

Rapport sur la qualité 2018

conforme aux directives de H+

Validé le:
par:

31.05.2019
André Martin, Adjoint du directeur

Version

Hirslanden, Clinique La Colline

www.lacolline.ch



soins aigus somatiques

Mentions légales

Le présent rapport sur la qualité a été réalisé sur la base du modèle de H+ Les Hôpitaux de Suisse. Ce modèle permet de rendre compte de manière unifiée de la qualité pour les domaines des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation pour l'année 2018.

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 2018

Hirslanden Clinique La Colline, Av. de Beau-Séjour 6, CH-1206 GENEVE
Marie-Charlotte, Bijasson
Responsable Qualité
022.702.2014
marie-charlotte.bijasson@hirslanden.ch

Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse

En Suisse, les hôpitaux et les cliniques ont la volonté de présenter en toute transparence les mesures entreprises en faveur de la qualité et de recourir à des méthodes éprouvées pour améliorer leur qualité à l'interne. En 2018, les membres de H+ ont approuvé la publication des mesures réalisées dans les différents domaines de la réadaptation. Dans les hôpitaux, ces résultats servent d'indicateurs permettant une identification précoce d'éventuelles anomalies et, le cas échéant, la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la qualité. Les colloques morbidité-mortalité (MoMo ou M&M) constituent également une procédure efficace afin d'identifier les potentiels d'amélioration dans les processus de soins: les complications, les évolutions anormales et les décès imprévus sont passés au crible et analysés en commun.

En 2018, la Fondation pour la sécurité des patients Suisse a apporté plusieurs contributions importantes à la promotion de la sécurité des patients en collaboration avec les hôpitaux ainsi qu'avec des spécialistes et divers acteurs du monde de la santé.

Avec Swissnoso et sur mandat de la Confédération, la fondation a mené à bien le troisième programme pilote national «progress!» visant à améliorer la sécurité dans le sondage vésical. Les hôpitaux pilote ont testé l'efficacité du faisceau d'interventions. Ce dernier a pour but d'éviter de poser inutilement des sondes vésicales et de ramener la durée d'utilisation à un minimum.

Le double contrôle de la remise de médicaments à haut risque est une mesure visant à assurer une médication correcte dans les hôpitaux. Son efficacité n'est pas démontrée dans tous les cas et elle mobilise d'importantes ressources. Une planification et une organisation optimales des contrôles sont donc importantes. La Fondation pour la sécurité des patients s'est saisie du thème et a émis, pour la première fois en Suisse, une recommandation à l'intention des hôpitaux qui comprend des conseils visant à organiser au mieux la vérification des médicaments à haut risque.

Les analyses d'erreurs médicales montrent souvent que certaines personnes présentes étaient conscientes des risques, mais qu'elles n'ont pas pu exprimer leurs préoccupations ou qu'elles n'ont pas été entendues. Verbaliser ses soucis pour la sécurité n'est pas toujours chose facile. La Fondation pour la sécurité des patients a publié le guide pratique «Quand le silence devient dangereux – Speak Up pour plus de sécurité dans les soins aux patients».

Le modèle de rapport sur la qualité de H+ permet aux membres de l'association de présenter leurs activités en faveur de la qualité sous une forme unifiée et transparente.

Les résultats des mesures de la qualité publiés dans ce rapport sont ceux des hôpitaux et des cliniques pris individuellement. Une certaine prudence doit être observée lors de la comparaison des résultats des différents établissements. D'une part, l'offre de prestations (cf. [Annexe 1](#)) n'est pas la même: un hôpital régional, par exemple, traite des cas différents de ceux pris en charge par un hôpital universitaire. C'est la raison pour laquelle les résultats des mesures doivent être appréciés de manière nuancée. Par ailleurs, les hôpitaux et les cliniques utilisent des méthodes et des instruments de mesure dont la structure, la construction, la méthode de relevé, la publication et donc les résultats peuvent varier.

Des comparaisons ponctuelles sont possibles lorsque les mesures sont harmonisées au niveau national et lorsque les résultats sont ajustés par hôpital et par clinique, respectivement par site. Vous pouvez obtenir ces publications sur le site www.ang.ch.

Avec nos meilleures salutations



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Table des matières

Mentions légales	2
Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse	3
1 Introduction	6
2 Organisation de la gestion de la qualité	7
2.1 Organigramme	7
2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité	7
3 Stratégie de qualité	8
3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2018	8
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2018	9
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir	9
4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité	10
4.1 Participation aux mesures nationales	10
4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton	10
4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital	11
4.4 Activités et projets relatifs à la qualité	12
4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents	17
4.4.2 Démarche de Peer Review de l'IQM	17
4.5 Aperçu des registres	18
4.6 Vue d'ensemble des certifications	19
MESURES DE LA QUALITE	20
Enquêtes	21
5 Satisfaction des patients	21
5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu	21
5.2 Enquêtes à l'interne	22
5.2.1 Enquête de satisfaction Pressganey	22
5.3 Service des réclamations	23
6 Satisfaction des proches	
La satisfaction des proches est mesurée au travers de l'outil Press Ganey : aménagement et confort, attitude du personnel et facilité à trouver son chemin	
7 Satisfaction du personnel	24
7.1 Enquête à l'interne	24
7.1.1 Gallup - Your Voice	24
8 Satisfaction des référents	
Aucun projet	
Qualité des traitements	25
9 Réhospitalisations	25
9.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables	25
10 Opérations	
Notre établissement effectue régulièrement une mesure.	
11 Infections	26
11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire	26
12 Chutes	29
12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres	29
13 Escarres	31
13.1 Mesure nationale de prévalence des escarres auprès des enfants et des adolescents	31
14 Mesures limitatives de liberté	
Une mesure dans ce domaine n'est pas pertinente pour notre établissement.	
15 Intensité des symptômes psychiques	
Une mesure dans ce domaine n'est pas pertinente pour un hôpital de soins aigus.	
16 Atteinte des objectifs et état de santé physique	
Une mesure dans ce domaine n'est pas pertinente pour un hôpital de soins aigus.	
17 Autres mesures de la qualité	33

17.1	Autres mesures internes	33
17.1.1	Recherche des porteurs de bactéries multi résistantes	33
17.1.2	Mesure annuelle du nombre de chutes	33
17.1.3	Suivi des patients infectés au clostridium difficile	34
17.1.4	Suivi grippe nosocomiale	34
18	Détails des projets	35
18.1	Projets actuels en faveur de la qualité	35
18.1.1	Les principaux projets en faveur de la qualité sont décrits dans ce chapitre.	35
18.2	Projets de certification en cours	35
18.2.1	ISO 9001:2015	35
19	Conclusions et perspectives	36
Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution		37
Soins somatiques aigus		37
Editeur		39

1 Introduction

Hirslanden Clinique La Colline est une clinique pluridisciplinaire de soins aigus. Elle fait partie du groupe de clinique privées Hirslanden. Le groupe Hirslanden comprend 18 cliniques, dans 11 cantons, et compte 1'680 médecins accrédités, et 9'635 collaborateurs (dont 461 médecins employés). Premier groupe de cliniques privées en Suisse, Hirslanden représente en outre le plus grand réseau médical.

Hirslanden Clinique La Colline regroupe les spécialités médicales et chirurgicales suivantes :

- Anesthésiologie
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie générale et viscérale
- Chirurgie plastique et esthétique
- Chirurgie maxillo-faciale
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie pédiatrique
- Chirurgie thoracique
- Dermatologie
- Gastroentérologie et endoscopie
- Gynécologie
- Médecine du sport
- Médecine interne et ses sous-spécialités : angiologie, cardiologie, endocrinologie, gériatrie, infectiologie, néphrologie, neurologie, nutrition, hématologie, oncologie, pneumologie, rhumatologie
- Neurochirurgie (sauf crânial)
- Ophtalmologie
- Urologie

Hirslanden Clinique La Colline a été certifiée en Août 2016 ISO 9001 : 2015, portant sur le management de la qualité. Un audit de suivi externe est mené chaque année.

Des informations détaillées sur l'offre de prestations sont présentées à [Annexe 1](#).

2 Organisation de la gestion de la qualité

2.1 Organigramme

La gestion de la qualité est du ressort de la direction, comme fonction horizontale.

Pour l'unité de qualité indiquée ci-dessus, un pourcentage de travail de **290** est disponible.

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

Hirslanden Clinique La Colline Marie-Charlotte, Bijasson
Responsable qualité
022.702.20.14
marie-charlotte.bijasson@hirslanden.ch

Hirslanden Clinique La Colline Marie-Christine, Delattre
Infirmière HPCI et sécurité patient
022.702.20.21
mariechristine.dumur@hirslanden.ch

Hirslanden Clinique La Colline Mirjeta, Hoxha
Coordinatrice qualité
022.702.20.15
mirjeta.hoxha@hirslanden.ch

3 Stratégie de qualité

Dans une démarche constante d'amélioration continue, de sécurité et de satisfaction de nos clients, Hirslanden Clinique La Colline met en place un système de management de la qualité et de gestion des risques. Cette démarche s'inscrit également dans les axes qualité du groupe Hirslanden.

La politique de la qualité se décline en objectifs mesurables, à tous les niveaux de l'organisation, qui sont suivis et améliorés systématiquement dans une volonté de performance et d'efficacité. Une revue périodique permet d'ajuster ce système en permanence pour répondre aux besoins et attentes des patients, des médecins et de l'ensemble des parties intéressées, en tenant compte des enjeux de l'établissement et de l'environnement externe.

L'obtention de la certification ISO 9001:2015 est le gage de la qualité et du sérieux de l'organisation et des prestations proposées au travers du management de nos processus.

Dans cette dynamique, le Service Qualité de Hirslanden Clinique La Colline fait partie de l'état major de la Clinique. Il siège dans de nombreuses commissions.

Indépendant et transversal, le service qualité s'engage dans un Processus d'Amélioration Continue (PAC) soutenu par la transparence avec la publication extérieure des indicateurs, l'établissement de critères de référence, la comparaison de la qualité fixée par la LAMal, entre autres, avec l'adhésion au contrat national ANQ.

Notre système de gestion de la qualité, basé sur le principe de l'amélioration continue, s'applique à tous les processus de notre clinique : suivre l'évolution de notre performance, nous comparer aux autres et remettre régulièrement en cause notre propre qualité avec le système d'audits, de revue de morbi-mortalité ou encore des CIRS (Critical Incidents Reporting System selon la méthodologie du London Protocol), permet de toujours « faire mieux » et de placer le patient au centre de nos préoccupations.

Mettant à profit l'effet synergique de la collaboration régnant à l'intérieur du Groupe, Hirslanden définit des normes et des standards pour le management de la qualité de ses cliniques privées.

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 2018

- Réaliser l'audit de suivi ISO 9001 : 2015 et maintenir la certification avec une absence de non-conformité majeure
- Développer la gestion documentaire
- Développer les mesures sur le questionnaire de satisfaction patient "Press Ganey"
- Développer la gestion des risques, et intégrer les questionnaires Hirslanden sur les risques, via la plateforme CURA Surveys
- Pérenniser le groupe d'auditeurs internes ISO
- Développer l'utilisation de la check-list Save Surgery Saves Life de la sécurité patient au bloc-opératoire

3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2018

- Audit de suivi ISO 9001 : 2015 réalisé, aucune non-conformité relevée
- Mesures sur le questionnaire de satisfaction patient "Pressganey" inscrites dans un plan d'action
- Groupe d'auditeurs internes ISO formé avec cours annuel interne
- Utilisation de la check-list Save Surgery Saves Life de la sécurité patient au bloc-opératoire

3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir

- Pérenniser la mise en application des concepts du groupe Hirslanden : ISBAR, concept gestion des médicaments et des antibiotiques, pharmacovigilance, hémovigilance, matériovigilance, sécurité patient
- Identification et mise en place des indicateurs de performance associés aux processus
- Développer le concept santé et sécurité au travail
- Mettre en place le portail d'annonces pour le suivi des vigilances (dont la matériovigilance)
- Pérenniser la culture qualité et la déclaration des événements indésirables
- Mettre en place le suivi des indicateurs IQIP supplémentaires : erreur de médication, lésions cutanées, chutes avec blessures (blessures minimales, moyennes et graves)
- Réaliser la journée sécurité patient et la journée qualité
- Intégrer progressivement le logiciel de gestion documentaire du groupe Hirslanden et les nouveaux outils de déclaration et de gestion des incidents

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

4.1 Participation aux mesures nationales

L'association nationale des hôpitaux H+, les cantons, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), l'association faîtière des assureurs maladie santésuisse et les assurances sociales fédérales sont représentés au sein de la l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Le but de l'ANQ est de coordonner la mise en œuvre unifiée des mesures de la qualité des résultats dans les hôpitaux et cliniques, avec pour objectif de documenter, de développer et d'améliorer la qualité. Les méthodes de réalisation et d'évaluation sont les mêmes pour tous les établissements.

D'autres informations sont disponibles dans les sous-chapitres «Enquêtes nationales», resp. «Mesures nationales» et sur le site de l'ANQ www.anq.ch/fr.

Durant l'année de référence, notre institution a participé comme suit au plan de mesures national:
<i>soins aigus somatiques</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu ▪ Evaluation nationale des réhospitalisations potentiellement évitables ▪ Mesure nationale des infections du site opératoire ▪ Mesure nationale de la prévalence des chutes ▪ Mesure nationale de la prévalence des escarres de décubitus

4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton

Durant l'année de référence, notre institution a suivi les prescriptions cantonales et exécuté les mesures suivantes imposées par le canton:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déclaration des événements indésirables graves

4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital

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

Notre institution a exécuté les enquêtes suivantes propres à l'hôpital:
<i>Satisfaction des patients</i>
▪ Enquête de satisfaction Pressganey
<i>Satisfaction du personnel</i>
▪ Gallup - Your Voice
Notre institution a exécuté les mesures suivantes propres à l'hôpital:
<i>Mesures limitatives de liberté</i>
▪ Evaluation du patient
<i>Autres mesures de la qualité</i>
▪ Recherche des porteurs de bactéries multi résistantes
▪ Mesure annuelle du nombre de chutes
▪ Suivi des patients infectés au clostridium difficile
▪ Suivi grippe nosocomiale

4.4 Activités et projets relatifs à la qualité

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

Certification ISO 9001:2015

Objectif	Réalisation de l'audit de suivi ISO 9001 : 2015 (3ème trimestre 2018) et maintien de la certification avec aucune non-conformité majeure
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Management de la qualité
Projets: Durée (du ... au ...)	23.09.2016 au 22.09.2019
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne/externe ..
Expliquer les raisons	Amélioration continue de nos processus pour assurer la satisfaction patient et parties intéressées
Groupes professionnels impliqués	Tous les services, y compris nos partenaires
Evaluation de l'activité / du projet	Audit de suivi du 3ème trimestre 2018 accompli : absence de non-conformité majeure et mineure

Journée qualité

Objectif	Amélioration continue à travers des projets innovants et systémiques
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Tous
Projets: Durée (du ... au ...)	planification sur 2019/2020
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	Projet apportant une amélioration continue
Groupes professionnels impliqués	Tous

Journée d'hygiène des mains

Objectif	Promouvoir la désinfection des mains
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Hygiène hospitalière
Projets: Durée (du ... au ...)	04.05.2018
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne/externe ..
Groupes professionnels impliqués	Soins et Bloc-opératoire
Evaluation de l'activité / du projet	Animation et rencontre avec les soignants des services de soins - Distribution de lingettes imprégnées de solution Hydro alcoolique, de pins, et de cartes annuaires de poche où sont illustrées les 5 indications à l'hygiène des mains - Distribution sur les plateaux de petit-déjeuner des patients de cartes à leur intention sur les gestes à suivre pour une bonne hygiène des mains - 4 formations au cours de la journée sur l'hygiène des mains et la compliance à l'hygiène des mains - Vérification avec Didac

Campagne vaccination grippe saisonnière

Objectif	Promouvoir la vaccination du personnel
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Sécurité collaborateurs et partenaires
Projets: Durée (du ... au ...)	Automne 2018
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne/externe ..
Méthodologie	Communication auprès du personnel des recommandations
Groupes professionnels impliqués	Tous
Evaluation de l'activité / du projet	Taux de vaccination du personnel 2018 en augmentation par rapport à 2017

Parse

Objectif	Paradigme de l'humain devenant - cadre de référence pour proposer des soins personnalisés en science infirmière
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Qualité des soins
Projets: Durée (du ... au ...)	Depuis 2015
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	Garantir la qualité et la sécurité des soins, offrir à nos patients des soins personnalisés
Groupes professionnels impliqués	Soins

Transmissions selon ISBAR

Objectif	Structurer la communication entre soignants
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Sécurité patient
Projets: Durée (du ... au ...)	Depuis Mai 2017
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	Renforcer la sécurité dans la prise en charge du patient
Groupes professionnels impliqués	Soins et Bloc-opératoire

Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

Objectif	Améliorer la prise en charge des patients selon un protocole spécifique pour réduire le stress chirurgical
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Qualité des soins
Projets: Durée (du ... au ...)	Depuis Janvier 2015
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Méthodologie	Chirurgie colorectale, hernie, cholecystectomie, endométriose, hystérectomie, annexectomie, PTH, PTG, PTE
Groupes professionnels impliqués	Médicaux et paramédicaux

Renforcement de l'utilisation de la check-list bloc-opératoire

Objectif	Check-list totalement complétée et signée par l'ensemble des parties
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Bloc-opératoire
Projets: Durée (du ... au ...)	Depuis Mai 2017
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	Sécurité patient
Méthodologie	Statistique sur le remplissage de la check-list (Sign-in, Team-time-out, Sign-out, signatures)
Groupes professionnels impliqués	Chirurgiens et anesthésistes
Evaluation de l'activité / du projet	Amélioration significative du taux de remplissage

Questionnaire de satisfaction PressGaney

Objectif	Satisfaction patient sur l'ensemble des aspects en lien avec la prise en charge du patient (prise en charge médicale, hôtellerie, restauration, prise en charge par les soins...)
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Satisfaction patient
Projets: Durée (du ... au ...)	Depuis 01.05.2017
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	Satisfaction patient
Méthodologie	Questionnaire envoyé aux patients par email
Groupes professionnels impliqués	Soins
Evaluation de l'activité / du projet	Mis en place. Suivi de la satisfaction et communication des résultats aux responsables 1x par mois. Identification des mesures d'amélioration prioritaires

Indicateurs de performance de la qualité

Objectif	Indicateurs de processus pour pilotage
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Management de la qualité
Projets: Durée (du ... au ...)	Septembre 2017 jusqu'à Septembre 2019
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	Exigence ISO 9001 : 2015
Méthodologie	Identification, formalisation et pilotage des indicateurs de processus pour le management des processus de l'établissement
Groupes professionnels impliqués	Responsable de chaque processus
Evaluation de l'activité / du projet	Initialisation sur une partie des processus

Infographie à destination du public externe

Objectif	Transparence des chiffres et indicateurs qualité
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Communication externe
Projets: Durée (du ... au ...)	Mise à jour annuellement
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne/externe ..
Expliquer les raisons	Indicateurs qualité rendus publiques sous la forme d'une infographie, présente sur le site internet de la clinique
Méthodologie	Principales activités, nombre de journée de soins, DMS, prévalence des chutes, prévalence des escarres...
Evaluation de l'activité / du projet	Mise en place par le service qualité et communication

Revue de Mortalité et de Morbidité

Objectif	Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Qualité des soins
Projets: Durée (du ... au ...)	2 revues minimum par année
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne ..
Expliquer les raisons	Analyse collective, rétrospective et systémique
Méthodologie	Les acteurs impliqués dans le cas se réunissent et analysent l'ensemble de la prise en charge du patient
Groupes professionnels impliqués	Multidisciplinaire
Evaluation de l'activité / du projet	Procès verbal + suivi des mesures d'amélioration par la qualité

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 2009 .

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

L'ensemble de l'équipe qualité est formée selon la méthodologie du London Protocol.

4.4.2 Démarche de Peer Review de l'IQM

Notre établissement est membre depuis 2016 de l'Initiative Médecine de qualité ([IQM](#)) et recourt à la démarche de l'IQM pour une gestion active de la qualité. En optimisant les processus et les résultats des traitements, la démarche de l'IQM contribue à l'amélioration de la qualité des soins et au renforcement de la sécurité des patients.

L'IQM est une initiative ouverte à tous les hôpitaux et cliniques d'Allemagne et de Suisse, quel que soit leur statut. Son objectif est d'améliorer la qualité des traitements à l'hôpital pour tous les patients. L'action consensuelle des membres repose sur les trois principes suivants:

- Mesure de la qualité à l'aide d'indicateurs basés sur des données de routine
- Transparence des résultats au travers de leur publication
- Amélioration de la qualité par la démarche de Peer Review

Les résultats de notre établissement peuvent être consultés à l'adresse: <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/>. Ils ont été calculés sur la base de données de routine et proviennent de l'évaluation commune aux hôpitaux membres de l'IQM en Allemagne et en Suisse.

4.5 Aperçu des registres

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

Les registres et études énumérés sont annoncés officiellement à la FMH: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Durant l'année de référence, notre institution a participé aux registres suivants:			
Norme appliquée	Discipline	Organisation responsable	Depuis / à partir de
AQC Groupe de travail pour l'assurance de la qualité en chirurgie	Chirurgie, gynécologie et obstétrique, chirurgie pédiatrique, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, urologie, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, gastroentérologie, chirurgie de la main, sénologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2015
MDSi La collecte de données minimales de la SSMI	Médecine intensive	Société Suisse de Médecine Intensive SSMI www.sgi-ssmi.ch	2015
MS Statistique médicale des hôpitaux	Toutes les disciplines	Office fédéral de la statistique www.bfs.admin.ch	2015
SIRIS Registre suisse des implants	Chirurgie orthopédique	Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants www.siris-implant.ch	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, chirurgie viscérale, bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2015
SSO Société Suisse d'Ophthalmologie	Ophthalmologie	SSO www.sog-ssso.ch	

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
ISO 9001:2015	Toute la clinique	2016	2018	Audit de suivi
Centre Grace	Chirurgie orthopédique (de la hanche t du genou)	2016	2018	
Centre Grace	Chirurgie digestive (côlon)	2016	2018	
Label SRC de qualité	BLS-AED-SRC complet (generic provider)	2016	2016	
Centre de formation FMH	Centre des urgences	2012	2016	
Centre Grace	Chirurgie gynécologique	2016	2018	
Sport Medical Base approved by Swiss Olympic	Médecine du sport	2017	2017	

MESURES DE LA QUALITE

Enquêtes

5 Satisfaction des patients

Des enquêtes complètes auprès des patients constituent un élément important dans le management de la qualité car elles donnent des indications sur la satisfaction des patients et sur les potentiels d'amélioration.

5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu

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

Le questionnaire court comprend six questions centrales et peut être aisément inclu dans des enquêtes plus larges auprès des patients. Des questions liées à l'âge, au sexe, à la classe d'assurance et à l'évaluation subjective de l'état de santé complètent les six questions sur le séjour à l'hôpital.

Résultats des mesures

Questions	Valeurs de l'année précédente 2016	Satisfaction ajustée (moyenne) 2017 (CI* = 95%)
Hirslanden, Clinique La Colline		
Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?	4.45	4.39 (0.00 - 0.00)
Avez-vous eu la possibilité de poser de questions?	4.24	4.25 (0.00 - 0.00)
Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?	4.53	4.39 (0.00 - 0.00)
Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous?	4.63	4.55 (0.00 - 0.00)
Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital?	4.17	3.99 (0.00 - 0.00)
Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation?	96.90	95.70 %
Nombre des patients contactés par courrier 2017		327
Nombre de questionnaires renvoyés	121	Retour en pourcent 37 %

Pondération des notes:: Question 1 – 5: 1 = évaluation la plus négative; 5 = évaluation la plus positive. Question 6: Le résultat indiqué dans cette colonne correspond à la proportion des personnes qui ont répondu «adéquate».

* CI est l'abréviation de Confidence Interval (= intervalle de confiance). L'intervalle de confiance de 95% donne la fourchette dans laquelle se situe la valeur effective avec une probabilité d'erreur de 5%. Cela signifie que les valeurs qui se recoupent dans l'intervalle de confiance ne peuvent guère être interprétées comme de véritables différences.

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

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

Hirslanden Clinique La Colline a mis en place le questionnaire de satisfaction Pressganey le 01.05.2017. Il inclut les questions de l'enquête ANQ et des questions complémentaires Hirslanden.

Les items susceptibles d'être améliorés identifiés au cours de l'enquête ANQ 2017, font l'objet d'une évaluation tout au long de l'année grâce à cet outil.

Indication sur la mesure

Institut national d'enquête	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
-----------------------------	--

Indications sur le collectif examiné

Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	L'enquête a concerné toutes les patientes et tous les patients traités en stationnaire (≥ 18 ans) sortis de l'hôpital en septembre 2017.
	Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients décédés à l'hôpital. ▪ Patients sans domicile fixe en Suisse. ▪ Les patients hospitalisés à plusieurs reprises n'ont été interrogés qu'une seule fois.

5.2 Enquêtes à l'interne**5.2.1 Enquête de satisfaction Pressganey**

L'enquête de satisfaction Hirslanden est concomitante à l'enquête de satisfaction ANQ. 80 questions permettent au patient d'évaluer sa prise en charge sur différents aspects lors de son séjour :

- Prise en charge par le personnel soignant durant le séjour
- Prise en charge par les médecins
- Infrastructure de la clinique
- Expérience du patient à la Clinique
- Sortie
- Impression générale
- Informations personnelles
- Sécurité des patients
- Questions sur le patient

Un champ libre permet également au patient de mettre l'ensemble des suggestions, feedback ou autre critiques.

Conditions cadres :

- Séjour de plus de 24h
- Médecine somatique aigüe
- 1 seul questionnaire par patient même si plusieurs séjours
- Plus de 18 ans

Le questionnaire est envoyé par e-mail aux patients.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2018 .
Les conditions sont identiques à l'enquête ANQ.

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

5.3 Service des réclamations

Notre établissement propose un service des réclamations / de médiation.

Hirslanden, Clinique La Colline

Service Qualité

Marie-Charlotte Bijasson

Responsable Qualité

+41 22 702 20 14

marie-charlotte.bijasson@lacolline.ch

08h00 -> 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 Gallup - Your Voice

Dans le cadre de l'évaluation de la satisfaction des employés, Hirslanden réalise avec le soutien de l'entreprise Gallup une enquête annuelle. Coordonnée par Mediclinic International, cette enquête a lieu chaque mois de novembre auprès des collaborateurs. Pour 2018, l'enquête est menée en ligne ou avec des enveloppes personnelles pour les équipes n'ayant pas accès à l'outil informatique. L'objectif est de mesurer et d'accroître l'attachement des collaborateurs à Hirslanden par un dialogue accru et des mesures ciblées ceci dans le but de fidéliser et motiver les collaborateurs.

La présentation des résultats de l'enquête est faite par chaque responsable de service auprès des équipes. Des mesures d'améliorations sont proposées au sein de chaque équipe. Un suivi continu est assuré par les champions et revu mensuellement dans le comité de direction.

Nous avons mené cette enquête auprès du personnel au mois de novembre .
Tous les collaborateurs de la Clinique sont concernés par cette enquête de satisfaction.

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

Les résultats sont communiqués à l'interne pour le moment.

Qualité des traitements

9 Réhospitalisations

9.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables

Dans le plan national de mesures de l'ANQ, une réhospitalisation est considérée comme potentiellement évitable lorsqu'elle intervient dans un délai de 30 jours et qu'elle n'est pas planifiée, bien que le diagnostic qui y est lié ait été déjà connu lors du séjour hospitalier précédent. Le rapport se base à cet effet sur la Statistique médicale de l'année précédente (analyse des données). Les rendez-vous planifiés pour le traitement de suite et les hospitalisations répétées programmées, par exemple dans le cadre d'un traitement du cancer, sont exclus.

Grâce au calcul des taux de réhospitalisation, les réhospitalisations susceptibles d'être évitables peuvent être identifiées et analysées, ce qui permet de tirer des enseignements visant à optimiser la préparation des sorties.

Informations complémentaires : www.anq.ch/fr et www.sqlape.com

Résultats des mesures

Analyse des données (OFS)	2014	2015	2016	2017
Hirslanden, Clinique La Colline				
Rapport des taux*	1.14	1.56	0.78	0.8
Nombre de sorties exploitables:				3157

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

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

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	SQLape GmbH
Méthode / instrument	SQLape®, méthode développée scientifiquement afin de calculer les taux correspondants à partir de la Statistique des hôpitaux.

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	Tous les patients en stationnaire (y compris les enfants).
	Critères d'exclusion	Patients décédés, nouveau-nés en bonne santé, patients transférés dans d'autres hôpitaux et patients domiciliés à l'étranger.

11 Infections

11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire

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

Sur mandat de l'ANQ, Swissnoso réalise des mesures des infections consécutives à certaines opérations (cf. tableaux ci-dessous). Les hôpitaux peuvent choisir les types d'interventions à mesurer dans la liste ci-dessous. Ils doivent pratiquer au moins trois des types indiqués, quel que soit le nombre de cas par type dans le programme de mesure. Les établissements qui proposent la chirurgie du colon (gros intestin) dans leur catalogue de prestations et qui pratiquent l'ablation de l'appendice chez les enfants et les adolescents (< 16 ans) sont tenus de relever les infections de plaies survenant après ces opérations***.

Afin d'obtenir une image fiable des taux d'infection, un relevé des infections post-opératoires est également effectué après la sortie de l'hôpital. Après des interventions sans implant de matériel, un relevé est effectué 30 jours plus tard au moyen d'un entretien téléphonique portant sur la situation infectieuse et la cicatrisation. En cas d'intervention avec implant de matériel (prothèses de hanche et de genou, chirurgie de la colonne vertébrale et chirurgie cardiaque), un nouvel entretien téléphonique est effectué 12 mois après l'opération (follow-up).

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

Notre établissement a participé aux mesures des infections consécutives aux opérations suivantes:
▪ *** Ablation de l'appendice chez les enfants et les adolescents
▪ *** Chirurgie du côlon (gros intestin)
▪ Premières implantations de prothèses de la hanche
▪ Premières implantations de prothèses de l'articulation du genou

Résultats des mesures

Résultats des mesures de la période 1er octobre 2017 – 30 septembre 2018

Opérations	Nombre d'opérations évaluées 2018 (Total)	Nombre d'infections constatées après ces opérations 2018 (N)	Valeurs de l'année précédente - Taux d'infections ajustés%			Taux d'infections ajustés % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
Hirslanden, Clinique La Colline						
*** Ablation de l'appendice chez les enfants et les adolescents	0	0	-	-	-	- (- - -)
*** Chirurgie du côlon (gros intestin)	39	2	0.00%	0.00%	1.80%	6.20% (-1.40% - 13.70%)

Résultats des mesures de la période 1er octobre 2016 – 30 septembre 2017

Opérations	Nombre d'opérations évaluées 2017 (Total)	Nombre d'infections constatées après ces opérations 2017 (N)	Valeurs de l'année précédente - Taux d'infections ajustés%			Taux d'infections ajustés % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Hirslanden, Clinique La Colline						
Premières implantations de prothèses de la hanche	144	2	0.00%	1.20%	0.00%	1.00% (-0.60% - 2.60%)
Premières implantations de prothèses de l'articulation du genou	178	2	0.00%	0.00%	0.60%	1.60% (-0.20% - 3.50%)

* CI est l'abréviation de Confidence Interval (= intervalle de confiance). L'intervalle de confiance de 95% donne la fourchette dans laquelle se situe la valeur effective avec une probabilité d'erreur de 5%. Cela signifie que les valeurs qui se recoupent dans l'intervalle de confiance ne peuvent guère être interprétées comme de véritables différences.

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

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

La Clinique incite les soignants et les médecins à noter et fournir tous les renseignements utiles au suivi Swissnoso.

Indication sur la mesure

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

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion adultes	Tous les patients en stationnaire (≥ 16 ans) sur lesquels ont été réalisées les opérations correspondantes (voir le tableau des résultats des mesures).
	Critères d'inclusion enfants et adolescents	Tous les patients en stationnaire (≤ 16 ans) sur lesquels ont été réalisées les opérations correspondantes (voir le tableau des résultats des mesures).
	Critères d'exclusion	Les patients qui ne donnent pas leur consentement (oral).

12 Chutes

12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres

La mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres donne une idée de la fréquence, de la prévention et de la prise en charge de divers phénomènes liés aux soins. La prévalence des chutes et des escarres est mesurée à une date prédéfinie. Dans le cadre de la mesure, les patients sont interrogés pour savoir s'ils ont chuté à l'hôpital avant la date arrêtée pour la mesure. Il s'agit donc d'une mesure de la prévalence sur une période déterminée et non d'un relevé exhaustif.

Informations complémentaires:

www.anq.ch/fr, www.lpz-um.eu et che.lpz-um.eu/fra/mesure-lpz/phenomenes-de-soins/chutes

Résultats des mesures

	2015	2016	2017	2018
Hirslanden, Clinique La Colline				
Nombre de chutes survenues à l'hôpital	0	1	0	1
en pourcent	0.00%	1.90%	0.00%	2.80%
Résidu* (CI** = 95%)	-0.03 (-0.58 - 0.52)	0.08 (-0.89 - 1.06)	-0.02 (-0.04 - 0.39)	0.01 (-0.42 - 0.44)
Nombre de patients examinés effectivement en 2018			en pourcent	-

* Un résidu de 0 montre que la fréquence des chutes correspond à la valeur attendue. Les valeurs positives indiquent une fréquence plus élevée de chutes. Les valeurs négatives signifient que le nombre de chutes est inférieur à la moyenne des hôpitaux.

** CI est l'abréviation de Confidence Interval (= intervalle de confiance). L'intervalle de confiance de 95% donne la fourchette dans laquelle se situe la valeur effective avec une probabilité d'erreur de 5%. Cela signifie que les valeurs qui se recoupent dans l'intervalle de confiance ne peuvent guère être interprétées comme de véritables différences.

Le nombre et les pourcentages des résultats publiés constituent des résultats descriptifs, non ajustés aux risques.

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

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

Une évaluation du risque de chute de chaque patient à son admission est en place avec réévaluation lors de changements en cours d'hospitalisation.

Mise en place du portail d'annonce des chutes via le Dossier Patient Informatisé. Un formulaire est créé dans le Dossier du Patient Informatisé afin de pouvoir le transmettre directement à la responsable sécurité patient via email.

Outil : Relevé et transmission indicateurs IQIP

Indication sur la mesure

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

La méthode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care Problems) a été appliquée aux adultes jusqu'en 2015. Dès 2016, on a recouru à la LPZ 2.0. Une méthode élargie a été appliquée dès 2017 aux enfants et adolescents. L'évolution de la méthode n'a pas d'influence sur la comparaison des résultats sur la durée.

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients hospitalisés (y compris soins intensifs, soins continus), âgés de 18 ans et plus (les patients âgés de 16 à 18 ans peuvent être inclus-e-s sur une base volontaire). ▪ Consentement oral des patients majeurs, de leurs proches ou de leur représentant légal.
	Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients hospitalisés n'ayant pas donné leur consentement. ▪ Accouchées et nourrissons à la maternité. ▪ Enfants hospitalisés dans des services de soins aigus pour adultes. ▪ Urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil.

13 Escarres

L'escarre est une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement.

13.1 Mesure nationale de prévalence des escarres auprès des enfants et des adolescents

La mesure nationale de la prévalence fournit des indications sur la fréquence, la prévention et le traitement de différents événements liés aux soins. La prévalence des escarres est mesurée à une date prédéfinie. Dans le cadre de la mesure, les patients sont examinés pour savoir s'ils souffrent d'une ou de plusieurs escarres. La mesure est effectuée à chaque fois à une date déterminée (prévalence ponctuelle) et n'est pas un relevé exhaustif.

Les hôpitaux et les cliniques disposant d'un service spécifique de pédiatrie effectuent une mesure de prévalence des escarres auprès des enfants et des adolescents également. Les escarres sont en effet un précieux indicateur de qualité dans le domaine pédiatrique. Elles constituent un problème de soin encore trop souvent sous-estimé. Les escarres sont étroitement liées aux moyens auxiliaires tels que les attelles, les capteurs, les sondes, etc. Les possibilités réduites de communication verbale avec les nourrissons et les enfants en bas âge, qui dépendent de leur développement, ainsi que les cellules de la peau encore insuffisamment développées chez les prématurés ou les nouveau-nés, constituent d'autres facteurs de risque.

Informations complémentaires:

www.anq.ch/fr et www.lpz-um.eu

Résultats des mesures

Chez les adultes

	Nombre d'adultes avec des escarres	Valeurs de l'année précédente			2018	en pourcent
		2015	2016	2017		
Hirslanden, Clinique La Colline						
Prévalence des escarres nosocomiales	Au sein de l'institution, catégorie 2-4	0	1	0	0	0.00%
	Résidu*, catégories 2-4 (CI** = 95%)	-0.1 (-1.00 - 0.81)	0.23 (-0.86 - 1.32)	-0.01 (-1.17 - 0.93)	0 (-0.31 - 0.30)	-
Nombre d'adultes examinés effectivement en 2018		36	en pourcent (de tous les patients hospitalisés le jour de la mesure)		0.00%	

* Un résidu de 0 montre que la fréquence des escarres correspond à la valeur attendue. Les valeurs positives indiquent une fréquence plus élevée d'escarres. Les valeurs négatives signifient que la fréquence des escarres est inférieure à la moyenne des hôpitaux.

** CI est l'abréviation de Confidence Interval (= intervalle de confiance). L'intervalle de confiance de 95% donne la fourchette dans laquelle se situe la valeur effective avec une probabilité d'erreur de 5%. Cela signifie que les valeurs qui se recoupent dans l'intervalle de confiance ne peuvent guère être interprétées comme de véritables différences.

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

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

Une évaluation d'escarres est instaurée dans le dossier patient informatisé ainsi qu'une estimation détaillée des différents stades avec des traitements proposés selon ces stades.

Indication sur la mesure

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

La méthode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care Problems) a été appliquée aux adultes jusqu'en 2015. Dès 2016, on a recouru à la LPZ 2.0. Une méthode élargie a été appliquée dès 2017 aux enfants et adolescents. L'évolution de la méthode n'a pas d'influence sur la comparaison des résultats sur la durée.

Indications sur le collectif examiné

Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients hospitalisés (y compris soins intensifs et soins continus), âgés de 18 ans et plus (les patients âgés de 16 à 18 ans peuvent être inclus sur une base volontaire) (pour les adultes) ▪ Tous les enfants et adolescents âgés de 0 à 16 ans qui étaient hospitalisés le jour du relevé en stationnaire dans un service «explicitement» pédiatrique d'un hôpital pour adultes ou dans un hôpital pédiatrique (pour les adolescentes et les enfants) ▪ Consentement oral des patients majeurs, de leurs proches ou de leur représentant légal.
	Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients hospitalisés n'ayant pas donné leur consentement. ▪ Accouchées et nourrissons à la maternité. ▪ Enfants hospitalisés dans des services de soins aigus pour adultes. ▪ Urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil.

17 Autres mesures de la qualité

17.1 Autres mesures internes

17.1.1 Recherche des porteurs de bactéries multi résistantes

La recherche porte sur les mesures suivantes : MRSA, BLSE, Carbapénèmes, VRE, chez les patients transférés d'autres établissements de soins ou ayant voyagés dans les zones à risque (Inde principalement). Inscription dans les dossiers de soins et suivi des résistances.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2018 .
Tous les services d'hospitalisation sont concernés par cette mesure.

Sur l'année 2018, cette recherche porte sur 259 cas, dont 3 patients porteurs de MRSA et 45 de ESBL, 0 Carbapénème et 0 VRE.

Cet outil est développé en interne selon les recommandations internationales et du groupe Hirslanden.

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

17.1.2 Mesure annuelle du nombre de chutes

La mesure du nombre de chutes a pour objectif l'évaluation du nombre de chutes par année.

L'analyse porte sur les critères suivants :

- sexe
- âge
- comparaison jour/nuit
- lieu de la chute (salle de bain, lit...)
- circonstances
- conséquences
- prise de médicament entraînant une somnolence ou perturbant la conscience

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2018 .
Tous les services d'hospitalisation sont concernés par cette évaluation.
La mesure concerne tout patient hospitalisé, elle ne s'applique pas aux patients en ambulatoire ou admis aux urgences.

On observe que les chutes concernent en majorité les femmes, des personnes âgées, et la survenue est plus fréquente la nuit, et pour la plupart, avec peu ou pas de conséquences.

Le nombre de déclarations de chutes est en augmentation par rapport à l'année précédente suite aux mesures mises en place par le groupe de travail et le suivi annuel.

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

17.1.3 Suivi des patients infectés au clostridium difficile

Ce process a pour objectif le suivi des clostridium difficile afin d'éviter la dissémination de ce germe au sein des services de soins aigus dont un nombre élevé de chirurgies digestives et orthopédiques.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2018 .

Tous les services d'hospitalisation sont concernés par cette mesure.

Suivi réalisé uniquement pour les cas nosocomiaux (exclusion des patients hospitalisés pour un Clostridium difficile)

La proportion de clostridium difficile producteur de toxine est stable depuis leur recensement en 2013.

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

17.1.4 Suivi grippe nosocomiale

Nous avons mené cette mesure .

Indication sur la mesure	
	bitte wählen

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

Les projets sont décrits au chapitre 4.4

18.2 Projets de certification en cours

18.2.1 ISO 9001:2015

Hirslanden Clinique La Colline est certifiée ISO 9001 : 2015 depuis août 2016. Cette démarche porte sur le management de la qualité sur tout le site de la Clinique La Colline. Un audit de suivi externe est mené chaque année sur une partie des processus de la Clinique.

19 Conclusions et perspectives

L'intégration de la Clinique La Colline au groupe Hirslanden depuis Juin 2014 amène une nouvelle dynamique dans la conceptualisation de modèles et outils au service de la qualité et de la sécurité des soins.

Hirslanden Clinique La Colline, et plus largement, le groupe Hirslanden place le patient au centre de ses préoccupations. La qualité et la sécurité des soins sont intégrées à chaque niveau de l'organisation et dans les pratiques quotidiennes de chacun, sous l'appui de différents concepts.

Hirslanden Clinique La Colline poursuit la mise en place et la pérennisation de divers projets systémiques contribuant à une amélioration continue de la prise en charge de ses patients.

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.

Des informations supplémentaires sur l'offre de l'institution sont disponibles sur le portail des hôpitaux et cliniques info-hopitaux.ch et dans le rapport annuel.

Ce dernier peut être téléchargé au moyen du lien suivant: [Rapport annuel](#)

Soins somatiques aigus

Offres groupes de prestations de la planification hospitalière
Base
Base chirurgie et médecine interne
Peau (dermatologie)
Dermatologie (y c. vénérologie)
Oncologie dermatologique
Traitement des plaies
Nez-gorge-oreille (oto-rhino-laryngologie)
Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)
Chirurgie cervico-faciale
Chirurgie élargie du nez et des sinus
Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes
Chirurgie maxillaire
Système nerveux chirurgical (neurochirurgie)
Neurochirurgie crânienne
Système nerveux médical (neurologie)
Neurologie
Maladies cérébrovasculaires (sans stroke unit)
Yeux (ophtalmologie)
Ophthalmologie
Chirurgie spécialisée du segment antérieur
Cataracte
Affections du corps vitré/de la cornée
Hormones (endocrinologie)
Endocrinologie
Estomac-intestins (gastroentérologie)
Gastroentérologie
Gastroentérologie spécialisée
Chirurgie viscérale
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)
Sang (hématologie)
Lymphomes indolents et leucémies chroniques
Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques

Vaisseaux
Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux
Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux
Chirurgie carotidienne
Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)
Cœur
Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)
Urologie
Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)
Plastie reconstructive de l'urètre
Poumons médical (pneumologie)
Pneumologie
Poumons chirurgical (chirurgie thoracique)
Chirurgie thoracique
Orthopédie
Chirurgie de l'appareil locomoteur
Orthopédie
Chirurgie de la main
Arthroscopie de l'épaule et du coude
Arthroscopie du genou
Reconstruction de membres supérieurs
Reconstruction de membres inférieurs
Chirurgie de la colonne vertébrale
Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale
Rhumatologie
Rhumatologie
Gynécologie
Gynécologie
Néoplasmes malins du corps utérin

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/prestations/qualite_securite_des_patients/rapport_sur_la_qualite



Les symboles utilisés dans ce rapport, qui font référence aux domaines d'hôpitaux soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation ne figurent que lorsque les modules concernent des domaines spécifiques.

Instances impliqués et partenaires



Le modèle ayant servi au présent rapport sur la qualité a été élaboré en collaboration avec le groupe de pilotage de **QABE** «développement de la qualité dans les hôpitaux de soins aigus du canton de Berne».

Le modèle continue à être développé en collaboration avec la Commission technique Qualité somatique aigüe (**FKQA**), divers cantons et sur mandat des fournisseurs de prestations.

Voir aussi:

www.hplus.ch/fr/servicenav/portrait/commissions_techniques/qualite_somatique_aigue_fkqa/



La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (**CDS**) recommande aux cantons d'imposer aux hôpitaux de rendre compte de la qualité de leurs traitements et de les inciter à utiliser le modèle de rapport sur la qualité de H+ et à le publier sur la plateforme de H+ www.info-hopitaux.ch.

Autres instances



L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (**ANQ**) coordonne et met en œuvre des mesures de qualité dans différents domaines (médecine somatique aigüe, réadaptation et psychiatrie).

Voir aussi: www.anq.ch



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

Voir plus: www.securitedespatients.ch



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