

# Rapport sur la qualité 2022

conforme aux directives de H+

Validé le:  
par:

22.06.2023  
Eric Fasel, Directeur

Version 2



## 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 2022.

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 2022

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 sur la situation en matière de qualité

Par leur important engagement et les mesures ciblées qu'ils prennent, les hôpitaux et les cliniques suisses contribuent au développement de la qualité, y compris dans les moments difficiles. Avec son modèle de rapport, H+ leur permet de rendre compte de manière uniforme et transparente de leurs activités qualité. Ces informations peuvent en outre être transférées directement dans leurs profils respectifs sur [info-hopitaux.ch](http://info-hopitaux.ch).

En 2022, les hôpitaux et les cliniques étaient encore affectés par la pandémie de COVID-19. Pour les décharger, le relevé national des infections du site opératoire, qui est assez astreignant, a été suspendu durant les mois d'hiver. De plus, ce relevé a pu être réalisé simultanément pour les cas avec et sans implants: une première.

L'ANQ a mené à bien les enquêtes nationales de satisfaction des patients en psychiatrie et en réadaptation. Pour chaque domaine spécialisé, elles se déroulent désormais à un rythme biennal. En soins somatiques aigus, 2022 n'était pas une année d'enquête de satisfaction.

L'ANQ a décidé en 2022 de modifier la méthode de saisie des réhospitalisations, maintenant analysées avec l'algorithme du Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) qui a été adapté au contexte suisse. Les premiers résultats reposant sur les données OFS 2021 figureront dans le rapport sur la qualité 2023.

Au chapitre 4 «Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité» du modèle actuel, les hôpitaux et les cliniques ont pour la première fois la possibilité de présenter leurs Patient-Reported Outcome Measures (PROMs).

En plus des mesures propres à chaque hôpital, le rapport sur la qualité rend compte de celles de l'ANQ, obligatoires et uniformes au niveau national, incluant les résultats spécifiques à l'hôpital/la clinique. Des comparaisons ponctuelles ne sont possibles en l'espèce que si les résultats par clinique, hôpital ou site sont dûment ajustés. Vous trouverez des explications détaillées sur [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

H+ tient à remercier tous les hôpitaux et cliniques pour leur engagement en vue de garantir la qualité élevée des soins en Suisse. Présentées de manière transparente et exhaustive, ces activités suscitent l'intérêt et l'estime qu'elles méritent.

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 sur la situation en matière de qualité</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation de la gestion de la qualité</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramme .....	7
2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité.....	7
<b>3 Stratégie de qualité</b> .....	<b>8</b>
3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2022.....	8
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2022 .....	10
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir.....	13
<b>4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité</b> .....	<b>14</b>
4.1 Participation aux mesures nationales .....	14
4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton .....	14
4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital.....	15
4.4 Activités et projets relatifs à la qualité .....	16
4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents .....	20
4.5 Aperçu des registres .....	21
4.6 Vue d'ensemble des certifications.....	21
<b>MESURES DE LA QUALITE</b> .....	<b>22</b>
<b>Enquêtes de satisfaction</b> .....	<b>23</b>
<b>5 Satisfaction des patients</b> .....	<b>23</b>
5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu.....	23
5.2 Enquêtes à l'interne .....	24
5.2.1 Questionnaire de satisfaction interne.....	24
5.3 Service des réclamations .....	24
<b>6 Satisfaction des proches</b> Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.	
<b>7 Satisfaction du personnel</b> .....	<b>25</b>
7.1 Enquête à l'interne .....	25
7.1.1 Satisfaction au travail.....	25
<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>26</b>
<b>9 Réhospitalisations</b> .....	<b>26</b>
9.1 Relevé national des réhospitalisations.....	26
<b>10 Opérations</b> surveillance non monitorée	
<b>11 Infections</b> .....	<b>27</b>
11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire.....	27
<b>12 Chutes</b> .....	<b>28</b>
12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres .....	28
<b>13 Escarres</b> .....	<b>29</b>
13.1 Mesure nationale de prévalence des escarres .....	29
<b>14 Mesures limitatives de liberté</b> .....	<b>30</b>
14.1 Relevé à l'interne des mesures limitatives de liberté .....	30
14.1.1 Détection des patients à risque de chutes .....	30
<b>15 Intensité des symptômes psychiques</b> Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.	
<b>16 Qualité de vie, capacité fonctionnelle et de participation</b> Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.	
<b>17 Autre mesure de la qualité</b> .....	<b>31</b>

17.1	Autre mesure interne .....	31
17.1.1	Suivi du dépistage des préopérateurs SARS-COV-2.....	31
<b>18</b>	<b>Détails des projets .....</b>	<b>32</b>
18.1	Projets actuels en faveur de la qualité .....	32
18.1.1	Projet de l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2022. Thème "Les médicaments sans préjudice" .....	32
18.1.2	Protection incendie.....	33
18.1.3	Introduction d'un outil de gestion de la qualité IMS en 2023.....	33
18.2	Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2022 .....	34
18.2.1	Parcours optimisé du patient opéré de PTH et PTG.....	34
18.2.2	Implémentation du projet patient debout.....	35
18.3	Projets de certification en cours .....	36
18.3.1	Concept santé-sécurité selon la solution de branche H+ .....	36
<b>19</b>	<b>Conclusions et perspectives .....</b>	<b>39</b>
<b>Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution.....</b>		<b>40</b>
Soins somatiques aigus .....		40
<b>Editeur .....</b>		<b>41</b>

# 1 Introduction

Swiss Medical Network Hospitals gère plus de 20 sites de soins aigus dont la clinique Montbrillant à La Chaux-de-Fonds.

En 2022, l'établissement a veillé à la consolidation de la qualité et de la sécurité du patient, ainsi que les conditions de qualité et sécurité de son personnel. Depuis sa création il y a plus de 100 ans par le Professeur De Quervain, 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 environs 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).
- Depuis 2019, les patient peuvent y bénéficier d'un service de gastroentérologie moderne.

L'ensemble des professionnels de la clinique Montbrillant s'engagent pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Ainsi, la clinique Montbrillant s'inscrit dans une démarche centrée sur les besoins des patients. Les projets menés ces dernières années en sont le reflet. Nous avons renforcé notre contrôle en matériovigilance, avec la mise à jour des procédures, ainsi que 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 en favorisant la formation et la formation continue. 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 niveau.
- Assurer l'information du patient sur son état de santé et le respect de ses droits.
- 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.
- Créer des cercles de qualité et sécurité.

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

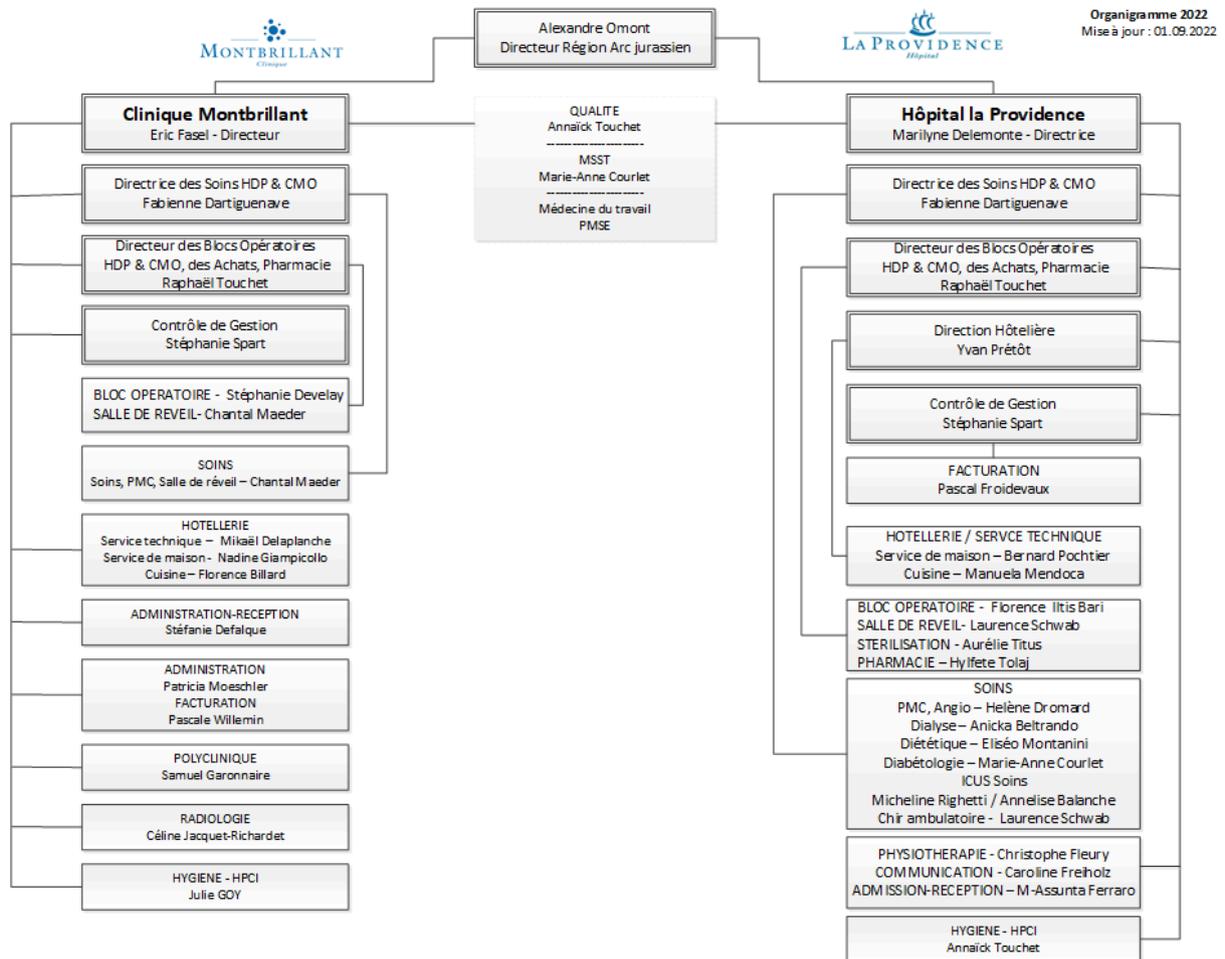
Un système de surveillance nous permet d'avoir un contrôle strict dans les domaines suivants :

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

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 représentée au niveau de la direction.

Pour l'unité de qualité indiquée ci-dessus, un pourcentage de travail de **20** est disponible.

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

Monsieur Eric FASEL  
Directeur  
032 910 05 52  
[efasel@clinique-montbrillant.ch](mailto:efasel@clinique-montbrillant.ch)

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

### 3 Stratégie de qualité

#### Généralités

La politique qualité de la Clinique Montbrillant s'inscrit dans la stratégie du groupe Swiss Medical Network Hospitals SA, qui vise en tout temps l'excellence des prestations pour ses patients et ses médecins.

#### ▪ Contrat de base

- Offrir une attention personnalisée au patient dans un cadre haut de gamme et agréable participant activement à une convalescence sereine et rapide.
- Prendre en compte les besoins et les choix de chaque patient en mettant tout en œuvre pour construire une relation individualisée dans le respect des droits et des devoirs de chacun.
- Impliquer le patient dans son parcours thérapeutique (patient acteur)
- Impliquer les collaborateurs dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de nos prestations.
- Développer une culture de l'erreur non-punitivité et apporter du soutien aux personnes impliquées dans des événements indésirables.
- Communiquer sur les événements indésirables et favoriser l'apprentissage par ce biais.
- Veiller à une communication ciblée, réalisée au bon moment et avec les bons interlocuteurs.
- Encourager la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle pour permettre la diversification des savoirs et la complémentarité dans la résolution de problèmes.
- Agréer des médecins reconnus pour leur expertise et leur mettre à disposition un plateau technique de dernière génération, performant et innovant.
- Favoriser la formation continue de nos collaborateurs afin de maintenir et développer leur savoir-faire pour assurer une prise en charge toujours plus sûre et efficace.
- Axer notre management sur une démarche de prévention des risques et d'amélioration continue afin d'augmenter la qualité et la sécurité de nos prestataires, ainsi que la satisfaction de nos patients, médecins et collaborateurs.
- Eviter le gaspillage, trier nos déchets et maîtriser notre consommation d'énergie dans un souci de durabilité et de gestion des coûts.
- Répondre aux exigences réglementaires, légales et normatives.

Afin de promouvoir la politique qualité dans tout l'établissement, les actions suivantes sont mises en œuvre en continu :

- Sensibiliser et former l'ensemble du personnel à la qualité et son utilisation quotidienne.
- Développer les démarches d'audits et l'amélioration continue dans tous les secteurs d'activités.
- Décliner par service la politique qualité de l'établissement grâce à l'élaboration et la réalisation de projets.
- Utiliser les indicateurs pour évaluer et réajuster la politique qualité.

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

#### 3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2022

L'année 2022 a été synonyme d'un retour à la normale avec l'allègement des mesures Covid-19, (suppression des tests PCR pré-chirurgicaux pour les patients et des tests hebdomadaires pour le personnel non vacciné).

Voici les points essentiels en matière de qualité :

- Attention particulière à la satisfaction des patients et aux mesures d'amélioration.
- 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).
- Application rigoureuse du concept de sécurité et santé au travail.
  - Amélioration continue de la sécurité et satisfaction des collaborateurs avec un impact direct sur la prise en charge des patients.
  - Développement de la culture de l'erreur avec la chambre de l'erreur et poursuite du développement de l'analyse des incidents (CIRS). Assurer le traitement de ces incidents déclarés de manière rapide et transparente (moteur de l'amélioration continue).
  - Augmenter la conscience écologique des collaborateurs.

### 3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2022

#### ▪ **Hygiène hospitalière :**

- Nomination d'un(e) référent(e) hygiène local(e) en sus du référent(e) régional(e).
- La commission d'hygiène s'est réunie à de nombreuses reprises au vu de la situation sanitaire Covid-19.
- 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
- Poursuite de la collaboration avec le médecin infectiologue de l'hôpital cantonal (RHNe), selon une convention de collaboration entre les institutions.
- La journée de l'hygiène des mains le 5 mai 2022 a vu la mise sur pied des biscuits, et d'un rappel des bonnes pratiques.
- Poursuite du suivi des bactériémies et des mesures additionnelles mises en place avec supervision par l'infirmière HPCI.
- La supervision du suivi Swissnoso (infection du site opératoire, indicateur ANQ) par l'infirmière HPCI.
- Tri à la réception: toute personne entrant dans l'établissement se voit prendre la température, remettre un masque et doit se désinfecter les mains. Fin de la mesure à fin février 2022.
- Des prélèvements et analyses des eaux (microbiologique et chimique) sont réalisés régulièrement sur le site de Providence, selon les directives de la Confédération, ainsi que l'analyse de l'eau de rinçage des laveurs et désinfecteurs de l'endoscopie.
- Campagne vaccination de la grippe saisonnière.

#### ▪ **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 entraînera 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. Mise en place effective en Juin 2020, puis arrêt en décembre 2020 car la sécurité de l'approvisionnement des DMI n'était pas sécurisé. Les délais de commande étaient trop longs et entraînaient un risque de rupture d'implants. Le projet est reporté à janvier 2022, avec l'intégration de la solution Opale mobile qui permettra un réapprovisionnement plus rapide. Le reste des objectifs était atteint (traçabilité et facturation). Mise en place définitive en Juin 2023 avec intégration de la gestion des lots et dates de péremption des DM du bloc opératoire

#### ▪ **Mise en place d'écran de suivi du programme opératoire :**

- Installation d'un écran dans le corridor du bloc opératoire avec affichage du programme opératoire en temps réel.
- Amélioration du suivi de l'information.
- Diminution du risque d'erreur avec l'accès aux données de l'intervention via l'écran (coté,

matériel nécessaire...).

▪ **Endoscopie :**

Mise à jour des protocoles des bonnes pratiques et de l'entretien des endoscopes, selon les directives SwissMédic en endoscopie. Notre infirmière HPCI réalise les prélèvements des eaux afin de permettre l'analyse bactériologique de l'eau de rinçage des laveurs-désinfecteurs pour les endoscopes ainsi que les prélèvements microbiologiques sur ceux-ci.

Le site est sur la « White list » (SSGE).

▪ **Hémovigilance :**

- 1 Réunion de la commission hémovigilance en mars 2022
- Formation continue du personnel (4 heures aux SRNJTS)

**Statistique de la consommation de PSL MONTBRILLANT**

	2018	2019	2020	2021	2022
Concentrés érythrocytaires	51	421	24	23	25
Concentrés plaquettaires	1	0	0	2	22
Plasma frais congelés	6	2	2	0	1

La consommation est stable pour ces dernières années.

▪ **Réanimation :**

- Cours BLS/SRC Complet, session de 8 heures
- Cours BLS/SRC Compact Refresh, session de 4 heures

▪ **Formation continue interne :**

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

- Angiologie
- Feu / Cours Formamed
- Feu / Formation incendie évacuation et transfert des patients
- Feu / Formation pratique
- Réanimation BLS-AED-SRC Compact
- Réanimation BLS-AED-SRC Complet
- ECAB FEU- Base GIE
- Multifilrate Pro
- Sensibilisation Assistance respiratoire Laparoscopie
- Cage Conduit, Cervical Retractor
- Check-liste opératoire
- Qualité et Hygiène
- Fibres Laser Gynéco
- Laboratoire SYNLAB
- Produits hémostatiques (CMO)
- Microscope ZEISS (CMO)
- Maternité
- Hémovigilance
- Transfusion des PSL/ SRNJTS
- Chirurgie Urologie
- Chambre de l'erreur
- SIRIS
- Fibres laser en gynécologie
- Sensibilisation à l'assistance opératoire en laparoscopie
- E-Learning / Cyber Sécurité

Au total 775 h de formation interne, 344 collaborateurs (Providence et Montbrillant).

- **Prévention du risque de chute :**  
La détection du risque de chute est réalisée à l'entrée des patients. Les déclarations de chutes des patients sont faites par l'intermédiaire du CIRS afin d'adapter les procédures à l'interne.
- **Système de déclaration des incidents CIRS** (critiques et non critiques) annonces d'incidents en 2022, dont le degré de gravité a été jugé moyen. Le nombre de déclarations n'est pas très élevé, mais une culture d'amélioration interne est inculquée aux collaborateurs.
- **Suivi de la saisie des implants chirurgicaux dans le registre SIRIS.**
- **Médecine du travail (PMSE) :**  
Suivi et analyse de la solution médecine du travail externalisée avec hotline et présence d'une infirmière du travail tous les 1ers lundi du mois. Un point mensuel sur le suivi des absences avec les RH, Direction et Direction des soins. 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.
- **Secteur de l'alimentaire :**  
Des chartes ont été signées entre les fournisseurs et l'institution pour garantir le respect de la qualité.
- **Santé et sécurité au travail :**  
L'accent a été mis sur la sécurité incendie pour tous (formation du personnel à l'interne et à l'externe), l'utilisation des produits chimiques, ainsi que la campagne sur la prévention des chutes. La Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail a eu lieu le 28 avril, nous avons souhaité mettre l'accent sur la prévention des problèmes de dos, qui peuvent concerner tous les corps de métier de notre établissement. Un cours de gymnastique du dos a été organisé durant la pause de midi par deux des physiothérapeutes de la Providence à cette occasion.
- **Satisfaction au travail :**  
La satisfaction au travail, chacun de nous y aspire. Elle passe par certains éléments incontournables, comme le salaire, l'ambiance dans son équipe ou le respect et la confiance incarnés par son manager. Mais pas que. L'employeur peut aussi cultiver cette satisfaction à travers d'autres actions. Les collaborateurs ont eu l'occasion de s'exprimer au travers d'un sondage sur ce qui paraissait important, comme action "positive" de la part de l'employeur, pour améliorer son bien-être au travail. Suite à la consultation organisée pour savoir ce qui pouvait améliorer votre satisfaction au travail, un groupe de travail a planché sur la mise en place d'un programme d'activités bien-être/sportives gratuites pour nos collaborateurs.
- **Médecine du travail (PMSE) :**  
Suivi et analyse de la solution médecine du travail externalisée avec hotline et présence d'une infirmière du travail tous les 3ème lundi du mois. 8 permanences réalisées sur 2022. Un point mensuel sur le suivi des absences avec les RH, Direction et Direction des soins. 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.
- **Organisation de la semaine de la sécurité des patients 2022. Thème « Les médicaments sans préjudice »**  
Les pratiques médicamenteuses dangereuses et les erreurs de médication sont l'une des principales causes de dommages évitables dans le secteur des soins de santé. Les erreurs de

médication surviennent lorsque des systèmes de médication déficients et des facteurs humains tels que la fatigue, les mauvaises conditions environnementales ou la pénurie de personnel, affectent les pratiques de prescription, de transcription, de délivrance d'administration et de contrôle, ce qui peut entraîner un préjudice grave pour le patient, un handicap et même la mort.

- La semaine d'action pour la sécurité des patients s'est déroulée sur une semaine en septembre sur le thème « Ensemble vers une médication sûre ». Pour l'occasion des chambres de l'erreur ont été mis sur pieds dans l'Institution pour tous les collaborateurs des services.
- **Futur en tous genre :**  
L'édition 2022 de la journée **Futur en tous genres** a eu lieu le jeudi 10 novembre. Dans le canton de Neuchâtel, elle concerne les élèves de 9e Harmos. L'objectif de cette journée est de faire découvrir aux écoliers des métiers traditionnellement masculins ou féminins, en accompagnant un parent ou un proche du sexe opposé au travail. Cette année un programme spécial a été préparé pour permettre aux enfants des collaborateurs de découvrir en une journée différentes professions au sein de l'hôpital.
- **Elimination du PET dans un circuit recyclable :**  
Tout le PET est collecté et suit un parcours dans une filière recyclable.

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

La Clinique Montbrillant poursuit l'évolution de la qualité au sein du groupe Swiss Medical Network dans une démarche de partage des bonnes pratiques et l'uniformisation des processus. Elle désire renforcer la collaboration avec le corps médical dans cette démarche qualité ainsi qu'avec l'ensemble des collaborateurs, par la sensibilisation et la formation. L'obtention de la certification ISO 9001 s'inscrit dans cette politique. La Clinique va déployer progressivement le dossier patient informatisé. Cet objectif s'inscrit dans un projet global du groupe Swiss Medical Network où le dossier patient informatisé sera implanté dans les mois à venir au sein de toutes les cliniques du groupe SMN.

L'établissement axe sa stratégie pour les années à venir sur les points suivants :

- **Hygiène hospitalière :**
  - Collaboration avec le médecin responsable de l'HPCI de RHNe, selon la convention de collaboration existante.
  - Etablissement d'une planification annuelle des audits internes (selon recommandations pour le bloc opératoire et la stérilisation) pour évaluation et suivi des pratiques en soins (hygiène des mains, tenues professionnelles, technique de pose de sonde vésicale, technique de pose de cathéter, circuit du linge et des déchets).
  - Formation continue HPCI à l'interne.
- **Audits :**  
Réalisation d'un calendrier des audits internes pour tous les secteurs de l'institution, et sur les bonnes pratiques en stérilisation sur les recommandations de Swissmédic.
- **Certification ISO**
- **Gestion documentaire :**  
Mise en place du logiciel IMS pour la gestion documentaire qualité.
- **Suivi MSST :**  
Objectifs à poursuivre et finaliser.

## 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, curafutura 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).

Notre institution a participé comme suit au plan de mesures national:
<i>soins aigus somatiques</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluation nationale des réhospitalisations</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesure nationale des infections du site opératoire Swissnoso</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesure nationale de la prévalence des chutes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesure nationale de la prévalence des escarres de décubitus</li> </ul>

### 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:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registre neuchâtelois des tumeurs</li> </ul>

### 4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital

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

<b>Notre institution a exécuté les enquêtes suivantes propres à l'hôpital:</b>
<i>Satisfaction des patients</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Questionnaire de satisfaction interne</li></ul>
<i>Satisfaction du personnel</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Satisfaction au travail</li></ul>
<b>Notre institution a exécuté les mesures suivantes propres à l'hôpital:</b>
<i>Mesures limitatives de liberté</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Détection des patients à risque de chutes</li></ul>
<i>Autre mesure de la qualité</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Suivi du dépistage des préopérateurs SARS-COV-2</li></ul>

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

Vous trouverez ici la liste des projets en cours en vue d'étendre les activités qualité:

##### Culture de l'erreur

<b>Objectif</b>	Connaissance du but des CIRS et de leurs opportunités d'apprentissage
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Ensemble de l'établissement
<b>Projet: période (du... au...)</b>	En continu
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Obtenir un nouvel outil de déclaration plus essentiel. Informer sur la culture de l'erreur. Apprentissage
<b>Méthodologie</b>	Création d'une nouvelle plateforme de déclarations d'incidents, groupe d'analyse interdisciplinaires
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Nombre de CIRS, réaction du personnel face aux CIRS

##### Santé et sécurité au travail

<b>Objectif</b>	Passer l'audit H+ au travail avec succès
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Tout l'établissement
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2020-2021
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne/externe.
<b>Expliquer les raisons</b>	Assurer la sécurité des collaborateurs sur le lieu de travail et protéger leur capital santé
<b>Méthodologie</b>	Séance MSST. Audit externe
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Résultats de l'audit externe.

## Gestion du stock des services de soins

<b>Objectif</b>	Garantir un approvisionnement en matériel adapté aux besoins
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Services de soins et Magasin
<b>Projet: période (du... au...)</b>	En continu
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Limiter le volume du matériel périmé
<b>Méthodologie</b>	Groupe de travail
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Collaborateurs des soins, du magasin et des achats
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Quantification annuelle des articles périmés

## Culture qualité

<b>Objectif</b>	Développer une culture d'amélioration continue de la qualité
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Toute la clinique
<b>Projet: période (du... au...)</b>	En continu
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Recherche d'une amélioration continue pour la qualité des soins et la sécurité
<b>Méthodologie</b>	Gestion de projet
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs

## Gestion documentaire/SharePoint

<b>Objectif</b>	Uniformiser les pratiques
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Toute la clinique
<b>Projet: période (du... au...)</b>	Depuis 2021
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Rendre accessible à tous les collaborateurs une documentation à jour
<b>Méthodologie</b>	Protocoles et mises à jour selon nécessité
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Responsables des services, clinicienne et DSI
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Nombre nouveaux documents et mise à jour, ainsi que la satisfaction des collaborateurs/médecins

## Dossier patient informatisé

<b>Objectif</b>	Déployer le dossier patient informatisé
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Toute la clinique
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2022 -2024
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	DPI commun à toutes les cliniques du groupe SMN
<b>Méthodologie</b>	Gestion de projet
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs des services concernés
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Satisfaction des parties prenantes

## Communication

<b>Objectif</b>	Amélioration de la communicatin
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Toute la clinique
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2022
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Collaboration inter services
<b>Méthodologie</b>	Gestion de projet
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Satisfaction des collaborateurs

## Ecologie

<b>Objectif</b>	Augmenter la conscience écologique du personnel, diminuer les couts par une réflexion logique d'économie
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Tout l'établissement
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2022 - 2024
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Réfléchir sur la manière de fonctionner de l'établissement en matière d'écologie, réduire les déchets
<b>Méthodologie</b>	Groupe de travail interdisciplinaire
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Alternative aux plastiques, sensibilisation du personnel, estimation diminution des coûts

**Vous trouverez ici la liste des activités qualité permanentes et bien implantées:**

## Satisfaction des patients

<b>Objectif</b>	Répondre aux besoins et attentes des patients
<b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b>	Séjours hospitaliers
<b>Activité: période (depuis...)</b>	En continu
<b>Type d'activité</b>	Il s'agit là d'une activité interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Etre réactif et ajuster constamment nos actions par rapport aux commentaires suggérés par les patients
<b>Méthodologie</b>	Questionnaire de satisfaction sur les tablettes / Rapport mensuel à tous les collaborateurs et médecins
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Dashbord satisfaction et benchmarking. Taux de satisfaction

## Protocoles et techniques de soins

<b>Objectif</b>	Donner des informations adaptées aux soignants pour optimiser la prise en charge des patients et garantir leur sécurité
<b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b>	Tous les services de soins
<b>Activité: période (depuis...)</b>	En continu
<b>Type d'activité</b>	Il s'agit là d'une activité interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Assurer la qualité des soins en tenant compte de l'évolution des dernières recommandations, des techniques et protocoles médicaux et de l'évolution des technologies
<b>Méthodologie</b>	Elaboration de protocoles et techniques de soins par une clinicienne spécialiste en collaboration avec les médecins, les collaborateurs et les responsables des services les concernés
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Qualité des soins et satisfaction des collaborateurs utilisateurs

#### 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.

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

##### Remarques

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. Un nouveau portail CIRS a été mis en place le 1<sup>er</sup> mars 2021 afin d'optimiser le système et d'améliorer la qualité. Il a été travaillé avec les référents qualité dans le but :

- De proposer un outil plus essentiel de gestion des risques cliniques, conformément aux recommandations émises par la Fondation pour la sécurité des patients suisses.
- D'accélérer le processus d'analyse et la prise des mesures correctives nécessaires.
- De créer des circuits d'analyse appropriés, afin d'assurer les compétences nécessaires à la gestion des dossiers
- De collaborer avec les médecins pour la résolution des incidents critiques

Pour l'année 2022, les rencontres trimestrielles avec la direction sont poursuivies dans le but d'analyser les déclarations et de traiter les CIRS. Ces rencontres ont pour but de stimuler la déclaration des CIRS. Les objectifs de ces rencontres sont :

- Assurer un soutien par et avec la direction
- Promouvoir une culture de gestion des risques et des erreurs
- Apprendre au travers des événements signalés afin de combler les lacunes ou de palier aux dysfonctionnements
- Soutenir la participation des collaborateurs

Cette culture doit être encore et toujours développée. La finalité n'étant pas le blâme, mais l'amélioration des prestations de soins.

Le nouveau portail CIRS sollicite d'avantage les responsables pour l'analyse et la proposition d'actions d'amélioration.

**Déclaration des incidents CIRS** (critiques et non critiques) 7 annonces, dont le degré de gravité a été jugé moyen. Le nombre de déclarations n'est pas très élevé, mais reste stable . La nouvelle configuration du portail CIRS permet un traitement plus approprié des CIRS avec une réflexion des différents

partenaires concernés.

#### 4.5 Aperçu des registres

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

Les registres énumérés sont annoncés officiellement à la FMH: [www.fmh.ch/fr/themes/qualite-asqm/registres.cfm](http://www.fmh.ch/fr/themes/qualite-asqm/registres.cfm)

Durant l'année de référence, notre institution a participé aux registres suivants:			
Norme appliquée	Discipline	Organisation responsable	Depuis / à partir de
<b>SIRIS</b> Registre suisse des implants SIRIS	Chirurgie orthopédique, chirurgie de la colonne vertébrale, chirurgie du genou et de la hanche, neurochirurgie	Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants <a href="http://www.siris-implant.ch/">www.siris-implant.ch/</a> <a href="http://siris-spine.com/">siris-spine.com/</a>	-

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'enregistrement des tumeurs, le 1er janvier 2020, les hôpitaux et les cliniques ainsi que d'autres institutions de santé privées et publiques ont l'obligation d'enregistrer les maladies oncologiques diagnostiquées.

Notre institution a participé aux registres obligatoires suivants durant l'année sous revue::		
Norme appliquée	Discipline	Organisation responsable
<b>RNJT</b> Registre neuchâtelois et jurassien des tumeurs	Tous	Gouvernements des cantons de Neuchâtel et du Jura <a href="http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medecin-cantonal/Pages/Registre-des-tumeurs.aspx#:~:text=Pr%C3%A9sentation.(RJT%20%3A%20cr%C3%A9ation%202006).,lescadolles.ch/enseignes/rnjt-registre-neuchateinois-et-jurassien-des-tumeurs">www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medecin-cantonal/Pages/Registre-des-tumeurs.aspx#:~:text=Pr%C3%A9sentation.(RJT%20%3A%20cr%C3%A9ation%202006).,lescadolles.ch/enseignes/rnjt-registre-neuchateinois-et-jurassien-des-tumeurs</a>

#### 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	

# **MESURES DE LA QUALITE**

## Enquêtes de satisfaction

### 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.

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

En raison du passage au rythme biennal, il n'y a pas eu, pour la somatique aiguë, d'enquête de satisfaction des patients régulière (ANQ) en 2020 et en 2022.

Dans ce domaine, les prochaines enquêtes se dérouleront en 2023.

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

En 2022, il n'y a pas eu d'enquête sur la satisfaction patients de la part de l'AQU.

La dernière enquête ANQ date donc de 2021, et les résultats avaient été analysés dans notre rapport qualité 2021.

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

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 "Quality Manager" analyse les résultats pour chaque clinique.

#### Indication sur la mesure

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

#### Remarques

Le niveau de satisfaction est bon à très bon et globalement stable par rapport aux années précédentes.

## 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 la clinique. 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. Ce questionnaire est diffusé depuis plusieurs années déjà. Il a, sur l'année 2022, été proposé à chaque patient hospitalisé au sein de nos cliniques et aux patients de certains services ambulatoires.

Le taux de satisfaction pour la clinique Montbrillant est en moyenne de **4.87/5** en 2022. Globalement nous pouvons considérer ces résultats comme bon à très bon et en amélioration en comparaison de l'année précédente.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2022.  
Dans le service stationnaire

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 cliniques du groupe.

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

## 5.3 Service des réclamations

Notre établissement propose un service des réclamations / de médiation.

### **Clinique Montbrillant**

Direction

M. Eric Fasel

Directeur

+41 32 910 05 52

[efasel@clinique-montbrillant.ch](mailto:efasel@clinique-montbrillant.ch)

## 7 Satisfaction du personnel

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

### 7.1 Enquête à l'interne

#### 7.1.1 Satisfaction au travail

Les collaborateurs ont l'occasion de s'exprimer au travers d'un sondage sur ce qui paraissait important comme actions positives de la part de l'employeur pour améliorer son bien-être au travail.

Nous avons mené cette enquête auprès du personnel du 27 juin 2022 au 08 juillet 2022.  
tous les services

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

Suite au sondage, la mise en place d'un programme d'activités bien-être / sportives gratuites pour les collaborateurs à l'année a eu lieu.

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

## Qualité des traitements

### 9 Réhospitalisations

#### 9.1 Relevé national des réhospitalisations

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.

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/).

Un changement méthodologique intervient à partir des données OFS 2020. Selon la décision de l'ANQ, les données de la phase d'introduction ne doivent pas faire l'objet d'une publication transparente. Cela vaut pour le rapport sur la qualité 2022 (données OFS 2020). En 2023 en revanche, pour les données OFS 2021, les «réhospitalisations non planifiées survenant dans un délai de 30 jours» seront désormais produites de manière transparente.

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

#### Expliquer les raisons

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

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

Le Résultat est dans la norme et peut être considéré comme très bon

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 (OFS MedStat) des hôpitaux.

## 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 ou à une réhospitalisation.

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 suivi 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 suivi est effectué 90 jours 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)
- 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

Comme tous les ans, nous analysons tous les cas d'infections observés pour les patients ayant bénéficié d'une chirurgie.

Les mesures mises en place sont le respect des règles d'hygiène et les recommandations de Swissnoso au travers des 3 axes principaux que sont la préparation et la désinfection du site opératoire, ainsi que la prophylaxie antibiotique post-opératoire.

Ces mesures oeuvrent ensemble pour minimiser quotidiennement les risques infectieux en milieu hospitalier. Elles sont toutes suivies et appliquées par l'ensemble des intervenants.

#### Indication sur la mesure

Institut national d'enquête	Swissnoso
-----------------------------	-----------

## 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)

En raison de la pandémie de COVID-19 et de ses conséquences, la mesure de la prévalence des chutes et des escarres n'a pas pu avoir lieu en 2020 et en 2021.

#### 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

Pas encore de résultat ANQ pour 2022.

Mesure de la prévalence chute et escarre : publication transparente en septembre.

La publication transparente des résultats 2022 de la mesure de la prévalence des chutes et escarres est prévue à mi-septembre.

Les hôpitaux et cliniques recevront les documents de publication fin août.

#### 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 chute reste inférieur aux résultats du même type d'établissement. L'évolution de notre activité et développement avec des courts séjours en postopératoire 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.

Pour les résultats de ANQ, les chiffres négatifs indiquent un taux de prévalence des chutes nosocomiales plus faible que la moyenne.

Résultats CIRS et chute par année :  
 2018 : 2 déclarations de chute /année  
 2019 : 4 déclarations de chute /année  
 2020 : 3 déclarations de chute /année  
 2021 : 0 déclaration de chute /année  
 2022 : pas encore de résultat

#### Indication sur la mesure

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

## 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

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.

Informations complémentaires:

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

En raison de la pandémie de COVID-19 et de ses conséquences, la mesure de la prévalence des chutes et des escarres n'a pas pu avoir lieu en 2020 et en 2021.

#### 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

Pas encore de résultat ANQ pour 2022.

Mesure de la prévalence chute et escarre : publication transparente en septembre.

La publication transparente des résultats 2022 de la mesure de la prévalence des chutes et escarres est prévue à mi-septembre.

Les hôpitaux et cliniques recevront les documents de publication fin août.

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

## 14 Mesures limitatives de liberté

Des mesures limitatives de liberté sont prises lorsqu'un risque aigu de mise en danger de soi ou d'autrui découle du comportement social, de la pathologie ou du handicap de la personne. Elles ne doivent intervenir que dans des cas rares et doivent respecter les dispositions légales nationales et cantonales.

### 14.1 Relevé à l'interne des mesures limitatives de liberté

#### 14.1.1 Détection des patients à risque de chutes

Un protocole de prévention des chutes permet la détection des patients à risque de chute à l'entrée. La procédure consiste à évaluer le risque de chute, le rappel des règles de base et la mise en place d'actions de prévention diverses adaptées à chaque patient et chaque situation de soins (lits position basse, tapis sonnette de prévention des chutes, recommandations et conseils adaptés aux patients...)

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2022.  
Dans le service de soins

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.

Indication sur la mesure	
Méthode développée / instrument développé à l'interne	Détection des patients à risque de chutes

## 17 Autre mesure de la qualité

### 17.1 Autre mesure interne

#### 17.1.1 Suivi du dépistage des préopératoires SARS-COV-2

Pour les 2 premiers mois, dépistage systématique pour tous les patients devant subir une opération avec hospitalisation ou en ambulatoire. Par la suite, les dépistages sont restés obligatoires pour les patients symptomatiques.

Pour les patients dialysés, des dépistages réguliers ont été organisés pour éviter tout cluster dans ce service.

Port du masque chirurgical obligatoire pour les endoscopies basses. Masque FFP2 pour les endoscopies hautes.

Pour tout patient positif : opération reportée à 14 jours si non urgente.  
Transfert au RHNE en cas d'intervention urgente.

Nous avons mené cette mesure du 01.01.2022 au 28.02.2022.  
Service stationnaire et service ambulatoire

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 cliniques du groupe.

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

## 18 Détails des projets

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

### 18.1 Projets actuels en faveur de la qualité

#### 18.1.1 Projet de l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2022. Thème "Les médicaments sans préjudice"

##### **Objectifs**

- Attirer l'attention sur la nécessité de rendre le processus de médication plus sûr et sans préjudice
- Engager les soignants dans les efforts visant à prévenir les erreurs de médication et à réduire les dommages liés aux médicaments
- Donner les moyens aux patients et familles de s'impliquer activement dans l'utilisation sûre des médicaments
- Travailler ensemble pour rendre les soins de santé plus sûrs

##### **Intérêt(s) du projet/programme**

- Revoir et renforcer le circuit du médicament des établissements

##### **Résultats à livrer**

- Sensibilisation des soignants
- Sensibilisation des patients / familles

##### **Plan d'actions**

- Brainstorming, autour de plusieurs axes
- Communication
- Animations collaborateurs et patients
- Personnes ressources
- Organisation
- Groupe de travail
- Mise en œuvre
- Évaluation de la semaine et de l'atteinte des objectifs

##### **Résultats à livrer**

- Sensibilisation des soignants
- Sensibilisation des patients / familles

##### **Ressources nécessaires (RH)**

- Implication des collaborateurs des soins, de la pharmacie, et partenaires de Top Anesthésie
- Equipe pluridisciplinaire physiothérapie, et diététique par rapport aux régimes liés au traitement
- Comment intégrer le corps médical ?

##### **Contraintes et opportunités**

- Mobilisation d'un maximum de soignants HDP/CMO sur la semaine, souvent soumis à la charge de travail
- Implication médicale

##### **Risques majeurs et mesures**

- Manque d'anticipation ne permettant pas la participation du plus grand nombre

### 18.1.2 Protection incendie

Création groupe d'intervention d'entreprise (GIE) constituée de 5-6 personnes avec l'objectif de suivre le cours d'instruction de base de 8h sur la base du programme du centre de formation de l'ECAP. Rappel tous les 2 ans.

**Formation pour entreprises Cours de base GIE** Objectifs du cours Le participant est apte à être engagé de manière individuelle ou collective en cas de sinistre dans son entreprise, sur des débuts d'intervention avec des petits moyens Il connaît les dangers liés à sa tâche Il est en mesure d'assurer la sécurité des personnes et celle du groupe d'intervention Il est capable d'engager les moyens de prévention incendie et d'éléments naturels usuel de l'entreprise.

Thèmes (contenu du cours) Entrée en service / Emploi d'une centrale d'alarme / cagoule de sauvetage / Emploi de la centrale d'alarme / Cagoule de sauvetage / Comportement avec les intervenant & place de rassemblement / Principe de combustion du feu / Engagement des petits moyens d'extinctions / Exercices sur diverses sortes de petits feux / Éléments naturels / Poisons respiratoire "Fumées" / Centrale d'alarme / Clôture du cours.

Formation incendie donnée à 60 collaborateurs (théorie et pratique)-Gestion d'alarme incendie, évacuation et transfert horizontal des patients /Hôpital de la Providence.

Mise en place d'un Manuel situation d'urgence pour les collaborateurs.

### 18.1.3 Introduction d'un outil de gestion de la qualité IMS en 2023

Afin d'optimiser la gestion de la qualité, notamment la bibliothèque documentaire et de la rendre commune entre les différentes cliniques du groupe Swiss Medical Network, un nouvel outil informatisé IMS va être introduit à la Clinique générale de Fribourg.

L'établissement sera clinique pilote pour les cliniques SMN de suisse romandes. A terme, tous les professionnels concernés pourront consulter cet outil à tout moment.

## 18.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2022

### 18.2.1

#### 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 postopératoire (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).

##### **Depuis la mise en route du projet :**

Le bilan montre une grande satisfaction des patients et de leur entourage. Les durées de séjour ont diminué (on passe de 8 jours à 4.7 jours), ce qui permet de diminuer le risque d'infections nosocomiales.

## 18.2.2 Implémentation du projet patient debout

En 2018 nous avons connu un basculement de l'activité chirurgicale vers la prise en charge ambulatoire. En parallèle, le projet Care4today a entraîné la réduction des durées de séjour à l'hôpital. Le développement de ces modes de prise en charge a 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, déterision, ...)
- 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), a travaillé à la réalisation du projet et à sa mise en place.

## 18.3 Projets de certification en cours

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

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

La Clinique Montbrillant a 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+.
- Création d'un réseau au sein du SMN afin de travailler en collaboration pour encourager la connaissance personnelle mutuelle, unifier les pratiques et favoriser un partage d'expérience.
- Nomination d'une coordinatrice et de responsables par secteur.
- Organisation de rencontres mensuelles 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 :

- 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 spécifiques.
- Mettre en place un certain nombre d'actions (formations, informations aux collaborateurs, élaboration de concepts incendies, procédures etc...) de manière coordonnée.

Les objectifs pour l'année 2022 :

- Poursuivre les actions entreprises en 2021 (tri du linge et déchets, hygiène des mains, formation, analyse des accidents, maternité)
- Poursuivre la campagne prévention des chutes
- Poursuivre la formation pour la sécurité incendie :
  - dates proposées pour la formation de base et formation pour les référents
  - Rappel des accès libres vers zones d'évacuation, armoire feu et coupe-feu
- Suivre la campagne proposée par H+ 2021-2023 : "tu utilises des produits chimiques ? - Protèges-toi"
- Elaborer des fiches simplifiées à mettre à disposition des collaborateurs / identifier les risques
- Faire un tableau d'entreposage des produits dangereux
- Evaluer les risques sur les postes de travail des femmes enceintes
- Visiter les services et présenter les responsables à l'infirmière de PMSE
- Adapter le cahier des charges des cadres / Rôle dans la SST
- Proposer des formations en lien avec la SST (hygiène, manutention, maternité, radioprotection..)
- Collaboration des responsables pour :
  - informer,
  - identifier et prévenir les risques pour la santé et sécurité des collaborateurs (maternité, travail de nuit, travailleur isolé ou en déplacement,
  - contrôler les normes SST, affiches tri déchets, linges, accès feu

Les objectifs suivants ont pu être finalisés au cours de l'année 2022 :

#### 1. Campagne de prévention :

- info newsletters, distribution de flyers et affiches
- analyse des chutes par les CIRS et mise en place d'actions spécifiques.

#### 2. Cahier des charges des cadres : rajout d'un avenant en précisant le rôle SST.

#### 3. Examens aptitude au travail de nuit : les collaborateurs sont informés pour faire cet examen en fonction de

l'obligation ou la recommandation.

#### 4. Sécurité incendie :

Rapport sur la qualité 2022 Détails des projets

Hôpital de la Providence Page 46 de 56

- formation de base en mars 2022 (1 heure) : 93 personnes formées "Gestion d'alarme incendie, évacuation et transfert horizontal des patients"
- formation pratique en juin 2022 (2 heures) : 32 personnes formées
- formation GIE, groupement d'intervention en entreprise (8 heures) : 4 personnes formées cette année par ECAP
- rappel : libérer les zones d'évacuation, accès armoires feu et portes coupe-feu; responsabilités des chefs de services

#### 5. Maternité :

- formation en novembre 2022 pour les cadres "Maternité au travail" par Groupe Mutuel organisé par People Management SMN
- distribution de manuel SMN pour les managers et collaborateurs
- distribution du document pour les femmes en âge de procréer - informations à l'accueil

#### 6. Divers activités :

- visite de PMSE dans les divers services (réaménagement des locaux de stérilisation/manutention; réorganisation des bureaux en facturation, en salle de réveil - ergonomie)
- formations réalisées (hygiène, réanimation)
- organisation d'un cours de gym du dos (28.04.2022) par les physiothérapeutes proposés aux collaborateurs sur la pause de midi lors de la journée mondiale de la sécurité au travail
- rappel 1er secours - Newsletter de mai 2022
- prévention des tiques - campagne distribution de fascicules
- prévention du stress - distribution de flyers et gadget
- procédures "AES" et "Premiers secours post AES" - revues adaptées suite aux CIRS
- programme de fitness proposé pour les collaborateurs sédentaires - affiche,
- campagne November - Dr Vamadevan urologue, a proposé 3 après-midis de consultation de 20 min. en novembre 2022
- campagne de vaccination contre la grippe saisonnière en novembre 2022 pour tous les collaborateurs
- rappel des tâches et responsabilités en matières de SST pour Direction/Supérieurs et Coordinateurs selon recommandations H+
- description des procédures concernant les poste mobiles (soins à domiciles, déplacement du service techniques)
- Accueil des nouveaux collaborateurs par notre quality manager (hygiène, SST, produits dangereux, manuel pour situations d'urgence, info pour femme en âge de procréer, procédure AES, CIRS)
- formation suivie par coordinatrice SST proposée par H+ pour poursuivre la campagne "Tu utilises des produits chimiques ? Protèges toi"

#### Contrôle des absences

La qualité de la sécurité au travail et de la protection de la santé d'un établissement se mesure au moyen de différents indicateurs. Le contrôle des absences présente une tendance à long terme et peut servir à mesurer l'efficacité des mesures prises.

Année	Total EPT, y compris établissements annexes	Nombre déclaré de jours d'absence pour acc. prof.	Nombre déclaré de jours d'absence pour acc. non prof. (si aucune déclaration acc. prof. : ici acc. prof. + acc. non prof.)	Nombre déclaré de jours d'absence par maladie (sans maternité)	Risque d'absence : jours d'absence par poste à 100% dans l'établissement
2021	36	138	115	371	11.77
2020	36	13	6	665	19.00

2019	37	51	75	594	19.46
2022	39	8	11	565	14.97

Le risque d'absence est utilisé depuis des années comme indicateur pour le contrôle des absences car il sert pour l'examen à long terme. Il s'agit du calcul le plus simple (total de l'ensemble des journées d'absences par rapport au total des employés à plein temps).

## 19 Conclusions et perspectives

L'année 2022 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. Des projets pour le bien et la sécurité du patient sont au centre de nos préoccupations. La culture d'entreprise, la satisfaction, passant par la qualité et la sécurité sont les moteurs de notre motivation. 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 continuons de nous inspirer des meilleures pratiques suisse et du monde entier.

Faire partie d'un groupe de plus de 20 cliniques et hôpitaux en Suisse est une grande force 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, nombreux projets vont encore voir le jour et éclore pour toujours améliorer l'expérience de nos patients.

Toujours à l'écoute des propositions du terrain, c'est ensemble avec nos équipes que nous animons notre quotidien et que nous y prenons plaisir et développons la fierté de nos prestations de qualité. Swiss Medical Network a par ailleurs été classé dans les 5 meilleurs employeurs suisses de la catégorie Hôpitaux et Cliniques du magazine Bilan suite à un large sondage. Nous nous engageons pleinement dans cette voie et sommes convaincus que nous continuerons dans les années à venir à mettre la place du 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>Système nerveux chirurgical (neurochirurgie)</b>
Neurochirurgie spinale
<b>Yeux (ophtalmologie)</b>
Ophthalmologie
Strabologie
Orbite, paupières, voies lacrymales
Cataracte
<b>Estomac-intestins (gastroentérologie)</b>
Gastroentérologie
<b>Urologie</b>
Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
<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
Tumeurs osseuses
Réimplantations
Prothèse de hanche primaire
Prothèse de genou primaire
Changement de prothèse de hanche
Changement de prothèse de genou

## 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 continue à être développé en collaboration avec la Commission technique Qualité (**FKQ**), 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 aiguë, réadaptation et psychiatrie).

Voir aussi: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)



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

Voir plus: [www.securitedespatients.ch](http://www.securitedespatients.ch)



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