Clinique de La Source Lausanne

Rapport sur la qualité 2018

conforme aux directives de H+

Validé le:	1.05.2019	Version 1
par:	Michel Kappler, Directeur général adjoint	

Clinique de La Source

www.lasource.ch

soins aigus somatiques

Mentions légales

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

Le rapport sur la qualité offre une vue d'ensemble systématique des efforts d'un hôpital ou d'une clinique en faveur de la qualité. Il présente aussi bien la structure de la gestion interne de la qualité que les objectifs généraux de qualité. Il comporte des données sur les enquêtes, sur les participations aux mesures et aux registres et sur les certifications. De plus, le rapport fournit des informations portant sur les indicateurs de qualité, les mesures, les programmes et les projets d'assurance de la qualité.

Afin d'améliorer la comparaison des rapports sur la qualité, le sommaire et la numérotation des chapitres ont été uniformisés. Tous les chapitres du modèle sont désormais mentionnés dans le sommaire, indépendamment du fait qu'ils concernent ou non l'établissement. L'intitulé des chapitres non pertinents apparaît en gris et est complété par une brève explication. Ces chapitres n'apparaissent plus dans la suite du rapport sur la qualité.

Une interprétation et une comparaison correctes des résultats de la mesure de la qualité nécessitent de tenir compte des données, de l'offre et des chiffres-clés des hôpitaux et des cliniques. Les différences et les modifications de la typologie des patients et des facteurs de risques doivent être, elles aussi, prises en considération. En outre, les derniers résultats disponibles sont publiés pour chaque mesure. Par conséquent, les résultats contenus dans ce rapport ne sont pas forcément de la même année.

Public cible

Le rapport sur la qualité s'adresse aux professionnels du domaine de la santé (management des hôpitaux et collaborateurs du domaine de la santé, membres des commissions de la santé et de la politique sanitaire, assureurs, etc.) ainsi qu'au public intéressé.

Personne à contacter pour le Rapport sur la qualité 2018

Madame
Doris Manz
Responsable qualité
021 641 34 29
d.manz@lasource.ch

Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse

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

En 2018, la Fondation pour la sécurité des patients Suisse a apporté plusieurs contributions importantes à la promotion de la sécurité des patients en collaboration avec les hôpitaux ainsi qu'avec des spécialistes et divers acteurs du monde de la santé.
Avec Swissnoso et sur mandat de la Confédération, la fondation a mené à bien le troisième programme pilote national «progress!» visant à améliorer la sécurité dans le sondage vésical. Les hôpitaux pilote ont testé l'efficacité du faisceau d'interventions. Ce dernier a pour but d'éviter de poser inutilement des sondes vésicales et de ramener la durée d'utilisation à un minimum.
Le double contrôle de la remise de médicaments à haut risque est une mesure visant à assurer une médication correcte dans les hôpitaux. Son efficacité n'est pas démontrée dans tous les cas et elle mobilise d'importantes ressources. Une planification et une organisation optimales des contrôles sont donc importantes. La Fondation pour la sécurité des patients s'est saisie du thème et a émis, pour la première fois en Suisse, une recommandation à l'intention des hôpitaux qui comprend des conseils visant à organiser au mieux la vérification des médicaments à haut risque.
Les analyses d'erreurs médicales montrent souvent que certaines personnes présentes étaient conscientes des risques, mais qu'elles n'ont pas pu exprimer leurs préoccupations ou qu'elles n'ont pas été entendues. Verbaliser ses soucis pour la sécurité n'est pas toujours chose facile. La Fondation pour la sécurité des patients a publié le guide pratique «Quand le silence devient dangereux – Speak Up pour plus de sécurité dans les soins aux patients».

Le modèle de rapport sur la qualité de H+ permet aux membres de l'association de présenter leurs activités en faveur de la qualité sous une forme unifiée et transparente.
Les résultats des mesures de la qualité publiés dans ce rapport sont ceux des hôpitaux et des cliniques pris individuellement. Une certaine prudence doit être observée lors de la comparaison des résultats des différents établissements. D'une part, l'offre de prestations (cf. Annexe 1) n'est pas la même: un hôpital régional, par exemple, traite des cas différents de ceux pris en charge par un hôpital universitaire. C'est la raison pour laquelle les résultats des mesures doivent être appréciés de manière nuancée. Par ailleurs, les hôpitaux et les cliniques utilisent des méthodes et des instruments de mesure dont la structure, la construction, la méthode de relevé, la publication et donc les résultats peuvent varier.
Des comparaisons ponctuelles sont possibles lorsque les mesures sont harmonisées au niveau national et lorsque les résultats sont ajustés par hôpital et par clinique, respectivement par site. Vous pouvez obtenir ces publications sur le site www.anq.ch.

Avec nos meilleures salutations

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Table des matières

Mentions légales **2**
Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse **3**
1 Introduction **6**
2 Organisation de la gestion de la qualité **7**
2.1 Organigramme 7
2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité 7
3 Stratégie de qualité **8**
3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2018 8
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2018 9
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir 9
4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité **10**
4.1 Participation aux mesures nationales 10
4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton
Notre établissement n'est pas soumis à des mesures imposées par le canton.
4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital 11
4.4 Activités et projets relatifs à la qualité 12
4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents 15
4.5 Aperçu des registres 16
4.6 Vue d'ensemble des certifications 17
MESURES DE LA QUALITE **18**
Enquêtes **19**
5 Satisfaction des patients **19**
5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu 19
5.2 Enquêtes à l'interne 21
5.2.1 Enquête satisfaction des patients ambulatoires - Mecon 21
5.2.2 Suivi des feuillets "Votre avis nous intéresse" 22
5.2.3 Enquête satisfaction des patients hospitalisés - Mecon 23
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 **25**
7.1 Enquête à l'interne 25
7.1.1 Qualité de vie au travail 25
8 Satisfaction des référents
Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.
Qualité des traitements **26**
9 Réhospitalisations **26**
9.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables 26
10 Opérations
Comme annoncé dans la lettre du 15 aout 2018, la mesure des réoperations est supprimé du plan mesure ANQ à partir des données OFS 2017, c'est-à-dire à partir de
11 Infections **27**
11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire 27
12 Chutes **28**
12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres 28
13 Escarres **29**
13.1 Mesure nationale de prévalence des escarres auprès des enfants et des adolescents 29
14 Mesures limitatives de liberté
Notre établissement ne dispose pas d'un mandat de prestations pour cette spécialité.
15 Intensité des symptômes psychiques
Notre établissement ne dispose pas d'un mandat de prestations pour cette spécialité.
16 Atteinte des objectifs et état de santé physique

Notre établissement ne dispose pas d'un mandat de prestations pour cette spécialité.
17 Autre mesure de la qualité 31
17.1 Autre mesure interne 31
17.1.1 Infections (autre que Swissnoso) 31
18 Détails des projets 32
18.1 Projets actuels en faveur de la qualité 32
18.1.1 Déploiement du dossier patient informatisé - DPI 32
18.1.2 CIRS 32
18.1.3 Modélisation électronique des processus 33
18.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2018 33
18.2.1 Gestion électronique des documents - GED 33
18.3 Projets de certification en cours 33
18.3.1 Certifcation ISO 13485: 2016 33
19 Conclusions et perspectives 34
Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution 35
Soins somatiques aigus 35
Editeur 38

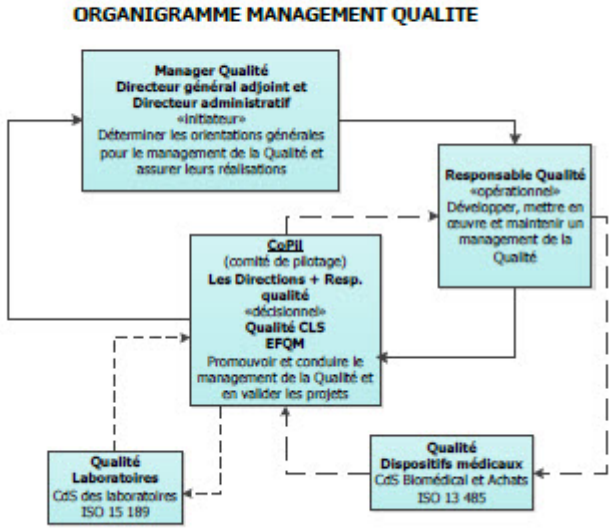
1 Introduction

Présentation Clinique de la Source - Portail Internet

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 **90%** est disponible.

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

Madame Doris Manz
Responsable Qualité
021.641.34.29
d.manz@lasource.ch

Monsieur Michel Kappler
Directeur général adjoint/Manager Qualité
021.641.33.33
m.kappler@lasource.ch

3 Stratégie de qualité

ORGANISATION DU MANAGEMENT DE LA QUALITE
Le comité de pilotage de la Qualité, appelé plus communément Copil, composé des membres de la Direction et de la responsable Qualité se réunit 10x/an.
Cette commission élabore le plan de progrès Qualité et valide tous les projets et l'ensemble des actions d'amélioration émanant des ateliers, groupes ou commissions Qualité.
La surveillance de la satisfaction clients, le management des risques sont des tâches dévolues à ce comité. Il est le garant de l'amélioration continue des prestations.
Dès 2010, la Direction consolide son management par la mise en place d'une gestion des risques pour l'ensemble de son établissement.

Notre Politique Qualité

- Satisfaire pleinement les attentes de nos clients (patients, médecins et collaborateurs)
- S'assurer la collaboration d'un personnel compétent et promouvoir la diversité des talents
- Travailler avec des médecins renommés et reconnus
- Etre équipés de dispositifs médico-techniques performants et d'avant-garde
- Offrir des services hôteliers personnalisés et haut de gamme
- S'investir au quotidien pour l'Excellence de nos prestations

Nos Outils et activités spécifiques

- Référentiel Qualité EFQM
- Critères Qualité Swiss Leading Hospitals - Membre SLH
- Laboratoires ISO 15189
- Maintenance des Dispositifs médicaux ISO 13485
- Objectifs annuels et Plan de progrès
- Management par processus revu par un plan d'audit annuel- Modélisation dynamique électronique - Logiciel Viflow
- Risk management
- Sécurité patient -Analyses et traitements des évènements indésirables - H-CIRS
- Enquêtes de satisfaction (interne/externe) patients, collaborateurs et médecins – secteur hospitalisé et ambulatoire
- Commissions permanentes (Satisfactions patients, collaborateurs, Risques, Déchets et Environnement)
- Participation au programme des mesures ANQ - Contrat Qualité
- Gestion documentaire électronique - Logiciel Agilium
- Solution branche MSST H+

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

3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2018

Consolidation et évaluation de notre Risk Management

Déploiement de la notion Culture sécurité patient, formation et mise en oeuvre du logiciel CIRS

Satisfaction patients, collaborateurs et médecins

Reprise et révision de nos processus pour modélisation électronique et dynamique

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

ISO 13 485 : Audit de surveillance réussi

ISO 15189 : Audit de surveilance réussi

Gestion électronique des documents intégrée

Déploiement de la notion Culture sécurité patient, formation collaborateus et mise en oeuvre du logiciel CIRS

Reprise et révision des processus pour une modélisation informatique et dynamique

ANQ: Mesures effectuées selon plan annuel

3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir

Effectuer une enquête de satisfaction des patients hospitalisés en continu

Effectuer des enquêtes de satisfaction des patients ambulatoires de manière ponctuelle par secteur

Introduire et déployer le logiciel Viflow pour la gestion électronique des processus

Poursuivre et systématiser le Risk management

Déployer le concept et la culture "Sécurité patients"

Améliorer la gestion des évènements indésirables avec le logiciel CIRS

Effectuer et suivre les mesures ANQ

Gérer le plan des audits internes et assurer la formation des auditeurs

Requalification Swiss Leading Hospitals

Auto - évaluation sur la base du référentiel EFQM par un auditeur externe agréé

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

4.1 Participation aux mesures nationales

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

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

Durant l'année de référence, notre institution a participé comme suit au plan de mesures national:
soins aigus somatiques
▪ Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu
▪ Evaluation nationale des réhospitalisations potentiellement évitables
▪ Mesure nationale des infections du site opératoire
▪ Mesure nationale de la prévalence des chutes
▪ Mesure nationale de la prévalence des escarres de décubitus

4.3 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:
Satisfaction des patients
▪ Enquête satisfaction des patients ambulatoires - Mecon
▪ Suivi des feuillets "Votre avis nous intéresse"
▪ Enquête satisfaction des patients hospitalisés - Mecon

Notre institution a exécuté les mesures suivantes propres à l'hôpital:
Autre mesure de la qualité
▪ Infections (autre que Swissnoso)

4.4 Activités et projets relatifs à la qualité

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

CIRS - Déployer le concept et sensibiliser les collaborateurs à la culture "Sécurité Patient"

Objectif	Optimiser notre système d'annonces et améliorer le traitement et le suivi des évènements
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Clnique
Projets: Durée (du … au …)	mai 2017 - fin 2019
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne .
Expliquer les raisons	Sensibiliser l'ensemble des collaborateurs à la culture de sécurité
Méthodologie	Recherche logiciel d'annonce, décrire une charte et préciser l'organisation interne
Groupes professionnels impliqués	Qualité, Sécurité, Soins
Evaluation de l'activité / du projet	Phase de démarrage terminée --> consolidation,implémentation et accompagnement des annonceurs et des personnes en charge du suivi et du traitement des annonces d'évènements

Gestion électronique des processus

Objectif	Optimiser la gestion intégrée de l'ensemble des processus par les urs processus
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	CLS
Projets: Durée (du … au …)	Sept 2017 - fin 2019
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne .
Expliquer les raisons	Meilleure visibilté, accessibilité
Méthodologie	Formation des coordinateurs, modélisation et gestion intégrée en continu
Groupes professionnels impliqués	Qualité,coordinateurs processus
Evaluation de l'activité / du projet	Phase de démarrage

Accueil nouveaux collaborateurs

Objectif	Améliorer l'acceuil et l'intégration des nouveaux collaborateurs
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Ressources humaines
Projets: Durée (du … au …)	Groupe projet 2018 et introduction au 1er février 2019
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne .
Expliquer les raisons	Etre plus performant dans les informations transmises, l'accompagnement (parrrain/marraine) et l'intégration dans les secteurs d'activité,
Méthodologie	Etat des lieux et amélioration, support écrit
Groupes professionnels impliqués	Groupe de travail interne plurisectoriel
Evaluation de l'activité / du projet	Evaluation lors de la 2ème journée d'accueil et débriefing 2x/an avec les nouveaux collaborateurs du arrivée lors du semestre précédent.
Autres documents	Création de brochures pour les nouveaux collaborateurs et responsables

Management des processus

Objectif	Optimiser la gestion intégrée des processus et "basculer" les descriptions (modélisation) de processus dans logiciel interactif pour tous
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Qualité
Projets: Durée (du … au …)	2018-2020
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne .
Expliquer les raisons	Réviser notre organisation processus et la rendre visible, interactive et accessible à l'ensemble des collaborateurs
Méthodologie	Par groupe de travail interne
Groupes professionnels impliqués	Tous
Evaluation de l'activité / du projet	Par le nombre de processus revus et publiés et formation des coordinateurs

Accréditation ISO 13485 : 2016

Objectif	Reconfirmer notre accréditation suite à la révision de la norme en 2016
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Maintenance et retraitement des dispositifs médicaux
Projets: Durée (du … au …)	--> avril 2019
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne .
Expliquer les raisons	Renouveler notre accréditation ISO 13485
Groupes professionnels impliqués	Biomédial, Qualité
Evaluation de l'activité / du projet	en cours

Remplacer le logiciel de gestion documentaire

Objectif	Optimiser les processus de gestion documentaire - Support interactif
Domaine dans lequel l'activité ou le projet est en cours	Qualité
Projets: Durée (du … au …)	Septembre 2015 à 2018
Type d'activité / de projet	Il s'agit là d'un projet interne .
Expliquer les raisons	Gestion dynamique des documents
Méthodologie	Groupe de travail
Groupes professionnels impliqués	Administratif - Soins infirmiers - Médico/technique
Evaluation de l'activité / du projet	Logiciel de gestion documentaire déployé en interne. Formation des utilisateurs réalisée. Evaluation positive des utilisateurs. Amélioration et développement spécifique à la Clinique en cours de réalisation sur 2017. Avril 2018 : phase projet terminée, exploitation courante et intégrée du système de GED 2018 soutien et accompagnement des utilisateurs

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 2018 .
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
Sur l'année 2018 les cadres et collaborateurs ont été sensibilisés à la notion de Culture de sécurité puis formés à l'utilsation du CIRS.

Une charte " Sécurité des patients" a été élaborée par la Direction puis présentée et diffusée

4.5 Aperçu des registres

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

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

Durant l'année de référence, notre institution a participé aux registres suivants:			
Norme appliquée	**Discipline**	**Organisation responsable**	**Depuis / à partir de**
AQC Groupe de travail pour l'assurance de la qualité en chirurgie	Chirurgie, gynécologie et obstétrique, chirurgie pédiatrique, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, urologie, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, gastroentérologie, chirurgie de la main, sénologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	1.1.2014
MDSi La collecte de données minimales de la SSMI	Médecine intensive	Société Suisse de Médecine Intensive SSMI www.sgi-ssmi.ch	1.1.2013
SHCS Etude Suisse de Cohorte VIH	Infeziologia	Etude suisse de cohorte HIV www.shcs.ch	1.1.1998
SIRIS Registre suisse des implants	Chirurgie orthopédique	Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants www.siris-implant.ch	1.1.2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, chirurgie viscérale, bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	1.10.2013
ZDR Registre dosimétrique central	Toutes les disciplines	Office fédéral de la santé publique www.bag.admin.ch	?

4.6 Vue d'ensemble des certifications

Notre institution a obtenu les certifications suivantes:				
Norme appliquée	**Domaine qui travaille avec la norme / le standard**	**Année de la première certification**	**Année de la dernière recertification**	**Commentaires**
EFQM	Institutionnel	2008	2013	Prochain assessment en 2020
Swiss Leading Hospital - SLH	Institutionnel	2001 - SwissTS 2014	2016	4ème Requalification en 2019
ISO 15189	Laboratoires	2008	2017	Audit de suivi annuel
ISO 13485	Retraitement des dispositifs médicaux. Gestion de la maintenance des dispositifs médicaux	2011	2017	Audit de suivi annuel
Normes SSMI 2015 Société Suisse de Médecine Intensive	Unité de soins intensifs	2016	-	Validité de 5 ans

MESURES DE LA QUALITE

Enquêtes

5 Satisfaction des patients

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

5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu

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

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

Résultats des mesures

Questions	Valeurs de l'année précédente 2016	Satisfaction ajustée (moyenne) 2017 (CI* = 95%)
Clinique de La Source		
Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?	4.49	4.49 (0.00 - 0.00)
Avez-vous eu la possibilité de poser de questions?	4.37	4.43 (0.00 - 0.00)
Avez-vous reçu des résponses compréhensibles à vos questions?	4.55	4.57 (0.00 - 0.00)
Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous?	4.49	4.60 (0.00 - 0.00)
Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital?	4.08	4.10 (0.00 - 0.00)
Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation?	95.05	95.00 %
Nombre des patients contactés par courrier 2017		378
Nombre de questionnaires renvoyés	Retour en pourcent	63 %

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

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

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

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

L'ensemble des résutalts déjà très bon en 2016 c'est encore amélioré sur 2017

Nous relevons également un très bon taux de retour

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	L'enquête a concerné toutes les patientes et tous les patients traités en stationnaire (≥ 18 ans) sortis de l'hôpital en septembre 2017.
	Critères d'exclusion	▪ Patients décédés à l'hôpital. ▪ Patients sans domicile fixe en Suisse. ▪ Les patients hospitalisés à plusieurs reprises n'ont été interrogés qu'une seule fois.

5.2 Enquêtes à l’interne

5.2.1 Enquête satisfaction des patients ambulatoires - Mecon

La mesure de satisfaction des patients fournit des informations précieuses sur la manière dont les patientes et patients se sont sentis à la Clinqiue et de quelle manière ils ont ressenti leur prise en charge.
Elle permet d'élaborer, si nécessaire, des actions d'amélioration ciblées.

Nous menons régulièrement (2-3ans) des enquêtes internes auprès de nos services ambulatoires (physiothérapie, laboratoire, centre ambulatoire, cardiologie)
En 2018 nous avons, en collaboration avec **l'Institut externe Mecon** enquêté auprès des patients ambulatoires de notre institut de radiologie.

300 questionnaires ont été adressés aux patients de chaque secteur et relevons un taux retour moyen de 42% et avec de très bons résultats tant dans les domaines de la prise en charge, de la communication et de l’environnement direct du patient.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients au mois de septembre .
Radiologie
Patients ambulatoires ayant bénéficiés des prestations de notre Institut de radiologie

300 questionnaires ont été adressés aux patients du secteur concerné.
Nous relevons un taux retour moyen de 42% avec de très bons résultats tant dans les domaines de la prise en charge, de la communication et de l’environnement direct du patient.

Indication sur la mesure	
Institut national d’enquête	Mecon
Méthode / instrument	PZ Benchmark

5.2.2 Suivi des feuillets "Votre avis nous intéresse"

Ce suivi est effectué par la Responsable Qualité depuis de nombreuses années. en continu.
Un feuillet est déposé dans chaque table de nuit de patient puis déposé, par lui-même, à son départ auprès de notre réception.

Les questions posées abordent les thèmes suivants :
Accueil
Réception
Soins infirmiers
Service hôteliers
Un espace de "suggestions" est également disponible.

Ces "Votre avis" sont recueillis et traités chaque semaine, puis mis en circulation, pour information, auprès des Directions, cadres et collaborateurs.

Ce suivi hebdomadaire permet de prendre rapidement contact avec un patient(e) en cas de situation problématique

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2018 .
Ce feuillet est déposé sur chaque table de nuit de patient dans les unités de soins et maternité

823 feuillets nous sont parvenus en retour
Taux de retour sur sortie /patient : 16%

3 situations ont demandés un contact personnalisé de la part d'un de nos cadres.

Les informations reçues en retour sont également présentées/traitées dans le cadre de la commission satisfaction des patients

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

5.2.3 Enquête satisfaction des patients hospitalisés - Mecon

Cette enquête de satisfaction des patients s'adresse aux patients hospitalisés.

Nous adressons un questionnaire de satisfaction à 1200 patients/an à raison de 100 envois /par mois à des patietns sortis de la clinique et rentrés à domicile --> sélection aléatoire

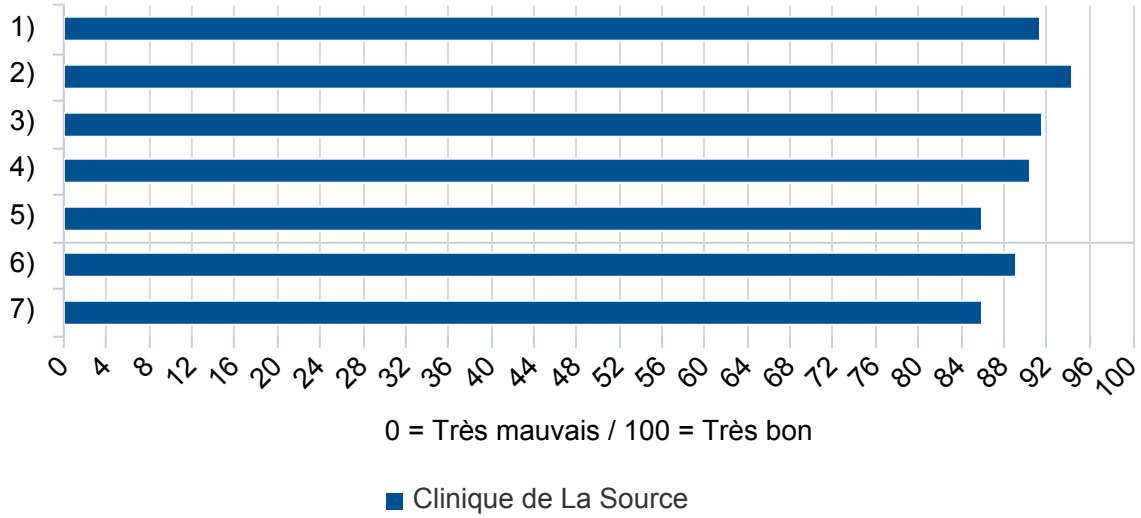
Les points suiviants sont abordés -->
Secteur médecins --> compétences, infomations et humanité
Secteur soins --> compétences, infomations et humanité
Organisation
Hôtellerie --> Repas et logement
Infrastructure publique

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2018 .
Tous les services de soins aigus hospitalisés (chirurgie/médecine/maternité)

Il n'a pas été envoyé de lettre de rappel.

Domaines

1) Satisfaction globale
2) Médecins
3) Soignants
4) Organisation
5) Repas
6) Logement
7) Infrastructure publique



Résultats des mesures en chiffres:					
	Moyenne par Domaines				
	1)	2)	3)	4)	5)
Clinique de La Source	91.30	94.40	91.50	90.40	86.00

Résultats des mesures en chiffres:				
	Moyenne par Domaines		Nombre de questionnaires valides	Taux de retour %
	6)	7)		
Clinique de La Source	89.10	85.90	598	52.00 %

Les résultats mesurés sont comparés à ceux d'autres hôpitaux (benchmark).

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	Mecon
Méthode / instrument	Questionnaire standars MECON

5.3 Service des réclamations

Notre établissement propose un service des réclamations / de médiation.

Clinique de La Source
Pas de dénomination spécifique
Doris Manz
Responsable Qualité
021.641.34.29
d.manz@lasource.ch
En semaine du mardi au vendredi

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 Qualité de vie au travail

Enquête réalisée tous les 2 ans.

Portail Internet ouvert pendant un mois, accessible aux collaborateurs qui ont reçu un code d'accès personnel.

Les résultats sont présentés aux collaborateurs et des mesures d'amélioration, validées par la Direction, mises en place et suivies par la direction des ressources humaines.

Nous avons mené cette enquête auprès du personel durant l'année 2017 .
La prochaine enquête auprès du personel aura lieu durant l'année 2019.
Public cible --> L'ensemble des collaborateurs tous secteurs confondus

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	Médiactif - Qualité de vie au ravail
Méthode / instrument	Questionnaire

Qualité des traitements

9 Réhospitalisations

9.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables

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

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

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

Résultats des mesures

Analyse des données (OFS)	2014	2015	2016	2017
Clinique de La Source				
Taux de réhospitalisations externes	-	-	3.98%	4.28%
Rapport des taux*	0.72	0.89	1.04	1.06
Nombre de sorties exploitables:				

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

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

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

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

11 Infections

11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire

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

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

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

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

Notre établissement a participé aux mesures des infections consécutives aux opérations suivantes:
▪ Ablation de l'appendice
▪ *** Chirurgie du côlon (gros intestin)
▪ Césarienne (sectio caesarea)

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.

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	Swissnoso

12 Chutes

12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres

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

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

Résultats des mesures

	2015	2016	2017	2018
Clinique de La Source				
Nombre de chutes survenues à l'hôpital	6	2	1	2
en pourcent	9.50%	3.30%	1.50%	3.00%
Nombre de patients examinés effectivement en 2018		66	en pourcent	81.00%

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

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

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

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

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	▪ Patients hospitalisés (y compris soins intensifs, soins continus), âgés de 18 ans et plus (les patients âgés de 16 à 18 ans peuvent être inclus-e-s sur une base volontaire). ▪ Consentement oral des patients majeurs, de leurs proches ou de leur représentant légal.
	Critères d'exclusion	▪ Patients hospitalisés n'ayant pas donné leur consentement. ▪ Accouchées et nourrissons à la maternité. ▪ Enfants hospitalisés dans des services de soins aigus pour adultes. ▪ Urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil.

13 Escarres

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

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

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

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

Informations complémentaires:
www.anq.ch/fr et www.lpz-um.eu

Résultats des mesures

Chez les adultes

	Nombre d'adultes avec des escarres	Valeurs de l'année précédente 2015	2016	2017	2018	en pourcent
Clinique de La Source						
Prévalence des escarres nosocomiales	Au sein de l'institution, catégorie 2-4	2	2	3	0	0.00%
	Résidu*, catégories 2-4				0	-
Nombre d'adultes examinés effectivement en 2018	66	en pourcent (de tous les patients hospitalisés le jour de la mesure)			81.00%	

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

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

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

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

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	▪ Patients hospitalisés (y compris soins intensifs et soins continus), âgés de 18 ans et plus (les patients âgés de 16 à 18 ans peuvent être inclus sur une base volontaire) (pour les adultes) ▪ Tous les enfants et adolescents âgés de 0 à 16 ans qui étaient hospitalisés le jour du relevé en stationnaire dans un service «explicitement» pédiatrique d'un hôpital pour adultes ou dans un hôpital pédiatrique (pour les adolescentes et les enfants) ▪ Consentement oral des patients majeurs, de leurs proches ou de leur représentant légal.
	Critères d'exclusion	▪ Patients hospitalisés n'ayant pas donné leur consentement. ▪ Accouchées et nourrissons à la maternité. ▪ Enfants hospitalisés dans des services de soins aigus pour adultes. ▪ Urgences, cliniques de jour et secteur ambulatoire, salles de réveil.

17 Autre mesure de la qualité

17.1 Autre mesure interne

17.1.1 Infections (autre que Swissnoso)

Surveillance des bactériémies
Surveillance continue MRSA, ESBL, VRE, CRE, BMR, Norovirus
Prévalence cantonale des infections nosocomiales
Surveillance Grippe

Inclusion : Patients hospitalisés
Exclusion: Patients ambulatoires

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

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

Données de surveilllance transmises au HPCI Vaud

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 Déploiement du dossier patient informatisé - DPI

Projet transversal.

Les unités sont équipées et le personnel formés à son usage

2017/2018: Extension Bloc opératoire

18.1.2 CIRS

Projet transversal

Culture de sécurité des patients

Cette thématique sera développée sur ces prochaines années. Préoccupation première pour tout établissement de soins et cette sécurité de fonde, entre autre, sur l'expérience acquise au cours des années.

Les annonces d'évènement indésirables, leurs traçabilités et leurs suivis nourrissent cette expérience et contribuent ainsi à améliorer la sécurité de nos activités par la mise en place d'actions correctives ou d'amélioration.

Un groupe projet formé à la méthode du London protocole est en place.
L'élaboration d'une organisation spécifique pour la gestion des évènements est définie et une charte sécurité des patients consolide cette démarche.

Pour les collaborateurs, des sessions d'information et de formation ont été organisées prériodiquement au sein de l'établissement.

Le logiciel CIRS soutient et facilitera la démarche d'annonce. Il est déployé en janvier 2019

18.1.3 Modélisation électronique des processus

Projet transversal

Reprendre l'ensemble des descriptions de nos processus - clé et métiers et les introduire progressivement dans un logiciel de gestion électronique--> Viflow.

Permettre la modélisation et la consultation dynamique de l'ensemble des nos processus.

Faciliter la gestion des processus aux coordinateurs et favoriser l'accessibilté, la visibilté à l'ensemble des collaborteurs.

Phase de pramétrages terminée,
Formation progressive, par secteur concerné, des coordinateurs de processus et auditeurs internes à cette nouvelle modélisation.

Les processus de support sont en cours de modélisation, suivi par ceux des ressources humaines et processu "flux patient"

18.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l’année de référence 2018

18.2.1 Gestion électronique des documents - GED

Projet transversal impactant l'ensemble de la Clinique.

Mettre à disposition des utilisateurs un support informatique permettant une gestion intégrée et la mise à jour de la documentation en lien direct avec notre arborescence processus.

Exploitation courante du logiciel par la responsable qualité et une assistante à la gestion documentaire à 50%

18.3 Projets de certification en cours

18.3.1 Certifcation ISO 13485: 2016

Confirmer notre certification actuelle et mise en conformité avec la version 2016

Groupe projet en place --> Visite de certification juin 2019

19 Conclusions et perspectives

Mots d'ordre: **Qualité des soins, compétences de notre personnel et soutien à l'innovation**

Afin de garantir une qualité des soins irréprochable et une prise en charge personnalisée de chaque patient, La Clinique s'entoure des meilleurs professionnels.

Le cadre et les infrastructures de haut de gamme attirent de nombreux chirurgiens, obstéricien, internistes, radiologues et anesthésistes de renom, tous spécialistes indépendants au bénéfice d'une formation post-graduée, qui sont accrédités la Clinique de La Source et participent grandement à la réussite et à la réputation dont elle bénéficie.

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

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

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

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

Soins somatiques aigus

Offres groupes de prestations de la planifcation hospitalière
Base
Base chirurgie et médecine interne
Peau (dermatologie)
Oncologie dermatologique
Affections cutanées graves
Traitement des plaies
Nez-gorge-oreille (oto-rhino-laryngologie)
Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)
Chirurgie cervico-faciale
Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)
Chirurgie élargie du nez et des sinus
Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes
Chirurgie maxillaire
Système nerveux chirurgical (neurochirurgie)
Neurochirurgie crânienne
Neurochirurgie spécialisée
Neurochirurgie spinale
Neurochirurgie périphérique
Système nerveux médical (neurologie)
Neurologie
Tumeur maligne secondaire du système nerveux
Maladies cérébrovasculaires (sans stroke unit)
Hormones (endocrinologie)
Endocrinologie
Estomac-intestins (gastroentérologie)
Gastroentérologie
Gastroentérologie spécialisée
Chirurgie viscérale
Chirurgie viscérale
Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS)
Interventions majeures sur le foie (CIMHS)
Chirurgie de l'œsophage (CIMHS)
Chirurgie bariatrique
Interventions sur le bas rectum (CIMHS)
Chirurgie bariatrique spécialisée (CIMHS)
Sang (hématologie)
Lymphomes agressifs et leucémies aiguës

Lymphomes indolents et leucémies chroniques
Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques
Vaisseaux
Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)
Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)
Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux
Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux
Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)
Cœur
Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)
Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)
Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)
Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)
Urologie
Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
Prostatectomie radicale
Cystectomie radicale
Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)
Surrénalectomie isolée
Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale
Poumons médical (pneumologie)
Pneumologie
Polysomnographie
Poumons chirurgical (chirurgie thoracique)
Chirurgie thoracique
Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)
Orthopédie
Chirurgie de l'appareil locomoteur
Orthopédie
Chirurgie de la main
Arthroscopie de l'épaule et du coude
Arthroscopie du genou
Reconstruction de membres supérieurs
Reconstruction de membres inférieurs
Chirurgie de la colonne vertébrale
Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale
Rhumatologie
Rhumatologie
Gynécologie
Gynécologie
Néoplasmes malins du corps utérin
Néoplasmes malins de l'ovaire
Néoplasmes malins de la glande mammaire
Obstétrique
Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)
Nouveau-nés
Soins de base aux nouveau-nés (à partir de la 34e sem. et >= 2000 g)

Néonatologie (à partir de la 32e sem. et >= 1250 g)
Radiothérapie (radio-oncologie)
Oncologie
Radio-oncologie
Médecine nucléaire

Editeur

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

Voir aussi:
www.hplus.ch/fr/prestations/qualite_securite_des_patients/rapport_sur_la_qualite

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

Instances impliqués et partenaires

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

Le modèle continue à être développé en collaboration avec la Commission technique Qualité somatique aiguë (**FKQA**), divers cantons et sur mandat des fournisseurs de prestations.
Voir aussi:
www.hplus.ch/fr/servicenav/portrait/commissions_techniques/qualite_somatique_aigue_fkqa/

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

Autres instances

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