

Rapport sur la qualité 2021

conforme aux directives de H+

Validé le:
par:

30.06.2021
Marilyne Delemonte, Directrice

Version 1



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 2021.

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 2021

Madame
Fabienne Dartiguenave
Directrice des soins
032 720 34 42
fdartiguenave@providence.ch

Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse sur la situation en matière de qualité

Les hôpitaux et les cliniques de Suisse contribuent au développement de la qualité sans ménager leurs efforts et par des mesures ciblées. Avec son modèle de rapport sur la qualité, H+ leur permet de communiquer de manière uniforme et transparente sur leurs activités dans ce domaine et de les faire figurer directement dans leur profil sur le portail info-hopitaux.ch.

En raison de la persistance de la pandémie de COVID-19, 2021 a été à nouveau une année très astreignante pour les hôpitaux et les cliniques ainsi que pour leur personnel. Afin de les décharger, la mesure des infections du site chirurgical (SSI) par Swissnoso a été suspendue temporairement. Pour la deuxième fois consécutive, il a aussi été décidé de renoncer à la mesure de la prévalence des chutes et des escarres. De même, aucune démarche de Peer Review de l'IQM n'a été menée.

Néanmoins, il s'est passé beaucoup de choses dans les hôpitaux et les cliniques: la révision de la LAMal «Renforcement de la qualité et de l'économicité», par exemple, est entrée en vigueur le 1er avril 2021. Dans ce cadre, les partenaires que sont H+, les fédérations d'assureurs maladie santésuisse et curafutura, ainsi que la Commission des tarifs médicaux CTM se sont entendus sur un concept de mise en œuvre des nouvelles prescriptions. Il en est résulté une convention de qualité qui rend le concept contraignant. Les données découlant des nouvelles obligations seront publiées à l'avenir sur la plateforme info-hopitaux.ch et intégrées dans le rapport sur la qualité de H+. Un concept de publication a été élaboré en ce sens.

Par ailleurs, la motion Humbel a été acceptée en 2021. Ce texte vise à protéger les fournisseurs de prestations et leurs collaborateurs qui participent à des systèmes de déclaration des erreurs. Une base légale doit être ainsi créée pour garantir une culture de la gestion des erreurs et de la sécurité à l'esprit ouvert dans les hôpitaux.

Une étape importante a aussi été franchie pour le projet national de Reviews interprofessionnels dans la psychiatrie de l'Allianz Peer Review CH. Les propositions de mise en œuvre étudiées au cours des trois dernières années ont été appliquées avec succès dans quelques cliniques. La disponibilité du personnel et les mesures de protection prises par les institutions ont permis de mener quatre procédures pilotes en psychiatrie.

En plus des mesures propres à chaque hôpital, le rapport sur la qualité rend compte des mesures de l'ANQ, obligatoires et uniformes au niveau national, qui incluent les résultats spécifiques à l'hôpital/la clinique. Des comparaisons ponctuelles ne sont possibles avec de telles mesures que si les résultats par clinique, hôpital ou site sont dûment ajustés. Vous trouverez des explications détaillées sur www.anq.ch.

H+ remercie tous les hôpitaux et cliniques pour leur grand engagement: par leurs activités, ils garantissent la qualité élevée des soins en Suisse. Le présent rapport présente ces activités de manière transparente et exhaustive. Nous espérons qu'elles susciteront votre intérêt et votre estime.

Avec nos meilleures salutations



Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice H+

Table des matières

Mentions légales	2
Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse sur la situation en matière de qualité	3
1 Introduction	6
2 Organisation de la gestion de la qualité	8
2.1 Organigramme	8
2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité.....	8
3 Stratégie de qualité	9
3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2021	9
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2021	11
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir.....	17
4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité	19
4.1 Participation aux mesures nationales	19
4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton	19
4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital.....	20
4.4 Activités et projets relatifs à la qualité	21
4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents	24
4.5 Aperçu des registres	25
4.6 Vue d'ensemble des certifications.....	26
MESURES DE LA QUALITE	27
Enquêtes	28
5 Satisfaction des patients	28
5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu.....	28
5.2 Enquêtes à l'interne	29
5.2.1 Questionnaire de satisfaction interne.....	29
5.3 Service des réclamations	30
6 Satisfaction des proches Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.	
7 Satisfaction du personnel Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.	
8 Satisfaction des référents Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.	
Qualité des traitements	31
9 Réhospitalisations	31
9.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables	31
10 Opérations Notre établissement effectue régulièrement une mesure.	
11 Infections	32
11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire.....	32
12 Chutes	35
12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres	35
13 Escarres	37
13.1 Mesure nationale de prévalence des escarres	37
14 Mesures limitatives de liberté	39
14.1 Relevé à l'interne des mesures limitatives de liberté	39
14.1.1 Détection des patients à risque de chute.....	39
15 Intensité des symptômes psychiques Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.	
16 Atteinte des objectifs et état de santé Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.	
17 Autre mesure de la qualité	40
17.1 Autre mesure interne	40
17.1.1 Suivi du dépistage des préopérateurs SARS-COV-2.....	40

18	Détails des projets	41
18.1	Projets actuels en faveur de la qualité	41
18.1.1	Implémentation du dossier patient électronique (DPI)	41
18.1.2	Projet de suivi pied à risque en dialyse	42
18.2	Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2021	43
18.2.1	Parcours optimisé du patient opéré de PTH et PTG	43
18.2.2	Implémentation du projet patient debout	44
18.3	Projets de certification en cours	45
18.3.1	Concept santé-sécurité selon la solution de branche H+	45
19	Conclusions et perspectives	47
Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution		48
Soins somatiques aigus		48
Annexe 2		51
Annexe 3		52
Editeur		54

1 Introduction

Fondé il y a plus de 160 ans par les Sœurs Hospitalières de Besançon, l'Hôpital de la Providence est situé au cœur de la ville de Neuchâtel, à quelques mètres des rives du lac. Il jouit ainsi d'une situation propice à la détente et à la sérénité. L'Hôpital de la Providence est hautement spécialisé en orthopédie, néphrologie, urologie et ophtalmologie. Différentes autres spécialités chirurgicales, telles que la chirurgie du rachis, la gynécologie, la chirurgie viscérale et la chirurgie vasculaire y sont aussi pratiquées. Notre Hôpital dispose également d'un service d'urgences qui accueille tous les patients dès 16 ans, quelle que soit leur couverture d'assurance. A côté de ces spécialités, de nombreux thérapeutes exercent aussi au sein de notre institution : des consultations en diabétologie, en diététique, en neuropsychologie y sont proposées, et un grand service de physiothérapie y officie. Des centres de compétences y sont aussi présents, à savoir un centre de la douleur, dédié à l'antalgie contre les douleurs chroniques, et un centre de médecine du sport, offrant toute la palette de tests et thérapies qui peuvent aider un sportif à appréhender sa problématique dans son entièreté. L'hôpital de la Providence offre des soins médicaux de qualité, des blocs opératoires modernes dotés des dernières technologies et des prestations hôtelières de haut standing, uniques dans le canton de Neuchâtel.

En synthèse :

- La Providence compte près de 100 médecins agréés qui pratiquent quelques 4'500 opérations chaque année.
- Concernant la répartition entre l'ambulatoire et le stationnaire, ce sont environ 35% de cas stationnaires et 65% de cas ambulatoires que nous prenons en charge. Sachant que le service d'orthopédie de la Providence couvre plus de 70% des prestations orthopédiques du canton de Neuchâtel et propose les dernières technologies en la matière. Depuis fin 2020 par exemple, notre hôpital a ainsi mis en place un des premiers robots opératoires Rosa de Suisse.
- A noter aussi que l'unité d'hémodialyse de La Providence compte parmi les plus gros centres d'hémodialyse de Suisse. Ce sont plus de 1100 traitements qui y ont été prodigués chaque mois en 2021. Sachant que pour faciliter l'accès aux traitements d'hémodialyse pour les patients vivant dans le haut du canton, la Providence gère également une antenne de son centre d'hémodialyse dans la ville de La Chaux-de-Fonds. Cette antenne chaux-de-fonnière a été complètement rénovée sur le 2^e semestre de l'année 2019 et accueille depuis 2 ans les patients dans un service flambant neuf.

A l'Hôpital de la Providence, le patient est au centre de toutes nos attentions et réflexions. Les projets menés ces dernières années en sont le reflet : mise en place d'un programme de récupération optimisé, mise en place de la démarche « patient debout » pour se rendre au bloc opératoire, mise en place de centres de compétences pour répondre à la demande des patients d'être pris en charge dans l'entièreté de leur problématique (dernier exemple : notre centre du sport lancé en décembre 2019). Nous avons en parallèle renforcé nos procédures en terme de matériovigilance, avec la mise en place d'un partenariat dans ce domaine et la remise à plat de notre concept global dans ce domaine. Nous avons de plus lancé en 2020 une démarche d'intensification de nos auto-audits internes, afin d'étayer encore notre capacité à nous auto-évaluer et à favoriser l'apprentissage continu de nos équipes. Il est en outre important de souligner que nos pratiques s'appuient sur des standards de soins spécialisés, ainsi que sur une expertise soignante ciblée sur nos disciplines médicales. Nous avons développé au fil des années une culture qualité au sein de l'établissement et formé dans différents domaines nos collaborateurs à appréhender cette notion. Nous attachons aussi beaucoup d'importance à la qualité de nos processus et procédures métiers, pour parfaire la qualité de prise en charge de nos patients. En 2021 par exemple, nous avons mené avec la HE Arc un projet validé par Innosuisse d'optimisation de notre service stérilisation. Avec un objectif : fluidifier encore plus le parcours patient au sein de notre bloc. En 2021, un fait notable au sein de notre institution restera l'implémentation de notre Dossier Patient Informatisé. Ce projet, dont la plus-value sur la qualité des données patients récoltées, leur archivage et leur partage est incontestable, a nécessité plusieurs mois de travail en amont de son lancement, une formation et une implication forte de toutes nos

équipes au moment du déploiement, et un changement de procédures métiers important depuis sa mise en place.

Notre politique qualité se définit au travers de plusieurs objectifs :

- Allier une offre de soins de premier ordre à une prise en charge hôtelière de très haut standing pour nos patients.
- Assurer l'information du patient sur son état de santé et le respect de ses droits.
- Assurer la qualité de la prise en charge de la douleur – avec revue des protocoles d'anesthésie.
- Développer une culture de la sécurité des soins et de la gestion des risques.
- Pérenniser la démarche d'évaluation de nos pratiques et impliquer les équipes dans la recherche de solutions d'amélioration.

Ce qui se mesure s'améliore, et grâce à notre adhésion au contrat national pour la qualité (ANQ), nous mesurons tout au long de l'année différents indicateurs tels que :

- La satisfaction de nos patients
- Le taux de reprises opératoires
- Le taux de réhospitalisation
- La prévalence des chutes et des escarres
- Le suivi des infections chirurgicales
- Le registre SIRIS des implants orthopédiques

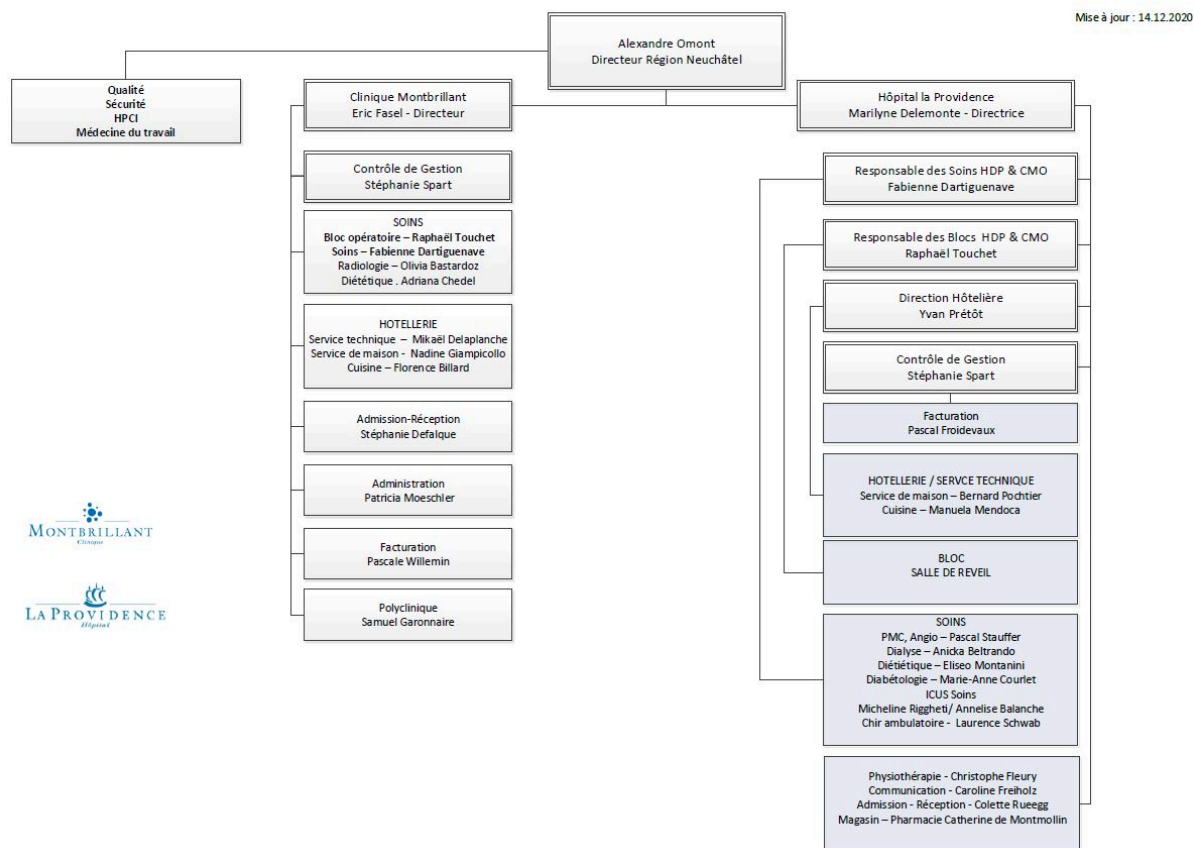
Un système de surveillance nous permet d'avoir un contrôle strict dans les domaines suivants :

- Matéiovigilance (Swissmedic)
- Pharmacovigilance (Swissmedic)
- Hémo-vigilance (Swissmedic)
- Hygiène hospitalière (Infirmière HPCI)

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

2 Organisation de la gestion de la qualité

2.1 Organigramme



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

Pour l'unité de qualité indiquée ci-dessus, un pourcentage de travail de **40%** est disponible.

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

Madame Marilyne Delemonte
Directrice
032 720 31 58
mdelemonte@providence.ch

Madame Fabienne Dartiguenave
Directrice des Soins
032 720 34 42
fdartiguenave@providence.ch

3 Stratégie de qualité

Généralités

L'hôpital de la Providence, membre du groupe Swiss Medical Network, applique la charte qualité commune des établissements du groupe, qui vise l'excellence des prestations aux patients et s'articule sur les axes suivants :

- **Sécurité**
Prévenir tout incident préjudiciable à la santé physique ou psychique de nos patients, collaborateurs, partenaires et visiteurs, et améliorer de façon continue notre concept de sécurité et de gestion des risques.
- **Respect des attentes et droits des patients**
Nos prestations répondent aux besoins et choix spécifiques de chaque patient. Elles contribuent à établir une relation de confiance durable dans le respect des droits et devoirs de chacun.
- **Efficacité médicale/efficience**
 - Fournir des prestations fondées sur des connaissances scientifiques de pointe.
 - Offrir un plateau technique performant et innovant.
 - Encourager la formation continue afin de maintenir le savoir-faire à tous les niveaux et de satisfaire aux exigences socio-économiques, politiques et médicales.
 - Éviter le gaspillage dans un souci d'écologie et de maîtrise des coûts.
 - Utiliser de manière optimale les ressources humaines et matérielles.
- **Cadre et prestations hôtelières**
 - Offrir un cadre confortable, élégant et reposant qui favorise le bien-être et participe activement à la récupération de la santé.
- **Coordination/communication**
 - Veiller à une communication ciblée, en temps utile, aux bons interlocuteurs, afin d'assurer un déroulement fluide des services/prestations à nos clients.
 - Favoriser et encourager les collaborateurs à la polyvalence et à la connaissance du travail de l'autre.

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 2021

L'année 2021 a été rythmée par la suite de la pandémie du covid-19 et marquée par le déploiement du dossier patient informatisé (DPI) sur notre site, nécessitant des transformations, structurelles et organisationnelles, afin que l'affectation des ressources se fasse à bon escient. Voici les points essentiels en matière de qualité :

- La poursuite de synergies et de collaborations avec le réseau cantonal que ce soit sur le plan médical et sur le plan stratégique par la reconduction des conventions de collaboration avec l'hôpital cantonal (RHNE) sur les soins intensifs, la néphrologie, la polyclinique, et l'urologie. Ainsi que sur le plan soignant en assurant la continuité des soins aux patients par notre participation au réseau clinique neuchâtelois (www.rcne.ch).
- La poursuite d'une communication suivie et adaptée pour faire vivre notre système de déclaration des incidents (CIRS), qu'ils soient critiques ou simplement relevant de non conformités. Assurer le traitement de ces incidents déclarés de manière rapide et transparente

(moteur de l'amélioration continue).

- Mise en place d'un concept santé et sécurité au travail selon la solution de branche H+.
- Implémentation du dossier de soins informatisé : Le groupe SMN va mettre en place un dossier patient informatisé et le déployer dans toutes les cliniques. Projet pilote à l'hôpital de la Providence avec un démarrage au mois de juin.
- Gestion de la pandémie covid19 : Dépistage de nos patients

3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2021

- **Dialyse :**

- Pour l'année 2021 : 13886 dialyses ont été effectuées dont 158 prises en charges aux soins intensifs du RHNE, 206 prises en charge de patients sur le site de Pourtalès (au 6ème étage).
- Cela représente une augmentation de 6.3% de prise en charge supplémentaire de patients dialysés pour 2021.
- Cours initial de formation et formation continue en dialyse péritonéale pour le personnel des soins à domicile (Nomad, VIAD) qui suivent des patients dialysés à domicile, en collaboration avec notre centre.

Commission qualité des eaux de dialyse :

Ce groupe élargi a pour mission le contrôle et le suivi de la qualité des eaux de dialyse (analyse trimestrielle pour la bactériologie et analyse annuelle pour la chimie). Il est composé de membres de La Providence et du RHNe (Néphrologues, infirmières HPCI, responsables de services des 2 sites, service technique, laboratoire Vitéos et représentants de Fresenius).

Séance bi annuelle avec tous les acteurs cantonaux en ce qui concerne les eaux de dialyse, néphrologues PCI HNE HDP, service techniques des deux entités, microbiologiste de Vitéos.

L'auto contrôle des eaux sur les différents sites (HDP-CMO et RHNe dialyse) doit répondre aux critères de qualité d'une eau bactériologiquement maîtrisée, en fonction des directives de la Confédération.

- Contrôles trimestriels de différents points d'eau sur HDP et CMO.
 - Mesures correctives si nécessaire
 - ex : décalcification des brises jets (calcaire =biofilm=bactéries).
 - Choc thermique
 - Nettoyage des fontaines à eau
 - La collaboration avec les infirmières HPCI du RHNE est positive et de nombreux échanges durant toute l'année écoulée ont eu lieu.
 - L'analyse des eaux microbiologiques et chimiques des différents services de l'hôpital.
 - Formation continue des collaborateurs et des personnes de référence.
- **Projet d'implémentation du dossier de soins informatisé (DPI) :**
Le groupe SMN a demandé le déploiement d'un dossier informatisé dans toutes les cliniques. La Providence est l'hôpital pilote pour le début du déploiement de ce projet. Un audit a été réalisé dans tous les services afin d'évaluer les besoins de chacun. La gestion du projet a été confiée à une responsable de soins et a un « digital champion ». Un état des lieux sur l'avancée du DPI est réalisé lors de séances hebdomadaires (Direction, Direction des soins, Chefs projet et le fournisseur du produit). C'est un projet de longue haleine : 14 mois de travail entre le kick-off meeting et le commencement du déploiement fin juin 2021 : Une construction à penser « Groupe (SMN) » et non pas « Providence », un « Plug » avec nos outils actuels à construire et une crise covid qui a freiné le projet sur la fin de l'année 2020.
 - **Patient debout :**
Depuis 2019, nous avons connu un basculement de l'activité chirurgicale vers la prise en charge ambulatoire. En parallèle, le développement du projet Care4today a entraîné la réduction des durées de séjour à l'hôpital. Le développement de ces modes de prise en charge ont fortement impacté toutes les étapes du parcours patient. C'est pourquoi, pour adapter les organisations à ces évolutions majeures, il a été engagé une réflexion sur les organisations, en se mettant à la place du patient afin de mieux répondre à ses attentes et besoins. Dans ce contexte, la mise en œuvre de la démarche « Patient Debout » a pour but l'amélioration de la dignité et l'autonomie du patient dans son parcours pour aller au bloc opératoire. Cette

démarche répond à des enjeux d'amélioration du service rendu au patient, tout en améliorant l'efficacité de la prise en charge. Le circuit patient debout consiste à accompagner un patient qui marche jusqu'au bloc opératoire plutôt que couché sur un brancard. Le patient est libre de choisir son mode d'accompagnement (lit, Fauteuil, à pied). Le patient est pleinement impliqué dans sa prise en charge ce qui entraîne une diminution du stress. Ce processus modifie les repères des soignants. Le rapport avec le patient qui arrive au bloc non plus sur un brancard mais debout est totalement changé. Le respect de la dignité du patient est renforcé et il y a une amélioration de la satisfaction des soignants.

▪ **Poursuite du projet de parcours optimisé des patients** opérés de prothèse de hanche (PTH) et prothèse de genou (PTG) (**projet care4today**) :

- Depuis 2017 un poste de "care manager" a été créé afin d'assurer un suivi personnalisé des patients opérés d'une chirurgie prothétique.
- L'infirmier-ère care manager (ICM) fournit et coordonne les prestations sociales et de soins par la gestion clinique d'un groupe de patients (ex : patients opérés de PTH, PTG...), de l'admission à la sortie, créant un modèle unique d'assistance centrée sur les besoins spécifiques des patients.
- L'ICM est un agent important dans l'assistance au patient et l'organisation du séjour hospitalier. Il-elle garantit la coordination et la continuité des soins, en y intégrant les équipes pluridisciplinaires impliquées dans la prise en charge des patients du groupe de référence, les familles et les proches, ainsi que les éléments de l'environnement du patient.
- Toutes les responsabilités décrites relèvent d'un consensus avec les médecins, les équipes soignantes et pluridisciplinaires, dans le cadre du programme « Care4today » Rôle et responsabilité de l'ICM :
 - Organisation, mise sur pied et participation aux séances d'information pré-opératoires
 - Organisation de la consultation de pré-hospitalisation
 - Coordination des soins tout au long du séjour hospitalier
 - Oriente les Icus sur la sortie du patient (retour à domicile, avec ou sans aide, séjour en réadaptation,...)
 - Fait le lien avec les familles et les proches aidants, et les implique dans la prise en charge du patient (pré-, per-, et post- opératoire).
 - La Clinique a mis en place des séances d'informations sur le programme de récupération optimisé du patient. Ce dernier consiste en un accompagnement personnalisé durant toutes les étapes liées à l'implantation d'une prothèse de la hanche ou du genou.
 - Durant l'année 2021, un total de 600 prises en charge de patients opérés pour PTH et PTG (+16% par rapport à 2020) pour une durée moyenne de séjour de 4.47 jours (4.71 en 2020). 80.5 % des patients (dont 5% avec les soins à domicile) rentrent à domicile après ce type d'intervention.

▪ **Tests respiratoires :**

A l'hydrogène et au méthane expirés au sein de l'hôpital de la Providence pour le lactose, fructose, fructane et glucose. Les patients sont adressés au service diététique soit par leur médecin traitant soit par le gastroentérologue (interne ou externe) ou autre spécialiste (allergologue...) pour une prise en charge des troubles gastro-intestinaux avec une demande pour un ou plusieurs tests respiratoires. 65 tests ont été réalisés en 2021 (en raison de la pandémie, interruption durant 4 mois)

▪ **Bloc opératoire :**

O-ARM

L'hôpital de La Providence est doté depuis avril 2020 d'un système d'imagerie médicale, l'O-Arm. Il s'agit d'une technologie de pointe utilisée en neurochirurgie et en chirurgie du rachis, notamment pour l'installation d'implants dans la colonne vertébrale. Il permet au chirurgien de réaliser en temps réel des images de grande qualité et de réaliser des images en 3D. Couplées à un système de navigation, ces images apportent au chirurgien un très haut niveau de

précision, au millimètre près, à l'image d'un GPS dans une voiture. Le système d'imagerie médical O-Arm permet également une chirurgie moins invasive avec de nombreux bénéfices pour les patients notamment la réduction des douleurs postopératoires et une meilleure récupération.

Rosa

Une chirurgie basée sur les besoins individuels de chaque patient, c'est aujourd'hui possible, grâce au robot d'assistance à la chirurgie. Cette technologie de dernière génération est entrée dans les salles d'opération de l'Hôpital de La Providence début décembre 2020, c'est une première dans le canton de Neuchâtel. Il collecte des données précises et de nombreux détails liés à l'anatomie du patient, avant et pendant une opération d'une pose de prothèse orthopédique du genou. Le robot s'ajuste en fonction de chaque mouvement et le chirurgien effectue ainsi des opérations avec une grande précision. Les données sont actualisées en temps réel et permettent au chirurgien de positionner l'implant en fonction de l'anatomie de chaque patient. Le robot ne fonctionne pas seul, il est un assistant de pointe pour le chirurgien et lui permet de personnaliser son approche chirurgicale.

- **Suivi de la saisie des implants chirurgicaux dont le registre SIRIS.**
- **Stérilisation :**
Mise en place du système de traçabilité informatisé EURO sds. Selon la norme ISO 8402 [1], la traçabilité est définie comme l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit au moyen d'identifications enregistrées. Dans le cadre de la stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables, la notion de traçabilité fait partie intégrante du système qualité. La traçabilité du matériel stérilisé permet de disposer d'un niveau de preuve élevé pour instaurer et maintenir la confiance de l'utilisateur dans le produit stérilisé. Elle permet un archivage et une disponibilité des informations tout au long de la vie des dispositifs médicaux. Elle permet également une amélioration de la sécurisation du traitement, suivi de maintenance et une optimisation du parc de dispositifs médicaux. Pour être performante, cette traçabilité des produits et des procédés se devait d'être organisée de façon informatisée. Auparavant réalisée de façon manuscrite, elle ne répondait que très partiellement à l'ensemble des exigences de traçabilité du processus de stérilisation.
- **Endoscopie :**
Mise à jour des Protocoles des bonnes pratiques, selon les directives SwissMédic en endoscopie. Notre infirmière HPCI réalise les prélèvements des eaux afin de permettre l'analyse bactériologique de l'eau de rinçage des laveurs-désinfecteurs pour les endoscopes ainsi que les prélèvements microbiologiques sur ceux-ci. Le site est sur la « White list » (SSGE).
- **Saisie des risques MSST :** selon le logiciel « solution Branche H+ », analyse et propositions des mesures correctives.
- **Hémovigilance :**
 - 1 Réunion de la commission hémovigilance en mai 2021
 - Formation continue du personnel (4 heures aux SRNJTS)

Statistique de la consommation de PSL PROVIDENCE

	2017	2018	2019	2020	2021
Concentré érythrocytaires	402	223	185	193	241
Concentrés plaquettaires	57	1	2	0	1
Plasma frais congelés	23	11	0	5	6

Pour 2021, la consommation est légèrement augmentée en lien avec la reprise de l'activité orthopédique post covid.

Pour 2021: Pas de déclarations d'incidents transfusionnels et 25 déterminations d'anticorps irréguliers identifiés dont 5 déclarés à Swissmedic.

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

- **Système de déclaration des incidents CIRS** (critiques et non critiques) 39 annonces d'incidents en 2021, dont le degré de gravité a été jugé moyen. Le nombre de déclarations n'est pas très élevé, mais une culture d'amélioration interne est inculquée aux collaborateurs.
- **Réanimation** :
Les séances de formation internes se sont poursuivies avec :
3 cours BLS/SRC Complet, session de 8 heures
7cours BLS/SRC Compact Refresh, session de 4 heures
- **Formation continue interne** :
Plusieurs sessions de formation internes ont été reportées en raison de la situation sanitaire liée au covid-19. Les formations suivantes ont pu avoir lieu :
 - Dialyse : Formation machines de dialyse MultiFiltrate; Formation dossier de soins informatisé RHNE/Inf. de dialyse
 - Radioprotection
 - BO formations diverses (Robot Rosa, O-Arm, Check-liste, ...)
 - Diabétologie (conseils nutritionnels, physiopathologie, Atelier technique d'injection et mesure de glycémie Freestyle)
 - Hygiène hospitalière et sécurité
 - Charge et manutention
 - PlâtreAu total 81h de formation interne
- **Prévention du risque de chute** :
La détection du risque de chute est réalisée à l'entrée des patients. Les déclarations de chutes des patients sont faites par l'intermédiaire du CIRS afin d'adapter les procédures à l'interne.
- **Hygiène hospitalière** :
 - La commission d'hygiène s'est réunie à de nombreuses reprises au vu de la situation sanitaire Covid-19.
 - Une commission cantonale a été réactivée, sous l'égide du médecin cantonal, à laquelle notre infirmière HPCI a participé et qui a pour but de promouvoir des mesures communes dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections. On retrouve à ce sujet des données sur le site cantonal Ne.ch
 - Poursuite de la collaboration avec le médecin infectiologue de l'hôpital cantonal (RHNe, selon une convention de collaboration entre les institutions.
 - La journée de l'hygiène des mains le 5 mai 2021 a vu la mise sur pied des biscuits et de rappel des bonnes pratiques.
 - Poursuite du suivi des bactériémies et des mesures additionnelles mises en place avec supervision par l'infirmière HPCI.
 - La supervision du suivi Swissnoso (infection du site opératoire, indicateur ANQ) par l'infirmière HPCI.
 - Tri à la réception: toute personne entrant dans l'établissement se voit prendre la température, remettre un masque et doit se désinfecter les mains.
 - Voie verte : ouverte en même temps que l'ouverture du service pour accueillir les patients Covid-19 Tous les patients subissant une intervention chirurgicale dans notre établissement a un frottis PCR 48h avant l'intervention, les patients positifs étant recusés.
 - Des Prélèvements et Analyses des eaux (microbiologique et chimique) sont réalisés régulièrement sur le site de Providence, selon les directives de la Confédération. Ainsi que

l'analyse de l'eau de rinçage des laveurs et désinfecteurs de l'endoscopie.

- Audit interne des pratiques du bloc opératoire en matière d'hygiène dans le but de vérifier que les bonnes pratiques soient respectées, des mesures correctives sont effectuées. L'objectif est d'améliorer la qualité et diminuer les risques infectieux.

- Campagne vaccination de la grippe saisonnière.

▪ **Satisfaction patients ambulatoires :**

Nous avons introduit en 2016 sur le site de la Providence un questionnaire de satisfaction ciblé sur les patients relevant de la chirurgie ambulatoire. Ils sont systématiquement appelés par téléphone le lendemain de leur intervention, et répondent en direct à un questionnaire standardisé. Le taux de satisfaction est élevé, et nous n'avons relevé que très peu de complications en lien avec la prise en charge chirurgicale ambulatoire, aucune ayant nécessité une consultation en urgence.

▪ **Médecine du travail (PMSE) :**

Suivi et analyse de la solution médecine du travail externalisée avec hotline et présence d'une infirmière du travail tous les 1ers lundi du mois. 10 permanences réalisées sur 2021. Un point mensuel sur le suivi des absences avec les RH, Direction et Direction des soins. La disponibilité du spécialiste de santé permet de répondre rapidement à une demande du collaborateur. La compétence spécifique du professionnel de santé permet de mettre à disposition des collaborateurs une réponse adéquate en fonction de leurs demandes.

▪ **Movember :**

Le mois de novembre est traditionnellement consacré à la sensibilisation à la santé masculine avec Movember. Ce mouvement est né il y a 20 ans en Australie, avec l'originalité de la moustache que de nombreux messieurs se laissent pousser durant ce mois. Après le succès de la première édition en 2019, l'hôpital de la Providence a reconduit cette action cette année. Un de nos urologues propose des consultations gratuites, pour prévenir et dépister le cancer de la prostate (avec anamnèse, examen physique et prise de sang).

▪ **Création d'un centre médecine du sport :**

L'Hôpital de la Providence a monté un centre de compétence dédié au sport. L'idée de ce centre du sport est de réunir, dans un même service, toutes les spécialités pouvant être amenées à prendre en charge, dans sa globalité, les pathologies ou blessures des sportifs, qu'ils soient d'élite ou du dimanche. Ainsi, c'est une équipe constituée de médecins du sport, de physiothérapeutes spécialisés dans la prise en charge des sportifs, d'orthopédistes, d'une pneumologue pour les examens respiratoires, d'une équipe de diététiciens avec une spécialiste en nutrition, d'un acupuncteur et d'une psychologue du sport, qui assurera une prise en charge multidisciplinaire de ces problématiques des sportifs. Le lancement de notre centre du sport a eu lieu au mois de novembre 2019 et son inauguration a eu lieu en janvier 2020. Avec comme 1^{er} objectif d'obtenir la labélisation *medical base approved by swiss olympic* pour 2023, le cycle de labélisation de 2021 ayant été supprimé.

▪ **Secteur physio : tests isocinétiques du genou et de l'épaule :**

Ils permettent de mesurer les déséquilibres musculaires, c'est un examen utilisé en prévention et réadaptation.

▪ **Elimination du PET dans un circuit recyclable :**

Tout le PET est collecté et suit un parcours dans une filière recyclable.

▪ **Secteur de l'alimentaire:**

Des chartes ont été signées entre les fournisseurs et l'institution pour garantir le respect de la qualité et de bonne conduite.

3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir

L'hôpital de la Providence poursuit l'évolution de la qualité au sein du groupe Swiss Medical Network dans une démarche de partage des bonnes pratiques et l'uniformisation des processus. Il désire renforcer la collaboration avec le corps médical dans cette démarche qualité ainsi qu'avec l'ensemble des collaborateurs, par la sensibilisation et la formation. L'hôpital de la Providence va continuer de déployer en 2022, le dossier patient informatisé. Cet objectif s'inscrit dans un projet global du groupe Swiss Medical Network. L'établissement axe sa stratégie pour les années à venir sur les points suivants :

- **Hygiène hospitalière :**
 - Collaboration avec le médecin responsable de l'HPCI de l'hôpital cantonal RHNE, selon une convention de collaboration entre les institutions.
 - Révision de la technique de pose de sonde vésicale
 - Formation continue HPCI à l'interne
 - Mise en place d'audit d'hygiène au bloc opératoire avec récurrence, 1 fois par an. Mise en place également d'un audit interne sur les bonnes pratiques en stérilisation selon les recommandations swissmedic 1x par an également.

- **Audits :**
 - Suivi résultats des audits internes (tous les secteurs de l'institution).
 - Check-liste opératoire.
 - Audit en pharmacie

- **Certification ISO** progressive, versus SLH (Swiss Leading's Hospital) pour les cliniques du groupe.

- **Suivi MSST** selon la solution de branche H+ pour la santé et la sécurité au travail.

- **Organisation de la semaine de la sécurité des patients 2022. Thème « Les médicaments sans préjudice »**

Les pratiques médicamenteuses dangereuses et les erreurs de médication sont l'une des principales causes de dommages évitables dans le secteur des soins de santé. Les erreurs de médication surviennent lorsque des systèmes de médication déficients et des facteurs humains tels que la fatigue, les mauvaises conditions environnementales ou la pénurie de personnel, affectent les pratiques de prescription, de transcription, de délivrance d'administration et de contrôle, ce qui peut entraîner un préjudice grave pour le patient, un handicap et même la mort.

- **Poursuite du développement des tableaux de bord** pour le suivi des indicateurs qualité (satisfaction patient, CIRS....), afin de prévoir des mesures d'amélioration rapides. Ces tableaux de bord ont pour mission d'effectuer en temps réel un benchmarking interne entre les cliniques, et de stimuler les synergies visant l'amélioration de la qualité.

- **Projet Gestion du matériel au bloc en collaboration avec la HEG (Haute Ecole Gestion ARC) Neuchâtel/Projet innosuisse :**
 - Projet mis en standby une partie de l'année 2020
 - Réorientation du projet sur l'optimisation du processus de stérilisation
 - Analyse des pratiques, des processus
 - Identification des points de blocage
 - Création d'un logiciel de gestion de la stérilisation avec simulation des flux
 - Recherche de solution d'amélioration, analyse des besoins du service de stérilisation, projet achevé fin 2021

- **Intégration du stock d'implants en consignment dans Opale :**

Le circuit des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) dans notre institution fait intervenir de

multiples professionnels tels que les chirurgiens, les instrumentistes, la stérilisation, le logisticien, le magasin central ainsi que le service de facturation. Il commence dès la réception des produits par le bloc opératoire, passe par leur suivi en stock et va jusqu'au patient lors de la pose au cours d'une intervention chirurgicale et la traçabilité. A cela se rajoute le suivi de la facturation et la gestion des coûts en lien avec leur utilisation. La gestion des dispositifs médicaux implantables est donc un enjeu majeur au bloc opératoire. L'objectif est l'intégration du stock de DMI en consignment dans Opale avec la création d'un « stock bloc opératoire ». Lors de la pose d'un DMI, l'article est scanné, l'ensemble des informations de l'implant sont reliés au dossier Opale du patient. Ceci entrainera également une commande automatique via Opale ainsi que la facturation de l'implant sur le dossier patient. Lors de la réception au bloc opératoire du nouveau DMI, l'implant est scanné afin d'être crédité dans le stock bloc opératoire. Cette nouvelle organisation répond en tout point aux exigences de gestion des Dispositifs Médicaux Implantables en centralisant les informations du DMI dans Opale (traçabilité/facturation/statistiques), en simplifiant le processus de commande (actuellement par fax) et en sécurisant la gestion du stock. Objectif de mise en place Juin 2020. Mise en place effective en Juin 2020, puis arrêt en décembre 2020 car la sécurité de l'approvisionnement des DMI n'était pas sécurisé. Les délais de commande étaient trop longs et entraînaient un risque de rupture d'implants. Le projet est reporté à janvier 2022, avec l'intégration de la solution Opale mobile qui permettra un réapprovisionnement plus rapide. Le reste des objectifs était atteint (traçabilité et facturation).

- **Stérilisation :**
 - Informatisation des listings des sets dans le logiciel de traçabilité
 - Diminution du nombre d'instruments sous sachet
 - Certification par Thiers

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

- **Révision de la technique de pose de sonde vésicale.**

- **Projet de suivi pied à risque en DIALYSE.**

- **Ikentoo :** digitalisation système commande repas pour les patients.

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

4.1 Participation aux mesures nationales

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

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

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 SQLape ▪ Mesure nationale des infections du site opératoire Swissnoso ▪ 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"> ▪ Registre neuchâtelois des tumeurs

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>
<ul style="list-style-type: none">▪ Questionnaire de satisfaction interne

Notre institution a exécuté les mesures suivantes propres à l'hôpital:
<i>Mesures limitatives de liberté</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Détection des patients à risque de chute
<i>Autre mesure de la qualité</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Suivi du dépistage des préopératoires SARS-COV-2

4.4 Activités et projets relatifs à la qualité

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

Culture qualité

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

Service commun de dialyse dans le cadre de la convention de collaboration entre la Providence et RHNE

Objectif	Service de néphrologie intégré (consultations médicales, service de soins ambulatoires et de 2 postes d'hémodialyse, avec mise en commun des ressources et du savoir-faire)
Domaine dans lequel le projet est en cours	Néphrologie / Dialyse
Projet: période (du... au...)	En continu
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Mise en place de la convention de collaboration inter institutions, synergie et complémentarité entre les sites, les compétences et les ressources, afin d'offrir des prestations de qualité aux patients insuffisants rénaux
Méthodologie	Projet médical abouti, puis mis en commun des ressources RHNE et Providence pour la réalisation et la définition de l'organisation du service.
Groupes professionnels impliqués	Médecins néphrologues, collaborateurs dialyse, responsable dialyse.
Evaluation de l'activité / du projet	206 prises en charge de dialyse au 6ème étage du site de RHNE.

Protocoles et techniques de soins

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

SIRIS Hanche, Genou et Dos

Objectif	Vérifier l'application de la procédure de récoltes de données dans le registre des implants SIRIS
Domaine dans lequel le projet est en cours	Bloc opératoire
Projet: période (du... au...)	09.2021 à 09.2022
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Méthodologie	Audit interne, révision et application de la procédure
Groupes professionnels impliqués	Bloc opératoire et chirurgiens
Evaluation de l'activité / du projet	Visite de monitoring par auditeur de SIRIS et audit interne

Optimisation des consultations diététiques

Objectif	Optimiser la planification du service
Domaine dans lequel le projet est en cours	Service diététique
Projet: période (du... au...)	Début 2021
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Travail sur une systémique organisationnelle
Méthodologie	Gestion de projet
Groupes professionnels impliqués	Collaborateur du service, direction, DSI
Evaluation de l'activité / du projet	Satisfaction des parties prenantes et des résultats obtenus

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

Satisfaction des patients

Objectif	Répondre aux besoins et attentes des patients
Domaine dans lequel l'activité est en cours	Ensemble de l'établissement
Activité: période (depuis...)	En continue
Type d'activité	Il s'agit là d'une activité interne.
Expliquer les raisons	Partage de bonnes pratiques entre les différents établissements du groupe dont l'hôpital est membre
Méthodologie	Adaptation d'une version web sur tablette en 20219
Groupes professionnels impliqués	Tous les collaborateurs des soins
Evaluation de l'activité / du projet	Dashboard, résultats satisfaction et benchmarking

4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents

Le CIRS (Critical Incident Reporting System) est un système d'annonce des erreurs, dans lequel les collaborateurs peuvent saisir les événements ou les erreurs qui, dans l'activité quotidienne, ont failli conduire à des dommages. Le CIRS contribue ainsi à identifier les facteurs de risques dans l'organisation et les processus de travail et à améliorer la culture de la qualité. Des mesures d'amélioration de la sécurité peuvent être entreprises à partir de ces notifications d'incidents.

Notre établissement a introduit un CIRS en 2014 .

La procédure pour l'introduction et la mise en œuvre de mesures d'amélioration est définie.

Des structures, organes et compétences ont été mises en place afin de traiter les notifications CIRS.

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

Remarques

La culture du CIRS permet un apprentissage par l'erreur dans un but d'amélioration continu pour la qualité des soins et sécurité des patients. Un nouveau portail CIRS a été mis en place le 1^{er} mars 2021 afin d'optimiser le système et d'améliorer la qualité. Il a été travaillé avec les référents qualité dans le but :

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

Pour l'année 2021, les rencontres trimestrielles avec la direction sont poursuivies dans le but d'analyser les déclarations et de traiter les CIRS. Ces rencontres ont permis de stimuler la déclaration des CIRS. Les objectifs de ces rencontres sont :

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

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

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

Déclaration des incidents CIRS (critiques et non critiques) 39 annonces, dont le degré de gravité a été jugé moyen. Le nombre de déclarations n'est pas très élevé, mais la nouvelle configuration du portail CIRS permet un traitement plus approprié des CIRS avec une réflexion des différents partenaires concernés.

4.5 Aperçu des registres

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

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

Durant l'année de référence, notre institution a participé aux registres suivants:			
Norme appliquée	Discipline	Organisation responsable	Depuis / à partir de
Infreporting Système de déclaration des maladies infectieuses à déclaration obligatoire	Infectiologie, épidémiologie	Office fédéral de la santé publique: Section Systèmes de déclaration www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html	-
SIRIS Registre suisse des implants	Chirurgie orthopédique	Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants www.siris-implant.ch/	-

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

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

4.6 Vue d'ensemble des certifications

Notre institution a obtenu les certifications suivantes:				
Norme appliquée	Domaine qui travaille avec la norme / le standard	Année de la première certification	Année de la dernière recertification	Commentaires
Certificat REKOLE	Comptabilité des coûts et prestations	2019	2019	
Fourchette Verte	Tous les services	2008	2021	
Certificat environnemental	Tous les services	2008	2021	

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.

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

Résultats des mesures

En raison du nouveau rythme bisannuel, il n'y a pas eu d'enquête de satisfaction des patients (ANQ) en 2020 pour les soins somatiques aigus.

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/.

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

Expliquer les raisons

Le groupe SMN procède à une analyse interne dans un premier temps, puis fait une comparaison des résultats entre les différentes cliniques du groupe. Le groupe des "quality managers" analyse les résultats pour chaque clinique.

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

On remarque une baisse des notes par rapport à l'année dernière qui est due à l'implémentation du dossier patient informatisé (DPI) dans nos services de soins.

Durant cette période, il a été démontré que le stress de nos équipes s'est ressenti au moment du lancement du DPI dans leur interaction avec certains patients ce qui explique les résultats.

Indication sur la mesure

Institut national d'enquête

ESOPE, Unisanté, Lausanne

5.2 Enquêtes à l'interne

5.2.1 Questionnaire de satisfaction interne

Un questionnaire de satisfaction interne est soumis aux patients hospitalisés le jour de leur départ de l'hôpital. Libre choix leur est donné de remplir ce questionnaire via une tablette, qui leur est prêtée dans leur chambre avant leur sortie, via un questionnaire papier, s'ils ne se sentent pas à l'aise avec l'informatique, ou via un lien qui leur est envoyé par mail et qu'ils reçoivent à la maison suite à leur sortie s'ils préfèrent prendre le temps de répondre après leur retour à domicile. Même si le remplissage de ce questionnaire leur est fortement conseillé par nos équipes soignantes, il reste basé sur le volontariat.

A noter aussi que cette évaluation faite par les patients sur la qualité de leur prise en charge est anonyme, mais si un patient souhaite être recontacté suite à son évaluation, il peut le mentionner lors de l'envoi du questionnaire. Ce questionnaire de satisfaction est diffusé depuis plusieurs années déjà.

Sur l'ensemble des questionnaires collectés en 2021, le taux de satisfaction remonté est en moyenne de 4,84/5. Globalement nous pouvons considérer ces résultats comme très satisfaisants, puisqu'ils sont en évolution (+0,11 points) par rapport à l'an dernier où nous avons un taux de satisfaction 4,73/5. A noter aussi que nous progressons sur tous les items du questionnaire de satisfaction par rapport à l'année 2020. Par contre, il est à noter que sur les mois d'été 2021, on a connu une baisse des notes données par les patients, au moment de la mise en œuvre du DPI dans nos services de soins. Des remarques de patients sur leurs questionnaires de satisfaction pendant cette période ont démontré que le stress de nos équipes au moment du lancement du DPI s'était ressenti dans leurs interactions avec certains patients.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2021.
Tous les services stationnaires de l'institution.

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

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

	PROVIDENCE	GROUPE
Préhospitalisation	4.83	4.70
Questions patients	4.83	4.82
Réponses compréhensives	4.80	4.81
Accueil personnel	4.87	4.84
Qualité des soins	4.83	4.86
Visites médicales	4.82	4.8
Qualité repas	4.76	4.64
Qualité hôtelière	4.85	4.75
Sortie	4.91	4.75
Explications médicaments	4.88	4.76
MOYENNE GENERALE	4.84	4.77

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

Remerciements :

- Remerciements généraux 39X

- Equipe sympathique 31X
- Qualité repas 14X
- Qualité soins/médicale 12X
- Qualité hôtelière 1X

Proposition d'amélioration :

- Température des repas : 5X
- Personnel stressé par l'informatique : 7X
- Remarques sur les mets servis et leur assaisonnement : 5X
- Remarque sur la poignée de la salle de bain peu ergonomique : 1X
- Télécommande mal positionnée par rapport au lit : 1X

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

5.3 Service des réclamations

Notre établissement propose un service des réclamations / de médiation.

Hôpital de la Providence

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

Marilyne Delemonte

Directrice

+41 32 720 31 58

mdelemonte@providence.ch

LU-VE 8h30-17h00

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.

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

Résultats des mesures

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

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

Expliquer les raisons

Le groupe SMN procède à une analyse interne dans un premier temps, puis fait une comparaison des résultats entre les différentes cliniques du groupe. Le groupe des "quality managers" analyse les résultats pour chaque clinique.

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

Résultats stables et dans la norme attendue.

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

11 Infections

11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire

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

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:
▪ Chirurgie de la colonne vertébrale (sans implant)
▪ Chirurgie de la colonne vertébrale (avec implant)
▪ Premières implantations de prothèses de la hanche
▪ Premières implantations de prothèses de l'articulation du genou

Résultats des mesures

Résultats de la période de mesure (sans les implants) 1er octobre 2020 – 30 septembre 2021

Interruption de la période de mesure en raison du COVID-19, du 1er novembre 2020 au 1er avril 2021

En raison de la charge importante subie par le secteur de l'infectiologie/hygiène hospitalière, en raison de la pandémie de COVID-19, la saisie des données a à nouveau été interrompue dès le 1er novembre 2020. Les hôpitaux et les cliniques pouvaient maintenir cette mesure sur une base volontaire. Les visites de validation ont été poursuivies en concertation avec les hôpitaux/cliniques. La situation s'étant détendue dans les institutions, la mesure (obligatoire) a repris le 1er avril 2021.

Opérations	Nombre d'opérations évaluées (Total) 2020/2021	Nombre d'infections constatées (N) 2020/2021	Valeurs des années précédentes - taux d'infections ajustés%			Taux d'infections ajustés % (CI*) 2020/2021
			2017/2018	2018/2019	2019/2020	
Hôpital de la Providence						
Chirurgie de la colonne vertébrale (sans implant)	25	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

Résultats de la période de mesure (avec les implants) 1er octobre 2019 – 30 septembre 2020

Interruption de la période de mesure en raison du COVID-19, du 1er mars au 31 mai 2020

Opérations	Nombre d'opérations évaluées (Total) 2019/2020	Nombre d'infections constatées (N) 2019/2020	Valeurs des années précédentes - taux d'infections ajustés%			Taux d'infections ajustés % (CI*) 2019/2020
			2016/2017	2017/2018	2018/2019	
Hôpital de la Providence						
Chirurgie de la colonne vertébrale (avec implant)	12	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Premières implantations de prothèses de la hanche	167	2	0.00%	0.11%	0.51%	0.89% (0.60% - 5.40%)
Premières implantations de prothèses de l'articulation du genou	198	4	0.00%	0.51%	0.11%	0.00% (2.10% - 9.70%)

* 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.ang.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

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

Les mesures mises en place sont le respect de l'hygiène hospitalière et les recommandations de Swissnoso au travers des 3 axes principaux que sont la préparation et la désinfection du site opératoire ainsi que la prophylaxie antibiotique postopératoire. ces mesures oeuvrent ensemble pour minimiser quotidiennement les risques infectieux en milieu hospitalier. Elles sont toutes suivies et appliquées par l'ensemble des intervenants.

Indication sur la mesure

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

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).

Remarques

SWISSNOSO

Nous participons aux mesures Swissnoso concernant la surveillance des infections du site opératoire pour 3 types d'interventions en chirurgie orthopédique :

1. Prothèses totales de hanches(PTH)
2. Prothèses totales de genou(PTG)
3. Chirurgie du rachis :
 - a. Laminectomie/hernie discale sans implant
 - b. Laminectomie/hernie discale avec implant
 - c. Arthrolyse de vertèbre, fusion vertébrale

12 Chutes

12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres

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

Informations complémentaires:

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

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

Résultats des mesures

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

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

Expliquer les raisons

Le groupe SMN procède à une analyse interne dans un premier temps, puis fait une comparaison des résultats entre les différentes clinique du groupe. Le groupe des "quality managers" analyse les résultats pour chaque clinique.

La mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres donne une idée de la fréquence, de la prévention et de la prise en charge de divers phénomènes liés au soins. La prévalence des chutes et des escarres est mesurée à une date prédéfinie. Les indicateurs chutes et mesures limitatives de liberté sont mesurées retrospectivement sur une période maximale de 30 jours. Dans le cadre de la mesure, les patients sont interrogés pour savoir s'ils ont chuté à l'hôpital avant la date arrêtée pour la mesure. Il s'agit donc d'une mesure de la prévalence sur une période déterminée et non d'un relevé exhaustif.

Résultats PROVIDENCE

2017 Chutes : 0 = 0% / Résidu -0,03/ Intervalle de confiance (CI = 95%) -0.44; 0.39

2018 Chutes : 1/34 = 2,9% Résidu -0,01 / Intervalle de confiance (CI = 95%) - 0.42; 0.04 / Moyenne CH : 3.6%

2019 Chutes : 0/20 = 0% / Résidu -0.028 / Intervalle de confiance (CI = 95%) - 0.559; 0.503 / Moyenne CH : 3.5%

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

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

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

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

Remarques

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

2017 : 32 déclarations de chutes/année

2018 : 27 déclarations de chutes/année

2019 : 13 déclarations de chutes/année

2020 : 4 déclarations de chutes/année

2021 : 11 déclarations de chutes/année

Le nombre de chutes/année à la Providence est stable au cours de ces dernières années. L'évolution et la mise en place de mesures de prévention (matériel et protocoles) expliquent en partie cette baisse, les courts séjours et la diminution du taux d'hospitalisation des patients de médecine néphrologique sont également à l'origine de cette diminution.

13 Escarres

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

13.1 Mesure nationale de prévalence des escarres

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

Informations complémentaires:

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

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

Résultats des mesures

Les derniers résultats des mesures n'étaient pas encore disponibles au moment de la validation du rapport sur la qualité.

		Nombre des patients avec des escarres	Valeurs des années précédentes			2021 ***	en pourcent ***
			2018	2019	2020		
Hôpital de la Providence							
Prévalence des escarres nosocomiales	Au sein de l'institution, catégorie 2-4	0	0	–	–	–	
	Résidu*, catégories 2-4 (CI** = 95%)	-0.01 (-0.31 - 0.30)		–	–	–	
Nombre de patients examinés effectivement en 2021 ***	–	en pourcent (de tous les patients hospitalisés le jour de la mesure) 2021			–		

* 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/.

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

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) ▪ 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. ▪ Urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil.

14 Mesures limitatives de liberté

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

14.1 Relevé à l'interne des mesures limitatives de liberté

14.1.1 Détection des patients à risque de chute

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

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2021.
dans tous les services d'hospitalisation.

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

Le groupe SMN procède à une analyse interne dans un premier temps, puis fait une comparaison des résultats entre les différentes cliniques du groupe. Le groupe des "quality managers" analyse les résultats pour chaque clinique.

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

17 Autre mesure de la qualité

17.1 Autre mesure interne

17.1.1 Suivi du dépistage des préopératoires SARS-COV-2

Pour les 3 premiers mois, dépistage systématique pour tous les patients devant subir une opération avec hospitalisation ou en ambulatoire, devant faire un examen en endoscopie, et venant pour un acte en ophtalmologie.

Par la suite, les dépistages sont restés obligatoires pour les patients non vaccinés et les patients symptomatiques.

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

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

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2021.
dans le service stationnaire et dans le service ambulatoire

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

Indication sur la mesure

Méthode développée / instrument développé à l'interne	
---	--

Remarques

1635 tests effectués durant l'année 2021.

18 Détails des projets

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

18.1 Projets actuels en faveur de la qualité

18.1.1 Implémentation du dossier patient électronique (DPI)

Implémentation du dossier patient électronique (DPI) Le projet :

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

Méthode de déploiement :

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

Développements à venir :

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

Déploiement du DPI sur Providence : dès juin 2021

18.1.2 Projet de suivi pied à risque en dialyse

Objectif général :

- Sensibiliser et former l'équipe soignante à la prévention du pied à risque chez les patients de néphrologie et assurer un suivi qui permet de prévenir l'apparition de plaie et/ou de les détecter précocement.

Objectifs spécifiques :

- Créer une fiche de surveillance des pieds à risque en partenariat avec les personnes référentes de l'équipe et validation par les médecins néphrologues.
- Identifier les patients à risque et la fréquence du suivi.
- Former les soignants du service de dialyse.
- Évaluer la mise en application du suivi et réajuster.
- Assurer des transmissions de soins pour les patients avec pieds à risque à l'aide de la fiche de surveillance.
- Sensibiliser le patient à l'importance de la surveillance de ses pieds.

Mise en place du projet : Fin 2021

18.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2021

18.2.1

Parcours optimisé du patient opéré de PTH et PTG

Parcours clinique, centré sur le patient, pour une augmentation de la qualité du processus et de la satisfaction des patients (projet "care4today", parcours optimisé)

Ce projet, initié à l'automne 2016, consiste à définir un chemin clinique pour les patients opérés, afin de proposer des traitements standardisés selon des normes de qualité élevée, en faisant participer le patient et son entourage tout au long de la prise en charge, en favorisant une information et un suivi personnalisé, de la pré-hospitalisation à la sortie du patient.

Objectifs visés :

- Processus harmonisés en anesthésie et en techniques opératoires.
- Information intensive comprenant une formation pré-hospitalière des patients et de leurs proches (en groupe).
- Mobilisation précoce en postopératoire (jour opératoire).
- Sortie planifiée et organisée à l'avance.
- Diminution des durées de séjours hospitaliers.
- Satisfaction du patient.
- Création d'un poste d'infirmière care manager, coordinatrice du programme, et personne de référence pour les patients avant et pendant le séjour hospitalier.

Déroulement du projet :

Un groupe de travail réunissant une équipe pluridisciplinaire (1 chirurgien orthopédiste, 1 médecin anesthésiste, l'infirmière responsable du bloc opératoire, 1 infirmière responsable d'un service de soins, 1 physiothérapeute responsable de service, 2 représentants des directions administratives et de soins) travaillent à la définition des grandes lignes du projet et définissent le processus global. Puis chaque étape du projet est menée par une personne de référence, qui s'entoure des professionnels concernés, afin de réaliser les protocoles standardisés:

- Le médecin orthopédiste présente la démarche à ses confrères et les rallie au projet.
- Le médecin anesthésiste et son équipe définissent les techniques anesthésiques et de gestion de la douleur, favorisant une mobilisation aisée dès le jour opératoire (quelques heures post-opératoires).
- Un groupe pluridisciplinaire travaille sur le contenu des séances d'information de groupe, réalisées avant l'hospitalisation, et réalise les supports d'information (brochures, vidéos...).
- Un groupe de soignants met en place une consultation infirmière de pré-hospitalisation pour une information personnalisée et le recueil de données pour envisager le retour à domicile. Création d'un poste infirmier de "care manager".
- L'équipe de réadaptation (physiothérapeutes, ergothérapeutes, soignants et chirurgiens) déterminent les grands axes du programme de réadaptation).

Depuis la mise en route du projet :

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

18.2.2 Implémentation du projet patient debout

En 2018 nous avons connu un basculement de l'activité chirurgicale vers la prise en charge ambulatoire. En parallèle, le projet Care4today a entraîné la réduction des durées de séjour à l'hôpital. Le développement de ces modes de prise en charge a fortement impacté toutes les étapes du parcours patient. C'est pourquoi, pour adapter les organisations à ces évolutions majeures, il a été engagé une réflexion sur les organisations, en se mettant à la place du patient afin de mieux répondre à ses attentes et besoins. Dans ce contexte, la mise en œuvre de la démarche « Patient Debout » a pour but l'amélioration de la dignité et l'autonomie du patient. Cette démarche répond à des enjeux d'amélioration du service rendu au patient, tout en améliorant l'efficacité de la prise en charge. Le circuit patient debout consiste à accompagner un patient qui marche jusqu'au bloc opératoire plutôt que couché sur un brancard. Le patient est libre de choisir son mode d'accompagnement (lit, fauteuil, à pied). Le patient est pleinement impliqué dans sa prise en charge ce qui entraîne une diminution du stress. Ce processus modifie les repères des soignants. Le rapport avec le patient qui arrive au bloc non plus sur un brancard mais debout est totalement changé. Le respect de la dignité du patient est renforcé et il y a une amélioration de la satisfaction des soignants.

Objectifs :

- Identifier un circuit de déambulation hors et dans le bloc
- Création/organisation d'un salon d'attente
- Réflexion/organisation anesthésie (prémédication/préparation des patients...)
- Procédures hygiène (tenue, circuit, déterision, ...)
- Création d'un document d'information patient
- Organisation soignante, qui fait quoi, quand et comment ?
- Gestion/organisation des lits
- Décider des limites à poser aux projet (patient, circuit...)
- Gestion de l'accueil des patients
- Implication de l'ensemble des acteurs, être convaincu
- Evaluation

Déroulement du projet :

Un groupe de travail réunissant une équipe pluridisciplinaire (services de soins, bloc opératoire, salle de réveil, chirurgie ambulatoire, anesthésistes, membres de la direction), à travaillé à la réalisation du projet et à sa mise en place.

18.3 Projets de certification en cours

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

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

L'hôpital de la Providence a décidé de s'appuyer sur la solution de branche H+ pour la mise en place d'un concept de sécurité et de la protection de la Santé au travail.

Objectifs :

- Recherche d'un niveau optimum de sécurité et de santé en tenant compte des prescriptions légales.
- Evaluation de tous les risques liés à la santé/sécurité.
- Mise en place de mesures correctives.
- Suivi et audit régulier par H+.
- Création d'un réseau au sein de SMN afin de travailler en collaboration pour encourager la connaissance personnelle mutuelle, unifier les pratiques et favoriser un partage d'expérience.
- Nomination d'une coordinatrice et de responsables par secteur.
- Organisation de rencontres mensuelles avec la direction des soins et la responsable des RH afin de répertorier les absences et proposer des mesures de suivi.

En parallèle, des rencontres trimestrielles avec la direction ont eu lieu pour :

- Décrire les tâches des membres du groupe.
- Collaborer avec les intervenants concernés par les thèmes et l'infirmière de santé sécurité au travail.
- Elaborer des objectifs spécifiques.
- Mettre en place un certains nombres d'actions (formations, informations aux collaborateurs, élaboration de concepts incendies, procédures etc...) de manière coordonnée.

Pour 2021, un audit a été fait par la solution de branche H+ pour évaluer le système de gestion de santé sécurité au travail. L'audit a montré une très bonne mise en application de la solution de branche avec une appréciation « bien » soit une note de 50. Evaluation selon critères valables à partir de 2013

> à 50 points	très bien
Entre 45 et 50 points	bien
Entre 30 et 44 points	satisfaisant
Moins de 30 points	non satisfaisant

Suite à cet audit, les objectifs pour l'année 2021 ont été réajustés comme suit :

- Finaliser la formation pour la sécurité incendie
- Promouvoir la campagne de vaccination COVID 2021
- Analyser la saisie des risques et proposer des actions
- Adapter le cahier des charges des cadres / Rôle dans la MSST
- Création d'une brochure d'accueil pour les nouveaux collaborateurs (instruction générale, info MSST, numéro d'urgence, sécurité, hygiène ..)
- Planifier les formations pour 2021 (hygiène, radioprotection, réanimation, manutention, incendie, sécurité produits toxiques...)
- Evaluer les risques sur les postes de travail des femmes enceintes

Les objectifs suivants ont pu être finalisés au cours de l'année 2021 :

- Mise à disposition des nouveaux collaborateurs : un manuel pour situation d'urgence et une brochure PMSE
- Documents à disposition dans l'ordinateur : commun (P:) Informations générales MSST; et HDPLien Share point CMO/MSST
- Rappel procédure AES / respect / santé des collaborateurs
- Travail de nuit /examen d'aptitude proposé aux collaborateurs
- Vigilance produits toxiques /campagne H+ 2021-2022
- Support documentaire corridor 2ème étage ancien bâtiment (passage restaurant)

Contrôle des absences

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

Année	Total EPT y compris établissements annexes	Nombre déclaré de jours d'absence pour acc. prof.	Nombre déclaré de jours d'absence pour acc. non prof. (si aucune déclaration acc. prof. : ici acc prof. + acc. non prof.)	Nombre déclaré de jours d'absence pour maladie (sans maternité)	Risque d'absence: jours d'absence par poste à 100% dans l'établissement
2021	130	154	196	2600	21.22
2020	143	112	461	1932	17.52
2019	144	101	279	1611	13.83

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

L'année 2021 a été marquée par le COVID-19 et a affecté les établissements de manière différente.

19 Conclusions et perspectives

Après un début d'année 2021 toujours chahuté par le contexte pandémique, notre institution a, l'an dernier, continué à faire avancer ses chantiers « qualité ». La mise en place d'une culture de la qualité documentée a continué d'être s'intensifiée, un certain nombre de procédures ont été remises à jour, et elles ont été repartagées avec les équipes.

Le déploiement du DPI à l'été 2021 a été un autre fait marquant en lien la qualité au sein de Providence l'an dernier. Ce déploiement ayant nécessité l'adaptation de nombre de procédures métiers, il représente un vecteur certain d'amélioration de la qualité au sein de notre hôpital pour le futur.

A noter aussi qu'en 2021, nous nous sommes fixés l'obtention d'une certification ISO à l'horizon 3 ans. Et nous avons ainsi commencé à poser les jalons pour l'obtention d'une telle labélisation.

Comme en 2020, en 2021 nous avons beaucoup partagé et pris exemple sur les bonnes pratiques externes en terme de qualité. Cela nous aura conforté dans l'importance à attribuer à la veille de ce qui se fait ailleurs, car s'inspirer des meilleures pratiques Suisse et internationales ne peut que se faire dans l'intérêt du patient. Il est en l'occurrence important de souligner que notre appartenance à un groupe de plus de 20 cliniques et hôpitaux sur le sol helvétique est en cela une chance fabuleuse que nous exploitons pour nos 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.

Pour toutes informations supplémentaires, veuillez prendre contact avec l'hôpital ou la clinique, ou consulter le dernier rapport annuel.

Soins somatiques aigus

Offres groupes de prestations de la planification hospitalière
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
Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)
Chirurgie élargie du nez et des sinus
Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapéidienne)
Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes
Chirurgie maxillaire
Système nerveux chirurgical (neurochirurgie)
Neurochirurgie crânienne
Système nerveux médical (neurologie)
Neurologie
Tumeur maligne secondaire du système nerveux
Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)
Maladies cérébrovasculaires
Yeux (ophtalmologie)
Ophthalmologie
Chirurgie spécialisée du segment antérieur
Cataracte
Affections du corps vitré/de la cornée
Hormones (endocrinologie/diabétologie)
Endocrinologie
Estomac-intestins (gastroentérologie)
Gastroentérologie
Gastroentérologie spécialisée
Ventre (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 agressifs et leucémies aiguës
Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative
Lymphomes indolents et leucémies chroniques
Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques
Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques
Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)
Vaisseaux
Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)
Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)
Chirurgie carotidienne
Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)
Cœur
Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)
Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)
Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)
Electrophysiologie (ablations)
Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)
Reins (néphrologie)
Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)
Urologie
Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
Prostatectomie radicale
Cystectomie radicale
Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)
Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs
Poumons médical (pneumologie)
Pneumologie
Mucoviscidose
Polysomnographie
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
Chirurgie du plexus
Rhumatologie
Rhumatologie
Rhumatologie interdisciplinaire
Gynécologie

Gynécologie
Centre du sein reconnu et certifié
Interventions liées à la transsexualité
Obstétrique
Soins de base en obstétrique (à partir de la 35e sem. et >= 2000 g)
Obstétrique (à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)
Obstétrique spécialisée
Nouveau-nés
Soins de base aux nouveau-nés (à partir de la 35e sem. et >= 2000 g)
Néonatalogie (à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)
Néonatalogie spécialisée (à partir de la 28e sem. et >= 1000 g)
Radiothérapie (radio-oncologie)
Oncologie
Radio-oncologie
Médecine nucléaire
Traumatismes graves
Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)

Remarques

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



PET-RECYCLING SCHWEIZ

CERTIFICAT ENVIRONNEMENTAL

**HÔPITAL DE LA PROVIDENCE
2000 NEUCHÂTEL**

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

66 KILOGRAMMES

de bouteilles à boissons en PET en 2021. Ces quelques 2396 bouteilles ont été recyclées par PET-Recycling Schweiz puis transformées en PET recyclé de qualité. Outre la production de matières premières précieuses, cette collecte a permis les économies suivantes en faveur de l'environnement:



**ENVIRON 198 KILOGRAMMES
DE GAZ À EFFET DE SERRE**



**ENVIRON 63 LITRES
DE PÉTROLE**

L'élimination correcte des bouteilles à boissons en PET est un moyen simple de promouvoir la protection du climat, d'économiser l'énergie, de réduire les déchets et de préserver les énergies non renouvelables. Merci pour votre engagement. Chaque bouteille compte!



A blue ink signature of Jean-Claude Würmli.

Jean-Claude Würmli
Directeur





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

ANALYSE DE MENU 2021 – F

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

Critères Fourchette verte adulte –

Fréquence quotidienne	Situation actuelle
<p>Viande, poisson, œufs, tofu, légumineuses, fromage</p> <p>1, dont 1x/semaine du poisson et min. 1x/semaine un menu végétarien</p> <p>100 à 120 g de viande ou équivalents</p>	<p>1x/j, dont 2x/semaine du poisson/fruits de mer et 1x/semaine un menu végétarien</p> <p>Poisson (4), fromage, viande (2), volaille (2), fromage/œuf</p>
<p>Légumes et fruits</p> <p>1 à 2</p> <p>180 g</p>	<p>Présence de légumes/fruits à chaque repas</p>

Fourchette verte Neuchâtel

c/o Ligue neuchâteloise contre le cancer, Faubourg du Lac 17, Case postale, 2001 Neuchâtel, Tél. www.fourchetteverte.ch - Avec le soutien des cantons et de Promotion Santé Suisse



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

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

Fourchette verte Neuchâtel

c/o Ligue neuchâteloise contre le cancer, Faubourg du Lac 17, Case postale, 2001 Neuchâtel, Tél. www.fourchetteverte.ch - Avec le soutien des cantons et de Promotion Santé Suisse

Editeur



Le modèle pour ce rapport sur la qualité est publié par H+ :
H+ Les Hôpitaux de Suisse
Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne

Voir aussi:

www.hplus.ch/fr/qualite/rapportsurlaqualite/



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

Instances impliqués et partenaires

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

Voir aussi:

www.hplus.ch/fr/portrait/commissionstechniques/



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 aiguë, 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**): www.samw.ch.