

# Rapport sur la qualité 2022

conforme aux directives de H+

Validé le:  
par:

15.06.2023  
Marilyne Delemonte, Directrice

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>8</b>
2.1 Organigramme .....	8
2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité .....	8
<b>3 Stratégie de qualité</b> .....	<b>9</b>
3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2022 .....	9
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2022 .....	11
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir .....	17
<b>4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité</b> .....	<b>19</b>
4.1 Participation aux mesures nationales .....	19
4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton .....	19
4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital .....	20
4.4 Activités et projets relatifs à la qualité .....	21
4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents .....	26
4.5 Aperçu des registres .....	27
4.6 Vue d'ensemble des certifications .....	27
<b>MESURES DE LA QUALITE</b> .....	<b>28</b>
<b>Enquêtes de satisfaction</b> .....	<b>29</b>
<b>5 Satisfaction des patients</b> .....	<b>29</b>
5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu .....	29
5.2 Enquêtes à l'interne .....	30
5.2.1 Questionnaire de satisfaction interne .....	30
5.3 Service des réclamations .....	31
<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>32</b>
7.1 Enquête à l'interne .....	32
7.1.1 Satisfaction au travail .....	32
<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>33</b>
<b>9 Réhospitalisations</b> .....	<b>33</b>
9.1 Relevé national des réhospitalisations .....	33
<b>10 Opérations</b> surveillance non monitorée	
<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 .....	38
<b>14 Mesures limitatives de liberté</b> .....	<b>39</b>
14.1 Relevé à l'interne des mesures limitatives de liberté .....	39
14.1.1 Détection des patients à risque de chute .....	39
<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>40</b>

17.1	Autre mesure interne .....	40
17.1.1	Suivi du dépistage des préopérateurs SARS-COV-2.....	40
<b>18</b>	<b>Détails des projets .....</b>	<b>41</b>
18.1	Projets actuels en faveur de la qualité .....	41
18.1.1	Implémentation du dossier patient électronique (DPI) .....	41
18.1.2	Projet de l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2022. Thème "Les médicaments sans préjudices" .....	42
18.1.3	Protection incendie. Formation pour entreprises. Cours de base GIE.....	43
18.2	Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2022 .....	44
18.2.1	Parcours optimisé du patient opéré de PTH et PTG.....	44
18.2.2	Implémentation du projet patient debout.....	45
18.3	Projets de certification en cours .....	46
18.3.1	Concept santé-sécurité selon la solution de branche H+ .....	46
<b>19</b>	<b>Conclusions et perspectives .....</b>	<b>49</b>
<b>Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution.....</b>		<b>50</b>
Soins somatiques aigus .....		50
<b>Annexe 2 .....</b>		<b>53</b>
<b>Annexe 3 .....</b>		<b>55</b>
<b>Editeur .....</b>		<b>56</b>

# 1 Introduction

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. Il jouit ainsi 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. Différentes autres spécialités chirurgicales, telles que la chirurgie du rachis, la gynécologie, la chirurgie viscérale et la chirurgie vasculaire y sont aussi pratiquées. 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 ces spécialités, de nombreux thérapeutes exercent aussi au sein de notre institution : des consultations en diabétologie, en diététique, en neuropsychologie y sont proposées, et un grand service de physiothérapie y officie. Des centres de compétences y sont aussi présents, à savoir un centre de la douleur, dédié à l'antalgie contre les douleurs chroniques, et un centre de médecine du sport, offrant toute la palette de tests et thérapies qui peuvent aider un sportif à appréhender sa problématique dans son entièreté. L'hôpital de la Providence 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 de Neuchâtel.

En synthèse :

- La Providence compte près de 100 médecins agréés qui pratiquent quelques 5'000 opérations chaque année.
- Concernant la répartition entre l'ambulatoire et le stationnaire, ce sont environ 35% de cas stationnaires et 65% de cas ambulatoires que nous prenons en charge. Sachant que le service d'orthopédie de la Providence couvre plus de 70% des prestations orthopédiques du canton de Neuchâtel et propose les dernières technologies en la matière. Depuis fin 2020 par exemple, notre hôpital a ainsi mis en place un des premiers robots opératoires Rosa de Suisse.
- A noter aussi que l'unité d'hémodialyse de La Providence compte parmi les plus gros centres d'hémodialyse de Suisse. Ce sont plus de 1100 traitements qui y ont été prodigués chaque mois en 2022. Sachant que pour faciliter l'accès aux traitements d'hémodialyse pour les patients vivant dans le haut du canton, la Providence gère également une antenne de son centre d'hémodialyse dans la ville de La Chaux-de-Fonds. Cette antenne chaux-de-fonnière a été complètement rénovée sur le 2<sup>e</sup> semestre de l'année 2019 et accueille depuis 3 ans les patients dans un service flambant neuf.

A l'Hôpital de la Providence, le patient est au centre de toutes nos attentions et réflexions. Les projets menés ces dernières années en sont le reflet : mise en place d'un programme de récupération optimisé, mise en place de la démarche « patient debout » pour se rendre au bloc opératoire, mise en place de centres de compétences pour répondre à la demande des patients d'être pris en charge dans l'entièreté de leur problématique. Depuis fin 2022, une visite des patients hospitalisés par un membre de la direction a été mise en place afin d'obtenir en direct le feedback des patients sur leur prise en charge et leur séjour dans notre hôpital. L'objectif étant de s'appuyer sur ces remontées afin de continuer à nous améliorer. Il est en outre important de souligner que 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 différents domaines nos collaborateurs à appréhender cette notion. Nous attachons aussi beaucoup d'importance à la qualité de nos processus et procédures métiers, pour parfaire la qualité de prise en charge de nos patients. En 2022, un des objectifs institutionnels majeurs de notre hôpital a été de lancer une remise à plat de tout notre système qualité selon les standards ISO. Une fois cette remise à plat achevée, nous briguerons, début 2024, une certification ISO.

Notre politique qualité se définit au travers de plusieurs objectifs :

- Allier une offre de soins de premier ordre à une prise en charge hôtelière de très haut standing pour nos patients.
- 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 ré hospitalisation
- La prévalence des chutes et des escarres
- Le suivi des infections chirurgicales
- Le registre SIRIS des implants orthopédiques

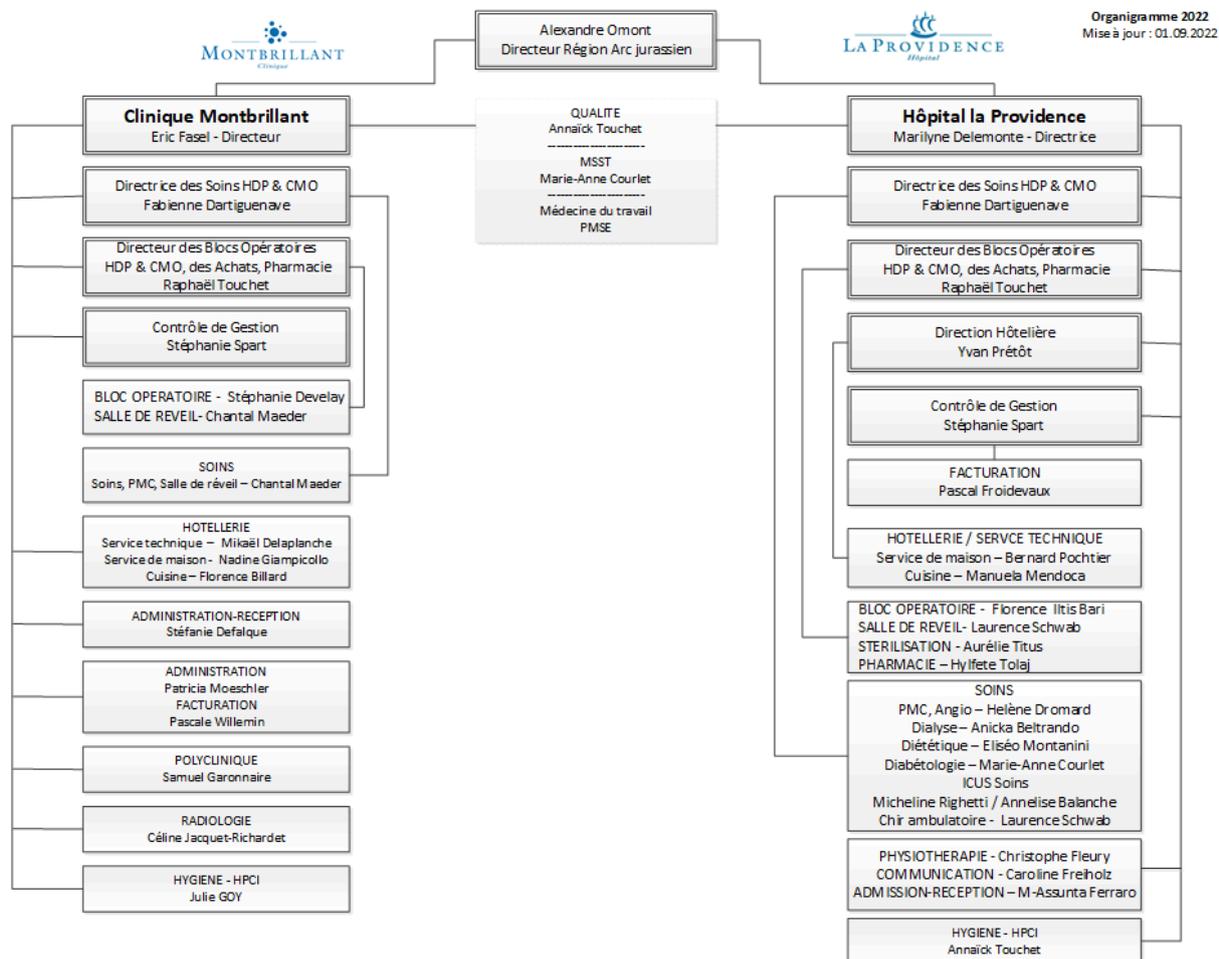
Un système de surveillance nous permet d’avoir un contrôle strict dans les domaines suivants :

- Matéiovigilance (Swissmedic)
- Pharmacovigilance (Swissmedic)
- Hémovigilance (Swissmedic)
- Hygiène hospitalière (Infirmière HPCI)

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 **50** est disponible.

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

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

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

Madame Annaïck Touchet  
Responsable qualité  
032 720 31 86  
[atouchet@providence.ch](mailto:atouchet@providence.ch)

### 3 Stratégie de qualité

#### Généralités

La politique qualité de l'Hôpital de la Providence s'inscrit dans la stratégie du groupe Swiss Medical Network Hospitals SA, qui vise en tout temps l'excellente 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 oeuvre 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-punitive 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 oeuvre 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 :

- Ouverture du nouveau service de radiologie avec l'arrivée de nouveaux appareillages (IRM et CT-Scan).
- Poursuite du déploiement du dossier patient informatisé (DPI) dans tous les secteurs de l'Institution.

- 2022 a aussi été l'année du dépôt de notre candidature pour l'obtention d'un label Swiss Olympic pour notre centre de médecine du sport. 3 ans que nous attendions ce cycle de labélisation, qui a déjà gagné la confiance de nombre de Neuchâtelois et de clubs sportifs du canton. A noter que nous avons bien obtenu cette certification depuis le 1er janvier 2023.
- Lancement des démarches pour obtenir une certification ISO pour notre hôpital. Parce que la qualité est au cœur de nos préoccupations, et qu'elle fait partie intégrante de l'image qu'a la population neuchâteloise de notre institution.
- Développement de la culture de l'erreur avec la chambre de l'erreur et poursuite du développement de l'analyse des incidents (CIRS). Traitement de ces incidents déclarés de manière rapide et transparente (moteur de l'amélioration continue).
- Augmentation de la conscience écologique des collaborateurs.
- Poursuite de synergies et de collaborations avec le réseau cantonal que ce soit sur le plan médical et sur le plan stratégique par la reconduite des conventions de collaboration avec l'hôpital cantonal (RHNE). 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)).

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

- **Dialyse :**

Pour l'année 2022 :13531 dialyses ont été effectuées dont 131 prises en charges aux soins intensifs et soins continus du RHNE, 276 prises en charge de patients sur le site de Pourtalès (au 6ème étage). Ces chiffres ont comparables à ceux de 2021.

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 du RHNe (Néphrologues, infirmières HPCI, responsables de services des 2 sites, service technique, laboratoire Vitéos et représentants de Fresenius).

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 les infirmières HPCI du RHNE est positive et de nombreux échanges durant toute l'année écoulée ont eu lieu.
- L'analyse des eaux microbiologiques et chimiques des différents services de l'hôpital.
- Formation continue des collaborateurs et des personnes de référence.

- **Projet d'implémentation du dossier de soins informatisé (DPI) :**

Le groupe SMN a lancé le déploiement d'un dossier informatisé dans toutes les cliniques. La Providence est l'hôpital pilote pour le début du déploiement de ce projet. La gestion du projet a été un projet de longue haleine : 14 mois de travail entre le kick-off meeting et le commencement du déploiement fin juin 2021 : une construction à penser « Groupe (SMN) » et non pas « Providence », un « Plug » avec nos outils actuels à construire. En 2022, le DPI a continué d'être déployé sur Providence.

- **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 :**

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. Ce programme d'activité a été lancé début 2023.

- **Projet Gestion du matériel au bloc en collaboration avec la HEG (Haute Ecole Gestion ARC) Neuchâtel/Projet innosuisse :**
  - Projet mis en standby une partie de l'année 2020- Réorientation du projet sur l'optimisation du processus de stérilisation
  - Analyse des pratiques, des processus
  - Identification des points de blocage
  - Création d'un logiciel de gestion de la stérilisation avec simulation des flux
  - Recherche de solution d'amélioration, analyse des besoins du service de stérilisation, projet achevé fin 2021
  - Projet finalisé en 2022. Validation des solutions d'optimisation proposées par le travail de bachelor
  - Résultat : amélioration des conditions de stockage et des flux Bloc/magasin.
  
- **Intégration du stock d'implants en consignation 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 consignation 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. 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.
  
- **Stérilisation :**
  - Informatisation des listings des sets dans le logiciel de traçabilité
  - Diminution du nombre d'instruments sous sachet
  - Certification par Thiers
  - Certification ISO 13485 en parallèle du processus de certification ISO de l'établissement
  - Audit interne faite 1x/an selon les recommandations Swissmedic
  
- **Création d'un conseil de Bloc :**
  - Le premier Conseil de bloc opératoire de La Providence s'est tenu le 29 juin 2022. C'était l'occasion de réunir à nouveau toutes nos équipes et nos médecins afin de se retrouver et d'échanger. Les personnes présentes ont relevé avec intérêt l'aspect pédagogique de la présentation avec les statistiques d'activité, suite à la mise en place des indicateurs de suivi de fonctionnement du bloc ainsi que la présentation d'une proposition de charte du bloc opératoire.
  - Un projet de bloc opératoire "vert" a également été validé avec les personnes présentes. Des remerciements aux équipes sur la prise en charge au bloc opératoire et les retours positifs des patients ont aussi été évoqués par plusieurs chirurgiens ainsi que par la direction.
  - Mise en place récurrente du conseil de bloc opératoire sur un rythme de 2/an.

- Création d'un fichier de suivi de performance du bloc avec données statistiques et indicateurs. Mesure des différents temps opératoires, heure d'ouverture du bloc, tenue des programmes, taux d'occupation. Cet outil est une aide à la prise de décision et à la gestion générale du bloc opératoire.

▪ **Suivi de la saisie des implants chirurgicaux dont le registre SIRIS et participation à l'audit**

▪ **Ouverture nouveau service de radiologie :**

Le confort de nos patients, qui pourront désormais faire un plus large panel d'examen au sein de l'institution n'en sera qu'amélioré avec l'arrivée des nouveaux appareillages (IRM et CT-Scan). Cela permettra également de recruter une nouvelle patientèle ambulatoire. Nos médecins pourront ainsi encore plus aisément obtenir rapidement les clichés ou résultats qu'ils demandent.

▪ **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.

▪ **Futurs 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.

**Statistique de la consommation de PSL PROVIDENCE**

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Concentré érythrocytaires</b>	223	185	193	241	271
<b>Concentrés plaquettaires</b>	1	2	0	1	2
<b>Plasma frais congelés</b>	11	0	5	6	1

Pour 2022: La consommation PSL est sensiblement la même que l'année précédente.

Pour 2022: Pas de déclarations d'incidents transfusionnels et 63 déterminations d'anticorps irréguliers par Synlab identifiés dont 4 déclarés à Swissmedic (nouveaux cas).

Intégration de l'hémovigilance avec les différentes étapes de la transfusion et contrôle dans le nouveau dossier de soins informatisés.

**Projet :**

- Etude à faire pour livraison des CE depuis ADMED Neuchâtel, pour objectif de faire diminuer le stock Synlab HDP.

- Revoir les stocks de PFC / pas d'utilisation en 2022.

- Identifier et anticiper les besoins, ceci en vue de la nouvelle activité de gynécologie.

- **Système de déclaration des incidents CIRS** (critiques et non critiques) 47 annonces d'incidents en 2022, dont le degré de gravité a été jugé moyen. La culture d'amélioration interne est inculquée et l'arrivée d'une nouvelle collaboratrice référente pour la qualité promeut cette amélioration :
  - Présentation et explication du système CIRS à l'arrivée des nouveaux collaborateurs
  - Exercice dans la chambre de l'erreur proposée aux collaborateurs lors de la journée mondiale pour la sécurité des patients
  - Analyse et traitement des CIRS approfondis et améliorés
  
- **Réanimation :**  
Les séances de formation internes se sont poursuivies avec :
  - 1 cours BLS/SRC Complet, session de 8 heures
  - 5 cours BLS/SRC Compact Refresh, session de 4 heures
  
- **Formation continue interne :**  
Plusieurs sessions de formation internes ont été reportées en raison de la situation sanitaire liée au covid-19. Les formations suivantes ont pu avoir lieu :
  - 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.
  
- **Hygiène hospitalière :**
  - 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 de 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

- **Accueil nouveaux collaborateurs** – Formation Hygiène et Qualité
- **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 n'ayant nécessité une consultation en urgence.
- **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. 10 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.
- **Movember** :  
Le mois de novembre est traditionnellement consacré à la sensibilisation à la santé masculine avec Movember. Ce mouvement est né il y a 20 ans en Australie, avec l'originalité de la moustache que de nombreux messieurs se laissent pousser durant ce mois. Après le succès des précédentes éditions, l'hôpital de la Providence a reconduit cette action cette année. Un de nos urologues propose des consultations gratuites, pour prévenir et dépister le cancer de la prostate (avec anamnèse, examen physique et prise de sang).
- **Centre médecine du sport** :  
L'Hôpital de la Providence a monté 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 2019. En décembre 2022, Le centre de médecine du sport de l'hôpital de La Providence a obtenu le renommé label « Sport Medical Base approved by Swiss Olympic ». Depuis le 1er janvier 2023, le centre de médecine du sport de l'hôpital de La Providence à Neuchâtel est labélisé « Sport Medical Base approved by Swiss Olympic ». Une certification qui récompense le travail de toute une équipe sur plusieurs années pour monter une structure permettant d'assurer le suivi médico-sportif des athlètes dans son entièreté.

- **Elimination du PET dans un circuit recyclable** : Tout le PET est collecté et suit un parcours dans une filière recyclable.
- **Secteur de l'alimentaire**: Des chartes ont été signées entre les fournisseurs et l'institution pour garantir le respect de la qualité et de bonne conduite.

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

L'hôpital de la Providence 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. Il 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 prévue en 2024 s'inscrit dans cette politique. L'hôpital de la Providence qui est pilote, a continué de déployer en 2022, le dossier patient informatisé dans tous les secteurs de l'institution 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
  - Formation continue HPCI pour les nouveaux arrivants en systématique (1x par mois), et en continue à l'interne (journée hygiène des mains ..)
  - 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.)
- **Audits :**
  - Réalisation d'un calendrier des audits internes pour tous les secteurs de l'institution
  - Check liste opératoire
  - Audit en pharmacie
  - Assurer un suivi et des contrôles réguliers sur les résultats obtenus (plans d'actions)
- **Certification ISO**
  - Processus de certification en cours, à poursuivre et à finaliser en vue de l'obtention du label qualité
- **Gestion documentaire :**
  - Mise en place du logiciel IMS pour la gestion documentaire qualité
- **Suivi MSST**
  - Objectifs à poursuivre et finalier
- **Campagne : "Tu utilises des produits chimiques ? - Protèges-toi !**
  - Maintenir à jour la liste des produits dangereux dans l'institution
  - Formaliser l'entretien et la maintenance des EPI
  - Elaborer des fiches simplifiées à mettre à disposition des collaborateurs / identifier les risques
  - Faire un tableau d'entreposage des produits dangereux
- **Divers**
  - Organisation d'une formation en radioprotection début 2023 pour les collaborateurs concernés
  - Finalisation de la brochure d'accueil pour les nouveaux collaborateurs (instructions générales, info SST, numéros d'urgence, sécurité, hygiène...) / en cours
  - Analyse des risques pour les femmes enceintes par poste et par service
  - Analyse des risques pour chaque femme enceinte
  - Accueil et information des nouveaux collaborateurs / hygiène, produits dangereux, SST, manuel pour situation d'urgence, info pour femme en âge de procréer, procédure AES, CIRIS...
  - Description des procédures concernant les postes mobiles (soins à domicile, déplacement du service technique)
  - Nouveau logiciel pour la saisie des risques H+ adressé aux responsables de chaque service début 2023

- Fin du contrat en fin d'année 2022 avec PMSE : reprise de la médecine du personnel par l'Hôpital du Jura bernois
  - Identification et prévention des risques pour la santé et sécurité des collaborateurs (maternité, travail de nuit, travailleur isolé, ou en déplacement...)
  - Contrôle les normes/SST : Affiches tri déchets, linges. Accès / feu. Produits toxiques (liste disponible sur infos générales)
  - Support documentaire à disposition au pavillon du personnel
- **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.
  - **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 permet de prévenir l'apparition de plaie et/ou de les détecter précocement en partenariat avec les infirmières cliniques spécialistes.
  - **Obtenir à nouveau la certification Rekole (automne 2023)**

#### Comment limiter au mieux notre consommation de l'énergie ?

- **Par l'intermédiaire d'une Newsletter les collaborateurs ont reçu un** guide pratique et des actions concrètes à entreprendre afin que chacun puisse jouer un rôle individuel dans le cadre de la consommation énergétique. Ces mesures peuvent paraître a priori très simples, mais celles-ci jouent un grand rôle si elles sont appliquées par la majorité.
- **Chauffage des locaux**  
Les zones de séjour ainsi que les bureaux doivent être maintenus à 21°C (il faut savoir que chaque degré supplémentaire provoque une hausse de la consommation d'énergie de l'ordre de 6-7%) Avant les week-ends ainsi que les périodes de vacances, il faut veiller à diminuer le chauffage si aucune autre personne n'utilise l'espace Les locaux en grande partie non utilisés ou destinés au stockage, doivent être maintenus à 13-15°C Dans la mesure du possible, il faut éviter l'usage des petits chauffages mobiles En période d'hiver, il est important de maintenir les fenêtres et les impostes fermées. L'aération peut être assurée par des ouvertures ponctuelles de 4-5 fois / jour durant 5 minutes
- **Eau**  
L'eau est un bien précieux qui mérite toute notre attention ; ceci sans oublier qu'elle est un élément clé de la promotion de l'hygiène et de l'alimentation.
- **Electricité**  
Hormis les consignes particulières liées à la sécurité des stocks, les frigos et les congélateurs doivent être réglés respectivement à 7°C et -18°C. Par ailleurs il convient d'éliminer, autant que possible, les petits frigos d'appoint  
Les appareils informatiques (postes, écrans, souris ou encore petites imprimantes) sous réserve d'une utilisation impérative de 24/24h, doivent être débranchés le soir et le week-end. Afin de modérer l'utilisation des ascenseurs, privilégier et promouvoir le déplacement par les escaliers. Dans la mesure du possible, il faut préférer la centralisation des machines à café, mais dans tous les cas elles doivent être débranchées après chaque utilisation (une machine enclenchée toute la journée consomme autant d'énergie que pour la préparation de 13-15 tasses de café). Lorsque les locaux ne sont plus utilisés (au cours de la journée, le soir ou le week-end), il faut impérativement s'assurer que la lumière soit éteinte. Ceci est particulièrement vrai pour les salles de réunion dans lesquelles il faut également éteindre l'écran et le beamer.

## 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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registre des implants hanche et genou (SIRIS)</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 chute</li></ul>
<i>Autre mesure de la qualité</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Suivi du dépistage des préopératoires 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:

##### Gestion documentaire

<b>Objectif</b>	Mettre en place le logiciel IMS de gestion documentaire
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Qualité
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2022-2023
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Harmoniser les pratiques à l'ensemble des cliniques SMN
<b>Méthodologie</b>	Gestion de projet qualité du groupe
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Responsable qualité interne
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Satisfaction de l'outil

##### Accueil nouveaux collaborateurs

<b>Objectif</b>	Familiariser les nouveaux arrivants à la culture qualité institutionnelle
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Qualité et hygiène hospitalière pour l'ensemble des nouveaux collaborateurs, tous secteurs confondus
<b>Projet: période (du... au...)</b>	Tous les 3ème lundis du mois
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Développer la culture d'amélioration continue et rappel des règles de base en hygiène hospitalière.
<b>Méthodologie</b>	Formation continue
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Satisfaction des collaborateurs

## Audits internes

<b>Objectif</b>	Auditer tous les processus durant les 3 années à venir
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Dans lequel le projets est en cours
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2022 à 2023
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Répondre à la norme ISO 9001:2015, décrire et améliorer les processus internes
<b>Méthodologie</b>	Formation auditeur interne, programme d'audits, réalisation d'audits
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Responsable qualité, responsables de processus, collaborateurs
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Audits internes selon le programme d'audits, nombre d'audits réalisés

## Optimisation des consultations diététiques

<b>Objectif</b>	Optimiser la planification du service
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Service diététique
<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>	Travail sur une systémique organisationnelle
<b>Méthodologie</b>	Gestion de projet
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Collaborateurs du service, Direction, DSI
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Satisfaction des parties prenantes et des résultats obtenus

## Certification ISO 9001:2015

<b>Objectif</b>	Obtenir la certification ISO 9001:2015
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Qualité
<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>	Harmoniser les pratiques à l'ensemble des cliniques SMN
<b>Méthodologie</b>	Gestion de projet qualité du groupe
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Responsable qualité interne
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Certification - résultats d'audits

## Culture Qualité

<b>Objectif</b>	Développer une culture d'amélioration de la qualité
<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>	Recherche d'une amélioration continue pour la sécurité et la qualité des soins
<b>Méthodologie</b>	Gestion de projet
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Atteindre les objectifs posés, les évaluer et réajuster

## Dossier patient informatisé DPI

<b>Objectif</b>	Déployer le dossier patient informatisé
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Tout l'hôpital
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2021-2022
<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

## Chambre de l'erreur

<b>Objectif</b>	Renforcer la sécurité des patients
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Secteur des soins
<b>Projet: période (du... au...)</b>	septembre 2022
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Apprentissage interactif, développement de la culture de l'erreur et la gestion des risques
<b>Méthodologie</b>	Chambre de l'erreur
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	les soignants
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Evaluation de la formation par les participants

## Ecologie

<b>Objectif</b>	Augmenter la conscience écologique du personnel, diminuer les coûts par une réflexion logique d'économie des ressources et améliorer l'impact environnemental de l'institution
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Tous l'hôpital
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2022-2023
<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 plastiques et sensibiliser à l'écologie
<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>	Ensemble de l'établissement
<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>	Partage de bonnes pratiques entre les différents établissements du groupe dont l'hôpital est membre
<b>Méthodologie</b>	Adaptation d'une version web sur tablette en 2019
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous les collaborateurs des soins
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Dashboard, résultats satisfaction et benchmarking

## 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 soin
<b>Activité: période</b> (depuis...)	En continu
<b>Type d'activité</b>	Il s'agit là d'une activité interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Expliquer les raisons : 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 soins par une clinicienne spécialiste en collaboration avec les médecins, les collaborateurs et les responsables des services 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

## SIRIS Hanche, Genou et Dos

<b>Objectif</b>	Vérifier l'application de la procédure de récoltes de données dans le registre des implants SIRIS
<b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b>	Bloc opératoire
<b>Activité: période</b> (depuis...)	En continu
<b>Type d'activité</b>	Il s'agit là d'une activité interne.
<b>Méthodologie</b>	Audit interne, révision et application de la procédure
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Bloc opératoire et chirurgiens
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Visite de monitoring par auditeur de SIRIS et audit interne

## Enquête de satisfaction patients ambulatoires

<b>Objectif</b>	Evaluer la satisfaction des patients ambulatoires (chirurgie)
<b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b>	Service ambulatoire
<b>Activité: période</b> (depuis...)	En continu, sur tablette depuis 2022
<b>Type d'activité</b>	Il s'agit là d'une activité interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Connaitre le taux de satisfaction des patients ambulatoire, améliorer nos processus, augmenter la satisfaction
<b>Méthodologie</b>	Enquête de satisfaction permanente comme celle pour les patients hospitalisés
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Service ambulatoire
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Enquête de satisfaction

#### 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 portail CIRS est à disposition de tous les collaborateurs afin d'optimiser le système et d'améliorer la qualité. Il permet de :

- De proposer un outil plus essentiel de gestion des risques cliniques, conformément aux recommandations émises par la Fondation pour la sécurité des patients Suisse
- 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 permis 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) 47 annonces, dont le degré de gravité a été jugé moyen. Le nombre de déclarations n'est pas très élevé, mais 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.

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-neuchatelois-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-neuchatelois-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	
Fourchette Verte	Tous les services	2008	2022	
Certificat environnemental	Tous les services	2008	2022	

### Remarques

Re-certification REKOLE prévue en automne 2023.

# **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

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

En 2022 il n'y a pas eu d'enquête sur la satisfaction patients de la part de l'ANQ. La prochaine est prévue en avril 2023.

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

##### 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 s'ils préfèrent prendre le temps de répondre après leur retour à domicile. Même si le remplissage de ce questionnaire leur est fortement conseillé par nos équipes soignantes, il reste basé sur le volontariat. A noter aussi que cette évaluation faite par les patients sur la qualité de leur prise en charge est anonyme, mais si un patient souhaite être recontacté suite à son évaluation, il peut le mentionner lors de l'envoi du questionnaire. Ce questionnaire de satisfaction est diffusé depuis plusieurs années déjà. Sur l'ensemble des questionnaires collectés en 2022, le taux de satisfaction remonté est en moyenne de 4,73/5. Globalement nous pouvons considérer ces résultats comme très satisfaisants, puisqu'ils sont en évolution constante sur 2 ans (+0,13 points).

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2022.  
Tous les services stationnaires de l'institution.

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 toutes les cliniques du groupe.

	PROVIDENCE	GROUPE
Préhospitalisation	4.77	4.76
Questions patients	4.90	4.82
Réponses compréhensives	4.83	4.81
Accueil personnel	4.85	4.89
Qualité des soins	4.91	4.89
Visites médicales	4.81	4.84
Qualité repas	4.56	4.53
Qualité hôtelière	4.70	4.72
Sortie	4.83	4.77
Explications médicaments	4.84	4.80
<b>MOYENNE GENERALE</b>	<b>4.80</b>	<b>4.78</b>

Voici un résumé des thématiques récurrentes dans les commentaires patients remontés à travers les questionnaires de satisfaction.

#### Remerciements :

- Remerciements généraux 44X
- Equipe sympathique 40X
- Qualité repas 13X
- Qualité soins/médicale 18X

#### Proposition d'amélioration :

- Température des repas : 11X
- Remarques sur les mets servis et leur assaisonnement : 7X
- Remarque sur le bruit (travaux) sous les fenêtres 6x

#### 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.

#### **Hôpital de la Providence**

1 personne de la direction administrative est responsable de la gestion des plaintes :

Marilyne Delemonte

Directrice

+41 32 720 31 58

[mdelemonte@providence.ch](mailto:mdelemonte@providence.ch)

LU-VE 8h30-17h00

## 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 action positive de la part de l'employeur pour améliorer son bien-être au travail.

Nous avons mené cette enquête auprès du personnel du 27 juin 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	

## 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

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**

Résultats stables et dans la norme attendue.

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

La forte hausse des taux d'infections sur les chirurgies avec implant hanche et genou a été rapidement prise en compte. Les Directions (médicale, soins, bloc opératoire) en collaboration avec l'équipe HPCI et Qualité ont pu identifier les causes précises.

Une étude approfondie est en cours en partenariat avec les fournisseurs de prothèses et les chirurgiens.

Des actions concrètes sont mises en place.

#### 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 implant
  - b. Laminectomie/hernie discale avec implant
  - c. Arthrodeèse 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)

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

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.

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

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 rétrospectivement 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

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%

2020 et 2021 : la mesure n'a pas été réalisée en raison de la pandémie Covid-19/2021

2022 : pas encore de résultats (ANQ)

Mesure de la prévalence chutes et escarres : publication transparente en septembre.

La publication transparente des résultats 2022 de la mesure de la prévalence des **chutes et escarres** est prévue à la 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

**Remarques**

Le nombre de chutes/année (déclarations CIRS) - PROVIDENCE

2018 : 27 déclarations de chutes/année

2019 : 13 déclarations de chutes/année

2020 : 4 déclarations de chutes/année

2021 : 11 déclarations de chutes/année

2022 : 5 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

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

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 manager" analyse les résultats pour chaque clinique.

2022 : pas encore de résultats (ANQ)

Mesure de la prévalence chutes et escarres : publication transparente en septembre.

La publication transparente des résultats 2022 de la mesure de la prévalence des **chutes et escarres** est prévue à la 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 chute

La catégorie des patients hospitalisés est une population à peu de risque de chute. 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 tous les services d'hospitalisation.

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	
---	--

## 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.

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

Pour tout patient positif : opération reportée à 14 jours si non urgente.

Transfert au RHNE en cas d'intervention urgente.

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 Implémentation du dossier patient électronique (DPI)

##### **Implémentation du dossier patient électronique (DPI) Le projet :**

Le groupe SMN a décidé de mettre en place un dossier patient informatisé (exigence cantonale dans le canton de NE). Projet pilote à l'hôpital de la Providence. L'idée est de déployer le même dossier informatisé dans toutes les cliniques (21 et *dans 3 langues*) avec la collaboration d'un prestataire externe, ainsi que l'accompagnement par la plateforme DSI (ensemble des directeurs de soins - DSI). L'idée est qu'une infirmière doit pouvoir travailler dans n'importe quelle clinique et retrouver le même DPI.

##### **Méthode de déploiement :**

- Nomination chef de projet en mai 2020
- Lancement et présentation du DPI en mai 2020
- Audit et ateliers : récolte de tous les documents existants et utilisés dans tous les secteurs de l'établissement (les soins, l'anesthésie, la diététique, les physiothérapeutes, les services spécialisés, les admissions, la facturation, les médecins)...
- Etude et analyse
- Séance hebdomadaire (état des lieux de l'avancée du projet)
- Paramétrage des documents
- Test de l'outil
- Formation des référents
- Formation des utilisateurs
- Choix du bon moment en terme de saisonnalité (avant les vacances, activité en baisse) pour déployer le DPI
- Déploiement est sécable : d'abord la partie administrative, puis prescriptions dans les différents secteurs des soins, puis la facturation)- Volonté d'avancer aussi vite que possible pour ne pas bloquer les cliniques suivantes

##### **Développements à venir :**

- Vue d'ensemble de tous les éléments facturés sur un patient, à la fois dans les modules dossier de soin et dans la Salle d'Opération
- Amélioration de l'interface utilisateur sur la saisie multiple de chaînage
- Scan des articles dans l'onglet Chaînage dans le dossier de bloc
- Envoi des temps opératoires à Opale
- Envoi des durées entre les différents temps opératoires à Opale- Envoi des durées d'administration à Opale dans les prestations
- Tri des patients par type d'admission Opale dans le module hospitalisation
- Synchronisation automatique au catalogue Opale (médicaments, matériels, prestations)
- Signature sécurisée du compte de compresse
- Interopérabilité - identité ClevEHR vers Opale
- Centre de notification pour la création et les modifications de DHE (demande hospitalisation externe)
- DHE sécurisé
- Lien PEP – ClevEHR
- Module Swissnoso
- Plug à Moebius pour saisie RDV préanesthésie
- Saisie des prestations tarmed par les médecins
- Connexion avec les moniteurs d'anesthésie (à valider par le groupe)

**Déploiement du DPI sur Providence : depuis juin 2021**

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

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.

#### 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 du projet/programme :

- Revoir et renforcer le circuit du médicament des établissements

#### Plan d'action :

- Brainstorming autour de plusieurs axes : communication, animations collaborateurs et patients, personnes ressources, organisation
- Groupe de travail
- Mise en oeuvre
- Evaluation de la semaine et de l'atteinte des objectifs

#### Résultat à livrer :

- Sensibilisation des soignants
- Sensibilisation des patients / familles

#### Ressources nécessaires (RH) :

- Implication des collaborateurs soins, et pharmacie, partenaire Top Anesthésie.
- Comment intégrer le corps médical
- Equipe pluridisciplinaire physio ? diététique par rapport au régime liés au traitement

#### Contrainte et opportunités :

- Mobilisation d'un maximum de soignants HPD/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

### 18.1.3 Protection incendie. Formation pour entreprises. Cours de base GIE

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.

## 18.2 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 :

L'hôpital de la Providence s'appuie 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 de SMN afin de travailler en collaboration pour encourager la connaissance personnelle mutuelle, unifier les pratiques et favoriser un partage d'expérience
- 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 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 certains nombres 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 :

- 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 pour maladie (sans maternité)	Risque d'absence: jours d'absence par poste à 100% dans l'établissement
2021	130	154	196	2600	21.22
2020	143	112	461	1932	17.52
2019	144	101	279	1611	13.83
2022	161	44	498	3168	20.04

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'absence par rapport au total des employés à plein temps).

## 19 Conclusions et perspectives

L'année 2022 a été la première année « normalisée » après la crise covid, qui nous avait fortement impacté en 2020 et 2021. Grâce à ce retour à la normalité, nous avons pu accentuer la structuration de notre culture de la qualité. La qualité étant un des axes stratégiques majeurs de la Providence dans les prochaines années, nous avons, en mai 2022, embauché une responsable qualité.

Auparavant, les sujets qualités étaient partagés entre plusieurs cadres de l'institution, et coordonnés par la direction.

A re-noter aussi qu'en 2021, nous nous étions fixés l'obtention d'une certification ISO à l'horizon 3 ans. Et nous avons ainsi, en 2022, continué à travailler en vue de l'obtention d'une telle labélisation.

## 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)

### Remarques

L'offre de prestations ne se rapporte pas à ce site hospitalier, mais à l'ensemble du groupe Swiss Medical Network.



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

## BILAN 2022 – FOURCHETTE VERTE

Etablissement : Restaurant du personnel  
 Cheffe de cuisine : Madame Manuela MEYER  
 Directeur hôtelier : Monsieur Yvan PRET

### Critères Fourchette verte adulte – Menus 03.10.22-

Fréquence quotidienne	Situation actuelle
<p><b>Viande, poisson, œufs, tofu, légumineuses, fromage</b></p> <p><b>1, dont 1-4x/mois du poisson et min. 2 menus végétariens/sem. et 2-3x/sem. de la viande ou volaille</b></p> <p>100 à 120 g de viande en poids cru ou équivalents</p>	<p>1x/j, dont 1x/sem. du poisson et 1-2x/sem. un menu végétarien</p> <p>Poisson (2), viande (4), légumineuses (1), tofu (1), fromage (2)</p>
<p><b>Légumes et fruits</b></p> <p><b>1 à 2</b></p> <p>180 g</p>	<p>Présence de légumes et/ou salade à chaque repas</p>

#### Fourchette verte Neuchâtel

c/o Ligue neuchâteloise contre le cancer, Faubourg du Lac 17, 2000 Neuchâtel, Tél. 079 753 08 81  
[www.fourchetteverte.ch](http://www.fourchetteverte.ch) - Avec le soutien des cantons et de Promotion Santé Suisse



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

<p style="text-align: center;"><b>Féculets</b></p> <p style="text-align: center;"><b>1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Min. 4 sortes différents sur 5 repas de consécutifs</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Si possible au moins 1 avec une teneur élevée en fibres alimentaires</b></p> <p style="text-align: center;">A discrétion</p>	<p>Présence d'un féculent à chaque repas</p> <p>Présence de min. 4 sortes de féculents différents par semaine</p> <p>Féculent avec teneur élevée en fibres alimentaires (fèves, Ebly, lentilles)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Mets gras et préparations grasses</b></p> <p style="text-align: center;"><b>0</b></p>	<p style="text-align: center;">0 mets gras</p>
<p style="text-align: center;"><b>Matières grasses</b></p>	<p>A froid ou fin de cuisson : huile de colza et d'olive extra-vierge</p> <p>Sauces à salade : Hero French Gourmet Dressing Omega 3 ou Hero French aux herbes Gourmet Dressing Omega3 ou Hero Italian Gourmet Dressing Omega3</p> <p>Cuisson : huile de colza HOLL</p>

### Fourchette verte Neuchâtel

c/o Ligue neuchâteloise contre le cancer, Faubourg du Lac 17, 2000 Neuchâtel, Tél. 079 753 08 80  
[www.fourchetteverte.ch](http://www.fourchetteverte.ch) - Avec le soutien des cantons et de Promotion Santé Suisse



PET-RECYCLING SCHWEIZ

# CERTIFICAT ENVIRONNEMENTAL

## HÔPITAL DE LA PROVIDENCE 2000 NEUCHÂTEL

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

### 66 KILOGRAMMES

de bouteilles à boissons en PET en 2021. Ces quelques 2396 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 198 KILOGRAMMES  
DE GAZ À EFFET DE SERRE**



**ENVIRON 63 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!



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 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).