

Rapport sur la qualité 2023

Validé le : 26/04/2024
Par : M. Djordjevic

Version 24.04.26



Sommaire

Sommaire	2
Préambule	4
1 Organisation de la gestion de la qualité.....	5
1.1 Organigramme.....	5
1.2 Informations sur les personnes à contacter pour la gestion de la qualité.....	5
2 Stratégie de qualité.....	6
2.1 Organisation du management de la qualité	6
Structure de gouvernance	6
Nos missions	6
Nos outils et activités spécifiques.....	7
2.2 Quelques points essentiels en matière de qualité pour l'année 2023	7
2.3 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2023	8
2.4 Evolution de la qualité pour les années à venir	8
3 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité.....	9
3.1 Participation aux mesures nationales	9
3.2 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital	9
3.3 Projets relatifs à la qualité.....	10
Renforcer l'écoute des parties prenantes.....	10
Optimiser nos processus pour gagner en efficience	10
Piloter notre gestion des risques et des événements indésirables	11
Renforcer l'implication des équipes dans le système qualité	11
Accueil des nouveaux collaborateurs	12
CIRS (Critical Incident Reporting System)	12
Renforcer les mesures d'Identitovigilance	13
3.4 Aperçu des registres.....	14
3.5 Vue d'ensemble des certifications	15
MESURES DE LA QUALITE.....	16
4 Enquêtes.....	17
4.1 Satisfaction des patients.....	17
4.2 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu.....	17
4.3 Enquêtes à l'interne.....	18
Enquête de satisfaction interne "Votre avis nous intéresse"	18
Enquête de satisfaction des patients hospitalisés - Mecon.....	19
Enquête de satisfaction des patients du laboratoire – Secteur prélèvement	20
Gestion des réclamations	20
5 Qualité des traitements.....	21
5.1 Relevé national des ré hospitalisations potentiellement évitables	21
5.2 Mesure nationale des infections du site opératoire	22
5.3 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres	23
5.4 Autres mesures internes.....	24

Préambule

Le présent rapport sur la qualité permet de rendre compte de manière synthétique de la qualité au sein de la Clinique de La Source pour l'année 2023.

Le rapport sur la qualité offre une vue d'ensemble des efforts de la 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.

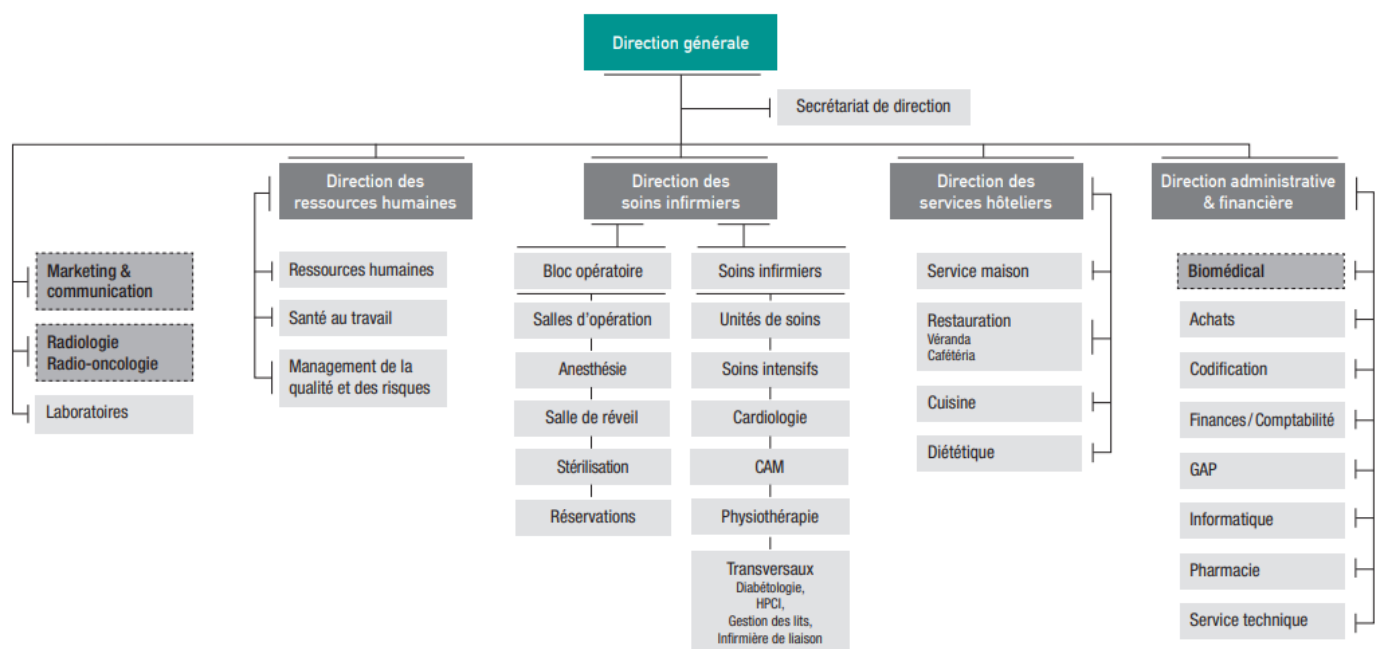
Les derniers résultats disponibles sont publiés pour chaque mesure. Par conséquent, les résultats contenus dans ce rapport ne sont pas forcément de la même année.

Personne à contacter pour le rapport sur la qualité 2023

Madame Pagniez Francine
Coordinatrice qualité
021.641.35.54
f.pagniez@lasource.ch

1 Organisation de la gestion de la qualité

1.1 Organigramme



01.02.2024

----- Membre du Comité de direction élargi

La gestion de la qualité est représentée au niveau de la direction.

Pour le Service qualité indiqué ci-dessus, un pourcentage de travail de **220%** est disponible.

1.2 Informations sur les personnes à contacter pour la gestion de la qualité

Madame Pagniez Francine
 Coordinatrice qualité
 021.641.35.54
 f.pagniez@lasource.ch
 Jusqu'au 30 avril 2024

Monsieur Dimitri Djordjevic
 Directeur général
 021.641.34.41
 d.djordjevic@lasource.ch

Monsieur Bulteel Jérémie
 Responsable qualité
 021.614.37.90
 j.bulteel@lasource.ch
 à partir du 1^{er} mai 2024

2 Stratégie de qualité

2.1 Organisation du management de la qualité

Structure de gouvernance

Le Conseil de Fondation La Source est garant de la pérennité de la Clinique et de l'Institut et Haute Ecole de la Santé. Il se réunit six fois par an et est composé de 11 personnes, ainsi que d'une représentation « École et Clinique » par la présence des directions respectives, ainsi que le Président de la Commission médicale.

Ces deux entités sont ensuite gérées et organisées de manière indépendante.

Les principaux organes relatifs au pilotage de la Clinique sont :

- **Le Comité de direction – CoDir** : son rôle est de définir la stratégie, de piloter sa mise en œuvre à 3 ans et les objectifs en découlant
- **Le Comité de direction élargi – CoDir+** : son rôle est d'être un support pour le CoDir dans la définition et la mise en place de la stratégie et l'implémentation de projets transversaux
- **Le CoPil Qualité** : Le Comité de pilotage de la qualité, composé des membres du CoDir, de la Cheffe de projet qualité et de la coordinatrice qualité, se réunit 10x/an. Il valide les projets et actions qualité, surveille la satisfaction des patients et est le garant de l'amélioration des prestations.

Notre système de management se caractérise par son calendrier annuel de séances aux thématiques et objectifs précis.

Nos missions

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

- **Viser l'excellence dans la prise en charge du patient**

Considéré dans toute sa complexité, le patient est au cœur des préoccupations de la Clinique de La Source. Il est au centre d'une approche globale fondée sur la pluridisciplinarité. Le dialogue entre les différentes spécialités médicales permet de trouver les solutions thérapeutiques les mieux adaptées à chaque situation, avant, pendant et après une hospitalisation ou intervention en ambulatoire. La qualité et la sécurité de cette prise en charge personnalisée reposent sur les compétences de pointe des collaborateurs de La Source et de ses médecins indépendants accrédités.

- **Être un employeur de référence**

La Clinique de La Source attache un soin particulier au bien-être de ses collaborateurs. Cette attention se manifeste aussi bien dans sa volonté de garantir des emplois pérennes que dans sa politique de formation continue qui vise à renforcer les compétences de ses collaborateurs afin de dépasser les standards les plus exigeants. La Clinique de La Source veille par ailleurs à maintenir un haut niveau de dotation en personnel, condition sine qua non de la qualité et de la sécurité des soins prodigués à ses patients.

- **S'entourer des meilleurs spécialistes**

Afin de garantir une qualité des soins irréprochable et une prise en charge personnalisée de chaque patient, la Clinique de La Source s'entoure des meilleurs professionnels. Chirurgiens, oncologues, obstétriciens, internistes, radiologues ou anesthésistes, tous les médecins accrédités et indépendants avec lesquels la Clinique collabore sont au bénéfice d'une formation post-graduée et figurent parmi les spécialistes les plus compétents de leur domaine. Grâce à son étroite collaboration avec la Haute Ecole de la Santé La Source, la Clinique s'engage par ailleurs activement dans la formation de la relève du personnel.

- **Intégrer les nouvelles technologies**

Afin que l'ensemble de ses collaborateurs puisse bénéficier d'un environnement et d'outils de travail performants, la

Clinique de La Source mène une politique d'investissements volontariste en matière de nouvelles technologies, et ce tant au niveau médical qu'au niveau hôtelier ou administratif. Ses équipements de pointe, comparables à ceux d'un centre hospitalier universitaire, permettent aux patients et patientes de bénéficier des meilleurs traitements disponibles sur le marché et aux médecins et soignants de pratiquer leur art en s'appuyant sur les innovations technologiques les plus récentes.

La recherche permanente de la qualité à tous les niveaux est une réalité quotidienne pour tous les collaborateurs et médecins de la Clinique de La Source.

L'excellence et la fiabilité de nos prestations, sont **évaluées en permanence grâce à des enquêtes de satisfaction** auprès de nos patients, médecins, collaborateurs et assureurs. Les résultats trimestriels et annuels de nos enquêtes « Satisfaction » initient, sur le terrain, des actions d'amélioration spécifiques et orientées clients.

Nos outils et activités spécifiques

- Référentiel Qualité EFQM
- Catalogue des critères Qualité Swiss Leading Hospitals - Membre SLH
- Laboratoires ISO 15189
- Retraitement et Maintenance des Dispositifs médicaux ISO 13485
- Management par processus revu par un plan d'audit annuel - Modélisation dynamique électronique - Logiciel Viflow
- Management des risques
- Sécurité patient - Analyses et traitements des événements indésirables - H-CIRS
- Enquêtes de satisfaction (interne/externe) patients, collaborateurs et médecins – secteur hospitalisé et ambulatoire
- Commissions permanentes (Satisfactions patients, collaborateurs, Risques, Déchets et Environnement)
- Participation au programme des mesures ANQ - Contrat Qualité
- Gestion documentaire électronique - Logiciel Agilium
- Solution branche MSST H+

2.2 Quelques points essentiels en matière de qualité pour l'année 2023

- Mesures de satisfaction des patients hospitalisés
- Mesures de satisfaction des patients ambulatoires
- Enquête de satisfaction des médecins accrédités
- Enquête de satisfaction des patients du laboratoire – secteur prélèvement
- Renforcement de notre culture de sécurité au travers des mesures d'identitovigilance – Poursuite des audits internes
- Réalisation du plan de mesures ANQ
- Engagement dans le processus de certification Rekolé
- Engagement dans un processus de transformation numérique
- Lancement du projet d'amélioration de la gestion des événements indésirables

2.3 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2023

- ISO 13485 : Audit de re-certification réussi
- Obtention de la certification Rekole

2.4 Evolution de la qualité pour les années à venir

- Mesure de satisfaction des médecins accrédités
- Mesure de satisfaction des patients en ambulatoire (La Source Fitphysio, radiologie, Centre Ambulatoire)
- Maintien et consolidation des normes ISO 13485 – ISO 15189 – SSMI
- Développement de l'Espace médecins
- Introduction de l'application "patients"
- Consolidation du management des processus par la mise en œuvre de revues et d'indicateurs de performance
- Développement et professionnalisation du processus des audits internes
- Développement et amélioration du processus de gestion des risques
- Déploiement de la culture de sécurité patient - patient partenaire
- Poursuivre le déploiement des projets identifiés et priorisés
- Assurer la conformité au catalogue de critères édités par SLH

3 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité

3.1 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.

Durant l'année de référence, notre institution a participé comme suit au plan de mesures national:

Soins aigus somatiques

- Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu (ANQ)
- Evaluation nationale des ré hospitalisations potentiellement évitables (Qlize)
- Mesure nationale des infections du site opératoire Swissnoso
- Registre des implants hanche et genou (SIRIS)
- Registre des implants du rachis (SIRIS SPINE)

3.2 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 supplémentaire.

Notre institution a exécuté les enquêtes suivantes propres à l'hôpital:

Satisfaction des patients

- Enquête de satisfaction interne "Votre avis nous intéresse"
- Enquête de satisfaction des patients hospitalisés - Mecon
- Enquête de satisfaction des patients ambulatoire - Mecon
- Enquête de satisfaction auprès des patients du laboratoire – secteur prélèvement

Satisfaction des médecins

- Enquête de satisfaction des médecins - Mecon

Satisfaction des collaborateurs

- Enquête de satisfaction des collaborateurs sur la Qualité de Vie au Travail

3.3 Projets relatifs à la qualité

Les projets développés pour renforcer la qualité au sein de la Clinique de La Source soutiennent directement la stratégie à moyen terme de l'établissement.

Renforcer l'écoute des parties prenantes

Objectif	Optimiser et diversifier les moyens d'écoute pour toucher l'ensemble des parties prenantes clés
Domaine dans lequel le projet est en cours	Clinique
Période (du... au...)	Septembre 2022 – fin 2024
Type de projet	Interne
Expliquer les raisons	Nous souhaitons gagner en réactivité et en efficacité, tout en nous assurant d'avoir un moyen d'écoute et de suivi de la satisfaction de l'ensemble de nos parties prenantes clés. Projet issu de constats internes et du rapport d'assessment EFQM.
Méthodologie	Analyse du besoin et de l'existant, plan d'action progressif, suivi par le service qualité et report au CoPil qualité
Groupes professionnels impliqués	Qualité, Soins, RH, Administration
Evaluation de l'activité / du projet	- Optimisation de la Commission d'écoute des collaborateurs avec Charte de fonctionnement depuis fin 2022. - Amélioration des mesures de satisfaction patients (Mecon numérique depuis début 2023, refonte du Votre Avis...) - Mesure de satisfaction des médecins 2023 - Evolution de la Commission de satisfaction des patients (organisation de la semaine de sécurité patient 2023, intégration d'un patient partenaire pour 2024, ouverture à plus de soignants en 2024)

Optimiser nos processus pour gagner en efficience

Objectif	Mettre en place un pilotage efficace de l'ensemble de nos processus
Domaine dans lequel le projet est en cours	Clinique
Période (du... au...)	Septembre 2022 – fin 2024
Type de projet	Interne
Expliquer les raisons	Nous souhaitons augmenter la maturité de l'ensemble de nos processus, en donnant à nos responsables les moyens de piloter les activités, notamment par le suivi de leurs indicateurs de performance. Projet issu de constats internes et du rapport d'assessment EFQM.
Méthodologie	Analyse de l'existant et des priorités, plan d'action progressif, suivi par le Service qualité et report au CoPil qualité
Groupes professionnels impliqués	Qualité, Soins, RH, Administration, Hôtellerie
Evaluation de l'activité / du projet	Modélisation numérique des processus en cours : 60 % des processus de la clinique, 100 % du flux patients.

Piloter notre gestion des risques et des évènements indésirables

Objectif	Optimiser le système d'annonce des évènements indésirables, et améliorer leur analyse pour alimenter notre gestion des risques.
Domaine dans lequel le projet est en cours	Clinique
Projet: période (du... au...)	Juin 2022 – fin 2024
Type de projet	Interne
Expliquer les raisons	• Optimiser notre système d'annonces, améliorer le traitement et le suivi des événements, • Développer l'analyse statistique et la transmission d'informations ciblées aux responsables d'équipe, • Utiliser les informations issues de la gestion des événements indésirables pour améliorer notre gestion des risques, et inversement.
Méthodologie	Système de déclaration des événements indésirables (CIRS, EDP, vigilances...), charte de sécurité, processus de gestion des événements et de gestion des risques, suivi projet par le service qualité, report en CoPil qualité
Groupes professionnels impliqués	Qualité, Sécurité, Soins, Hôtellerie
Evaluation de l'activité / du projet	Première phase terminée : déploiement de notre gestion des événements avec Dommage Patient (EDP). 2^{ème} phase en cours : revue de la procédure de gestion des événements en priorisant les CIRS et les événements indésirables collaborateurs (accidents et presque accidents)

Renforcer l'implication des équipes dans le système qualité

Objectif	Améliorer l'utilisation des méthodes et outils « qualité » par l'ensemble des collaborateurs et par les médecins
Domaine dans lequel le projet est en cours	Clinique
Projet: période (du... au...)	Sept 2022 – fin 2025
Type de projet	Interne
Expliquer les raisons	Nous souhaitons développer une plus grande interaction avec les équipes, et que les collaborateurs utilisent couramment les outils qualité à leur disposition (CIRS, méthode d'analyse de cause...).
Méthodologie	Plan de communication 2023, écoute active des collaborateurs, amélioration continue
Groupes professionnels impliqués	Qualité, responsables d'équipes, collaborateurs
Evaluation de l'activité / du projet	Travail de terrain quotidien auprès des équipes Comparaison des indicateurs CIRS depuis 2019 : - 2019 : 141 déclarations avec une moyenne de 154 jours de traitement - Au 14/12/2023 : 253 déclarations avec une moyenne de 29 jours de traitement).

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

Accueil des nouveaux collaborateurs

Objectif	Améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux collaborateurs
Domaine dans lequel l'activité est en cours	Ressources humaines
Activité: période (depuis...)	Suite au groupe de travail initié en 2018, implémentation du nouveau programme d'intégration en 2019.
Type d'activité	Interne
Expliquer les raisons	Etre plus performant dans les informations transmises, l'accompagnement (parrain/marraine) et l'intégration dans les secteurs d'activité.
Méthodologie	Questionnaire de satisfaction adressé aux nouveaux arrivants
Groupes professionnels impliqués	Coordination par le Service des ressources humaines et implication des cadres concernés
Evaluation de l'activité / du projet	Évaluation effectuée auprès des bénéficiaires par le biais des questionnaires de satisfaction, et améliorations mises en place selon les retours
Autres documents	Guide du collaborateur, présentations Powerpoint des intervenants en journées d'intégration

CIRS (Critical Incident Reporting System)

Objectif	Identifier les événements indésirables entraînant un risque pour le patient, et assurer un traitement du cas visant à corriger ou maîtriser les causes
Domaine dans lequel l'activité est en cours	Qualité
Activité: période (depuis...)	2018-2022
Type d'activité	Interne
Expliquer les raisons	Améliorer la sécurité des patients et des collaborateurs, et améliorer la culture de la qualité.
Méthodologie	Logiciel de déclaration et suivi des incidents, processus de traitement des événements indésirables, analyse systémique des erreurs
Groupes professionnels impliqués	Tous
Evaluation de l'activité / du projet	Projet terminé. Logiciel et processus en phase opérationnelle depuis 2019. Evaluation par analyse des résultats, et satisfaction des collaborateurs

Renforcer les mesures d'Identitovigilance

Objectif	Communiquer les standards et bonnes pratiques d'Identitovigilance
Domaine dans lequel l'activité est en cours	Clinique
Activité: période (depuis...)	Création en 2019 – Fin en 2022
Type d'activité	Interne
Expliquer les raisons	Diminuer les événements indésirables liés à l'identification du patient
Méthodologie	Création d'une Commission Identitovigilance, état des lieux des pratiques, communication des standards et des bonnes pratiques auprès des collaborateurs et patients.
Groupes professionnels impliqués	Plurisectoriel
Evaluation de l'activité / du projet	Annonces CIRS, audits internes identitovigilance, réunion de la Commission Identitovigilance

3.4 Aperçu des registres

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

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

Durant l'année de référence, notre institution a participé aux registres suivants:			
Norme appliquée	Discipline	Organisation responsable	Depuis / à partir de
AQC Groupe de travail pour l'assurance de la qualité en chirurgie	1. Chirurgie bariatrique (SMOB Swiss Morbid Obesity Register) mais pas MHS (Médecine hautement spécialisée), 2. Chirurgie Urologie (Ca Prostate)	1. Saisie des données dans Adjumed Services AG www.aqc.ch en collaboration avec le CMCO (MDSi utilisé pour le calcul des heures passées aux Soins Intensifs pour un patient selon nécessité) 2. Saisie des données dans Adjumed Services AG www.aqc.ch en collaboration avec le « Centre de la prostate »	1.1.2014
MDSi La collecte de données minimales de la SSMI	Médecine intensive	Société Suisse de Médecine Intensive SSMI www.sgi-ssmi.ch	1.1.2013
SHCS Etude Suisse de Cohorte VIH	Infectiologie	Etude suisse de cohorte HIV www.shcs.ch	1.1.1998
SIRIS Registre suisse des implants	1.Chirurgie orthopédique (genou / hanche primaire et révision) 2.Neurochirurgie (rachis)	1. Le titulaire de ce registre est la Fondation SIRIS pour l'assurance qualité dans la médecine d'implantation. www.siris-implant.ch/ en collaboration avec le bloc opératoire pour les 2 disciplines chirurgie et neurochirurgie 2. Le registre des implants SIRIS Spine est géré par la Société européenne de la colonne vertébrale EUROSPINE au nom de la Fondation SIRIS. www.siris-implant.ch/	1.1.2012
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anesthésiologie, Chirurgie, Gynécologie et obstétrique, Chirurgie orthopédique, Prévention et santé publique, Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, Infectiologie, Cardiologie, Médecine intensive	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	1.01.2012

3.5 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
ISO 15189	Laboratoires	2008	2019	Audit de suivi 2024
ISO 13485	Retraitement des dispositifs médicaux. Gestion de la maintenance des dispositifs médicaux	2011	2023	Audit de suivi 2024
EFQM	Institutionnel	2008	2022 (assessment)	
Swiss Leading Hospital - SLH	Institutionnel	2001 - SwissTS 2014	2022	Validité de 3 ans. Prochain audit en 2025
Normes SSMI 2015 Société Suisse de Médecine Intensive	Unité de soins intensifs	2016	2021	Validité de 5 ans

MESURES DE LA QUALITE

4 Enquêtes

4.1 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.

4.2 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu

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

Le questionnaire court comprend six questions et peut être aisément inclus 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.

En raison du nouveau rythme bisannuel récemment adopté, il n'y a pas eu d'enquête de satisfaction des patients (ANQ) en 2022 pour les soins somatiques aigus.

Résultats des mesures

	2017	2018	2019	2021	2023
1/ Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?	4.49	4.5	4.52	4.46	4.6
2/ Avez-vous eu la possibilité de poser de questions?	4.43	4.5	4.44	4.36	4.3
3/ Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?	4.57	4.6	4.6	4.6	4.6
4/ Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous?	4.6	4.7	4.6	4.62	4.6
5/ Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital?	4.1	4.3	4.14	4.15	4.3
6/ Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation?	95 %	92.4 %	93 %	95.2 %	95.7%

Nombre de patients contactés 2023 : 272

Taux de retour 2023 : 52.2 %

Commentaire général sur les résultats 2023 : Nous relevons un bon taux de retour et des valeurs satisfaisantes pour les 6 questions

Pondération des notes des questions 1 à 5 : 1 = réponse la plus négative, 5 = réponse la plus positive

Question 6: Le résultat indiqué dans cette colonne correspond à la proportion des personnes qui ont répondu «adéquate».

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

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	ESOPÉ, Unisanté, Lausanne

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	L'enquête a concerné toutes les patientes et tous les patients traités en stationnaire (≥ 16 ans) sortis de l'hôpital en avril 2023.
	Critères d'exclusion	▪ Patient-e-s décédé-e-s à l'hôpital. ▪ Patient-e-s sans domicile fixe en Suisse. ▪ Les patient-e-s hospitalisé-e-s à plusieurs reprises n'ont été interrogé-e-s qu'une seule fois.

4.3 Enquêtes à l'interne

Enquête de satisfaction interne "Votre avis nous intéresse"

Ce suivi est effectué par le Service qualité depuis de nombreuses années, en continu. Un feuillet est déposé sur chaque table de nuit des patients (unités de soins et maternité) : après remplissage, ils le déposent auprès de notre réception au moment du départ, ou nous le renvoient par courrier. Depuis cette année, nous offrons une enveloppe retour aux patients à leur sortie, pour leur éviter de prendre les frais d'envoi à leur charge.

Les questions posées abordent les thèmes suivants :

- Accueil, Réception
- Soins infirmiers
- Service hôteliers
- Un espace de "suggestions" est également disponible.

Ces "Votre avis" sont recueillis et traités en continu, ce qui permet de prendre rapidement contact avec un-e patient-e en cas de situation problématique. Tous les quinze jours, les questionnaires reçus sont communiqués auprès des Directions et des cadres, chargés de faire un retour à leurs collaborateurs.

Les informations reçues en retour sont également présentées/traitées dans le cadre de la Commission satisfaction des patients.

Résultats de la mesure

	2020	2021	2022	2023
Nombre de formulaires reçus	655	643	723	737
Taux de retour sur sortie patients	13 %	15 %	14,9%	14,4%

Indication sur la mesure	
Méthode développée / instrument développé à l'interne	Questionnaires déposés dans une boîte aux lettres à la réception de la Clinique, ou renvoyés par courrier. Dépouillés manuellement. Statistiques faites sur la base des listes des patients hospitalisés

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	L'enquête a concerné toutes les patientes et tous les patients hospitalisé-e-s et/ou ambulatoire ayant passé au minimum 1 nuit en chambre durant l'année 2023
	Critères d'exclusion	Nouveau-nés.

Remarques

Cette enquête est menée en parallèle à l'enquête "Satisfaction des patients hospitalisés" Mecon. Moins détaillée dans la formulation des questions, elle permet néanmoins un contact rapide et personnalisé en cas de situation/remarque insatisfaisante.

Enquête de satisfaction des patients hospitalisés - Mecon

Cette enquête de satisfaction des patients concerne les patients hospitalisés.

Nous adressons un questionnaire de satisfaction à 1250 patients/an à raison de 125 envois /par mois à des patients hospitalisés (LCA) sortis de la Clinique et rentrés à domicile. La sélection est aléatoire.

L'envoi se fait électroniquement depuis 2023, avec une relance environ 2 semaines après le premier envoi.

Les points suivants sont abordés

- Secteur médecins : compétences, informations et humanité
- Secteur soins : compétences, informations et humanité
- Organisation
- Hôtellerie : repas et logement
- Infrastructure publique

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2023.

Les résultats mesurés sont comparés à ceux d'autres hôpitaux (benchmark).

Résultats de la mesure

	Moyenne par domaines						
	Satisfaction globale	Médecins	Soignants	Organisation	Repas	Logement	Infrastructure
2021							
Tx de retour 57 %	91.2	94.5	91.4	89.8	87.2	88.8	85.0
2022							
Tx de retour 49,6 %	92.3	95.0	92.6	91.8	88.8	89.9	85.6
2023							
Tx de retour : 39,6%	92.0	94.9	92.6	92.0	85.9	90.5	84.7

Commentaire général sur les résultats 2023 : Nous constatons une baisse du taux de retour expliquée par l'envoi du questionnaire par voie électronique. Ce taux s'est amélioré dès que nous avons mis en place le système de relance. Les résultats sont quant à eux toujours très bons et stables par rapport à l'année passée.

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	Mecon
Méthode / instrument	Questionnaire selon standards MECON

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	L'enquête a concerné toutes les patientes et tous les patients hospitalisés dans les services de soins aigus (Chirurgie, médecine, maternité) durant l'année de référence.
	Critères d'exclusion	Les enfants et les patients ambulatoires sont exclus de ce collectif.

Enquête de satisfaction des patients du laboratoire – Secteur prélèvement

Cette enquête de satisfaction, effectuée dans le cadre de notre système qualité ISO 15189, concerne les patients s'adressant à notre laboratoire pour effectuer un prélèvement sanguin auprès de notre service de prise de sang.

Les questionnaires, accompagnés d'une enveloppe réponse, ont été remis en main propre à 136 patients venus effectuer un prélèvement d'octobre à décembre 2023.

Il s'agissait de la 2^{ème} enquête pour ce secteur. La première ayant été initiée en 2022.

Les points suivant sont abordés :

- Raison du choix de notre laboratoire
- Horaires, temps d'attente
- Aménagement des locaux, confidentialité
- Réalisation du prélèvement, hygiène
- Accueil et informations
- Remarques générales

Résultats de la mesure

	Moyenne par domaines				
	Satisfaction globale	Horaires	Aménagement	Prélèvement	Accueil et information
2022 Tx de retour : 53.6 %	96.18	94.5	91.4	89.8	87.2
2023 Tx de retour : 56.6%	98.7	96.0	98.7	98.7	96.1

Commentaire : Les résultats sont très satisfaisants et en nette amélioration par rapport à l'année précédente, surtout en ce qui concerne le prélèvement, l'accueil et l'information au patient.

Indication sur la mesure	
Méthode développée / instrument développé à l'interne	Questionnaire interne. Cf description en début de paragraphe Pour calculer la satisfaction, les réponses « plutôt satisfait » et « très satisfait » ont été prises en compte.

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	L'enquête a concerné toutes les patientes et tous les patients effectuant un prélèvement auprès de notre salle de prise de sang.
	Critères d'exclusion	

Gestion des réclamations

Notre établissement propose un Service de gestion des réclamations

Clinique de La Source

Service qualité

qualité@lasource.ch

Personne en charge du traitement :

Francine Pagniez

Coordinatrice qualité

Tél : 021.641.35.54

5 Qualité des traitements

5.1 Relevé national des ré hospitalisations potentiellement évitables

Dans le plan national de mesures de l'ANQ, une ré hospitalisation 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

La méthodologie Qlize est utilisée depuis 2023. Nous avons effectué les démarches pour obtenir les analyses sur les données N-1 de la Clinique, mais des difficultés dans le transfert des fichiers ne nous ont pas permis de bénéficier du service. L'ANQ a indiqué que le service serait opérationnel en 2024.

Résultats de la mesure

	2017	2018	2019	2020	2021
Rapport des taux observés / taux attendus	1.06	1.02	1.02	1.00	0.97
Nombre de sorties exploitables	3368	3576	3586	3474	3451

Commentaire général sur les résultats 2021 : Le taux de réadmission de 5.97% toutes cohortes confondues est dans les normes. L'ensemble des résultats est dans les normes, que ce soit en termes d'intervention ou de diagnostic.

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

Indication sur la mesure

Méthode / instrument	-	2019 et précédentes : SQLapeR, méthode développée scientifiquement afin de calculer les taux correspondants à partir de la Statistique (OFS MedStat) des hôpitaux.
	-	A partir de 2020 : algorithme CMS

Indications sur le collectif examiné

Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	Tous les patients et toutes les patientes en stationnaire (y compris les enfants).
	Critères d'exclusion	Patient-e-s décédé-e-s, nouveau-nés en bonne santé, patient-e-s transféré-e-s dans d'autres hôpitaux et patient-e-s domicilié-e-s à l'étranger.

5.2 Mesure nationale des infections du site opératoire

Lors d'une opération, la barrière protectrice formée par la peau est interrompue intentionnellement. Une infection de plaie peut se développer si des agents infectieux parviennent ensuite dans la zone incisée. Dans certaines conditions, les infections de plaie post-opératoires peuvent entraîner de sérieuses complications dans l'état du patient et aboutir à une prolongation du séjour à l'hôpital.

Sur mandat de l'ANQ, Swissnoso réalise des mesures des infections consécutives à certaines opérations (cf. tableaux ci-dessous). Les hôpitaux peuvent choisir les types d'interventions à mesurer dans la liste établie par l'ANQ. Ils doivent en choisir au minimum trois, quel que soit le nombre de cas par type d'intervention dans le programme de mesure.

Les établissements qui proposent la chirurgie du côlon (gros intestin) dans leur catalogue de prestations et qui pratiquent l'ablation de l'appendice chez les enfants et les adolescents (< 16 ans) sont tenus de relever les infections de plaies survenant après ces opérations***.

Afin d'obtenir une image fiable des taux d'infection, un relevé des infections post-opératoires est également effectué après la sortie de l'hôpital. Après des interventions sans implant de matériel, un relevé est effectué 30 jours plus tard au moyen d'un entretien téléphonique portant sur l'évolution clinique du patient et 90 jours pour les interventions avec implémentation de matériel étranger.

Informations complémentaires : www.anq.ch/fr et www.swissnoso.ch

En 2022 notre établissement a participé aux mesures des infections consécutives aux opérations suivantes:

- Appendicectomies
- ***Chirurgie du côlon
- Césarienne
- Laminectomie avec implant : surveillance du 1^{er} octobre 2020 au 30 septembre 2021

Résultats de la mesure : taux d'infection ajustés

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ablation de l'appendice	2.6 %	2.9 %	6.2 %	4.7 %	0.0 %	9,4%
Chirurgie du côlon	9.3 %	7.7 %	23.9%	5.6 %	18.6 %	17,7%
Laminectomie sans implant	-	-	-	0.0 %	1.1 %	-
Laminectomie avec implant	-	-	-	-	0.0 %	0,0%
Césarienne	1.1 %	1.2 %	3.7 %	-	-	0,0%
Arthrodèse et fusion vertébrale	-	-	-	1.4 %	-	-

Commentaire général sur les résultats : Les derniers résultats disponibles concernent l'année de mesure 2021-2022. Bien que le taux ajusté soit supérieur aux années précédentes, il s'agit du seul cas d'infection d'appendicectomie sur les 35 cas inclus. Le taux d'infection ajusté de la chirurgie du côlon est toujours plus élevé que le collectif et a donné suite à une enquête interne car chaque écart ou hausse constaté donne lieu à une analyse de cause avec mesures correctives en lien avec les causes/hypothèses identifiées. Les résultats sont systématiquement présentés à la Commission d'hygiène et au médecin référent HPCI et les mesures correctives sont prises en accord avec le médecin référent HPCI.

L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site

www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus/.

Indication sur la mesure

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

5.3 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.

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.

Jusqu'en 2022, la prévalence des chutes et des escarres était mesurée à une date prédéfinie :

- Escarre : prévalence à la date de mesure
- Chutes : prévalence sur le mois précédent la date de mesure

La mesure n'avait pas pu être réalisée en 2020 et 2021, en raison de la pandémie de COVID-19.

En 2023, la mesure a été suspendue par l'ANQ, qui a décidé de changer de méthode. L'ANQ souhaite rendre les données cliniques de routine, c'est-à-dire les données issues du dossier patient électronique, utilisables pour des mesures de qualité nationales moins coûteuses.

Informations complémentaires: www.anq.ch/fr et www.lpz-um.eu

Résultats de la mesure jusqu'en 2022 :

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de chutes survenues à l'hôpital	2	0	-	-	1	-
Taux de chutes survenues à l'hôpital	3.0 %	0.0 %	-	-	2.0 %	-
Nombre d'escarres (catégorie 2-4)	0	1	-	-	4	-
Taux de prévalence des escarres (catégorie 2-4)	0.0 %	1.7 %	-	-	7.8 %	-
Nombre de patients inclus	65	59	-	-	51	-

Indication sur la mesure jusqu'en 2022

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

Indications sur le collectif examiné jusqu'en 2022

Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	- Patient-e-s hospitalisé-e-s (y compris soins intensifs, soins continus), âgé-e-s de 18 ans et plus (les patient-e-s âgé-e-s de 16 à 18 ans peuvent être inclus-es sur une base volontaire). - Consentement oral des patient-e-s majeur-e-s, de leurs proches ou de leur représentant légal.
	Critères d'exclusion	- Patient-e-s hospitalisé-e-s n'ayant pas donné leur consentement. - Maternité, urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil.

5.4 Autres mesures internes

Notre établissement effectue le suivi de taux d'infection en complément des mesures attendues par Swissnoso. Les mesures effectuées concernent :

- Surveillance des bactériémies nosocomiales (hospitalisation)
- Surveillance continue MRSA, ESBL, VRE, CRE, autres BMR, Norovirus (hospitalisation)
- Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales (Swissnoso)
- Infection à Clostridium Difficile (hospitalisation)
- Surveillance des infections respiratoires (communautaires et nosocomiales des patients hospitalisés)
- Surveillance de la couverture vaccinale contre la grippe des professionnels de la santé
- Surveillance de l'observance à l'hygiène des mains (depuis 2023)
- Surveillance de la consommation de la solution hydro-alcoolique

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	▪ Patient-e-s hospitalisé-e-s, tous services
	Critères d'exclusion	▪ Patient-e-s ambulatoires

Les données de surveillance font l'objet d'une transmission annuelle à l'HPCI du Canton de Vaud. Notre institution renonce à la publication des résultats des mesures dans ce rapport sur la qualité.