce qui permet de diminuer le risque d'infections nosocomiales).

**MONTBRILLANT** : Ce projet a été implémenté en janvier 2019. Nous avons également constaté une diminution de la durée de séjour d'environ 3,5 jours en moyenne.

## 18.1.2 Implémentation du projet patient debout

### Le projet :

En 2018 nous avons connu un basculement de l'activité chirurgicale vers la prise en charge ambulatoire, ainsi que le développement du projet Care4today entraînant la réduction des durées de séjour à l'hôpital. Le développement de ces modes de prise en charge ont fortement impacté toutes les étapes du parcours patient. C'est pourquoi, pour adapter les organisations à ces évolutions majeures, il a été engagé une réflexion sur les organisations, en se mettant à la place du patient afin de mieux répondre à ses attentes et besoins. Dans ce contexte, la mise en œuvre de la démarche « Patient Debout » a pour but l'amélioration de la dignité et l'autonomie du patient. Cette démarche répond à des enjeux d'amélioration du service rendu au patient, tout en améliorant l'efficacité de la prise en charge. Le circuit patient debout consiste à accompagner un patient qui marche jusqu'au bloc opératoire plutôt que couché sur un brancard. Le patient est libre de choisir son mode d'accompagnement (lit, fauteuil, à pied). Le patient est pleinement impliqué dans sa prise en charge ce qui entraîne une diminution du stress. Ce processus modifie les repères des soignants. Le rapport avec le patient qui arrive au bloc non plus sur un brancard mais debout est totalement changé. Le respect de la dignité du patient est renforcé et il y a une amélioration de la satisfaction des soignants.

### Objectifs :

- Identifier un circuit de déambulation hors et dans le bloc
- Création/organisation d'un salon d'attente
- Réflexion/organisation anesthésie (prémédication/préparation des patients...)
- Procédures hygiène (tenue, circuit, détergence ?...)
- Création d'un document d'information patient
- Organisation soignante, qui fait quoi, quand et comment
- Gestion/organisation des lits
- Décider des limites à poser aux projet (patient, circuit...)
- Gestion de l'accueil des patients
- Implication de l'ensemble des acteurs, être convaincu
- Evaluation

### Déroulement du projet :

Un groupe de travail réunissant une équipe pluridisciplinaire (services de soins, bloc opératoire, salle de réveil, chirurgie ambulatoire, anesthésistes, membres de la direction), va travailler à la réalisation du projet et à sa mise en place.

### Mise en route du projet :

Janvier 2019

### 18.1.3 Implémentation du dossier patient électronique

**Le projet :**

Le groupe SMN va mettre en place un dossier patient informatisé (exigence cantonale). Projet pilote à l'hôpital de la Providence. L'idée est de déployer un dossier informatisé dans toutes les cliniques. Un groupe de travail a été constitué regroupant le secteur des soins, l'anesthésie, la diététique, les physiothérapeutes, les services spécialisés et les médecins. Ce projet va s'étendre sur 5 ans et va s'appuyer sur l'expérience d'une des cliniques du groupe qui utilise déjà un dossier électronique depuis de nombreuses années. Une collaboration avec un prestataire externe a été mandaté par le groupe SMN.

**Objectifs spécifiques :**

- Création d'un groupe de travail à l'interne avec les référents des différents services concernés cités ci-dessus.
- Récolte de tous les documents existants et utilisés dans le dossier de soins infirmiers.
- Etude et analyse de logiciels existants afin d'en proposer un adapté à nos besoins.
- Test de l'outil choisi pour analyse, évaluation et amélioration.

**Mise en route** : Prévu en dans le courant de l'année 2019, mise en route en 2020.

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

### 18.2.1

#### Réorganisation de la chirurgie ambulatoire à la Providence

**Projet :**

La réorganisation de la chirurgie ambulatoire a consisté à repenser le flux du patient ambulatoire au bloc opératoire et à assurer une qualité de prise en charge optimale dans un circuit dédié au patient ambulatoire.

**Objectifs :**

- Création d'une zone ambulatoire au sein du bloc opératoire.
- Création d'un circuit patient entrée - sortie du bloc opératoire.
- Assurer un accueil personnalisé.
- Créer un lien direction entre la salle de réveil (postes monitorés), le suivi et la préparation de la sortie.
- Assurer la proximité du médecin du bloc opératoire pour une meilleure sécurité.
- Diminuer le temps de prise en charge global.
- Augmenter la satisfaction du patient.

**Déroulement du projet :**

Constitution d'un groupe de travail (direction, direction des soins, médecins, soignants et responsable technique)

**Etapes :**

- Plan d'architectes pour définir la zone.
- Ventilation circuit d'air.
- Création d'un sas de transifiton entre la zone propre et le reste de l'hôpital.
- Définition des flus de patients entre le bloc et la chirurgie ambulatoire.
- Création de protocoles.
- Formation des équipes.

## 18.3 Projets de certification en cours

### 18.3.1 Concept santé-sécurité selon la solution de branche H+ en 2019

#### **Solution de branche H+ pour la santé-sécurité au travail :**

L'hôpital de la Providence et la Clinique Montbrillant ont décidé de s'appuyer sur la solution de branche H+ pour la mise en place d'un concept de sécurité et de la protection de la Santé au travail

#### **Objectifs :**

- Recherche d'un niveau optimum de sécurité et de santé en tenant compte des prescriptions légales.
- Evaluation de tous les risques liés à la santé/sécurité.
- Mise en place de mesures correctives.
- Suivi et audit régulier par H+.

#### **Nouveauté :**

- Création d'un réseau au sein de SMN afin de travailler en collaboration pour encourager la connaissance personnelle mutuelle et unifier les pratiques et favoriser un partage d'expérience.

#### **Sur les sites de HDP et CMO :**

Nomination d'une coordinatrice et de responsables par secteur Organisation de rencontre mensuelle avec la direction des soins et la responsable des RH afin de répertorier les absences et proposer des mesures de suivi.

En parallèle, des rencontres trimestrielles avec la direction ont eu lieu pour :

- Créer un groupe de travail sécurité et santé au travail.
- Décrire les tâches des membres du groupe.
- Collaborer avec les intervenants concernés par les thèmes et l'infirmière de santé sécurité au travail.
- Elaborer des objectifs et créer un budget sécurité.
- Mise en place d'un certains nombres d'actions (formations, informations aux collaborateurs, élaboration de concepts incendies, procédures etc...) de manière coordonnée.

## 19 Conclusions et perspectives

L'année 2019 a été riche en initiatives et dans la continuité des années précédentes. Avec constance, nous avons persévéré dans la mise en place d'une culture de la qualité. Nos projets placent le patient au cœur de nos réflexions. Ainsi, la mise en place d'un projet visant à réduire le stress de nos patients, tel que « patient debout », est un modèle de la méthode que nous nous employons à appliquer : analyse précise des besoins du patient, analyse patiente de nos protocoles actuels, et mise en commun des réflexions pour aboutir à une solution collégialement acceptée par les équipes. Au final, et au-delà des résultats cliniques constatés, c'est une culture d'entreprise tournée vers la qualité qui se met en place.

C'est notre devoir d'être innovant et de proposer à nos patients une médecine de qualité où la sécurité va de pair avec une expérience optimale. Aussi, nous restons constamment en veille et continuer de nous inspirer des meilleures pratiques Suisse et du monde entier.

Faire partie d'un groupe de 21 cliniques et hôpitaux publics en Suisse est en cela une chance fabuleuse que nous exploitons pour nos patients. C'est donc tous ensemble, fort d'un groupe derrière nos établissements, que nous progressons encore et chaque année vers plus de qualité. Les enjeux qui sont les nôtres sont grands, la pression constante. La médecine de demain sera de réseau et il est fondamental de s'inspirer de ce qui se fait de mieux. Aussi, avec l'appui d'établissements présents dans 13 cantons, et d'un hôpital public, celui du Jura Bernois, nombreux projets vont encore voir le jour et éclore pour toujours améliorer l'expérience de nos patients.

Nous nous appuyons toujours sur nos équipes pour adapter à notre contexte local les bonnes idées qui ne manquent pas d'être proposées. La force d'un collectif, de l'ensemble de nos cliniques, de leurs équipes, nous poussent aussi à ne pas attendre pour mieux faire. Un établissement doit pouvoir se renouveler et rester à la pointe. Et pour ne pas perdre les équipes et au contraire les embarquer dans ce voyage, il faut impérativement les impliquer. C'est, comme dit précédemment, eux qui possèdent la meilleure connaissance de leur métier.

Nous nous engageons pleinement dans cette voie et sommes convaincus que nous continuerons dans les années à venir à place le patient au cœur de nos réflexions.

## 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.

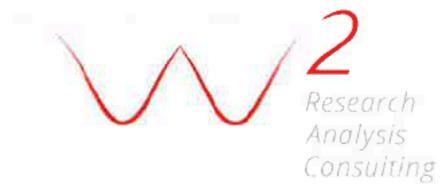
Pour toutes informations supplémentaires, veuillez prendre contact avec l'hôpital ou la clinique, ou consulter le dernier rapport annuel.

### 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
<b>Yeux (ophtalmologie)</b>
Ophthalmologie
Chirurgie spécialisée du segment antérieur
Cataracte
Affections du corps vitré/de la cornée
<b>Hormones (endocrinologie/diabétologie)</b>
Endocrinologie
<b>Estomac-intestins (gastroentérologie)</b>
Gastroentérologie
Gastroentérologie spécialisée
<b>Ventre (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 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)
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
Centre du sein reconnu et certifié
Interventions liées à la transsexualité
<b>Obstétrique</b>
Soins de base en obstétrique (à partir de la 35e 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 35e 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)



## Résultats de l'enquête de satisfaction des patient-e-s ANQ

**Relevé : Médecine somatique aigue Adultes, 2019**

**Nom de la clinique / de l'hôpital : Swiss Medical Network SA Hôpital de la Providence**

**ANQ-ID: 40**

**Bfs-Typ: K123 Niveau de prestations 5**

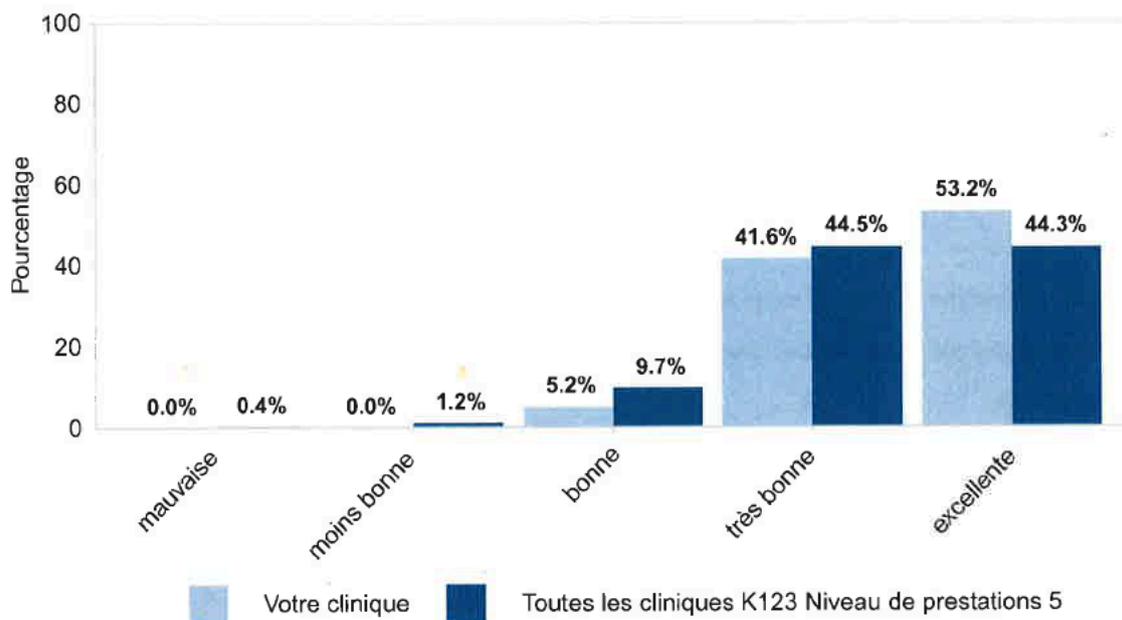
**Date du rapport : 2019-12-20 14:16:27**

Dans le rapport suivant, les résultats des mesures du questionnaire court ANQ de la /de (de l')/du (de l') Swiss Medical Network SA Hôpital de la Providence sont présentés avec les résultats des mesures de toutes les cliniques/ tous les hôpitaux du relevé de l'ANQ Médecine somatique aigue Adultes (K123 Niveau de prestations 5).

Sur la dernière page du rapport, les valeurs moyennes des différentes questions du questionnaire court ANQ de votre clinique / votre hôpital sont présentées en comparaison annuelle.

### 1 : Qualité du traitement

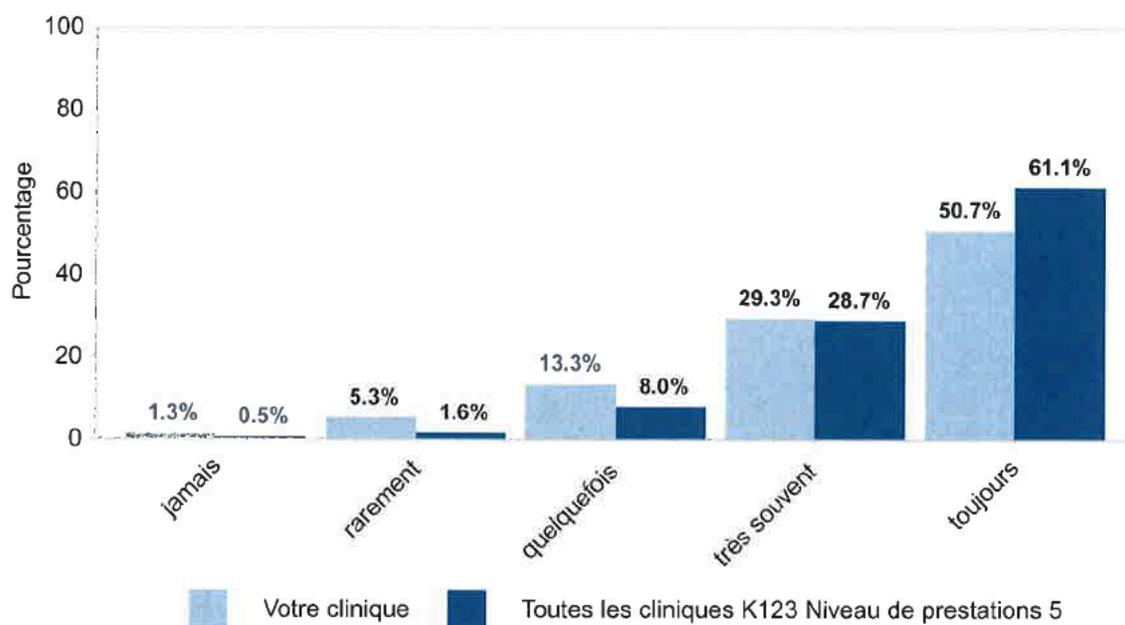
Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?



	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
mauvaise	0	0.0%	3	0.4%
moins bonne	0	0.0%	9	1.2%
bonne	4	5.2%	75	9.7%
très bonne	32	41.6%	345	44.5%
excellente	41	53.2%	344	44.3%

## 2 : Information, communication : questions

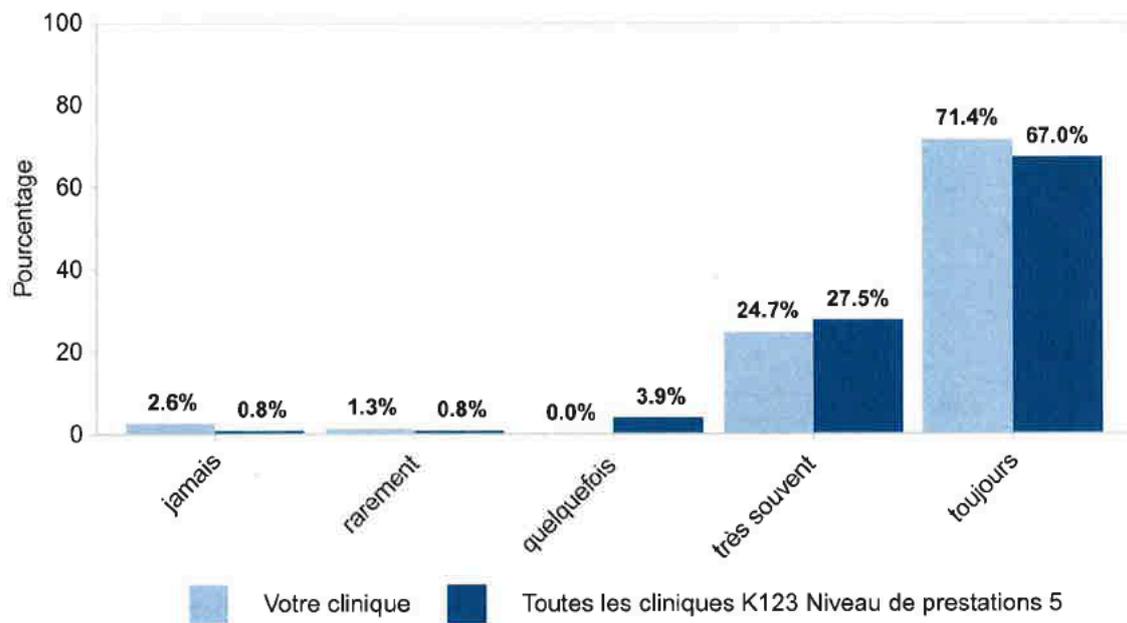
Avez-vous eu la possibilité de poser des questions ?



	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
jamais	1	1.3%	4	0.5%
rarement	4	5.3%	12	1.6%
quelquefois	10	13.3%	60	8.0%
très souvent	22	29.3%	215	28.7%
toujours	38	50.7%	457	61.1%

### 3 : Information, communication : réponses

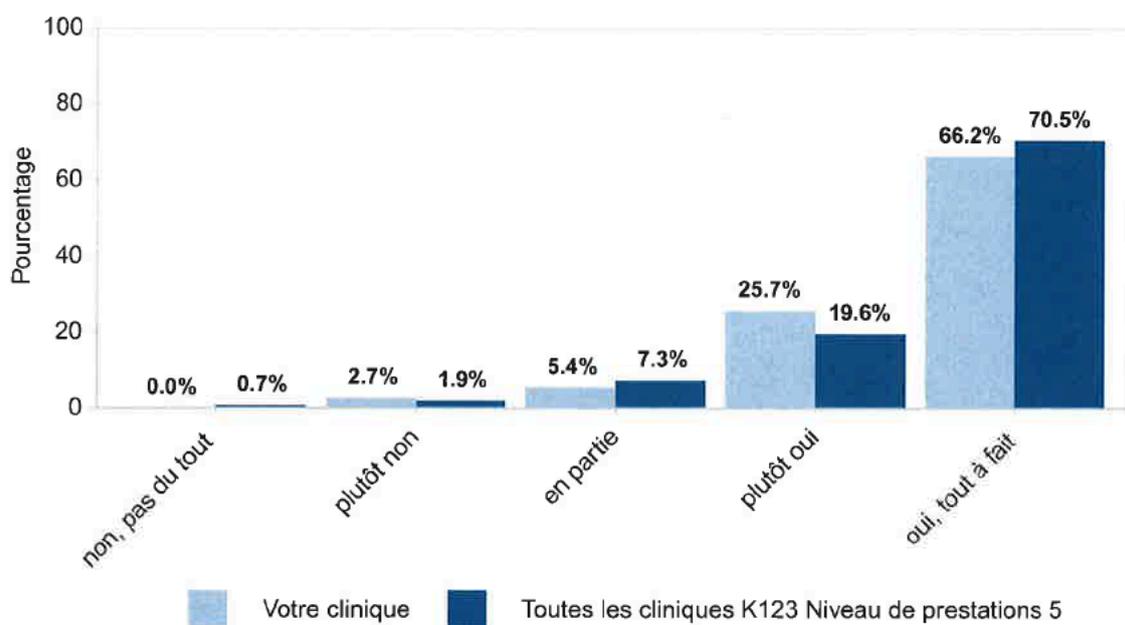
Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?



	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
jamais	2	2.6%	6	0.8%
rarement	1	1.3%	6	0.8%
quelquefois	0	0.0%	29	3.9%
très souvent	19	24.7%	207	27.5%
toujours	55	71.4%	504	67.0%

#### 4 : Médication

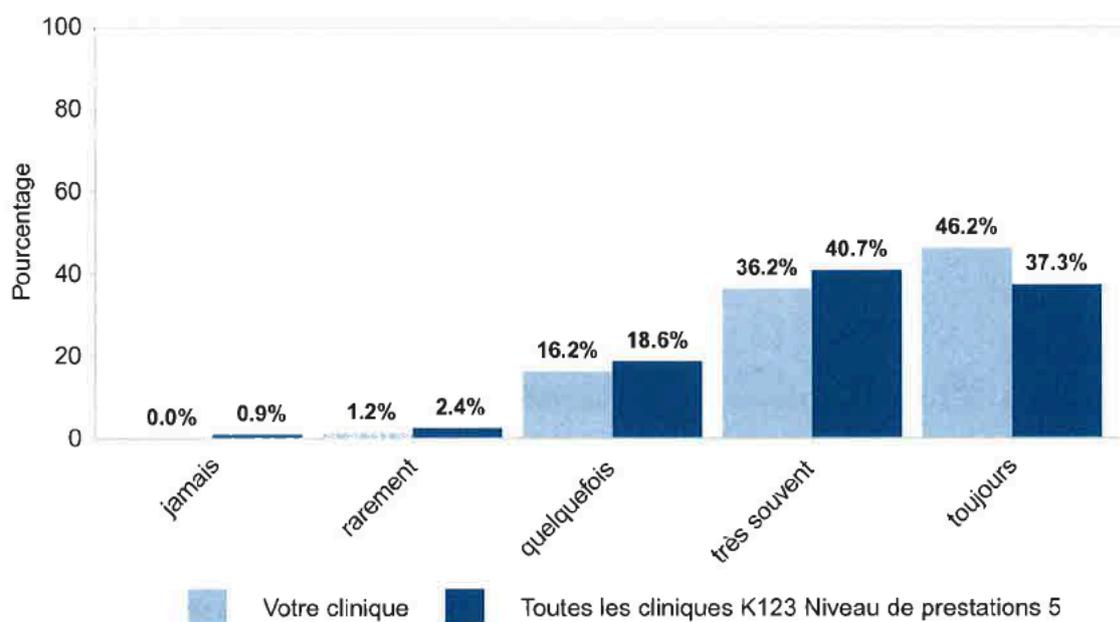
Vous a-t-on expliqué de manière compréhensibles à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous ?



	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
non, pas du tout	0	0.0%	5	0.7%
plutôt non	2	2.7%	13	1.9%
en partie	4	5.4%	50	7.3%
plutôt oui	19	25.7%	134	19.6%
oui, tout à fait	49	66.2%	482	70.5%

### 5 : Gestion des sorties

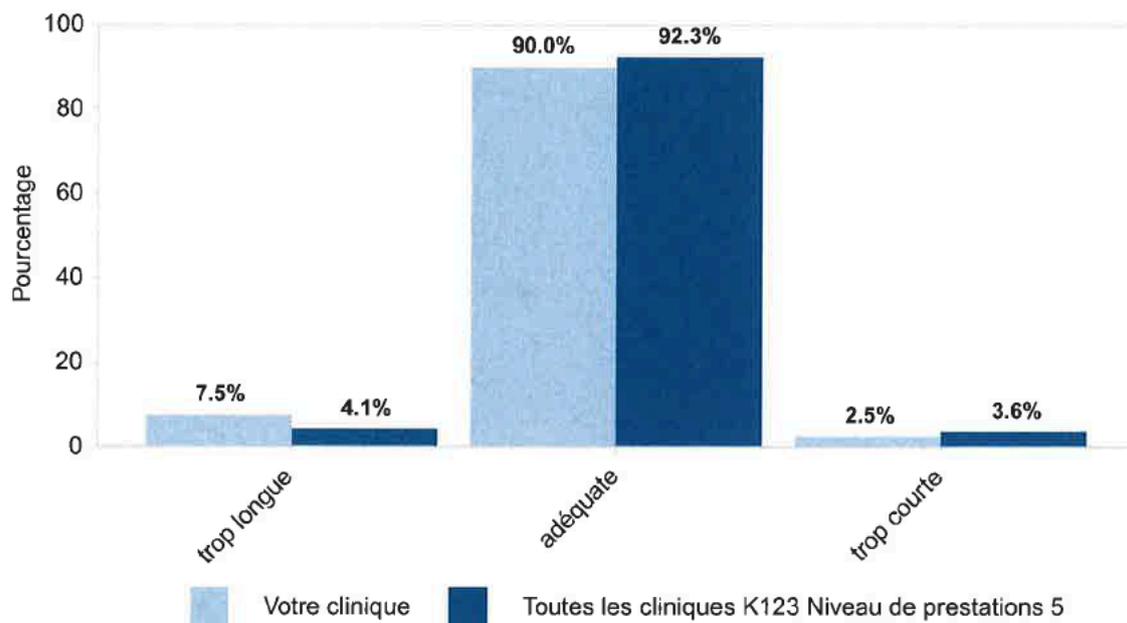
Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital ?



	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
jamais	0	0.0%	7	0.9%
rarement	1	1.2%	19	2.4%
quelquefois	13	16.2%	146	18.6%
très souvent	29	36.2%	319	40.7%
toujours	37	46.2%	292	37.3%

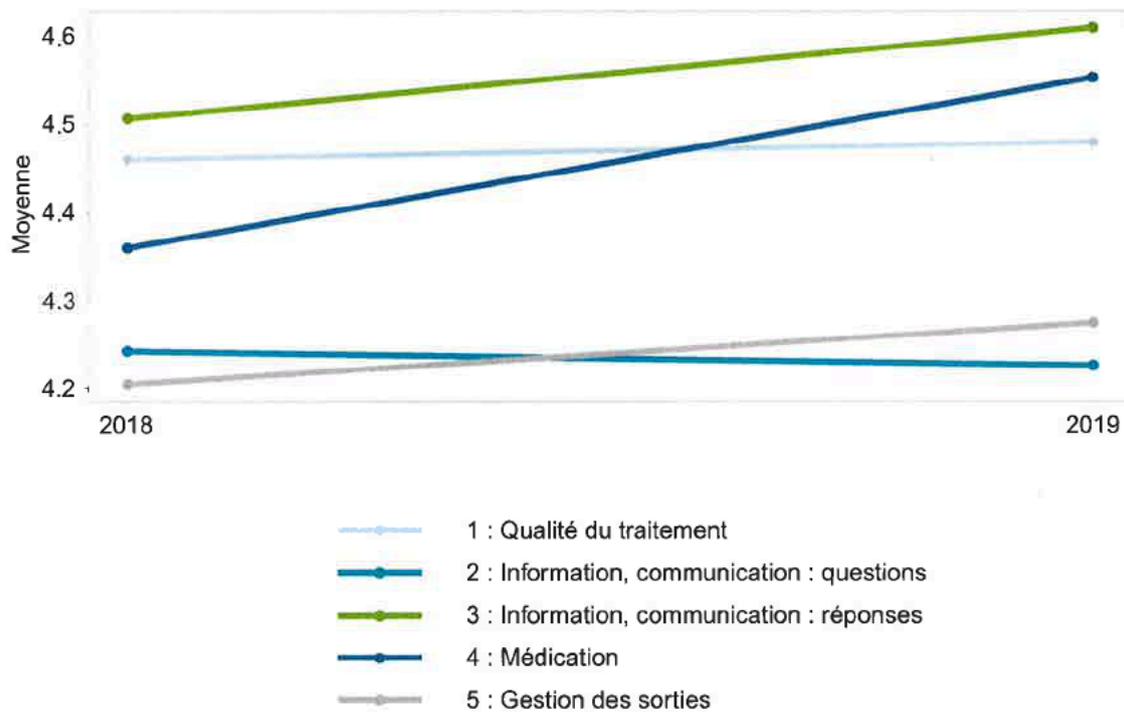
## 6 : Durée d'hospitalisation

Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation ?

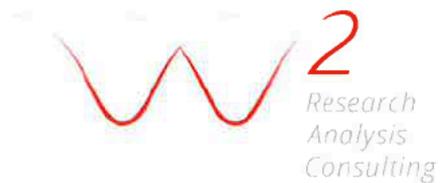


	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
trop longue	6	7.5%	32	4.1%
adéquate	72	90.0%	719	92.3%
trop courte	2	2.5%	28	3.6%

**Comparaison annuelle**



Année de mesure	Moyenne items de question					Nombre de cas analysables				
	F1	F2	F3	F4	F5	F1 (n)	F2 (n)	F3 (n)	F4 (n)	F5 (n)
2018	4.5	4.2	4.5	4.4	4.2	76	70	69	75	78
2019	4.5	4.2	4.6	4.6	4.3	77	75	77	74	80



## Résultats de l'enquête de satisfaction des patient-e-s ANQ

**Relevé : Médecine somatique aigue Adultes, 2019**

**Nom de la clinique / de l'hôpital : Swiss Medical Network SA Clinique Montbrillant**

**ANQ-ID: 168**

**Bfs-Typ: K123 Niveau de prestations 5**

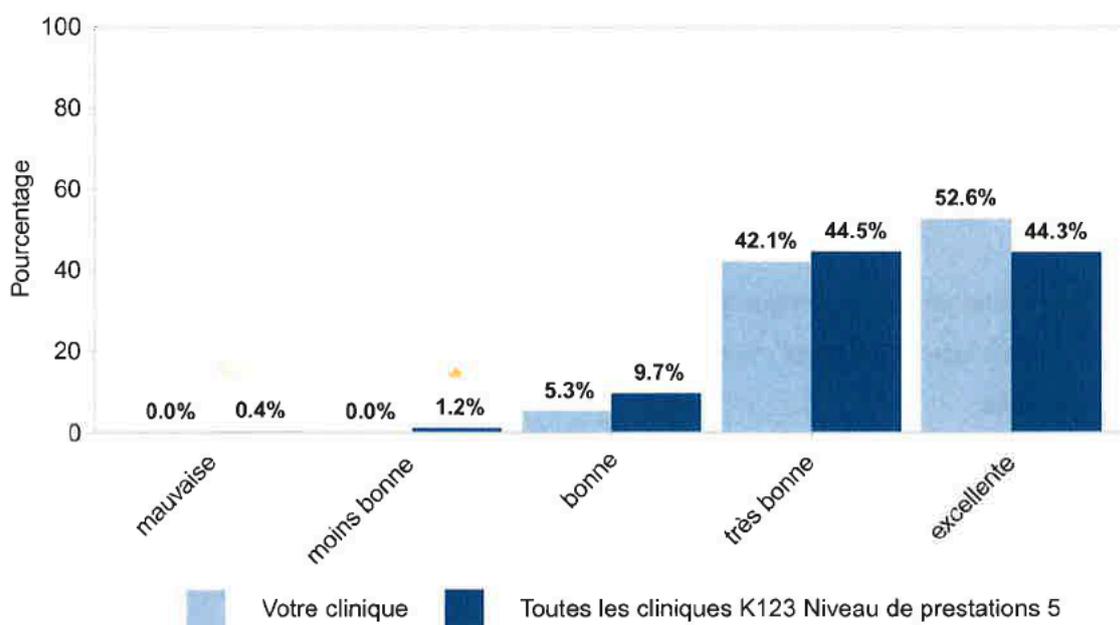
**Date du rapport : 2019-12-20 14:18:48**

Dans le rapport suivant, les résultats des mesures du questionnaire court ANQ de la /de (de l')/du (de l') Swiss Medical Network SA Clinique Montbrillant sont présentés avec les résultats des mesures de toutes les cliniques/ tous les hôpitaux du relevé de l'ANQ Médecine somatique aigue Adultes (K123 Niveau de prestations 5).

Sur la dernière page du rapport, les valeurs moyennes des différentes questions du questionnaire court ANQ de votre clinique / votre hôpital sont présentées en comparaison annuelle.

### 1 : Qualité du traitement

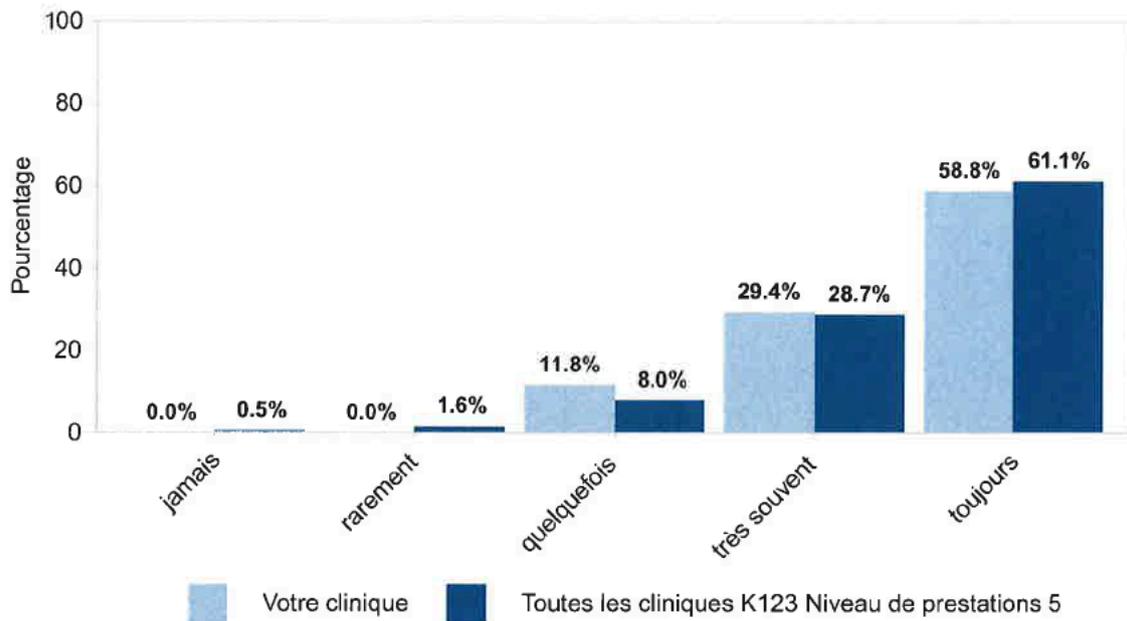
Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?



	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
mauvaise	0	0.0%	3	0.4%
moins bonne	0	0.0%	9	1.2%
bonne	1	5.3%	75	9.7%
très bonne	8	42.1%	345	44.5%
excellente	10	52.6%	344	44.3%

## 2 : Information, communication : questions

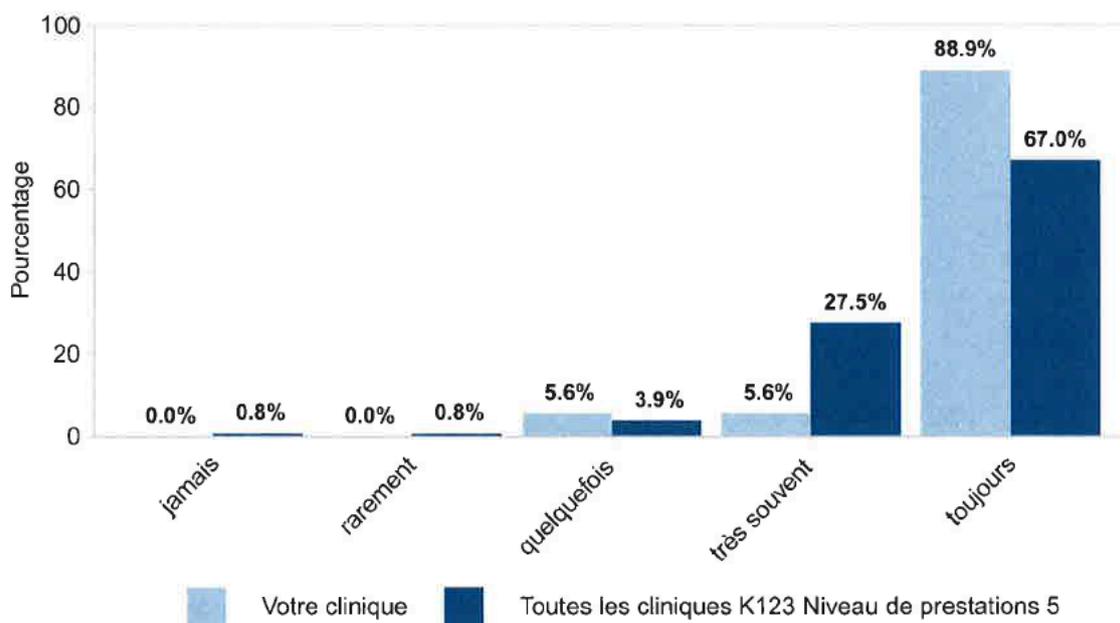
Avez-vous eu la possibilité de poser des questions ?



	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
jamais	0	0.0%	4	0.5%
rarement	0	0.0%	12	1.6%
quelquefois	2	11.8%	60	8.0%
très souvent	5	29.4%	215	28.7%
toujours	10	58.8%	457	61.1%

### 3 : Information, communication : réponses

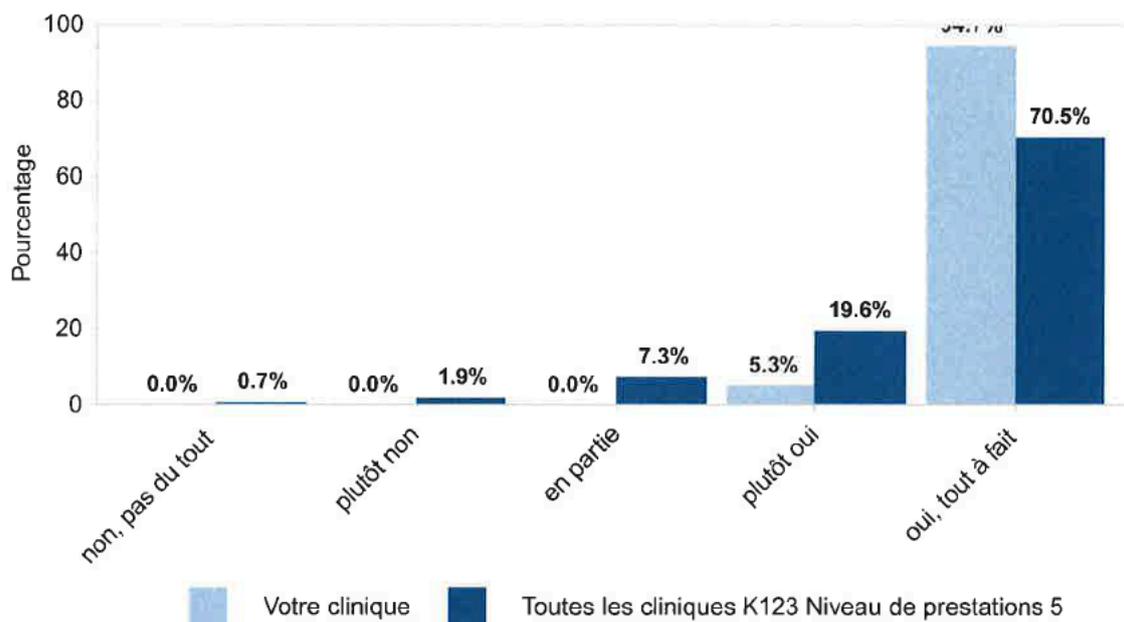
Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions ?



	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
jamais	0	0.0%	6	0.8%
rarement	0	0.0%	6	0.8%
quelquefois	1	5.6%	29	3.9%
très souvent	1	5.6%	207	27.5%
toujours	16	88.9%	504	67.0%

#### 4 : Médication

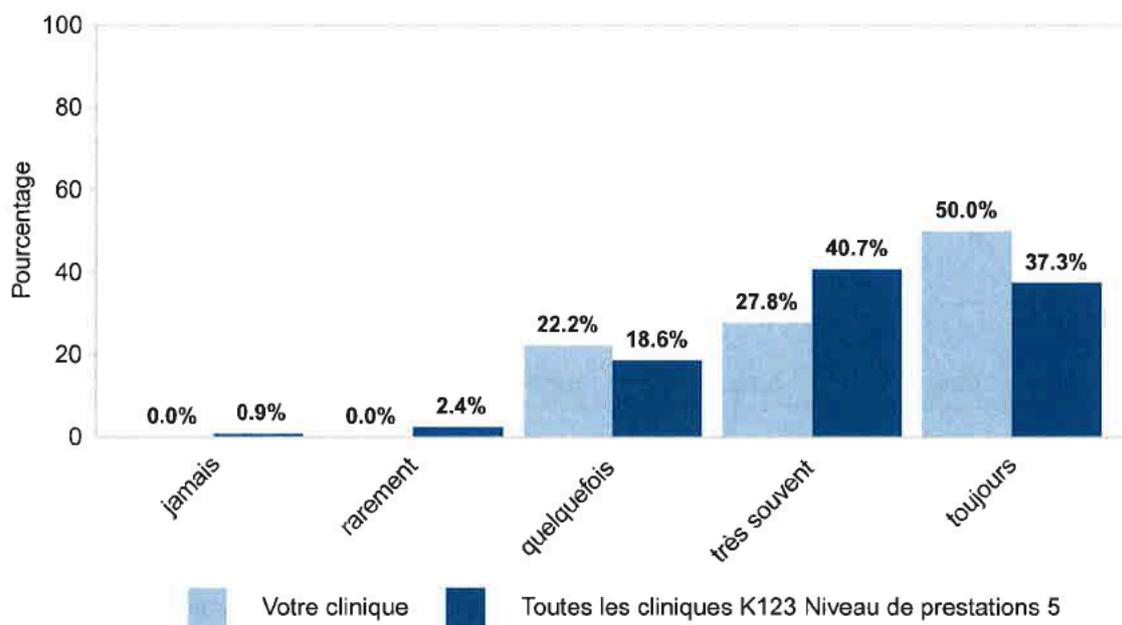
Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous ?



	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
non, pas du tout	0	0.0%	5	0.7%
plutôt non	0	0.0%	13	1.9%
en partie	0	0.0%	50	7.3%
plutôt oui	1	5.3%	134	19.6%
oui, tout à fait	18	94.7%	482	70.5%

### 5 : Gestion des sorties

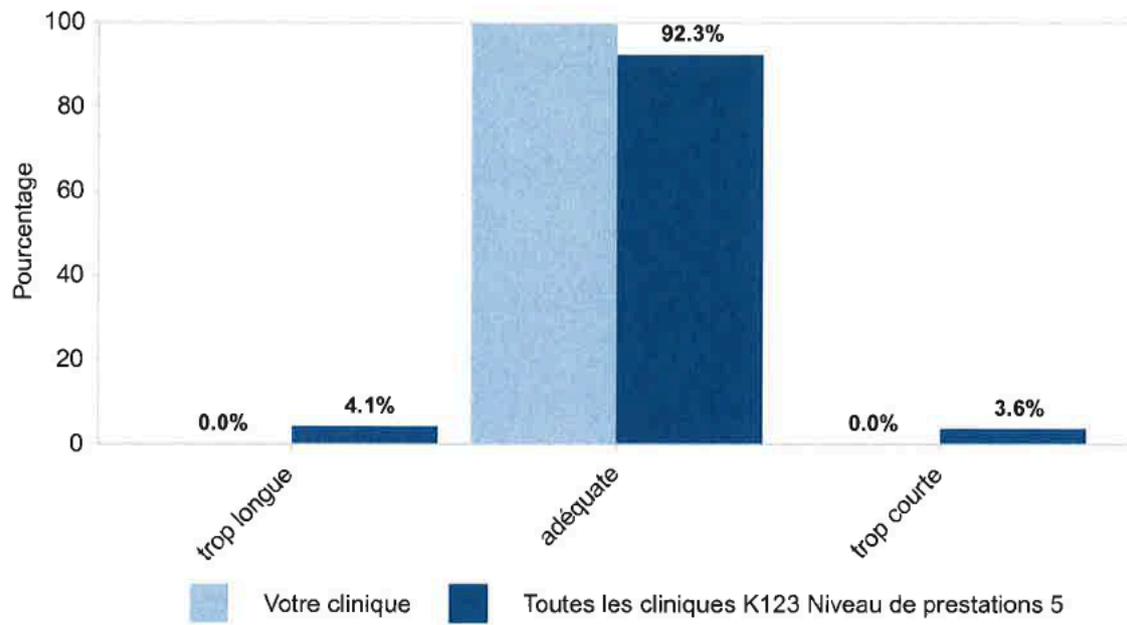
Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital ?



	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
jamais	0	0.0%	7	0.9%
rarement	0	0.0%	19	2.4%
quelquefois	4	22.2%	146	18.6%
très souvent	5	27.8%	319	40.7%
toujours	9	50.0%	292	37.3%

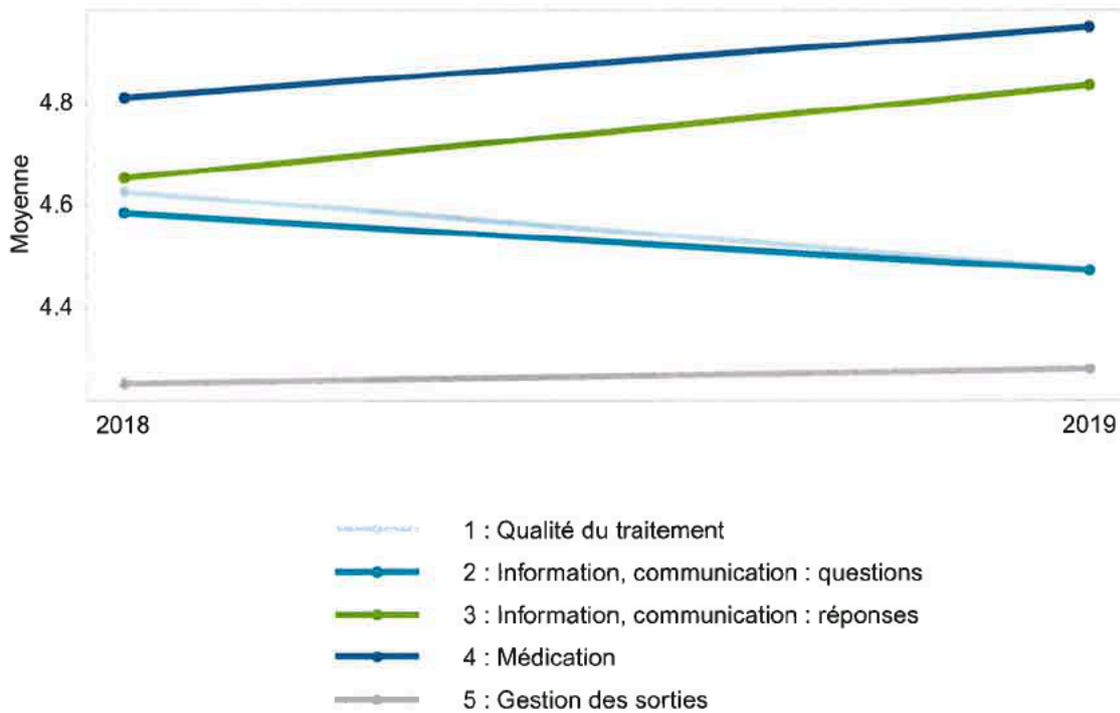
## 6 : Durée d'hospitalisation

Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation ?



	Votre clinique		Toutes les cliniques K123 Niveau de prestations 5	
	Nombre de cas	Part en pourcents	Nombre de cas	Part en pourcents
trop longue	0	0.0%	32	4.1%
adéquate	19	100.0%	719	92.3%
trop courte	0	0.0%	28	3.6%

**Comparaison annuelle**



Année de mesure	Moyenne items de question					Nombre de cas analysables				
	F1	F2	F3	F4	F5	F1 (n)	F2 (n)	F3 (n)	F4 (n)	F5 (n)
2018	4.6	4.6	4.7	4.8	4.2	24	24	23	21	24
2019	4.5	4.5	4.8	4.9	4.3	19	17	18	19	18

## Rapport sur la qualité 2019

### 1. Swissnoso :

Nous participons aux mesures Swissnoso concernant la surveillance des infections du site opératoire pour 3 types d'interventions en chirurgie orthopédique :

1. Prothèses totales de hanches(PTH)
2. Prothèses totales de genou(PTG)
3. Chirurgie du rachis : laminectomie/hernies discales avec et sans implant, arthrodèse de vertèbre, fusion vertébrale

**HÔPITAL DE LA PROVIDENCE** / La période évaluée a porté sur :

235 Prothèse totale de hanche PTH ; 296 Prothèse de genou PTG ; 63 Laminectomie/hernie discale sans implant ; 35 Laminectomie/hernie discale avec implant ; 9 Arthrodèse de vertèbre, fusion vertébrale ; soit 575 Interventions

#### Périodes de référence :

Pour la chirurgie sans implant: du 01 octobre 2018 au 30 septembre 2019

Pour la chirurgie avec implant: du 01 octobre 2017 au 30 septembre 2018

Type intervention	Opération (N)			Taux infection(%)			Comparaison	
	HDP Période actuelle	HDP Période précédente	Tous les hôpitaux Période actuelle	HDP Période actuelle	HDP Période précédente	Tous les hôpitaux Période précédente	HDP actuel versus précédente P.value	HDP versus tous hôpitaux période actuelle SIR(IC95%)
Laminectomie discale Sans implant	63	32	2244	0	0	0.76		0.0
Laminectomie avec implant	35	51	287	0	-	2.09	-	0.0
Arthrodèse De vertèbre fusion vertébrale	9	7	1940			3.25		
PTH	235	160	11648	1.7	-1.25	1.07	-	1.6(0.4-4.2)
PTG	296	205	8626	1.01	0.49	0.96		1.1(0.2-3.1)

L'émergence de bactéries plus résistantes doit nous pousser à ne pas baisser la garde et nous inciter au respect des normes optimales afin de maintenir nos résultats en l'état. Ceci est une priorité pour notre infirmière spécialiste en prévention et contrôle de l'infection. C'est notamment grâce à son analyse des pratiques chirurgicales et à son intervention immédiate que nous avons rapidement pu juguler l'incidence des infections en chirurgie du rachis avec pose d'implant.

Nous avons effectué un audit au bloc opératoire qui nous a permis de réaliser des mesures correctives dans le but de diminuer l'incidence des infections.

### MONTBRILLANT / La période évaluée a porté sur :

61 Prothèse totale de hanche PTH ; 81 Prothèse de genou PTG ; 22 Laminectomie/hernie discale sans implant ; 0 Laminectomie/hernie discale avec implant ; 0 Arthrodèse de vertèbre, fusion vertébrale ; soit 164 Interventions

### Périodes de référence :

Pour la chirurgie sans implant: du 01 octobre 2018 au 30 septembre 2019

Pour la chirurgie avec implant: du 01 octobre 2017 au 30 septembre 2018

Type intervention	Opération (N)			Taux infection(%)			Comparaison	
	CMO Période actuelle	CMO Période précédente	Tous les hôpitaux Période actuelle	CMO Période actuelle	CMO Période précédente	Tous les hôpitaux Période précédente	CMO actuel versus précédente P.value	CMO versus tous hôpitaux période actuelle SIR(IC95%
Laminectomie discale Sans implant	22	16	2285	0	0	0.74		0.0
Laminectomie avec implant	0	3	322	0	-	1.86	-	0.0
Arthrodèse De vertèbre fusion vertébrale	0		1949					
PTH	61	71	11822	0.0	-	1.11.09	-	0.0
PTG	81	68	8841	0.0	2.5	0.97		0.0

## 2. Prévalence chutes et escarres 2018 (résultats 2018 publiés en octobre 2019)

Prévalence chutes et escarres ANQ

Résultats 2017-2018, en comparaison cantonale

Prévalence chutes et escarres HDP	2018		2017	
	GSMN Providence	GSMN Montbrillant	GSMN Providence	GSMN Montbrillant
Prévalence des escarres contractées à l'hôpital (degré 1-4)	-0.13	-0.00	0.04	-0.08
Prévalence des escarres contractées à l'hôpital (degré 2-4)	-0.01	0.00	-0.12	-0.09
Prévalence des chutes contractées à l'hôpital	0.01	-0.00	-0.03	0

**Valeur de référence pour l'ensemble des hôpitaux suisses participants : 0**

*Chutes et escarres Adultes*

La fréquence des chutes et des escarres calculées à partir des données relevées le jour de référence 2018 est pratiquement inchangé chez les adultes par rapport à l'année précédente (...). Ces taux n'ont pas cessé de diminuer sur ces 5 années, ce qui montre que les hôpitaux sont bien sensibilisés à ce thème et ont reçu des informations sur les principaux champs d'action.

Aucun hôpital ne diffère de façon significative, que ce soit positivement ou négativement.

Les taux de chutes et escarres sont inférieurs aux autres années. L'accent mis sur la prévention porte donc ses fruits et reste, une priorité absolue dans la promotion de la sécurité de nos patients. Notre action s'est portée principalement sur la détection des patients à risque de chutes, dès leur entrée à l'hôpital, ainsi que l'utilisation du matériel de prévention acquis les années précédentes, notamment les lits se baissant jusqu'au sol et les tapis de prévention des chutes.

Il est à noter que nos patients, qu'ils relèvent de la néphrologie ou de l'orthopédie, sont particulièrement exposés au risque de chute et d'escarres par leur âge avancé, leurs problèmes ostéo-articulaires (orthopédie) et leurs nombreuses comorbidités (patients dialysés).

**3. Taux de réadmission potentiellement évitables (données OFS 2017) :**

Réadmissions Providence	2018		2017		2016		2015	
Nb sorties éligibles	1540		2474		1593		1400	
Taux observé	2.60	Externe : 35.0	3.72	Externe :19.82	3.70	Externe :32.16	2.79	Externe :1.15
Taux attendu	2.30 - 2.92		3.74 – 4.14		2.85 – 3.53		2.73	

L'hôpital de la Providence se situe dans les taux attendus.

Réadmissions Montbrillant	2018		2017		2016		2015	
Nb sorties éligibles	477		614		387		187	
Taux observé	1.26	Externe : 0.00	0.42	Externe :0.00	0.00	Externe :0.00	0.53	Externe :0.53
Taux attendu	1.73 – 2.71		1.47 – 2.59		1.74 – 2.83		1.69	

Pour la clinique de Montbrillant les résultats sont très bons.

**4. Registre SIRIS**

Participation de GSMN-NE depuis l'introduction du registre dans les mesures ANQ. Celui-ci vise à amener un suivi dans le domaine de la chirurgie prothétique. Etant dans les plus importants acteurs romands de ce domaine, GSMN-NE donne une attention toute particulière à ce suivi utile sur le long terme.



Das Label der ausgewogenen Ernährung  
Le label de l'alimentation équilibrée  
Il marchio dell'alimentazione equilibrata

## BILAN 2019 – FOURCHETTE VERTE ADULTE

Etablissement : Restaurant du personnel de la Providence  
Cheffe de cuisine : Madame Manuela MENDONCA  
Directeur hôtelier : Monsieur Yvan PRETOT

### Critères Fourchette verte adulte – Menus Mai/Juin (06-10.05.2019/20-24.05.2019/03-07.06.2019)

Fréquence quotidienne	Situation actuelle	Commentaires/propositions
<b>Viande, poisson, œufs, tofu, légumineuses, fromage</b> <b>1, dont 1x/semaine du poisson et min. 1x/semaine un menu végétarien</b> <small>100 à 120 g de viande cuite ou équivalents</small>	<b>1x/j, dont min. 1x/semaine du poisson/fruits de mer et min. 1x/semaine un menu végétarien</b> <b>Fromage (3), poisson (6), viande (3), volaille (2), œuf</b>	<b>Critères respectés. Très bien !</b>
<b>Légumes et fruits</b> <b>1 à 2</b> <small>200 g cuits</small>	<b>Présence de légumes/fruits à chaque repas</b>	<b>Critères respectés. Très bien !</b>



Das Label der ausgewogenen Ernährung  
 Le label de l'alimentation équilibrée  
 Il marchio dell'alimentazione equilibrata

<b>Féculents</b> <b>1</b> <b>Min. 4 sortes différents sur 5 repas de consécutifs</b> <b>Si possible au moins 1 avec une teneur élevée en fibres alimentaires</b> <i>A discrétion</i>	<b>Présence d'un féculent à chaque repas</b> Présence de min. 4 sortes de féculents différents par semaine Féculent avec teneur élevée en fibres alimentaires (épeautre, quinoa, pain complet)	<b>Critères respectés. Très bien !</b>
<b>Mets gras et préparations grasses</b> <b>0</b>	<b>0 mets gras</b> A froid ou fin de cuisson : huile de colza et d'olive extra-vierge Sauce à salade : Hero French Gourmet Dressing Omega 3 ou Hero French aux herbes Gourmet Dressing Omega3 ou Hero Italian Gourmet Dressing Omega3 Cuisson : huile de colza HOLL	<b>Critères respectés. Très bien !</b>
<b>Matière grasse</b>	A froid ou fin de cuisson : huile de colza et d'olive extra-vierge Sauce à salade : Hero French Gourmet Dressing Omega 3 ou Hero French aux herbes Gourmet Dressing Omega3 ou Hero Italian Gourmet Dressing Omega3 Cuisson : huile de colza HOLL	<b>Critères respectés. Très bien !</b>

Daniela Sunier - FV-NE / 1<sup>er</sup> juillet 2019

PET-RECYCLING SCHWEIZ



# CERTIFICAT ENVIRONNEMENTAL

**HÔPITAL DE LA PROVIDENCE  
2000 NEUCHÂTEL**

point de collecte de PET-Recycling Schweiz, a collecté un total de

**225 KILOGRAMMES**

de bouteilles à boissons en PET en 2019. Ces quelques 8168 bouteilles ont été recyclées par PET-Recycling Schweiz puis transformées en PET recyclé de qualité. Outre la production de matières premières précieuses, cette collecte a permis les économies suivantes en faveur de l'environnement:



**ENVIRON 675 KILOGRAMMES  
DE GAZ À EFFET DE SERRE**



**ENVIRON 214 LITRES  
DE PÉTROLE**

L'élimination correcte des bouteilles à boissons en PET est un moyen simple de promouvoir la protection du climat, d'économiser l'énergie, de réduire les déchets et de préserver les énergies non renouvelables. Merci pour votre engagement. Chaque bouteille compte!



A handwritten signature in blue ink.

Jean-Claude Würmli  
Directeur



## 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/](http://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/](http://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](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.securitedespateurs.ch](http://www.securitedespateurs.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](http://www.samw.ch).