

Rapport sur la qualité 2021

conforme aux directives de H+

Validé le:
par:

30.06.2021
Eric FASEL, Directeur

Version 1

Clinique Montbrillant

www.clinique-montbrillant.ch



soins aigus somatiques

Mentions légales

Le présent rapport sur la qualité a été réalisé sur la base du modèle de H+ Les Hôpitaux de Suisse. Ce modèle permet de rendre compte de manière unifiée de la qualité pour les domaines des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation pour l'année 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 | 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 2021 | 8 |
| 3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2021 | 10 |
| 3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir..... | 13 |
| 4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité | 15 |
| 4.1 Participation aux mesures nationales | 15 |
| 4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton | 15 |
| 4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital..... | 16 |
| 4.4 Activités et projets relatifs à la qualité | 17 |
| 4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents | 20 |
| 4.5 Aperçu des registres | 21 |
| 4.6 Vue d'ensemble des certifications..... | 21 |
| MESURES DE LA QUALITE | 22 |
| Enquêtes | 23 |
| 5 Satisfaction des patients | 23 |
| 5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu..... | 23 |
| 5.2 Enquêtes à l'interne | 24 |
| 5.2.1 Questionnaire de satisfaction interne..... | 24 |
| 5.3 Service des réclamations | 24 |
| 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 | 25 |
| 9 Réhospitalisations | 25 |
| 9.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables | 25 |
| 10 Opérations Le groupe SMN procède à une analyse interne dans un premier temps, puis fait une comparaison des résultats entre les différentes clinique du groupe. | |
| 11 Infections | 26 |
| 11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire..... | 26 |
| 12 Chutes | 29 |
| 12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres | 29 |
| 13 Escarres | 30 |
| 13.1 Mesure nationale de prévalence des escarres | 30 |
| 14 Mesures limitatives de liberté | 31 |
| 14.1 Relevé à l'interne des mesures limitatives de liberté | 31 |
| 14.1.1 Détection des patients à risque de chutes | 31 |
| 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 Autres mesures de la qualité Notre établissement n'a pas effectué d'autres mesures durant l'année de référence. | |

| | | |
|---|--|-----------|
| 18 | Détails des projets | 32 |
| 18.1 | Projets actuels en faveur de la qualité | 32 |
| 18.1.1 | Parcours optimisé du patient opéré de PTH et de PTG..... | 32 |
| 18.1.2 | Implémentation du projet patient debout..... | 33 |
| 18.2 | Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2021 | 33 |
| 18.2.1 | Création de la salle d'attente pour patients ambulatoires | 33 |
| 18.3 | Projets de certification en cours | 34 |
| 18.3.1 | Concept santé-sécurité selon la solution de branche H+ | 34 |
| 19 | Conclusions et perspectives | 36 |
| Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution..... | | 37 |
| Soins somatiques aigus | | 37 |
| Editeur | | 38 |

1 Introduction

Swiss Medical Network Hospitals gère plus de 20 sites de soins aigus dont la clinique Montbrillant à La Chaux-de-fonds.

En 2021, l'établissement a veillé à la consolidation de la qualité et de la sécurité du patient, ainsi que les conditions de qualité et sécurité de son personnel. Depuis sa création il y a plus de 100 ans par le Professeur De Quervain, la Clinique Montbrillant est spécialisée en orthopédie, en ophtalmologie, en gynécologie, en chirurgie générale ainsi que dans différentes autres spécialités. La Clinique compte environ 100 médecins agréés qui pratiquent approximativement 1800 opérations chaque année, dont environ 30% en stationnaire et 70% en ambulatoire.

- Le service d'orthopédie de la clinique propose les dernières techniques de pointe.
- La clinique dispose d'un service de chirurgie multidisciplinaire (gynécologie, esthétique, chirurgie générale et vasculaire, et depuis mars 2017, nous offrons des prestations d'urologie en stationnaire) qui propose une large palette de prestations en ambulatoire et en stationnaire conventionné.
- Les équipements d'appareils de diagnostic pour les troubles du plancher pelvien (échographie endoscopique en 3-D et la manométrie endoscopique en 3-D).
- Depuis 2019, les patients peuvent y bénéficier d'un service de gastroentérologie moderne.

L'ensemble des professionnels de la clinique Montbrillant s'engagent pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Ainsi, la clinique Montbrillant s'inscrit dans une démarche centrée sur les besoins des patients. Les projets menés ces dernières années en sont le reflet. Nous avons renforcé notre contrôle en matière de vigilance, avec la mise à jour des procédures, ainsi que la mise en place d'un partenariat dans ce domaine. 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 en favorisant la formation et la formation continue. Notre politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins se définit au travers de plusieurs objectifs afin d'offrir une prise en charge personnalisée à tous nos patients :

- Développer une offre de soins tout en offrant aux patients une prise en charge hôtelière de très haut niveau.
- Assurer l'information du patient sur son état de santé et le respect de ses droits.
- 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.
- Création de cercles de qualité et sécurité.

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

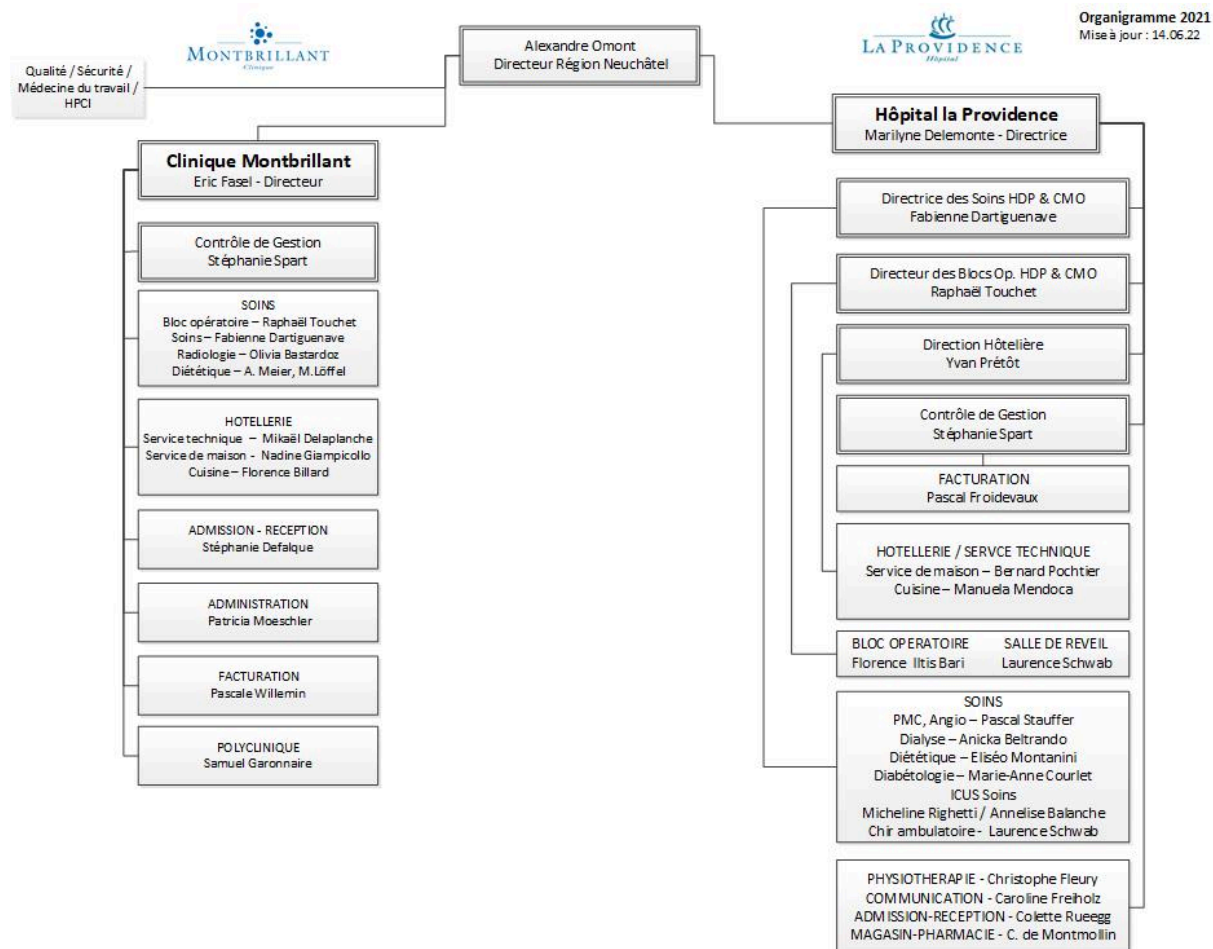
Un système de surveillance nous permet d'avoir un contrôle strict dans les domaines suivants :

- Matéiovigilance
- Hémo-vigilance (Swissmedic)
- Hygiène hospitalière (selon les normes HPCI en vigueur)
- Chutes et escarres

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 **20** est disponible.

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

Monsieur Eric FASEL

Directeur

032 910 05 52

efasel@clinique-montbrillant.ch

Madame Fabienne Dartiguenave

Directrice des soins

032 720 34 42

fdartigunave@providence.ch

3 Stratégie de qualité

La clinique Montbrillant applique la charte qualité des établissements du groupe Swiss Medical Hospitals SA, 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.
- **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.
 - Eviter 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 marquée par la volonté de renforcer l'implantation des développements structurelles et organisationnels ainsi que l'affectation des ressources à bon escient, tout en développant encore la qualité et la sécurité de la prise en charge. En voici les points essentiels en matière de qualité, d'autre part, divers audits ont eu lieu, tous ont été cloturés avec succès avec diverses mesures :

- La mise en place d'une nouvelle procédure d'accueil et d'information pour les patients en lits ambulatoires, augmentant l'information, le confort et l'intimité des patients.
- Une attention particulière à la satisfaction des patients et aux mesures d'amélioration.
- 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).
- Application rigoureuse du concept de sécurité et santé au travail.

- Amélioration continue de la sécurité et satisfaction des collaborateurs avec un impact direct sur la prise en charge des patients.
- Suite à une inspection Swissmedic couvrant la stérilisation, l'endoscopie et la matériovigilance, celle-ci n'a révélée aucune irrégularité bloquante, démontrant une qualité et une sécurité digne du nom. Des mesures d'améliorations et de mises à jour ont été cependant nécessaires. Celles-ci ont été intégralement résolues avec succès.
- Un audit H+ concernant MSST a également eu lieu, débouchant également sur un succès.

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

- **Soins :**

Mise en place de nouveaux protocoles pour la manipulation des produits cytotoxiques en urologie et à l'hôpital de jour pour la santé des collaborateurs.

- **Dossier de soins :**

- Amélioration de la tenue des dossiers pour une meilleure traçabilité des actes de soins.
- Formation continue aux Transmissions Ciblées.

- **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.
- 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 mise en place avec supervision par l'infirmière HPCI.
- La supervision du suivi Swissnoso (infection du site opératoire, indicateur ANQ) par l'infirmière HPCI.
- Des prélèvements et analyses des eaux (microbiologique et chimique) sont réalisés régulièrement 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 d'analyser les raisons d'une légère augmentation des taux d'infection. Cette démarche d'amélioration continue de la qualité s'est déroulée en plusieurs phases : identification du problème, recherche des causes, élaboration de solutions et mise en place d'améliorations. L'objectif est d'améliorer la qualité et diminuer les risques infectieux.
- Poursuite de la collaboration avec le médecin responsable de l'HPCI de l'hôpital cantonal RHNE, selon une convention de collaboration entre les institutions.

- **Patient debout :**

Depuis 2019, nous avons connu un basculement de l'activité chirurgicale vers la prise en charge ambulatoire, ainsi que le développement du **projet Care4today** entraînant 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. 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 2019 il a été créé un poste de "care manager" 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.

- **Audit Swissmedic**

Suite à une inspection Swissmedic couvrant la stérilisation, l'endoscopie et la matériovigilance, celle-ci n'a révélée aucune irrégularité blocante, démontrant une qualité et une sécurité digne du nom. Des mesures d'améliorations et de mises à jour ont été cependant nécessaires. Celles-ci ont été intégralement résolues avec succès.

- **Endoscopie :**

Mise à jour des Protocoles des bonnes pratiques et de l'entretien des endoscopes, 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).

- **Hémovigilance :**

- 1 Réunion de la commission hémovigilance en mai 2021
- Formation continue du personnel (4 heures aux SRNJTS)

Pour 2021: Pas de déclarations d'incidents transfusionnels et 1 déclaration d'anticorps irréguliers à Swissmedic.

Statistique de la consommation de PSL MONTBRILLANT

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|
| Concentrés érythrocytaires | 60 | 51 | 42 | 24 | 23 |
| Concentrés plaquettaires | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Plasma frais congelés | 3 | 6 | 2 | 2 | 0 |

La consommation est stable pour ces 2 dernières années.

- **Formation continue interne :**

Plusieurs sessions de formation internes ont été proposées aux collaborateurs, notamment dans les

domaines suivants :

- Réanimation
- Charge de manutention / annulé cause covid-19
- Hémovigilance / annulé cause covid-19
- Dialyse : Formation machines de dialyse MultiFiltrate; Formation dossier de soins informatisé RHNE / Inf. de dialyse
- Radioprotection
- BO : formations diverses
- Diabétologie
- Hygiène hospitalière / annulé cause covid-19

- **Analyse des risques MSST** et suivi des mesures préventives.
- **Analyse des risques dans les secteurs des soins** (service stationnaire, service ambulatoire, endoscopie, bloc opératoire, stérilisation) et suivi des mesures préventives.
- **Système de déclaration des incidents CIRS** (critiques et non critiques) 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.
- **Prévention du risque de chute :**
La détection du risque de chute est réalisée à l'entrée des patients. Les déclarations de chutes de patients sont faites par l'intermédiaire du CIRS afin d'adapter les procédures à l'interne.
- **Suivi de la saisie des implants chirurgicaux dans le registre SIRIS.**
- **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. 9 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.
- **Secteur de l'alimentaire :**
Des chartes ont été signées entre les fournisseurs et l'institution pour garantir le respect de la qualité.

3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir

La Clinique Montbrillant poursuit l'évolution de la qualité au sein du groupe Swiss Medical Network dans une démarche de partage des bonnes pratiques et une 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'établissement axe sa stratégie pour les années à venir sur les points suivants :

- **Certificats 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.
- **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.
- **Sécurité chirurgicale** : un audit du remplissage de la check-liste chirurgicale est prévue en 2022.
- **Maintient des mesures appliquées suite à l'inspection Swissmedic.**
- **Implémentation du dossier de soins informatisé** : poursuite de l'implémentation.
- **Optimisation de la salle d'attente** pour les patients pris en charge en ambulatoire dans le cadre du projet du patient debout.
- **Suivi du patient hospitalisé dans le projet Care Manager** (introduction du document de suivi par les infirmières Caremanager).
- Nomination d'un(e) référent(e) hygiène local en sus du référent(e) régional(e).
- **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 en pharmacie, check-list opératoire et à l'interne** suivi résultats des audits internes (tous les secteurs de l'institution).
- **Mise en place d'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...).
- **Suivi du projet du patient debout.**
- **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.

- **Intégration du stock d'implants en consignation 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 consignation 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).

- **Cours de préparation à l'accouchement.**

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 chutes |

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:

Satisfaction des patients

| | |
|---|---|
| Objectif | Répondre aux besoins et attentes des patients |
| Domaine dans lequel le projet est en cours | Séjours hospitaliers |
| Projet: période (du... au...) | En continu |
| Type de projet | Il s'agit là d'un projet interne. |
| Expliquer les raisons | Etre réactif et ajuster constamment nos actions par rapport aux commentaires suggérés par les patients |
| Méthodologie | Questionnaire de satisfaction sur les tablettes / Rapport mensuel à tous les collaborateurs et médecins |
| Groupes professionnels impliqués | Tous les collaborateurs |
| Evaluation de l'activité / du projet | Dashboard satisfaction et benchmarking. Taux de satisfaction |

Culture de l'erreur

| | |
|---|---|
| Objectif | Connaissance du but des CIRS et de leurs opportunités d'apprentissage |
| 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 | obtenir un nouvel outil de déclaration plus essentiel, informer sur la culture de l'erreur, apprentissage |
| Méthodologie | Création d'une nouvelle plateforme de déclaration d'incidents, groupe d'analyse interdisciplinaires |
| Groupes professionnels impliqués | Tous les collaborateurs |
| Evaluation de l'activité / du projet | Nombre de CIRS, réaction du personnel face aux CIRS |

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 soins |
| Projet: période (du... au...) | En continu |
| Type de projet | Il s'agit là d'un projet interne. |
| 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 de soins par une clinicienne spécialiste en collaboration avec les médecins, les collaborateurs et les responsables des services les concernés |
| Groupes professionnels impliqués | Tous les collaborateurs |
| Evaluation de l'activité / du projet | Qualité des soins et satisfaction des collaborateurs utilisateurs |

Santé et sécurité au travail

| | |
|---|--|
| Objectif | Passer l'audit H+ au travail avec succès |
| Domaine dans lequel le projet est en cours | Tout l'établissement |
| Projet: période (du... au...) | 2020-2021 |
| Type de projet | Il s'agit là d'un projet interne/externe. |
| Expliquer les raisons | Assurer la sécurité des collaborateurs sur le lieu de travail et protéger leur capital santé |
| Méthodologie | Séance MSST, audit externe |
| Groupes professionnels impliqués | Tous les collaborateurs |
| Evaluation de l'activité / du projet | Résultats de l'audit externe. |

Gestion du stock des services de soins

| | |
|---|--|
| Objectif | Garantir un approvisionnement en matériel adapté aux besoins |
| Domaine dans lequel le projet est en cours | services de soins et magasin |
| Projet: période (du... au...) | en continu |
| Type de projet | Il s'agit là d'un projet interne. |
| Expliquer les raisons | Limiter le volume du matériel périmé |
| Méthodologie | Groupe de travail |
| Groupes professionnels impliqués | Collaborateurs des soins, du magasin et des achats |
| Evaluation de l'activité / du projet | Quantification annuelle des articles périmés |

Culture qualité

| | |
|---|--|
| Objectif | Développer une culture d'amélioration continue de la qualité |
| Domaine dans lequel le projet est en cours | Toute la clinique |
| 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 qualité des soins et la sécurité |
| Méthodologie | Gestion de projet |
| Groupes professionnels impliqués | Tous les collaborateurs |

Gestion documentaire/sharepoint

| | |
|---|---|
| Objectif | Uniformiser les pratiques |
| Domaine dans lequel le projet est en cours | Toute la clinique |
| Projet: période (du... au...) | Depuis 2021 |
| Type de projet | Il s'agit là d'un projet interne. |
| Expliquer les raisons | Rendre accessible à tous les collaborateurs une documentation à jour |
| Méthodologie | Protocoles et mises à jour selon nécessité |
| Groupes professionnels impliqués | Responsables des services, clinicienne et DSI |
| Evaluation de l'activité / du projet | Nombre nouveaux documents et mise à jour, ainsi que la satisfaction des collaborateurs/médecins |

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 pour but 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) 8 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 |
| 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-neuchateinois-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 | |

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.

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

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 "Quality Manager" analyse les résultats pour chaque clinique.

Indication sur la mesure

Institut national d'enquête

ESOPE, Unisanté, Lausanne

Remarques

Le niveau de satisfaction est bon à très bon et globalement stable par rapport aux années précédentes.

5.2 Enquêtes à l'interne

5.2.1 Questionnaire de satisfaction interne

Un questionnaire de satisfaction interne est soumis aux patients le jour de leur départ de la clinique. 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. Même si le remplissage de ce questionnaire leur est fortement conseillé par nos équipes soignantes, son remplissage reste basé sur le volontariat. Ce questionnaire est diffusé depuis plusieurs années déjà. Il a, sur l'année 2021, été proposé à chaque patient hospitalisé au sein de nos cliniques et aux patients de certains services ambulatoires.

Le taux de satisfaction pour la clinique Montbrillant est en moyenne de **4.77/5** en 2021. Globalement nous pouvons considérer ces résultats comme bon à très bon.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2021.
Dans le service stationnaire

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 les cliniques du groupe.

| 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.

Clinique Montbrillant

M. Eric Fasel

Directeur

+41 32 910 05 52

efasel@clinique-montbrillant.ch

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

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

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

Le Résultat est dans la norme et peut être considéré comme très bon

| 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) | Nombre d'infections constatées (N) | Valeurs des années précédentes - taux d'infections ajustés% | | Taux d'infections ajustés % (CI*) |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|---|-----------|-----------------------------------|
| | | | 2020/2021 | 2020/2021 | |
| Clinique Montbrillant | | | | | |
| Chirurgie de la colonne vertébrale (sans implant) | 16 | 0 | 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) | Nombre d'infections constatées (N) | Valeurs des années précédentes - taux d'infections ajustés% | | Taux d'infections ajustés % (CI*) |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|---|-----------|-----------------------------------|
| | | | 2019/2020 | 2019/2020 | |
| Clinique Montbrillant | | | | | |
| Chirurgie de la colonne vertébrale (avec implant) | 0 | 0 | 0.00% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |
| Premières implantations de prothèses de la hanche | 30 | 0 | 0.00% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |
| Premières implantations de prothèses de l'articulation du genou | 34 | 5 | 2.50% | 0.00% | 0.05% (0.50% - 17.60%) |

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

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

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

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 des règles d'hygiène 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 post-opératoire. 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). |

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 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

Le taux de chute reste inférieur aux résultats du même type d'établissement. L'évolution de notre activité et développement avec des courts séjours en postopératoire et une rééducation précoce permet cette amélioration. Les mesures de prévention mises en place restent pertinentes et actives malgré cette amélioration. La déclaration des chutes à l'aide du système de déclaration CIRS des chutes au cours de l'année est également un moyen de contrôle et d'amélioration continue.

Pour les résultats de ANQ, les chiffres négatifs indiquent un taux de prévalence des chutes nosocomiales plus faible que la moyenne.

Résultats CIRS et chute par année :
 2017 : 1 déclaration de chute /année
 2018 : 2 déclarations de chute /année
 2019 : 4 déclarations de chute /année
 2020 : 3 déclarations de chute /année
 2021 : 0 déclaration de chute /année

Indication sur la mesure

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

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

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

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

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 chutes

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 le service de soins

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 | Détection des patients à risque de chutes |

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 Parcours optimisé du patient opéré de PTH et de PTG

Ce projet, initié à l'automne 2016 (à l'hôpital de la Providence NE), 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 post-opératoire (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).

Mise en route du projet :

Ce projet a été implémenté en janvier 2019. Nous avons constaté une diminution de la durée de séjour d'environ 3,5 jours en moyenne (4.7 en 2021).

18.1.2 Implémentation du projet patient debout

Le projet :

En 2018 nous avons connu un basculement de l'activité chirurgicale vers la prise en charge ambulatoire, ainsi que le développement du projet Care4today entraînant 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. 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), va travailler à la réalisation du projet et à sa mise en place.

Mise en route du projet :

Janvier 2020

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

18.2.1

Création de la salle d'attente pour patients ambulatoires

Augmenter le confort et la sécurité de la salle d'attente ambulatoire, préopératoire des patients intégrés au projet "Patient debout au bloc opératoire".

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 :

La Clinique Montbrillant 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 du 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 certain nombre 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 49.

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 (instructions générales, info MSST, numéros 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 sous : commun (P:) Infos générales/MSST et un lien Sharepoint 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.

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 par maladie (sans maternité) | Risque d'absence : jours d'absence par poste à 100% dans l'établissement |
|-------|---|---|--|--|--|
| 2021 | 36 | 138 | 115 | 371 | 11.77 |
| 2020 | 36 | 13 | 6 | 665 | 19.00 |
| 2019 | 37 | 51 | 75 | 594 | 19.46 |

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

L'année 2021 a été riche en initiatives et dans la continuité des années précédentes. Avec constance, nous avons persévéré dans la mise en place d'une culture de la qualité. Des projets pour le bien et la sécurité du patient sont au centre de nos préoccupations. La culture d'entreprise, la satisfaction, passant par la qualité et la sécurité sont les moteurs de notre motivation. Notre devoir d'être innovant et de proposer à nos patients une médecine de qualité où la sécurité va de pair avec une expérience optimale. Aussi, nous restons constamment en veille et continuons de nous inspirer des meilleures pratiques Suisse et du monde entier.

Faire partie d'un groupe de plus de 20 cliniques et hôpitaux en Suisse est une grande force que nous exploitons pour nos patients. C'est donc tous ensemble, fort d'un groupe derrière nos établissements, que nous progressons encore et chaque année vers plus de qualité. Les enjeux qui sont les nôtres sont grands, la pression constante. La médecine de demain sera de réseau et il est fondamental de s'inspirer de ce qui se fait de mieux. Aussi, nombreux projets vont encore voir le jour et éclore pour toujours améliorer l'expérience de nos patients.

Toujours à l'écoute des propositions du terrain, c'est ensemble avec nos équipes que nous animons notre quotidien et que nous y prenons plaisir et développons la fierté de nos prestations de qualité. Swiss Medical Network a par ailleurs été classé dans les 5 meilleurs employeurs suisses de la catégorie Hôpitaux et Cliniques du magazine Bilan suite à un large sondage. Nous nous engageons pleinement dans cette voie et sommes convaincus que nous continuerons dans les années à venir à mettre la place du patient au cœur de nos réflexions.

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 |
|--|
| Nez-gorge-oreille (oto-rhino-laryngologie) |
| Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL) |
| Système nerveux chirurgical (neurochirurgie) |
| Neurochirurgie spinale |
| Yeux (ophtalmologie) |
| Ophthalmologie |
| Strabologie |
| Orbite, paupières, voies lacrymales |
| Cataracte |
| Estomac-intestins (gastroentérologie) |
| Gastroentérologie |
| Urologie |
| Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire' |
| 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 |
| Tumeurs osseuses |
| Réimplantations |
| Prothèse de hanche primaire |
| Prothèse de genou primaire |
| Changement de prothèse de hanche |
| Changement de prothèse de genou |
| Gynécologie |
| Gynécologie |

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.