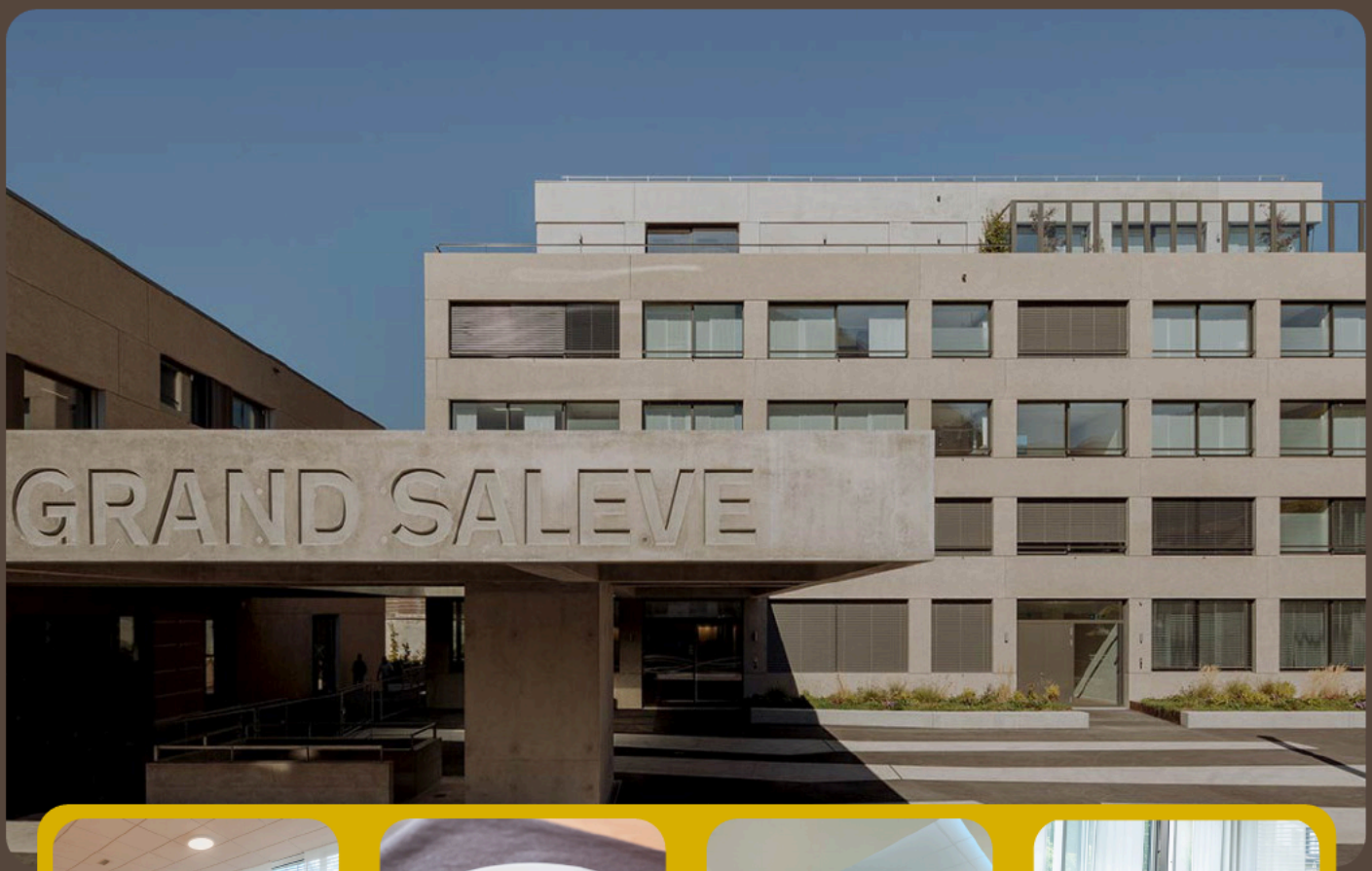
CLINIQUE
Grand-Salève
PSYCHIATRIE ET PSYCHOTHÉRAPIE

Rapport sur la qualité 2025



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 2025.

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 comparabilité des rapports sur la qualité, tous les chapitres du modèle sont visibles dans la table des matières, qu'ils concernent ou non l'hôpital. 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.

Le paysage hospitalier suisse est très hétérogène, de même que les nombres de cas. Les valeurs des hôpitaux et des cliniques présentant de faibles nombres de cas sont moins robustes statistiquement et davantage affectées par des variations aléatoires. De même, il n'est pas possible de tirer à partir des résultats des conclusions sur la sévérité des cas des patientes et des patients et sur la charge en soins et en ressources des institutions.

Concernant la mesure nationale de la qualité de l'ANQ, il convient de souligner que, lors de la publication des résultats, on veille à ce que les comparaisons d'hôpitaux et de cliniques soient équitables. L'ANQ renonce délibérément à des classements des institutions. Tous les résultats de la mesure de la qualité ne reflètent que des aspects partiels de l'ensemble de la qualité d'un hôpital ou d'une clinique et chaque méthode a ses avantages et ses limites. En outre, les derniers résultats disponibles sont publiés pour chaque mesure. Par conséquent, les résultats contenus dans ce rapport ne datent 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 2025

Madame
Denise Crozier
Responsable qualité
0783509942
denise.crozier@emeis.com

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

Le modèle de rapport sur la qualité de H+ permet de faire état des activités des hôpitaux et des cliniques suisses de manière uniforme et transparente. Ces informations sur la qualité figurent également sur les profils des hôpitaux de la plateforme : info-hopitaux.ch.

Les établissements de santé poursuivent le développement de la qualité avec engagement et en prenant des mesures efficaces. La convention de qualité en vertu de l'art. 58a LAMal constitue la référence en matière de déclaration et de publication. Vous trouverez davantage d'informations à ce sujet sur le site Web de H+ : www.hplus.ch – Qualité – Convention de qualité. Les hôpitaux et les cliniques actualisent les autodéclarations au moins une fois par an. Pour la première fois, ces indications seront intégrées automatiquement au rapport. Elles correspondent à la situation à la fin de l'année 2025.

Le modèle de rapport sur la qualité 2025 inclut toujours les trois domaines d'activité: soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie. En plus de la mesure de la qualité propre à chaque hôpital, le rapport de H+ présente celle de l'ANQ – obligatoire et uniforme sur l'ensemble du territoire. Vous trouverez des explications détaillées sur le site de ce centre de compétences : www.anq.ch.

Afin de faciliter l'utilisation du modèle de rapport et de réduire la charge de travail pour les établissements, de nouveaux liens directs vers les mesures nationales et les enquêtes de l'ANQ ont également été ajoutés au profil de chaque hôpital.

H+ remercie tous les hôpitaux et les cliniques participants pour leur inlassable engagement et les activités diverses qui permettent de garantir la qualité élevée des soins. Publiées avec transparence et exhaustivité, ces activités recueillent l'attention et l'estime qu'elles méritent.

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 **7**
2.1 Organigramme 7
2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité 7
3 Stratégie de qualité **8**
3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2025 8
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2025 9
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir 9
4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité **10**
4.1 Développement de la qualité selon la convention de qualité en vertu de l'art. 58a LAMal 10
4.2 Participation aux mesures nationales 11
4.3 Exécution de mesures prescrites par le canton 12
4.4 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital 12
4.5 Activités et projets relatifs à la qualité 13
4.5.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents 15
4.6 Aperçu des registres
Aucun registre correspondant aux domaines d'activités de notre établissement n'a été identifié.
4.7 Vue d'ensemble des certifications 16
MESURES DE LA QUALITE **17**
Enquête sur l'expérience des patients **18**
5 Expérience des patients **18**
5.1 Enquête nationale sur l'expérience des patients (PREMs), psychiatrie 18
5.2 Service des réclamations 18
6 Expérience des patients, enfants / adolescents / parents **19**
6.1 Enquêtes à l'interne 19
6.1.1 Enquête de satisfaction 19
7 Satisfaction du personnel **21**
7.1 Enquête à l'interne 21
7.1.1 Enquête de satisfaction des collaborateurs en interne 21
8 Satisfaction des référents
Absence d'indicateur
Qualité des traitements **22**
Mesures en soins somatiques aigus **22**
9 Réadmissions
Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.
10 Opérations
Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.
11 Infections **22**
11.1 Mesure interne 22
11.1.1 Indicateur hygiène 22
11.1.2 Suivi des mesures additionnelles 22
11.1.3 Suivi BMR, bactériémies et virus 23
12 Chutes **24**
12.1 Mesure interne 24
12.1.1 Nombre de chutes 24
13 Escarres **26**
13.1 Mesure interne 26
13.1.1 Escarres acquises au sein de la clinique 26

Mesures spécifiques à la psychiatrie 28

14 Mesures limitatives de liberté et importance des symptômes 28

14.1 Relevé national des mesures limitatives de liberté (MLL) en psychiatrie des adultes et en psychiatrie des enfants et des adolescent 28

Mesures spécifiques à la réadaptation 0

15 Qualité de vie, capacité fonctionnelle et physique

100% psy depuis mi-2025

Autres activités en faveur de la qualité 0

16 Autres mesures de la qualité

Les autres mesures et enquêtes se trouvent dans les chapitres correspondant aux domaines thématiques.

17 Détails sur les projets 29

17.1 Projets actuels en faveur de la qualité 29

17.1.1 Convention qualité H+ 29

17.1.2 RSE 29

17.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2025 29

17.2.1 Déclarations d'événements graves 29

17.2.2 Accueil stagiaires 29

17.3 Projets de certification en cours 29

17.3.1 Audit ISO 9001 29

18 Conclusions et perspectives 30

Annexe 1: Vue d'ensemble de l'offre de l'institution 31

Psychiatrie 31

Editeur 32

1 Introduction

Clinea Suisse regroupe les cliniques de La Métairie et Bois-Bougy dans le canton de Vaud et la clinique du Grand-Salève dans le canton de Genève.

La Métairie est une clinique psychiatrique privée dotée d'une longue histoire dans le domaine du traitement hospitalier des troubles psychiques. Située à Nyon depuis près de 160 ans, la clinique assure des soins de qualité continuellement actualisés.

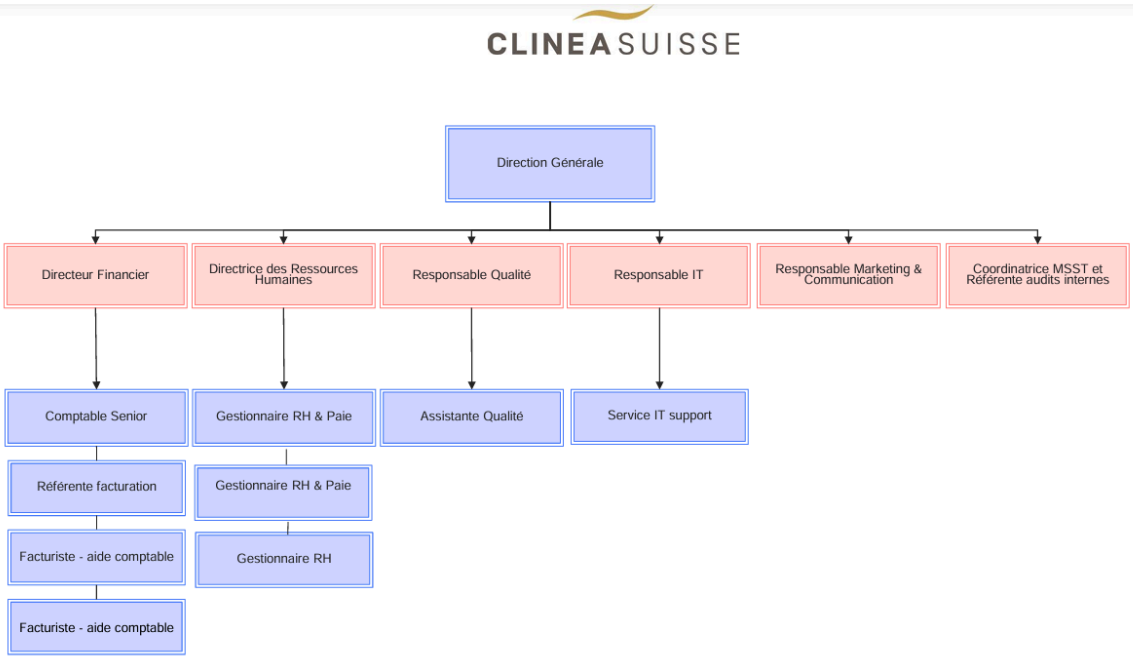
Bois-Bougy est un centre de traitement et de réadaptation spécialisé en réadaptation musculo squelettique de médecine interne et oncologie, gériatrie et neurologie. Il a ouvert en février 2013 à Nyon et propose des soins de qualité.

Grand-Salève, clinique ouverte depuis mai 2018 (réadaptation et psychiatrie) propose depuis Juillet 2025 des prestations de qualité dans le domaine de la psychiatrie exclusivement.

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 présente sur chaque établissement et évolue avec Clinea Suisse, société à notre service.
Une responsable qualité et son adjointe travaillent en collaboration étroite avec la direction adjointe et la direction des soins de chaque clinique.
La revue de direction se réunit 2 fois par an et aborde tous les thèmes relatifs au management de la qualité.
Des points qualité et des réunions stratégiques/qualité se tiennent dans chaque clinique avec la direction et le service qualité.
La qualité sur les trois cliniques est gérée par 1,6 EPT.

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

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

Pour l'unité de qualité indiquée ci-dessus, un pourcentage de travail de ***160*** est disponible.

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

Madame Denise Crozier
Responsable qualité
0783509942
denise.crozier@emeis.com

Madame Elodie Quiblier
Assistante qualité
0783518263
elodie.quiblier@emeis.com

3 Stratégie de qualité

Clinea Suisse a été créée en novembre 2019, agissant en qualité de prestataire de services et ayant pour objectif principal d'accompagner les Cliniques La Métairie, Bois-Bougy dans le canton de Vaud et Grand-Salève dans le canton de Genève.
Ces cliniques sont spécialisées dans la prise en charge des soins stationnaires de psychiatriques et des soins de réadaptation.

Clinea Suisse apporte tout son support dans les processus des ressources humaines, finance/ comptabilité, qualité, communication, informatique, etc..

Soucieux de faire reconnaitre nos valeurs : le professionnalisme, le dynamisme et l'accompagnement auprès de nos patients, nous nous appuyons sur la certification ISO 9001 : 2015, obtenue depuis juin 2021 sous Clinea Suisse.

Les objectifs prioritaires de notre système de management sont les suivants :
• Améliorer de façon continue notre système de management de la qualité
• Être à l'écoute des besoins des patients et y apporter une réponse rapide et adaptée
• S'assurer de délivrer une qualité de service conforme à nos engagements afin de satisfaire nos patients
• Suivre la satisfaction de nos patients et anticiper leurs attentes et besoins
• Respecter et promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène
• Corriger et prévenir les situations à risque pour le patient et le collaborateur
• S'appuyer sur des prestataires fiables
• S'entourer de collaborateurs motivés et les accompagner dans le développement de leurs compétences en optimisant la maitrise des bonnes pratiques et s'appuyant sur les exigences légales
• Proposer un service hôtelier de qualité
• Développer les actions en lien avec la RSE (Responsabilité Sociétale de l'Entreprise)

Pour remplir ces objectifs, nous demandons à chacun de nos collaborateurs d'être acteur dans notre démarche qualité, pilotée par les revues de direction. Nous nous engageons à soutenir toutes les actions nécessaires à la mise en œuvre et à l'amélioration continue de notre système de management de la qualité pour renforcer notre performance, notamment à la réussite des projets que nous citons dans le Bilan H+ annuel.

Chaque clinique a la volonté de placer les patients au cœur de leurs préoccupations et attachent une extrême importance à la qualité de la prise en soins ainsi que du parcours patient. C'est pourquoi elles mesurent, analysent la satisfaction des patients, et les événements graves, afin de toujours améliorer les processus.

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

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 2025

- *Audit de contrôle ISO 9001:2015 réussi en octobre 2025 pour Clinea Suisse.*
- *Création d'un comité qualité*
- *Poursuite du travail d'uniformisation/ harmonisation/ simplification de la gestion documentaire sur les 3 cliniques*
- *Présence qualité organisée de manipre régulière.*

3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2025

- *ISO 9001:2015: un audit de suivi a été conduit en octobre 2025 pour l'ensemble des 3 cliniques du Groupe. Le certificat a été maintenu.*
- *Système de signalements des incidents: notre système de signalements des incidents a été amélioré en 2025. Un comité qualité annuel a permis de revoir le système et de l'améliorer.*
- *Enquêtes de satisfaction patients: tous nos formulaires d'enquêtes ont été revus et les questions ont été améliorées.*
- *Audits internes: des audits croisés inter-cliniques ont été réalisés notamment au niveau de la restauration-cuisine.*
- *Revues de Direction: la structrue de nos revues de direction a été optimisée. La fréquence est semestrielle.*

3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir

Pour les années à venir (2026/2027), notre objectif principal est de répondre aux exigences de la nouvelle Convention qualité H+. Afin d'accompagner au mieux les équipes et de renforcer nos compétences, le service qualité a suivi une formation en 2025.

Par ailleurs, un objectif continu consiste à harmoniser nos procédures sur l'ensemble de nos cliniques tout en réduisant la documentation.

Ensuite, la formation de nos pilotes de processus permettra de renforcer le pilotage et d'assurer une meilleure cohérence dans la mise en œuvre de nos démarches qualité et de la gestion des risques.

Enfin, les formations que nous poursuivons en interne constituent également un levier essentiel pour diffuser la culture qualité à tous les niveaux de l'organisation.

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

4.1 Développement de la qualité selon la convention de qualité en vertu de l'art. 58a LAMal

Déclaration et publication du développement de la qualité selon la CQ en vertu de l'art. 58a LAMal: état à la fin de l'année (31.12.2025).

Autodéclaration[1]: 19.05.2025		**Contrôle externe CQ58a LAMal[2]**			
		Résultat		Organe de contrôle	Commentaire hôpital
Système de gestion de la qualité	✓	amélioration continue	○○○○○	pas encore examiné	
Culture de qualité	✓	amélioration continue pénétration dans l'institution	○○○○○ ○○○○○	pas encore examiné	
▪ Critical Incident Reporting System (CIRS)	✓				
▪ Apprentissage interactif dans la Room of Horrors	✓				
▪ Enquêtes auprès des collaborateurs	✓				
▪ Revues mortalité – morbidité	◌				
▪ Analyse systématique des erreurs (protocole de Londres)	✓				
▪ Travail en équipe interprofessionnelle avec TeamSTEPPS	✓				
▪ Cercle de qualité	✓				
Sécurité des patientes	✓	amélioration continue pénétration dans l'institution	○○○○○ ○○○○○	pas encore examiné	
▪ Prévention des escarres FHV	✓				
▪ Prévention de l'état confusionnel aigu	✓				
▪ Mesures limitatives de liberté	✓				
▪ Gestion de la malnutrition	✓				
▪ Medication Review	✓				
▪ Module CAUTI Intervention	✓				
▪ Prévention des chutes	✓				
▪ Prévention du suicide après une tentative (ASSIP)	✓				

Explications

L'autodéclaration (1) intervient chaque année. Les hôpitaux et les cliniques déclarent quelles mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) ils mettent en œuvre et quelle est l'état d'avancement de leur implémentation. En outre, ils communiquent l'état d'implémentation des projets en faveur de la qualité par champ d'action: ◌ = en cours, ✔ = entièrement réalisé.

Tous les hôpitaux et cliniques doivent se soumettre tous les 8 ans au moins à un contrôle externe (2). Le choix intervient tant de manière aléatoire qu'en fonction des résultats de la mesure de l'ANQ. Les résultats du contrôle externe sont publiés en ligne à chaque fois durant les deux ans qui suivent son exécution.
Dimension de l'amélioration continue 1: Pas mis en œuvre / 2: Plan de mise en œuvre avec calendrier adapté (Plan) / 3: Exigences minimales implémentées (Do) / 4: L'efficacité est contrôlée (Check) / 5: Les mesures correctives sont définies et mises en œuvre (Act)

Dimension de la pénétration dans l'institution 1: Pas mis en œuvre / 2: 1 domaine pilote au min. / 3: Introduction dans au moins 50% des domaines / 4: Introduction dans au moins 75% des domaines / 5: Introduction complète

Remarques

- *Cette autodéclaration a été réévaluée en 2026 suite à une formation administrée par l'Espace Compétences*
- *Elle est sensiblement différente.*

4.2 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 prio.swiss et les assurances sociales fédérales sont représentés au sein de l'ANQ. Le but de cette association est de coordonner et de réaliser des mesures dans le cadre du développement de la qualité à l'échelle nationale, en particulier d'assurer une mise en œuvre uniforme des mesures de la qualité des résultats (outcome) dans les hôpitaux et cliniques et une publication comparative des résultats. L'objectif est de garantir une offre de prestations innovante pour les membres et les organisations qui leur sont affiliées afin de les soutenir dans leurs tâches visant à assurer un développement de la qualité efficace et orienté vers les patientes et patients. 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/.

Notre institution a participé comme suit au plan de mesures national:
psychiatrie
▪ Psychiatrie pour adultes
– Enquête nationale sur l'expérience des patients (PREMs), psychiatrie - aldultes
– Relevé national des mesures limitatives de liberté (MLL)

4.3 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:
▪ Convention qualité H+

Remarques
La convention qualité a été votée et acceptée.
Le service qualité a été formé en novembre 2025 par Espace Compétences.

4.4 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:
Expérience des patients, enfants / adolescents / parents
▪ Enquête de satisfaction
Satisfaction du personnel
▪ Enquête de satisfaction des collaborateurs en interne

Notre institution a exécuté les mesures suivantes propres à l'hôpital:
Infections
▪ Indicateur hygiène
▪ Suivi des mesures additionnelles
▪ Suivi BMR, bactériémies et virus
Chutes
▪ Nombre de chutes
Escarres
▪ Escarres acquises au sein de la clinique

4.5 Activités et projets relatifs à la qualité

La liste des activités n'est pas exhaustive.

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

Communication MSST

Objectif	*Apporter de la connaissance MSST et évaluer les connaissances*
Domaine dans lequel le projet est en cours	*MSST*
Projet: période (du… au…)	*En continu*
Type de projet	*Il s'agit là d'un projet interne.*
Méthodologie	*Quizz et journal interne*
Groupes professionnels impliqués	*Tous les professionnels*
Evaluation de l'activité / du projet	*Activité débutée en 2026*

Sécurité patient

Objectif	*Renforcement de la sécurité du circuit du médicament*
Domaine dans lequel le projet est en cours	*Soins et pharmacie*
Projet: période (du… au…)	*En continu*
Type de projet	*Il s'agit là d'un projet interne.*
Méthodologie	*Contrôles piluliers effectués par la pharmacie*
Groupes professionnels impliqués	*Soins, pharmacie, management de proximité, référente sécurité patient*
Evaluation de l'activité / du projet	*Suivi des indicateurs*

Développement du réseau de soins

Objectif	*Améliorer l'adaptation de la clinique aux besoins*
Domaine dans lequel le projet est en cours	*Soins*
Projet: période (du… au…)	*En continu*
Type de projet	*Il s'agit là d'un projet interne/externe.*
Méthodologie	*Rencontres du réseau : Argos, Checkpoint etc...*
Groupes professionnels impliqués	*Direction adjointe, direction des soins, médical et paramédical*
Evaluation de l'activité / du projet	*Une commission d'admission multidisciplinaire a été mise en place. Des rencontres sont organisées avec des partenaires pour connaître et se faire connaître.*

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

Présence digitale

Objectif	*Développer la présence digitale de notre clinique*
Domaine dans lequel l'activité est en cours	*Communication*
Activité: période (depuis…)	*En continu*
Type d'activité	*Il s'agit là d'une activité interne.*
Expliquer les raisons	*Faire connaître notre clinique en améliorant sa visibilité*
Méthodologie	*Intranet, réseaux sociaux, presse médicale spécialisée*
Groupes professionnels impliqués	*Responsable communication et direction adjointe*
Evaluation de l'activité / du projet	*Activité bien implantée, développement en cours dans le soutien de jeunes sportifs*

Animation de journées à thèmes

Objectif	*Transmettre de la connaissance à nos collaborateurs et patients*
Domaine dans lequel l'activité est en cours	*Soins*
Activité: période (depuis…)	*Tous les ans*
Type d'activité	*Il s'agit là d'une activité interne.*
Expliquer les raisons	*Animer la clinique en proposant des ateliers pédagogiques et ludiques*
Méthodologie	*Se baser sur les dates des journées internationales/mondiales (journée hygiène des mains, sécurité patients)*
Groupes professionnels impliqués	*Direction des soins, management de proximité, responsable communication*
Evaluation de l'activité / du projet	*Activité bien implantée depuis de nombreuses années*

Audits internes et revue documentaire

Objectif	*Revue de nos processus*
Domaine dans lequel l'activité est en cours	*Tous les processus*
Activité: période (depuis…)	*En continu*
Type d'activité	*Il s'agit là d'une activité interne.*
Expliquer les raisons	*Améliorer le système qualité*
Méthodologie	*Réaliser des audits internes et des autoévaluations selon un planning, révision documentaire*
Groupes professionnels impliqués	*Tous les processus*
Evaluation de l'activité / du projet	*Création d'un poste de référent AUDIT INTERNE en avril 2026 pour suivre nos équipes d'auditeurs internes. Formation de nos pilotes de processus en 2026-2027 pour révision documentaire.*

4.5.1 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 *2016* .
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
Le service qualité a été formé à la méthodologie d'analyse par le Protocole de Londres ERA en mars et avril 2026.
Une analyse systémique des incidents graves a été initiée en juillet 2025, et se poursuit.

4.7 Vue d’ensemble des certifications

Notre institution a obtenu les certifications suivantes:				
Norme appliquée	**Domaine qui travaille avec la norme / le standard**	**Année de la première certification**	**Année de la dernière recertification**	**Commentaires**
ISO 9001:2015	*Qualité*	*2020*	*2024*	*Prochaine re-certification en 2027*
REKOLE	*Finances*	*2023*	*Valable 2027*	*Audit tous les 3 ans*

MESURES DE LA QUALITE

Enquête sur l’expérience des patients

5 Expérience des patients

Les PREMs (Patient-Reported Experience Measures) mettent en évidence le point de vue des patients et montrent comment ils vivent les prestations de santé fournies. Les résultats de l’enquête offrent aux hôpitaux et aux cliniques une base fiable pour lancer des mesures d’amélioration de la qualité, développer leurs services et renforcer leur approche orientée vers les patients.

5.1 Enquête nationale sur l’expérience des patients (PREMs), psychiatrie

Dès le printemps 2026, le questionnaire Swiss PREMs Psychiatry remplace l’ancien questionnaire succinct de l’ANQ. Swiss PREMs est un instrument d’enquête différencié destiné à évaluer l’expérience des patients. Il a été sélectionné selon une procédure structurée, adapté de manière ciblée et testé dans le cadre de mesures pilotes.

Le questionnaire Swiss PREMs Psychiatry interroge sur les dimensions suivantes: admission/sortie, information/communication, personnel infirmier, corps médical et autres collaborateurs, implication dans les processus de décision, organisation/déroulement et temps d’attente, confiance/sécurité dans le traitement/les soins et le séjour, médication, gestion de la sortie. Sont interrogés tous les adultes (≥ 16 ans) qui quittent l’hôpital ou la clinique durant une période déterminée (période de la mesure).

La mesure est effectuée pour la première fois au printemps 2026 puis tous les 2 ans. Les données de l’enquête avec le nouveau questionnaire seront disponibles seulement dès l’année de mesure 2026. Pour cette raison, aucun résultat n’est encore en lien.

Méthode de mesure et interprétation des résultats

Des documents supplémentaires relatifs à la méthode de mesure et à l’interprétation sont disponibles sur le site Web de l’ANQ.

Vers les résultats des mesures: Clinéa Suisse, Clinique du Grand-Salève

5.2 Service des réclamations

Notre établissement propose un service des réclamations / de médiation.

Clinéa Suisse, Clinique du Grand-Salève
Direction
Pontoizeau Audrey
Directrice générale adjointe
022 570 50 06
info@grand-saleve.ch

Nouvelle directrice adjointe depuis 2025

6 Expérience des patients, enfants / adolescents / parents

La mesure de la satisfaction des proches fournit aux établissements de précieuses informations sur la manière dont les patients se sont sentis dans l'hôpital et dont ils ont ressenti l'assistance. L'évaluation de la satisfaction des proches est judicieuse pour les enfants et les patients dont l'état de santé n'autorise pas une mesure directe de la satisfaction du patient.

6.1 Enquêtes à l'interne

6.1.1 Enquête de satisfaction

Nous mesurons la satisfaction de nos patients en leur proposant de répondre à un questionnaire quelques jours avant leur sortie. Chaque patient peut compléter de manière anonyme s'il le souhaite. Les remarques de nos patients en cours de séjour sont bien évidemment traitées immédiatement.

Le formulaire contient les points suivants :
-Accueil, réception et admission
-Prestations hôtelières
-Restauration
-Médical
-Soins
-Equipe paramédicale
-Fin de séjour
-Dans l'ensemble, à améliorer.

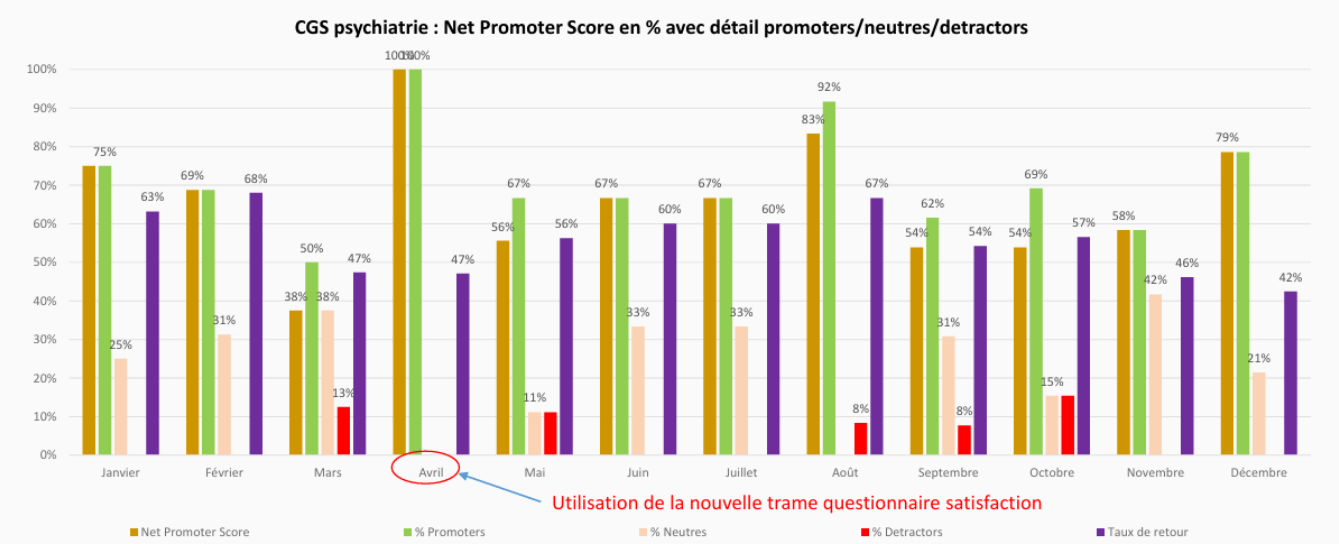
Clinea Suisse a choisi d'utiliser le NPS: net promoter score. Ce score en pourcentage permet de mettre en valeur la satisfaction des utilisateurs tout en comptabilisant le pourcentage des patients qui ne sont pas satisfaits (les détracteurs).
Un NPS peut aller de -100% à +100%.
Un +100% indiquerait, par exemple que toutes les personnes ayant répondu sont fortement "promoteurs" de notre clinique.
Un -100% détermine que les utilisateurs du service ne feront aucune publicité positive et seront vraiment négatifs dans leurs avis lorsqu'on leur demandent, donc déservent l'institution à moyen/long terme.

Ces données sont ensuite remontées à la qualité, afin de les exploiter. Ces indicateurs sont communiqués mensuellement à l'ensemble des collaborateurs, incluant les commentaires écrits par les patients. Les résultats annuels sont présentés en revue de direction.

Nous avons mené cette enquête auprès des poches durant l'année 2025.

Indications sur le collectif examiné
Les motifs d'exclusion sont les suivants :
- Non-retour de permission
- Exclusion clinique
- Sortie contre avis médical
- Transfert aux urgences
- Décès
- DMS courte <5j

Résultats des mesures



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

7 Satisfaction du personnel

La mesure de la satisfaction du personnel fournit aux établissements des informations précieuses sur la manière dont les collaborateurs et collaboratrices ont perçu l'hôpital en tant qu'employeur et ressenti leur situation de travail dans celui-ci.

7.1 Enquête à l'interne

7.1.1 Enquête de satisfaction des collaborateurs en interne

L'enquête de satisfaction 2025 s'est déroulée du 7 au 31 janvier dans le but de mieux cerner les attentes et les besoins des collaborateurs concernant leur quotidien professionnel et les conditions de travail.
Cette enquête nous a permis d'identifier des axes d'amélioration et de construire, ensemble, des plans d'action concrets.

Nous avons mené cette enquête auprès du personnel du *7 janvier* au *31 janvier*.
Tous les collaborateurs, quelle que soit leur fonction.

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

Ces données sont confidentielles.

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	*Opensquare*
Méthode / instrument	*Questionnaire*

Remarques
Prochaine enquête : du 23 avril au 31 mai 2026

Qualité des traitements

Mesures en soins somatiques aigus

11 Infections

11.1 Mesure interne

11.1.1 Indicateur hygiène

La consommation de solution hydro-alcoolique SHA est mesurée trimestriellement.

Notre référente hygiène évalue également l'ensemble des collaborateurs de soins sur l'hygiène des mains (connaissances des recommandations générales, desinfection et lavage des mains).

Ces indicateurs sont communiqués trimestriellement. Un point de situation est effectué en revue de direction.

Des journées de sensibilisation à l'hygiène des mains dans le but de réduire les risques d'infection sont réalisées.

Nous avons mené cette mesure durant l’année 2025.

Indications sur le collectif examiné

Résultats des mesures
Des mesures d'amélioration pour augmenter notre consommation de solution SHA sont en cours.

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

11.1.2 Suivi des mesures additionnelles

La direction des soins suit chaque mise en place de mesures additionnelles, récapitule les cas et prend des mesures correctives et préventives. Un suivi est réalisé par la référente hygiène.

Le clinique a nommé une référente hygiène formée et connue des collaborateurs.

Les bonnes pratiques sont dictées par Vigigerm sur le canton de Genève.

Nous avons mené cette mesure durant l’année 2025.
Les services de soins

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

En consultation sur demande

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

11.1.3 Suivi BMR, bactériémies et virus

La clinique suit le nombre de cas afin d'appotrter une plus grande efficacité dans la maîtrise de l'hygiène hospitalière.
Celà nous permet également de répondre aux bonnes pratiques dictées par Vigigerme en matière de prévention, suivi et contrôle de l'infection.

En 2025, le travail d'uniformisation des indicateurs hygiène sur l'ensemble de nos cliniques se poursuit.

Nous avons mené cette mesure durant l’année 2025.
Services de soins

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

Les résultats sont transmis à Vigigerme et sont suivis par la référente hygiène et la direction des soins.

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

12 Chutes

Remplacement de l’ancienne méthode de mesure – pas de mesure dès 2023

En novembre 2022, l’ANQ a décidé de remplacer la méthode de mesure de l’Université de Maastricht LPZ en vigueur depuis 2011. Pour les hôpitaux et les cliniques, la mesure de la prévalence des chutes et des escarres impliquait un gros investissement en personnel. De sa propre initiative, l’ANQ a décidé d’examiner d’autres méthodes de relevé des données. L’objectif est de rendre les données cliniques de routine (issues du dossier électronique du patient) utilisables pour des mesures de qualité nationales moins coûteuses.

Compte tenu des modifications méthodologiques à venir, l’ANQ a décidé de suspendre la mesure nationale dès 2023. Les indicateurs de qualité Chutes et escarres continueront néanmoins de faire partie du plan de mesure de l’ANQ. Afin de disposer à moyen terme d’une mesure reposant sur des données de routine, l’ANQ investit dans le perfectionnement de la mesure.

Au printemps 2025, 69 hôpitaux / cliniques ont participé à la mesure pilote volontaire des chutes et escarres, fondée sur des données SIC structurées.

Des informations supplémentaires sur le développement de la mesure des chutes et escarres sont disponibles sur le site Web de l’ANQ.

12.1 Mesure interne

12.1.1 Nombre de chutes

Les chutes sont déclarées par les infirmiers à la fois sur le dossier informatisé du patient et sur notre système d'incidents.

L'indicateur chute est sous la responsabilité de la direction des soins et la direction médicale.

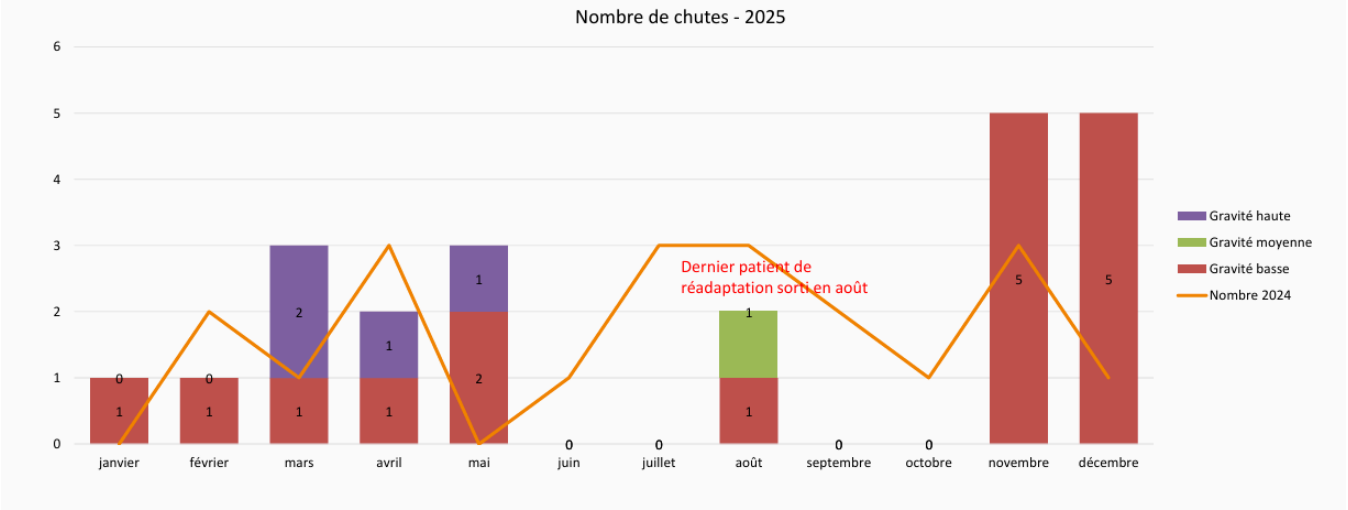
Le nombre de chutes est communiqué dans nos indicateurs mensuels, ainsi que dans une de nos revues de direction.

Cet indicateur permet d'avoir une vigilance et mettre en place des moyens sur la prévention des chutes ou des actions correctives en fonction du lieu des chutes, des circontances, etc...

Nous avons mené cette mesure durant l’année 2025.
Tous nos patients sont concernés

Indications sur le collectif examiné

Résultats des mesures



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

13 Escarres

Remplacement de l’ancienne méthode de mesure – pas de mesure dès 2023

En novembre 2022, l’ANQ a décidé de remplacer la méthode de mesure de l’Université de Maastricht LPZ en vigueur depuis 2011. Pour les hôpitaux et les cliniques, la mesure de la prévalence des chutes et des escarres impliquait un gros investissement en personnel. De sa propre initiative, l’ANQ a décidé d’examiner d’autres méthodes de relevé des données. L’objectif est de rendre les données cliniques de routine (issues du dossier électronique du patient) utilisables pour des mesures de qualité nationales moins coûteuses.

Compte tenu des modifications méthodologiques à venir, l’ANQ a décidé de suspendre la mesure nationale dès 2023. Les indicateurs de qualité Chutes et escarres continueront néanmoins de faire partie du plan de mesure de l’ANQ. Afin de disposer à moyen terme d’une mesure reposant sur des données de routine, l’ANQ investit dans le perfectionnement de la mesure.

Au printemps 2025, 69 hôpitaux / cliniques ont participé à la mesure pilote volontaire des chutes et escarres, fondée sur des données SIC structurées.

Des informations supplémentaires sur le développement de la mesure des chutes et escarres sont disponibles sur le site Web de l’ANQ.

13.1 Mesure interne

13.1.1 Escarres acquises au sein de la clinique

Les escarres sont documentés dans le dossier patient. Le nombre d'escarres qui se seraient développées au cours de l'hospitalisation à la clinique, et ne concernant pas celles avec lesquelles le patient serait arrivé, est un indicateur suivi par la Direction des soins depuis janvier 2020.

Le suivi des escarres aquises au sein de la clinique n'est plus suivi depuis le passage en 100% psychiatrie.

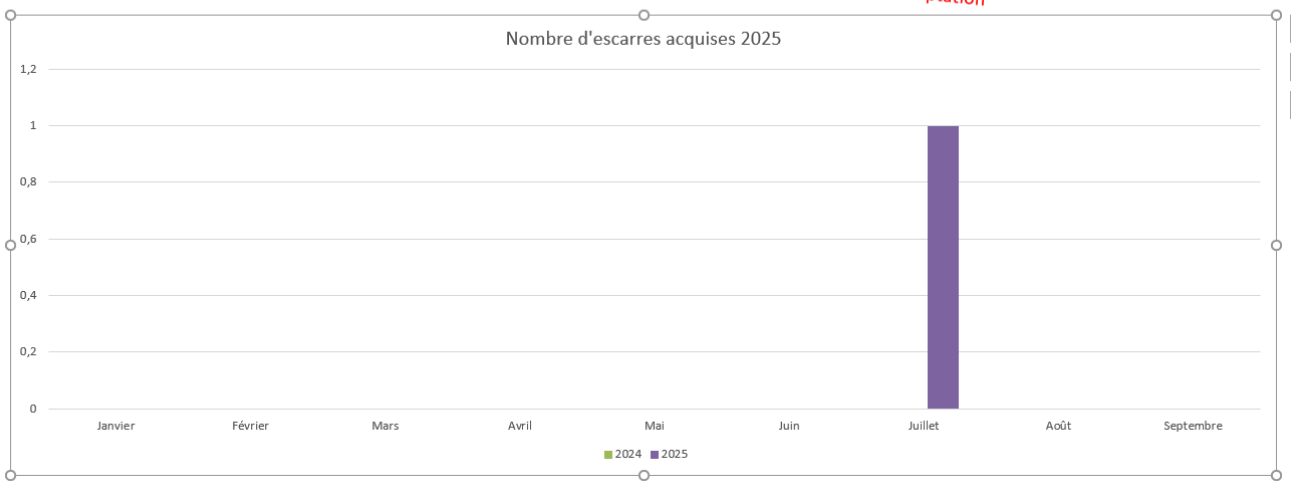
Nous avons mené cette mesure du *1er janvier 2025* au *10 septembre 2025*.
Concerne tous les patients

Indications sur le collectif examiné

Résultats des mesures

Nombre d’escarres acquises

10.09.25: indicateur à supprimer avec la suppression de la réadaptation



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

Mesures spécifiques à la psychiatrie

Le plan de mesure de l'ANQ pour la psychiatrie stationnaire des adultes a été introduit en juillet 2012. Un an plus tard, il a été étendu à la psychiatrie stationnaire des enfants et des adolescents. Dans ces deux domaines – la psychiatrie des adultes et la psychiatrie des enfants et adolescents – on mesure l'intensité des symptômes et leur évolution au cours du séjour stationnaire. Sont pris en compte aussi bien le point de vue du personnel soignant que celui des patients. Par ailleurs, les institutions documentent le type de mesures limitatives de liberté et leur fréquence. Les mesures se présentent sous forme de relevés exhaustifs. Ces données sont évaluées une fois par an.

Les résultats des mesures de la psychiatrie des adultes sont classés et présentés séparément par type de cliniques. Un tel classement n'est pas entrepris pour la psychiatrie des enfants et des adolescentes.

14 Mesures limitatives de liberté et importance des symptômes

14.1 Relevé national des mesures limitatives de liberté (MLL) en psychiatrie des adultes et en psychiatrie des enfants et des adolescent

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.

A l'aide de cette mesure, l'ANQ identifie chaque année la proportion de patientes et patients concernés par au moins une MLL. Les MLL sont appliquées en tenant compte de la protection de l'enfant et de l'adulte, lorsque les patients présentent un risque de mise en danger de soi ou d'autrui. Les résultats des mesures doivent toujours être considérés dans leur contexte. Par conséquent, un recours moins fréquent aux MLL n'équivaut pas forcément à une meilleure qualité du traitement. Dans le cadre de la mesure de l'ANQ, les MLL suivantes sont relevées : isolement pour des raisons psychiatriques ou infectieuses/somatiques, immobilisation, médication forcée, ainsi qu'en psychiatrie pour adultes maintien ferme et limitation des mouvements à la chaise ou au lit.

Méthode de mesure et interprétation des résultats

Des documents supplémentaires relatifs à la méthode de mesure et à l'interprétation sont disponibles sur le site Web de l'ANQ.

Vers les résultats des mesures:

- Cliniques de psychiatrie spécialisée

17 Détails sur les projets

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

17.1 Projets actuels en faveur de la qualité

17.1.1 Convention qualité H+

Répondre aux exigences de la Convention qualité H+.
Former l'équipe qualité à ses exigences et à cette Convention en 2025.
Mettre en place des groupes de travail sur chacunes des MAQ sélectionnées, avec médecins, direction des soins, personnel soignants.
Suivi de l'avcancement des groupes.
Accompagnement méthodologique de la qualité.

17.1.2 RSE

Engager les collaborateurs dans la responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE).
Faire prendre conscience aux collaborateurs que la RSE est un point essentiel et que chacun a un rôle à jouer dans la responsabilité sociétale de l'entreprise.
Méthode : lister les actions RSE tout au long de l'année, assurer des minis-formations (gestion de l'agressivité...)

17.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2025

17.2.1 Déclarations d'événements graves

Type: revoir la définition d'événements graves et ce qui doit être remonté à la Direction.

Objectifs: faire ressortir les événements graves des autres événements déclarés afin de pouvoir les analyser.

Déroulement: groupe de travail convoqué en 2024.

Evaluation: en 2025, un comité qualité a été créé pour revoir le système de déclarations.

17.2.2 Accueil stagiaires

Accueil stagiaire HES SO dans les soins et un paramédical.
Un praticien formateur formé en 2025 et un autre en formation.
Projet lancé en 2021 et abouti en 2025.

17.3 Projets de certification en cours

17.3.1 Audit ISO 9001

L'audit de re certification ISO 9001:2015 a eu lieu du 1er au 4 octobre 2024.

L'audit de contrôle a eu lieu les 16 et 17 octobre 2025, puis le prochain les 22 et 23 octobre 2026.

Le prochain audit de re certification aura lieu en 2027. Le certificat expire le 23.06.2027.

Le service qualité travaille en collaboration avec les différents services et la direction tout au long de l'année pour conserver ce certificat qui est un gage de qualité pour nos établissements.

18 Conclusions et perspectives

La création de Clinea Suisse en 2019 a permis d'insuffler une synergie entre les cliniques La Métairie, Bois-Bougy et Grand-Salève, à la fois pour une uniformisation des bonnes pratiques mais aussi pour un enrichissement mutuel et de savoirs.

La qualité de la prise en soins de nos patients est au cœur de nos préoccupations, c'est pourquoi nous travaillons sans cesse sur l'amélioration de notre offre en soins.

Ce travail continuera de nous animer pour les années à venir.

Annexe 1: Vue d’ensemble de l’offre de l’institution

Les indications sur la structure et les prestations de l’hôpital permettent d’avoir un **aperçu** de la taille de l’hôpital et de son offre.

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

Ce dernier peut être téléchargé au moyen du lien suivant: *Rapport annuel*

Psychiatrie

Offre de prestations en psychiatrie

No CIM	Offre par diagnostic principal de sortie
F0	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
F1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
F2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
F3	Troubles de l'humeur (affectifs)
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F7	Retard mental
F8	Troubles du développement psychologique
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

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 impliquées et partenaires

L'évolution du modèle est assurée 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

Les mesures de la qualité de l'**ANQ** ont été reprises et sont décrites dans le rapport sur la qualité.

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 en réseau et en collaboration. 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 aussi: 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.