



Clinique Cecil
Avenue Ruchonnet 53
1003 Lausanne



Somatique
aigüe

Rapport de qualité 2010

Selon les directives de H+ qualité® et des cantons de Berne
et de Bâle-ville



Index

A	Introduction	3
B	Stratégie de qualité	4
B1	Stratégie et objectifs en matière de qualité	4
B2	2-3 points principaux pour l'année de référence 2010	4
B3	Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2010	4
B4	Evolution de la qualité pour les années à venir	4
B5	Organisation de la gestion de la qualité	5
B6	Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité	5
C	Chiffres du contrôle qualité	6
C1	Chiffres de somatique aiguë	6
C2	Chiffres de psychiatrie	Fehler! Textmarke nicht definiert.
C3	Chiffres de réhabilitation	Fehler! Textmarke nicht definiert.
C4	Chiffres Soins de longue durée	Fehler! Textmarke nicht definiert.
D	Procédure du contrôle de qualité comparatif externe	7
D1	Mesures de la satisfaction	7
D1-1	Satisfaction des patients ou des résidents	7
D1-2	Satisfaction systématique des proches	9
D1-3	Satisfaction du personnel	10
D1-4	Satisfaction des référents	11
D2	Indicateurs ANQ	12
D2-1	Réadmissions potentiellement évitables	12
D2-2	Réopérations potentiellement évitables	12
D2-3	Infections post-opératoires des plaies selon SwissNOSO	13
D2-4	Participation à d'autres programmes de mesure des infections	13
D3	Autres indicateurs de qualité	15
D4	Autres procédures du contrôle de qualité comparatif externe	16
D5	Projets pilotes CIQ	Fehler! Textmarke nicht definiert.
D5-1	Projet pilote CIQ psychiatrie adulte	Fehler! Textmarke nicht definiert.
D5-2	Projet pilote CIQ réhabilitation	Fehler! Textmarke nicht definiert.
E	Procédure de contrôle de qualité interne (surveillance)	17
E1	Indicateur de soins	17
E1-1	Chutes	17
E1-2	Décubitus (escarres)	17
E2	Autres indicateurs de qualité	18
E2-1	Supplément pour les soins de longue durée	Fehler! Textmarke nicht definiert.
E2-2	Indicateurs de qualité propres internes ou surveillances	18
F	Activités d'amélioration	19
F1	Certifications et normes / standards appliqués	19
F2	Aperçu général des autres activités en cours	19
F3	Aperçu général des projets de qualité actuels	19
F4	Projets sélectionnés en matière de qualité	20
G	Conclusion et perspectives	22
H	Mentions légales	22
I	Annexes	22



Le management de la qualité de la clinique Cecil se base sur les objectifs qualité définis:

Au niveau du groupe Hirslanden

Au niveau du site Hirslanden Lausanne

Au niveau de la clinique Cecil.

Nos outils de gestion de la qualité sont :

- l'introduction d'un Balance Score Card (BSC) au niveau du groupe qui se décline en objectifs et en indicateurs par clinique d'abord puis par département ensuite, puis finalement par service ou par collaborateurs.
- la revue de direction annuelle dans le cadre de notre certification ISO 9001:2008
- des audits internes
- la gestion documentaire au travers du logiciel IMS
- l'écoute client avec les propositions d'amélioration basées sur les lettres confidentielles et les suggestions de nos clients ainsi que l'analyse des différentes enquêtes de satisfaction réalisées auprès de nos patients (hospitalisés ou ambulatoires)
- la gestion des risques cliniques au travers des cas CIRS annoncés
- le suivi de certains indicateurs via Iqip (International Quality Indicator Project)



B1 Stratégie et objectifs en matière de qualité

Politique de qualité Hirslanden

- Les patients, les médecins, les collaborateurs et les partenaires ont choisi Hirslanden parce qu'ils veulent pouvoir bénéficier de son solide système de QM (management de la Qualité).
- Toutes les activités du QM tendent vers un seul objectif stratégique " Hirslanden se positionne comme l'un des premiers prestataires de services dans le domaine de l'assurance complémentaire et le Groupe est reconnu comme un leader sur le marché.
- En fournissant ses prestations de haute qualité, efficaces et efficientes, Hirslanden pense d'abord au bénéfice qu'en retirera le patient.
- Le Groupe met en application une politique de management des risques: la sécurité des patients reste au premier plan de ses préoccupations.
- Hirslanden s'engage à développer son programme d'amélioration continue (KVP, à favoriser la transparence et les comparaisons et à se prêter aux contrôles de qualité prévus par la LAMAL.
- Mettant à profit l'effet synergétique de la collaboration régnant à l'intérieur du Groupe, Hirslanden a pu définir des normes et des standards pour le QM des hôpitaux suisses.
- Le présent programme de développement Qualité va permettre à Hirslanden de concrétiser sa politique de qualité.

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

B2 2-3 points principaux pour l'année de référence 2010

Réorganisation de la structure du service qualité avec une responsable qualité pour les deux cliniques, pour le management de la qualité. Deux coordinatrices qualité, une par clinique avec un rôle plus opérationnel, coaching de proximité..

Introduction du système IMS (Integrated Management System) et information aux collaborateurs

Introduction du portail d'annonce SIS (Safety Information System) avec formation des collaborateurs.

B3 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2010

Introduction du système IMS, du portail SIS et des annonces des cas CIRS.

Introduction d'une checklist périopératoire.

B4 Evolution de la qualité pour les années à venir

Gestion des risques cliniques.

Recertification ISO 9001:2008 et 13485

EFQM

B5 Organisation de la gestion de la qualité

☒	La gestion de la qualité est représentée au niveau de la direction.
☐	La gestion de la qualité est du ressort de la direction, comme fonction verticale.
☐	La gestion de la qualité est du ressort de la direction, comme fonction horizontale.
☐	Autre forme d'organisation :
Pour l'unité de qualité indiquée ci-dessus,	90 % sont disponibles.

B6 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité

Titre, prénom, NOM	Téléphone (direct)	E-mail	Position / Service
Pierre-Frédéric Guex			Responsable de la qualité
Charlotte Vogel	021 310 56 18	Charlotte.vogel@hirslanden.ch	En charge de la qualité
Caroline Mobihan			Délégué de la qualité
Corinne Vandembulcke			Responsable de l'hygiène
Caroline Mobihan - Charlotte Vogel			En charge de l'IQIP
Corinne Vandembulcke			En charge du KISS
Corine Ganioz			En charge de la matériovigilance
Jean Hogarth			En charge de la pharmacovigilance
Dr Piguet - Dr Korkodelovic			En charge de l'hématovigilance
Bruno Parreira			En charge de la radioprotection
			Coordinateur/-trice des transplantations
Pierre Aubert			Responsable CFST
Caroline Mobihan			En charge du CIRS
Charlotte Vogel			En charge du Picker
Judit Rigoli			Responsable du codage

* Kontaktperson für Fragen zum Qualitätsbericht

C1 Chiffres de somatique aiguë



Chiffres	Valeurs	Remarques
Nombre de cas ambulants ,	26925	
dont nombre de nouveaux nés ambulants et en bonne santé	0	
Nombre de patients stationnaires ,	3462	
dont nombre de nouveaux nés stationnaires et en bonne santé	529	
Nombre total de jours de soins	21712	
Nombre de lits au 31/12	86	
Durée moyenne du séjour	6.2	
Charge moyenne des lits	69%	
Groupes hospitaliers: Nommer les sites de somatique aiguë		

D

Procédure du contrôle de qualité comparatif externe

D1 Mesures de la satisfaction

D1-1 Satisfaction des patients ou des résidents



Comment la satisfaction des patients est-elle mesurée dans l'établissement ?			
☐	Non , la satisfaction des patients n'est pas mesurée dans notre institution.		
☒	Oui , la satisfaction des patients est mesurée dans notre institution.		
☐	Pas de mesure pour l'année de référence 2010	Dernière mesure: 2010	Prochaine mesure: 2011
☐	Oui. L'année de référence 2010, une mesure a été effectuée.		

Sur quels sites / dans quels domaines le sondage a-t-il été effectué en 2010 ?			
☐	Dans tout l'établissement / sur tous les sites, ou... →	☐	...uniquement sur les sites suivants:
☐	Dans toutes les cliniques / domaines, ou... →	☐	...uniquement dans les cliniques / domaines suivants:
☒	Dans toutes les stations / services, ou... →	☐	...uniquement dans les stations / services suivants: étages de soins, maternité

Résultats des mesures Picker	Valeur de satisfaction	Evaluation des résultats / Remarques
Etablissement complet	Voir ci dessous	Maximum = 100%
Résultats par service	Résultat se	Evaluation des résultats / Remarques
Satisfaction globale	89.3%	....
Recommanderait la clinique	85.3%	....
Satisfaction globale maternité	80.3%	....
Recommanderait la clinique pour la maternité	81.1%	....
☐	La mesure n'est pas encore terminée . Les résultats ne sont pas encore disponibles.	
☐	L'établissement renonce à la publication des résultats.	

Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010			
☐ Mecon	☐ Autre instrument de mesure externe		
☒ Picker	Nom de l'instrument	....	Nom de l'institut de mesure
☐ VO: PEQ			....
☐ MüPF(-27)			
☐ POC(-18)			
☐ Instrument interne propre			
Description de l'instrument	Questionnaire Picker standardisé "Somatique aigüe en hôpital" avec 58 questions fermées et 1 ouverte. Adjonction de modules spécifiques à Hirslanden. Questionnaire séparé pour l'obstétrique		
Critères d'inclusion	Toutes personnes >= 18ans en séjour à l'hôpital et avec retour à la maison dans une période bien définie. Domicile en Suisse exigé.		
Critères d'exclusion	Critères d'inclusion non remplis. Patients décédés à l'hôpital		
Retour en pourcents	69.5		
Courrier de rappel ?	☐ Non.	☐ Oui, emploi comme suit:	Un second questionnaire est envoyé à tout patient n'ayant pas répondu dans les 4 semaines

Résultats des mesures PEQ	Valeur	Evaluation des résultats / Remarques
Etablissement complet		
Résultats par service	Résultat se	Evaluation des résultats / Remarques
Médecins		Note maximale 6
Soins		Note maximale 6
Organisation et système		Note maximale 6
☐ La mesure n'est pas encore terminée . Les résultats ne sont pas encore disponibles.		
☐ L'établissement renonce à la publication des résultats.		

Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010				
☐ Mecon ☐ Picker ☐ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☒ Autre instrument de mesure externe			
	Nom de l'instrument	....	Nom de l'institut de mesure	Questionnaire HCRI Phase test
☐ Instrument interne propre				
Description de l'instrument		Questionnaire informatique ou version papier pour ceux qui le désirent		
Critères d'inclusion		Tous les patients ambulatoires (Dialyse, clinique de jour, centre de cardiologie, Centre Interventionnel ambulatoire, physiothérapie radiologie)		
Critères d'exclusion		Centre de la douleur		
Retour en pourcents		351 questionnaires remplis, pas d'évaluation du pourcentage		
Courrier de rappel ?		☒ Non.	☐ Oui, emploi comme suit:	....

D1-2 Satisfaction systématique des proches

La satisfaction des proches est-elle mesurée dans l'établissement ?			
☒	Non , dans notre institution, la satisfaction des proches n'est pas mesurée.		
☐	Oui . Dans notre institution, la satisfaction des proches est systématiquement mesurée.		
	☐ Pas de mesure pour l'année de référence 2010	Dernière mesure:	Prochaine mesure:
	☐ Oui. L'année de référence 2010, une mesure a été effectuée.		

Sur quels sites / dans quels domaines le sondage a-t-il été effectué en 2010 ?			
☐	Dans tout l'établissement / sur tous les sites, ou... →	☐	...uniquement sur les sites suivants:
☐	Dans toutes les cliniques / domaines, ou... →	☐	...uniquement dans les cliniques / domaines suivants:
☐	Dans toutes les stations / services, ou... →	☐	...uniquement dans les stations / services suivants:

Résultats des mesures	Valeur	Evaluation des résultats / Remarques
Etablissement complet		
Résultats par service	Résultats	Evaluation des résultats / Remarques
....		
....		
....		
....		
☐ La mesure n'est pas encore terminée . Les résultats ne sont pas encore disponibles.		
☐ L'établissement renonce à la publication des résultats.		

Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010			
☐	Instrument de mesure externe		
	Nom de l'instrument	....	Nom de l'institut de mesure
			
☐	Instrument interne propre		
Description de l'instrument		....	
Critères d'inclusion		....	
Critères d'exclusion		....	
Retour en pourcents		....	
Courrier de rappel ?		☐ Non.	☐ Oui, emploi comme suit :

D1-3 Satisfaction du personnel



La satisfaction du personnel est-elle mesurée dans l'établissement ?			
☐	Non , dans notre institution, la satisfaction du personnel n'est pas mesurée.		
☒	Oui . Dans notre institution, la satisfaction du personnel est mesurée.		
☐	Pas de mesure pour l'année de référence 2010	Dernière mesure:	2008 Prochaine mesure: 2011
☐	Oui. L'année de référence 2010, une mesure a été effectuée.		

Sur quels sites / dans quels domaines le sondage a-t-il été effectué en 2010 ?			
☒	Dans tout l'établissement / sur tous les sites, ou... →	☐	...uniquement sur les sites suivants:
☐	Dans toutes les cliniques / domaines, ou... →	☐	...uniquement dans les cliniques / domaines suivants:
☐	Dans toutes les stations / services, ou... →	☐	...uniquement dans les stations / services suivants:

Résultats des mesures	Valeur	Evaluation des résultats / Remarques
Etablissement complet		
Résultats par service	Résultat	Evaluation des résultats / Remarques
....		
....		
....		
....		
☐ La mesure n'est pas encore terminée . Les résultats ne sont pas encore disponibles. ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats.		

Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010			
☐	Instrument de mesure externe		
	Nom de l'instrument	....	Nom de l'institut de mesure
☐	Instrument interne propre		
Description de l'instrument		....	
Critères d'inclusion		....	
Critères d'exclusion		....	
Retour en pourcents		....	
Courrier de rappel ?		☐ Non.	☐ Oui, emploi comme suit :

D1-4 Satisfaction des référents



La satisfaction des référents est-elle mesurée dans l'établissement ?			
☒	Non , dans notre institution, la satisfaction n'est pas mesurée.		
☐	Oui . Dans notre institution, la satisfaction est mesurée.		
	☐ Pas de mesure pour l'année de référence 2010	Dernière mesure:	Prochaine mesure:
	☐ Oui. L'année de référence 2010, une mesure a été effectuée.		

Sur quels sites / dans quels domaines le sondage a-t-il été effectué en 2010 ?			
☐	Dans tout l'établissement / sur tous les sites, ou... →	☐	...uniquement sur les sites suivants:
☐	Dans toutes les cliniques / domaines, ou... →	☐	...uniquement dans les cliniques / domaines suivants:
☐	Dans toutes les stations / services, ou... →	☐	...uniquement dans les stations / services suivants:

Résultats des mesures	Valeur	Evaluation des résultats / Remarques
Etablissement complet		
Résultats par service	Résultat	Evaluation des résultats / Remarques
....		
....		
....		
....		
☐ La mesure n'est pas encore terminée . Les résultats ne sont pas encore disponibles.		
☐ L'établissement renonce à la publication des résultats.		

Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010			
☐	Instrument de mesure externe		
	Nom de l'instrument	....	Nom de l'institut de mesure
			
☐	Instrument interne propre		
Description de l'instrument		....	
Critères d'inclusion		....	
Critères d'exclusion		....	
Retour en pourcents		....	
Courrier de rappel ?		☐ Non.	☐ Oui, emploi comme suit :

D2 Indicateurs ANQ

D2-1 Réadmissions potentiellement évitables



Le taux de rechutes qui auraient éventuellement pu être évitées est-il mesuré dans l'établissement ?				
☐ Non , le taux de réadmissions potentiellement évitables n'est pas mesuré dans notre institution.				
☒ Oui . Le taux de réadmissions potentiellement évitables est mesuré dans notre institution.				
☐ Pas de mesure pour l'année de référence 2010 Dernière mesure: 2010 Prochaine mesure: 2011				
☐ Oui . L'année de référence 2010, une mesure a été effectuée.				
Groupes hospitaliers: sur quels sites?				

Nombre de sorties en 2010	Nombre de retours en 2010	Taux de réadmissions: Résultat [%]	Délai d'observation (nombre de jours)	Instance procédant à l'évaluation
3438	60	1.75	≤ 15 Tage	IQIP

Evaluation des résultats / Remarques	
Le taux de réadmission à l'hôpital n'est pas mesuré par la méthode SQLape mais bien avec IQIP (international quality indicator project)	
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles).	
☐ L'établissement renonce à la publication des résultats.	
☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.	

D2-2 Réopérations potentiellement évitables



Le taux de ré-opérations qui auraient éventuellement être pu évitées est-il mesuré dans l'établissement ?			
☐ Non , le taux de réopérations potentiellement évitables n'est pas mesuré dans notre institution.			
☒ Oui . le taux de réopérations potentiellement évitables est mesuré dans notre institution.			
☐ Pas de mesure pour l'année de référence 2010 Dernière mesure: 2010 Prochaine mesure: 2011			
☐ Oui . L'année de référence 2010, une mesure a été effectuée.			
Groupes hospitaliers: sur quels sites?			

Nombre de traitements in 2010	Nombre de traitements renouvelés en 2010	Taux de ré-opérations : Résultat [%]	Instance procédant à l'évaluation
2569	56	2.18	IQIP

Evaluation des résultats / Remarques	
Le taux de réopération n'est pas mesuré par la méthode SQLape mais bien avec IQIP (international quality indicator project)	
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles).	
☐ L'établissement renonce à la publication des résultats.	
☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.	

D2-3 Infections post-opératoires des plaies selon SwissNOSO



Le taux d'infections post-opératoires des plaies est-il mesuré dans l'établissement au moyen de SwissNOSO ?		
☒	Non , le taux d'infections post-opératoires des plaies n'est pas mesuré dans l'établissement.	
☐	Oui . Le taux d'infections post-opératoires des plaies est mesuré dans l'établissement au moyen de SwissNOSO	
☐	Pas de mesure pour l'année de référence 2010	Dernière mesure: Prochaine mesure:
☐	Oui . L'année de référence 2010, une mesure a été effectuée.	
	Groupes hospitaliers: sur quels sites?	....

Thèmes mesurés 2010	Valeurs mesurées	Remarques
☐ Vésicule biliaire		
☐ Retrait de l'appendice		
☐ Opération pour hernie		
☐ Opération du côlon		
☐ Césarienne		
☐ Chirurgie cardiaque		
☐ Prothèses de la hanche		
☐ Prothèses du genou		
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles).		
☐ L'établissement renonce à la publication des résultats.		
☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.		

D2-4 Participation à d'autres programmes de mesure des infections



Les infections sont-elles mesurées dans l'établissement au moyen d'un autre programme que SwissNOSO ?		
☐	Non , les infections ne sont pas mesurées dans notre institution.	
☒	Oui . Les infections sont mesurées dans notre institution, mais pas avec SwissNOSO.	
☐	Pas de mesure pour l'année de référence 2010	Dernière mesure: 2010 Prochaine mesure: 2011
☐	Oui . L'année de référence 2010, une mesure a été effectuée.	
	Groupes hospitaliers: sur quels sites?	....

Thème d'infection de la mesure	Infections postopératoires de plaies	
Mesure l'année de référence 2010: Endoprothèse de la hanche		
Services mesurés:	Services de soins	Résultat : -
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles).		
☐ L'établissement renonce à la publication des résultats.		
☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.		
Mesure l'année de référence 2010: Endoprothèse du genou		
Services mesurés:	Services de soins	Résultat : -
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles).		
☐ L'établissement renonce à la publication des résultats.		
☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.		

Mesure l'année de référence 2010: Pontage coronarien, opérations thoraciques		
Services mesurés:	Services de soins	Résultat : 12.5
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.		
Mesure l'année de référence 2010: Césarienne		
Services mesurés:	Services de soins	Résultat : -
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.		
Mesure l'année de référence 2010: Hystérectomies abdominales		
Services mesurés:	Services de soins	Résultat : -
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.		
Mesure l'année de référence 2010: Chirurgie d'colon		
Services mesurés:	Services de soins	Résultat : -
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.		
Thème d'infection de la mesure Densités d'incidents liés à des dispositifs médicaux		
Mesure l'année de référence 2010: Associés à un cathéter urinaire (CU)		
Services mesurés:	Soins Intensifs (Réha)	Résultat : 8.8
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.		
Mesure l'année de référence 2010: Associés du respirateur artificiel		
Services mesurés:	Soins Intensifs (Réha)	Résultat : 6.58
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.		
Mesure l'année de référence 2010: Associés à un cathéter veineux central		
Services mesurés:	Soins Intensifs (Réha)	Résultat : 5.22
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.		
Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010		
☐ Instrument interne	Nom de l'instrument:	HISS
☐ Instrument externe	Nom fournisseur / Instance procédant à l'évaluation:	BZH Freiburg, i.B.



Thème de la mesure	SAPS		
Mesure de l'année de référence 2010			
Groupes hospitaliers: sur quels sites?	....		
Services mesurés:	....	Résultat :	....
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.			
Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010			
☐ Instrument interne	Nom de l'instrument:		....
☐ Instrument externe	Fournisseur / Instance procédant à l'évaluation:		....

Thème de la mesure	CIRS		
Mesure de l'année de référence 2010			
Groupes hospitaliers: sur quels sites?	Cecil		
Services mesurés:	....	Résultat :	....
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.			
Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010			
☐ Instrument interne	Nom de l'instrument:		....
☐ Instrument externe	Fournisseur / Instance procédant à l'évaluation:		....

Thème de la mesure	....		
Mesure de l'année de référence 2010			
Groupes hospitaliers: sur quels sites?	....		
Services mesurés:	....	Résultat :	....
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.			
Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010			
☐ Instrument interne	Nom de l'instrument:		....
☐ Instrument externe	Fournisseur / Instance procédant à l'évaluation:		....



Surveillance et registres

Désignation	Domaine ¹	Base de la saisie ²	Etat ³
Contrôle de qualité externe pour examens de laboratoire	B	A	A
....			
....			
....			
Remarques			
....			

Légende:

¹ A=Etablissement entier, de manière générale
 B=Discipline spécifique, par ex. physiothérapie, service médical, urgence, etc.
 C=Service isolé

² A=Société spécialisée
 B=Reconnu par d'autres organisations que les sociétés spécialisées, par ex. QABE
 C=Systeme propre à l'établissement

³ A=Mise en œuvre / participation depuis plus d'un an
 B=Mise en œuvre / participation pour l'année de référence 2010
 C= Introduit l'année de référence 2010



Procédure de contrôle de qualité interne (surveillance)

E1 Indicateur de soins

E1-1 Chutes



Définition des thèmes de la mesure « Chute »		Chutes documentées (total)			
Mesure pour l'année de référence 2010					
Groupes hospitaliers: sur quels sites?		Cecil			
Services mesurés:		Tous les services de l'hôpital			
Résultat général:	0.21	Part avec conséquences de traitement :		Part sans conséquences de traitement :	
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.					
Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010					
☐ Instrument interne	Nom de l'instrument:		....		
☒ Instrument externe	Fournisseur / Instance procédant à l'évaluation:		IQIP		

E1-2 Décubitus (escarres)



Mesure pour l'année de référence 2010						
Groupes hospitaliers: sur quels sites?		Cecil				
Services mesurés:		Tous les services de l'hôpital		Résultat général:	0	
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles). ☐ L'établissement renonce à la publication des résultats. ☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.						
Lieu d'apparition des décubitus		Valeurs (quantitatives)				
		total	Niveau I	Niveau II	Niveau III	Niveau IV
Nombre de décubitus lors de l'hospitalisation et de la ré-hospitalisation						
Nombre de décubitus pendant le séjour au sein de l'institution.						
Description de l'attitude adoptée vis-à-vis des nouvelles situations		On retient seulement les escarres qui naissent pendant le séjour à l'hôpital. Le nombre de cas étant faible, on présente seulement les chiffres totaux				
Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010						
☐ Instrument interne	Nom de l'instrument:		....			
☒ Instrument externe	Fournisseur / Instance procédant à l'évaluation:		IQIP			

E2 Autres indicateurs de qualité

E2-2 Indicateurs de qualité propres internes ou surveillances

Thème de la mesure	....		
Mesure pour l'année de référence 2010			
Groupes hospitaliers: sur quels sites?	....		
Services mesurés:	....	Résultat :	....
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles).			
☐ L'établissement renonce à la publication des résultats.			
☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.			
Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010			
☐ Instrument interne	Nom de l'instrument:		....
☐ Instrument externe	Fournisseur / Instance procédant à l'évaluation:		....

Thème de la mesure	....		
Mesure pour l'année de référence 2010			
Groupes hospitaliers: sur quels sites?	....		
Services mesurés:	....	Résultat :	....
☐ La mesure n'est pas encore terminée (résultats pas encore disponibles).			
☐ L'établissement renonce à la publication des résultats.			
☐ Les mesures de prévention sont décrites dans les activités d'amélioration.			
Informations destinées à un public professionnel : Instrument de mesure employé pour l'année de référence 2010			
☐ Instrument interne	Nom de l'instrument:		....
☐ Instrument externe	Fournisseur / Instance procédant à l'évaluation:		....



Activités d'amélioration



Les contenus de ce chapitre se trouvent également sur www.informationhospitaliere.ch.

F1 Certifications et normes / standards appliqués

Domaine (établissement ou site / discipline / service entier)	Norme appliquée	Année de certification	Année de la dernière re- certification	Remarques
Ganzes Spital	ISO 9001:2008	2007	2010	....
ZSVA	ISO 13485	2004	2010	....
....				
....				
....				

F2 Aperçu général des autres activités en cours

Liste des activités **permanentes** actuelles

Domaine (établissement ou site / discipline / service entier)	Activité (Titre)	Objectif	Statut fin 2010
....			
....			
....			
....			
....			
....			

F3 Aperçu général des projets de qualité actuels

Liste des **projets** de qualité actuels pour l'année de référence (en cours / terminés)

Domaine (établissement ou site / discipline / service entier)	Projet (Titre)	Objectif	Durée (du ... au)
Cecil	Réévaluation du processus hémovigilance	sécurisation du processus de la gestion des produits sanguins	2010
Cecil	Formation IMS	gestion documentaire	1er trimestre 2010
Cecil	CIRS portail SIS	annonce des incidents	1er trimestre 2010
....			
....			
....			

F4 Projets sélectionnés en matière de qualité

Description de 1 à 3 projets de qualité **terminés**

Nom de projet	Hémovigilance	
Domaine	☒ Projet interne	☐ Projet externe (par ex. avec Canton)
Objectif du projet	sécurisation du processus de la gestion de produits sanguins	
Description	reprise de tout le processus. IT remises à jour et complétées. Introduction du bed side test. Centralisation du stockage des produits sanguins.	
Déroulement du projet / Méthode	gestion de projet, état des lieux, audit de la santé publique.	
Domaine d'application	☐ avec d'autres établissements. Quels établissements ?	
	☐ Le groupe hospitalier entier, soit l'établissement entier	
	☐ Des sites isolés. Quels sites ?	
	☒ Des services isolés. Quels services ? services de soins, bloc opératoire, anesthésie et soins intensifs	
Catégories professionnelles concernées	personnel soignant, anesthésistes	
Evaluation du projet / Conséquences	Audit réussi avec succès	
Documents complémentaires	....	

Nom de projet	IMS	
Domaine	☒ Projet interne	☐ Projet externe (par ex. avec Canton)
Objectif du projet	gestion documentaire	
Description	Mise à disposition d'un logiciel de gestion documentaire pour tous les utilisateurs	
Déroulement du projet / Méthode	Saisie et définitions des différents processus, cours organisé pour les utilisateurs, coaching de proximité	
Domaine d'application	☒ avec d'autres établissements. Quels établissements ? Bois-Cerf	
	☐ Le groupe hospitalier entier, soit l'établissement entier	
	☐ Des sites isolés. Quels sites ?	
	☐ Des services isolés. Quels services ?	
Catégories professionnelles concernées	Tous les utilisateurs	
Evaluation du projet / Conséquences	Accès facile, lecture aisée, recherche de documents un peu difficile. A développer : documents pour certains processus, transversalité, mise à jour	
Documents complémentaires	....	

Nom de projet	Gestion des risques, portail d'annonce	
Domaine	☒ Projet interne	☐ Projet externe (par ex. avec Canton)
Objectif du projet	Encourager et faciliter l'annonce d'évènements ou de cas "near miss" concernant les patients, les collaborateurs ainsi que la gestion du système qualité	
Description	Portail d'annonce informatique accessible à tous, anonymat, analyse et suivi des cas annoncés.	
Déroulement du projet / Méthode	....	
Domaine d'application	☐ avec d'autres établissements. Quels établissements ?	
	☒ Le groupe hospitalier entier, soit l'établissement entier	
	☐ Des sites isolés. Quels sites ?	
	☐ Des services isolés. Quels services ?	
Catégories professionnelles concernées	Tous les collaborateurs	
Evaluation du projet / Conséquences	Formation des utilisateurs, soutien efficace à la culture de l'annonce, à développer encore	
Documents complémentaires	....	



Signature du contrat qualité national avec l'ANQ en 2011 et introduction des mesures préconisées par ce contrat (Enquête de prévalence des chutes et des escarres, participation à Swissnoso, suivi des ré hospitalisations et des ré opérations avec l'outil SQLape et participation à l'enquête de satisfaction des patients avec l'outil de mesure choisi par l'ANQ .

Formation pour tous les soignants au concept de vigilance et gestion des risques cliniques ainsi que sur la manière de déclarer les incidents critiques.

Formation à tous les soignants sur l'hémovigilance et introduction de bed side test.

Analyse de risque de tout le processus médicamenteux (réception, stockage, préparation et administration du médicament)

Analyse de risque du processus de stérilisation.



Mentions légales

Editeur / documentation



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Les Hôpitaux de Suisse, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Berne

© H+ Les Hôpitaux de Suisse 2010

Voir aussi www.hplusqualite.ch



Les symboles utilisés dans ce rapport et qui se rapportent aux catégories hospitalières **somatique aiguë, psychiatrie, réhabilitation et soins de longue durée** ne se trouvent que là où les modules concernent des catégories isolées. S'il n'y a pas de symboles, la recommandation vaut pour toutes les catégories.

Afin de rendre les termes spécifiques le plus compréhensible possible, H+ met à disposition un **glossaire** complet en trois langues :

→ www.hplusqualite.ch → Rapport sur la qualité par hôpital

→ www.hplusqualite.ch → Rapport de branche H+

Cantons et commissions ayant participé



Le modèle ayant servi au présent rapport de qualité a été élaboré en collaboration avec le groupe pilote de « développement de la qualité dans les hôpitaux de soins aigus du canton de Berne » (QABE). Le rapport utilise les armoiries pour représenter le QABE, pour les rubriques où le Canton impose la documentation.

Voir aussi http://www.gef.be.ch/site/fr/gef_spa_qabe



Le Canton de Bâle-Ville s'est entendu avec H+ Les Hôpitaux de Suisse. Les organismes prestataires basés dans le Canton de Bâle-Ville sont tenus d'exécuter les modules désignés par les armoiries. Les établissements de longue durée du Canton de Bâle-Ville ne sont pas concernés par cette disposition.

Partenaires



Les recommandations de l'ANQ (Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) ont été reprises et marquées du logo ANQ.

Voir aussi www.anq.ch



Annexes