



Rapport sur la qualité 2020

conforme aux directives de H+

Validé le:
par:

Version 1



Mentions légales

Le présent rapport sur la qualité a été réalisé sur la base du modèle de H+ Les Hôpitaux de Suisse. Ce modèle permet de rendre compte de manière unifiée de la qualité pour les domaines des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation pour l'année 2020.

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 2020

Madame
Marie-Charlotte, Bijasson
Responsable Qualité
022 702 20 14
qualite.geneve@hirslanden.ch

Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse

Les hôpitaux et les cliniques contribuent au développement de la qualité en prenant des mesures ciblées. Avec leurs rapports sur la qualité, ils donnent à toutes les personnes intéressées un aperçu de leurs activités.

Depuis plus de dix ans, H+ permet à ses membres de rendre compte de leurs activités en matière de qualité de manière uniforme et transparente, grâce au modèle de rapport qu'elle met à leur disposition. Depuis le passage à la version électronique, il est en outre possible d'actualiser directement les données de la qualité sur les profils de chaque hôpital et clinique figurant sur la plateforme www.info-hopitaux.ch.

L'année 2020 a été mouvementée: la maladie COVID-19 a tenu le monde en haleine. Les hôpitaux et les cliniques ont été en première ligne. Le «Lockdown» dans toute la Suisse au printemps dernier (interdiction faite aux hôpitaux de réaliser des traitements), la réduction des interventions électives lors de la seconde vague et la forte charge pour le personnel ont contraint les hôpitaux à revoir leurs priorités et à engager différemment leurs ressources. La mesure de la qualité a également été impactée : afin de soulager les institutions, il a notamment été décidé de ne réaliser ni l'enquête nationale de satisfaction des patients dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, ni la mesure de prévalence des chutes et des escarres. Aucun Peer Review IQM n'a été organisé et réalisé en 2020. Au surplus, la mesure des infections du site chirurgical par Swissnoso a été interrompue temporairement.

Mais l'activité a été malgré tout intense dans le domaine de la qualité des hôpitaux. Ainsi la révision de la LAMal «Renforcement de la qualité et de l'économicité» entrera en vigueur le 1er avril 2021. A cet égard, les partenaires contractuels que sont H+ et les fédérations d'assureurs maladie santésuisse et curafutura ont élaboré un concept en vue de l'application des nouvelles obligations. Début 2020, la loi sur l'enregistrement des tumeurs est entrée en vigueur. Elle a pour objectif d'établir pour la première fois un registre réglementé au niveau fédéral et portant sur l'ensemble du territoire.

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 participants pour leur engagement. Par leurs travaux, ils garantissent la qualité élevée des soins. Le présent rapport met en lumière de manière complète les activités en faveur de la qualité et contribue ainsi à ce que leur reviennent l'attention et l'estime qu'elles méritent.

Avec nos meilleures salutations



Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice H+

Table des matières

Mentions légales	2
Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse	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 2020	8
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2020	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	10
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	17
4.4.2 Démarche de Peer Review de l'IQM	18
4.5 Aperçu des registres	19
4.6 Vue d'ensemble des certifications	20
MESURES DE LA QUALITE	21
Enquêtes	22
5 Satisfaction des patients	22
5.1 Enquête nationale auprès des patients du domaine somatique aigu	22
5.2 Enquêtes à l'interne	24
5.2.1 Enquête de satisfaction Pressganey	24
5.3 Service des réclamations	24
6 Satisfaction des proches	
Non pertinent	
7 Satisfaction du personnel	25
7.1 Enquête à l'interne	25
7.1.1 Gallup - Your Voice	25
8 Satisfaction des référents	
Non pertinent	
Qualité des traitements	26
9 Réhospitalisations	26
9.1 Relevé national des réhospitalisations potentiellement évitables	26
10 Opérations	27
10.1 Mesure interne	27
10.1.1 Relevé national des réopérations potentiellement évitables	27
11 Infections	28
11.1 Mesure nationale des infections du site opératoire	28
12 Chutes	31
12.1 Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres	31
13 Escarres	33
13.1 Mesure nationale de prévalence des escarres	33
14 Mesures limitatives de liberté	35
14.1 Relevé à l'interne des mesures limitatives de liberté	35
14.1.1 Evaluation du patient	35
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	36
17.1	Autres mesures internes	36
17.1.1	Recherche des porteurs de bactéries multi résistantes	36
17.1.2	Mesure annuelle du nombre de chutes	37
17.1.3	Suivi des patients infectés au clostridium difficile	37
17.1.4	Suivi grippe nosocomiale	38
17.1.5	Suivi des dépistages préopératoires au Sars-Cov-2	38
17.1.6	Mesure annuelle du nombre d'escarres	39
18	Détails des projets	40
18.1	Projets actuels en faveur de la qualité	40
18.1.1	Les principaux projets en faveur de la qualité sont décrits dans ce chapitre.	40
18.2	Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2020	40
18.2.1	RAS	40
18.3	Projets de certification en cours	40
18.3.1	ISO 9001:2015	40
19	Conclusions et perspectives	41
	Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution	42
	Soins somatiques aigus	42
	Editeur	44

1 Introduction

Hirslanden Clinique La Colline est une clinique pluridisciplinaire de soins aigus. Elle fait partie du groupe de cliniques privées Hirslanden. Le groupe Hirslanden comprend 17 cliniques, dans 10 cantons, et compte 2.314 médecins accrédités, et 10'711 collaborateurs (dont 479 médecins employés). Premier groupe de cliniques privées en Suisse, Hirslanden représente en outre le plus grand réseau médical dans ce pays.

Hirslanden Clinique La Colline regroupe les spécialités médicales et chirurgicales suivantes :

- Anesthésiologie
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie générale et viscérale
- Chirurgie plastique et esthétique
- Chirurgie maxillo-faciale
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie pédiatrique
- Chirurgie thoracique
- Dermatologie
- Gastroentérologie et endoscopie
- Gynécologie
- Médecine du sport
- Médecine interne et ses sous-spécialités : angiologie, cardiologie, endocrinologie, gériatrie, infectiologie, néphrologie, neurologie, nutrition, hématologie, oncologie, pneumologie, rhumatologie
- Neurochirurgie (sauf crânial)
- Ophtalmologie
- Urologie

Hirslanden Clinique La Colline a été recertifiée en 2019 ISO 9001 : 2015, portant sur le management de la qualité. Un audit de suivi externe est mené chaque année.

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

2 Organisation de la gestion de la qualité

2.1 Organigramme

Le service Qualité est rattaché au directeur depuis le 1er mars 2020.

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

Pour l'unité de qualité indiquée ci-dessus, un pourcentage de travail de **135** est disponible.

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

Hirslanden Clinique La Colline Marie-
Charlotte, Bijasson
Responsable qualité
022.702.20.14
marie-charlotte.bijasson@hirslanden.ch

Hirslanden Clinique La Colline Marie-
Christine, Delattre
Infirmière HPCI et sécurité patient
022.702.20.21
mariechristine.dumur@hirslanden.ch

3 Stratégie de qualité

Dans une démarche constante d'amélioration continue, de sécurité et de satisfaction de nos clients, Hirslanden Clinique La Colline met en place un système de management de la qualité et de gestion des risques. Cette démarche s'inscrit également dans les axes qualité du groupe Hirslanden.

La politique de la qualité se décline en objectifs mesurables, à tous les niveaux de l'organisation, qui sont suivis et améliorés systématiquement dans une volonté de performance et d'efficacité. Une revue périodique permet d'ajuster ce système en permanence pour répondre aux besoins et attentes des patients, des médecins et de l'ensemble des parties intéressées, en tenant compte des enjeux de l'établissement et de l'environnement externe.

L'obtention de la certification ISO 9001:2015 est le gage de la qualité et du sérieux de l'organisation et des prestations proposées au travers du management de nos processus.

Dans cette dynamique, le Service Qualité de Hirslanden Clinique La Colline fait partie de la direction de la Clinique. Il siège dans de nombreuses commissions.

Indépendant et transversal, le service qualité s'engage dans un Processus d'Amélioration Continue (PAC) soutenu par la transparence avec la publication extérieure des indicateurs, l'établissement de critères de référence, la comparaison de la qualité fixée par la LAMal, entre autres, avec l'adhésion au contrat national ANQ.

Notre système de gestion de la qualité, basé sur le principe de l'amélioration continue, s'applique à tous les processus de notre clinique : suivre l'évolution de notre performance, nous comparer aux autres et remettre régulièrement en cause notre propre qualité avec le système d'audits, de revue de morbi-mortalité ou encore des CIRS (Critical Incidents Reporting System selon la méthodologie du London Protocol), permet de toujours « faire mieux » et de placer le patient au centre du "continuum of care".

Mettant à profit l'effet synergique de la collaboration régnant à l'intérieur du Groupe, Hirslanden définit des normes et des standards pour le management de la qualité de ses cliniques privées.

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 2020

- Gestion de la pandémie de Covid-19 : centre de dépistage pour nos patients
- Maintenir la certification ISO 9001 : 2015 sans non-conformité majeure
- Développer la culture du PDCA avec notamment l'implication des détenteurs de processus sur l'amélioration du système
- Continuer le développement de la gestion des risques, et intégrer les questionnaires Hirslanden sur les risques, via la plateforme CURA Surveys
- Pérenniser et redevelopper le groupe d'auditeurs internes ISO
- Renforcer l'utilisation de la check-list Save Surgery Saves Life de la sécurité patient au bloc-opératoire

3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2020

- La pandémie de Sars-CoV-2 a mis en suspens le développement de projets en lien avec la qualité. Cette période inédite a été marquée par la réponse institutionnelle pour les besoins de la population : arrêt de la chirurgie électorive et prise en charge des urgences de l'hôpital cantonal pendant le printemps 2020 en est l'exemple majeur.

3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir

- Pérenniser la mise en application des concepts du groupe Hirslanden : ISBAR, concept gestion des médicaments et des antibiotiques, pharmacovigilance, hémovigilance, matériovigilance, sécurité patient
- Identification et mise en place des indicateurs de performance associés aux processus
- Développer le concept santé et sécurité au travail
- Développer l'utilisation du portail d'annonces pour le suivi des vigilances (dont la matériovigilance)
- Pérenniser la culture qualité et la déclaration des événements indésirables
- Mettre en place le suivi des indicateurs IQIP supplémentaires : erreurs de médication, lésions cutanées, chutes avec blessures (blessures minimales, moyennes et graves)
- Réaliser la journée sécurité patient et la journée qualité
- Intégrer progressivement le logiciel de gestion documentaire du groupe Hirslanden et les nouveaux outils de déclaration et de gestion des incidents

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>
▪ 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:
▪ Déclaration des événements indésirables graves

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>
▪ Enquête de satisfaction Pressganey
<i>Satisfaction du personnel</i>
▪ Gallup - Your Voice
Notre institution a exécuté les mesures suivantes propres à l'hôpital:
<i>Opérations</i>
▪ Relevé national des réopérations potentiellement évitables
<i>Mesures limitatives de liberté</i>
▪ Evaluation du patient
<i>Autres mesures de la qualité</i>
▪ Recherche des porteurs de bactéries multi résistantes
▪ Mesure annuelle du nombre de chutes
▪ Suivi des patients infectés au clostridium difficile
▪ Suivi grippe nosocomiale
▪ Suivi des dépistages préopératoires au Sars-Cov-2
▪ Mesure annuelle du nombre d'escarres

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:

Certification ISO 9001:2015

Objectif	Réalisation de l'audit de suivi ISO 9001 : 2015 (2ème trimestre 2021) sans non-conformité majeure
Domaine dans lequel le projet est en cours	Management de la qualité
Projet: période (du... au...)	01.10.2019 au 22.09.2022
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne/externe.
Expliquer les raisons	Amélioration continue de nos processus pour assurer la satisfaction patients et parties intéressées
Groupes professionnels impliqués	Tous les services
Evaluation de l'activité / du projet	Audit de suivi mis en standby suite à la pandémie Sars-Cov-2. 2 non-conformités mineures relevées en 2019

Journée qualité

Objectif	Amélioration continue à travers des projets innovants et systémiques
Domaine dans lequel le projet est en cours	Tous
Projet: période (du... au...)	planification sur 2020/2021
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Projet apportant une amélioration continue
Groupes professionnels impliqués	Tous
Evaluation de l'activité / du projet	Projet mis en standby suite à la pandémie Sars-Cov-2

Journée d'hygiène des mains

Objectif	Promouvoir la désinfection des mains
Domaine dans lequel le projet est en cours	Hygiène hospitalière
Projet: période (du... au...)	Planifiée le 05/05/2021
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne/externe.
Groupes professionnels impliqués	Toute la clinique dont Soins et Bloc-opératoire
Evaluation de l'activité / du projet	Animation et rencontre avec les intervenants de la clinique - Distribution de lingettes imprégnées de solution Hydro alcoolique - Distribution sur les plateaux de petit-déjeuner des patients de cartes à leur intention sur les gestes à suivre pour une bonne hygiène des mains - 2 formations au cours de la journée sur l'hygiène des mains et la compliance à l'hygiène des mains avec questionnaire à l'appui - Vérification avec Didactobox - Information interactive

Campagne vaccination grippe saisonnière

Objectif	Promouvoir la vaccination du personnel et des partenaires
Domaine dans lequel le projet est en cours	Sécurité collaborateurs et partenaires
Projet: période (du... au...)	Automne - Hiver 2020
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne/externe.
Méthodologie	Communication auprès du personnel des recommandations
Groupes professionnels impliqués	Tous
Evaluation de l'activité / du projet	Taux de vaccination du personnel 2020 (30%, médecins inclus) en hausse par rapport à 2019 (environ 24%)

Transmissions selon ISBAR

Objectif	Structurer la communication entre soignants
Domaine dans lequel le projet est en cours	Sécurité patient
Projet: période (du... au...)	Depuis Mai 2017
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Renforcer la sécurité dans la prise en charge du patient
Groupes professionnels impliqués	Soins et Bloc-opératoire

Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

Objectif	Améliorer la prise en charge des patients selon un protocole spécifique pour réduire le stress chirurgical
Domaine dans lequel le projet est en cours	Qualité des soins
Projet: période (du... au...)	Depuis Janvier 2015
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Méthodologie	Chirurgie colorectale, hernie, cholecystectomie, endométriose, hystérectomie, annexectomie, PTH, PTG, PTE
Groupes professionnels impliqués	Médicaux et paramédicaux

Renforcement de l'utilisation de la check-list bloc-opératoire

Objectif	Check-list totalement complétée et signée par l'ensemble des parties
Domaine dans lequel le projet est en cours	Bloc-opératoire
Projet: période (du... au...)	Depuis Mai 2017
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Sécurité patient
Méthodologie	Statistique mensuelle sur le remplissage de la check-list (Sign-in, Team-time-out, Sign-out, signatures)
Groupes professionnels impliqués	Chirurgiens et anesthésistes
Evaluation de l'activité / du projet	Amélioration significative du taux de remplissage

Questionnaire de satisfaction PressGaney

Objectif	Satisfaction patient sur l'ensemble des aspects en lien avec la prise en charge du patient (prise en charge médicale, hôtellerie, restauration, prise en charge par les soins...)
Domaine dans lequel le projet est en cours	Satisfaction patient
Projet: période (du... au...)	Depuis 01.05.2017
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Satisfaction patient
Méthodologie	Questionnaire envoyé aux patients par email
Groupes professionnels impliqués	Toute la clinique
Evaluation de l'activité / du projet	Mis en place. Suivi de la satisfaction et communication des résultats aux responsables 1x par mois. Identification des mesures d'amélioration prioritaires Reprise en automne 2020

Indicateurs de performance de la qualité

Objectif	Indicateurs de processus pour pilotage
Domaine dans lequel le projet est en cours	Management de la qualité
Projet: période (du... au...)	Septembre 2017 jusqu'à Septembre 2019
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Exigence ISO 9001 : 2015
Méthodologie	Identification, formalisation et pilotage des indicateurs de processus pour le management des processus de l'établissement
Groupes professionnels impliqués	Responsable de chaque processus
Evaluation de l'activité / du projet	Initialisation sur une partie des processus

Infographie à destination du public externe

Objectif	Transparence des chiffres et indicateurs qualité
Domaine dans lequel le projet est en cours	Communication externe
Projet: période (du... au...)	Mise à jour annuellement
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne/externe.
Expliquer les raisons	Indicateurs qualité rendus publics sous la forme d'une infographie, présente sur le site internet de la clinique
Méthodologie	Principales activités, nombre de journée de soins, DMS, prévalence des chutes, prévalence des escarres...
Evaluation de l'activité / du projet	Mise en standby dû à l'épidémie de Covid-19

Revue de Mortalité et de Morbidité

Objectif	Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Domaine dans lequel le projet est en cours	Qualité des soins
Projet: période (du... au...)	2 revues minimum par année
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Analyse collective, rétrospective et systémique
Méthodologie	Les acteurs impliqués dans le cas se réunissent et analysent l'ensemble de la prise en charge du patient
Groupes professionnels impliqués	Multidisciplinaire
Evaluation de l'activité / du projet	Procès verbal + suivi des mesures d'amélioration par la qualité

Chambre des erreurs - room of horrors

Objectif	Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - sensibiliser aux risques - promouvoir la collaboration - favoriser l'esprit critique
Domaine dans lequel le projet est en cours	Sécurité des soins
Projet: période (du... au...)	A panifier sur 2020
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Projet appuyé par la Fondation Sécurité des patients Suisse
Méthodologie	Une équipe pluridisciplinaire doit trouver dans le temps imparti (p. ex. en 20 minutes), tous les risques pour le patient et les erreurs mis en scène dans une chambre dédiée.
Groupes professionnels impliqués	médecins (chirurgiens, anesthésistes, internistes...), infirmiers, aide-soignant
Evaluation de l'activité / du projet	Débriefing en équipe avec les solutions Projet agendé sur 2021/2022
Autres documents	Scénario pour médecins interne, chirurgie et salle de préparation des médicaments

Mise à jour du manuel qualité et des chartes

Objectif	Préciser le périmètre d'application qualité des deux institutions
Domaine dans lequel le projet est en cours	Uniformisation des deux sites
Projet: période (du... au...)	2020/2021
Expliquer les raisons	Mutualisation des systèmes qualité des deux institutions
Méthodologie	IOS 9001:2015
Groupes professionnels impliqués	Groupe qualité
Evaluation de l'activité / du projet	Etablissement d'une cartographie des macro-processus commune

Etablissement d'une charte pour la prescription médicamenteuse

Objectif	uniformisation des méthodes de prescriptions
Domaine dans lequel le projet est en cours	Pharmacovigilance
Projet: période (du... au...)	2020/2021
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Uniformisation et amélioration des bonnes pratiques
Méthodologie	Création d'une charte devant être adoptée par les différents médecins prescripteurs
Groupes professionnels impliqués	Groupe qualité et médecin coordinateur du système médical
Evaluation de l'activité / du projet	TO be updated

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 2016 .

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

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

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

4.4.2 Démarche de Peer Review de l'IQM

Notre établissement est membre depuis 2017 de l'Initiative Médecine de qualité ([IQM](#)) et recourt à la démarche de l'IQM pour une gestion active de la qualité. En optimisant les processus et les résultats des traitements, la démarche de l'IQM contribue à l'amélioration de la qualité des soins et au renforcement de la sécurité des patients.

L'IQM est une initiative ouverte à tous les hôpitaux et cliniques d'Allemagne et de Suisse, quel que soit leur statut. Son objectif est d'améliorer la qualité des traitements à l'hôpital pour tous les patients. L'action consensuelle des membres repose sur les trois principes suivants:

- Mesure de la qualité à l'aide d'indicateurs basés sur des données de routine
- Transparence des résultats au travers de leur publication
- Amélioration de la qualité par la démarche de Peer Review

Les résultats de notre établissement peuvent être consultés à l'adresse: https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/fileadmin/Ergebnisveroeffentlichung/2020/Member/IQM_mitglied_474_FR.pdf. Ils ont été calculés sur la base de données de routine et proviennent de l'évaluation commune aux hôpitaux membres de l'IQM en Allemagne et en Suisse.

Notre établissement a effectué la dernière procédure de Peer Review en 2019.

En raison de la pandémie de COVID-19, IQM n'a pas organisé de Peer Review en 2020.

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
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, médecine intensive, chirurgie de la main, traumatologie, sénologie, bariatrie, traitement de plaies	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2015
COVID-19 COVID-19 open-data Registry	Médecine interne générale, chirurgie pédiatrique, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, cardiologie, pédiatrie, médecine intensive, gériatrie	Adjumed Services AG www.covid19register.ch	2020
Infreporting Système de déclaration des maladies infectieuses à déclaration obligatoire	Infectiologie, épidémiologie	Office fédéral de la santé publique: Section Systèmes de déclaration www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html	TBD
MDSi La collecte de données minimales de la SSMI	Médecine intensive	Société Suisse de Médecine Intensive SSMI www.sgi-ssmi.ch	2015
MS Statistique médicale des hôpitaux	Toutes les disciplines	Office fédéral de la statistique www.bfs.admin.ch	2015
SIRIS Registre suisse des implants	Chirurgie orthopédique	Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants www.siris-implant.ch/	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, chirurgie viscérale, bariatrie	SMOB Register www.smob.ch/	2015
SSO Société Suisse d'Ophtalmologie	Ophthalmologie	SSO www.sog-sso.ch/	TBD

Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anesthésiologie, Chirurgie, Gynécologie et obstétrique, Chirurgie orthopédique, Prévention et santé publique, Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, Infectiologie, Cardiologie, Médecine intensive	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2012
VisMHS Registre pour la Chirurgie Viscérale Hautement Spécialisée	Chirurgie	Adjumed Services AG www.adjumed.net/vis/	2014
ZDR Registre dosimétrique central	Toutes les disciplines	Office fédéral de la santé publique www.bag.admin.ch	TBD

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
ISO 9001:2015	Toute la clinique	2016	2019	Audit de recertification
Centre Grace	Chirurgie orthopédique (de la hanche, du genou)	2016	2018	Ajout du domaine de l'épaule en 2019
Centre Grace	Chirurgie digestive (côlon)	2016	2018	
Label SRC de qualité	BLS-AED-SRC complet (generic provider)	2016	2016	
Centre de formation FMH	Centre des urgences	2012	2016	
Centre Grace	Chirurgie gynécologique	2016	2018	Inclus hystérectomie
Sport Medical Base approved by Swiss Olympic	Médecine du sport	2017	2017	
Swiss Olympic Medical Center	Médecine du sport	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. 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 des années précédentes			Satisfaction ajustée (moyenne) 2019 (CI* = 95%)
	2016	2017	2018	
Hirslanden, Clinique La Colline				
Comment évaluez-vous la qualité des soins (des médecins et du personnel infirmier)?	4.45	4.39	4.42	4.32 (3.70 - 4.60)
Avez-vous eu la possibilité de poser de questions?	4.24	4.25	4.29	4.17 (3.90 - 4.90)
Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?	4.53	4.39	4.52	4.43 (4.10 - 4.90)
Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous?	4.63	4.55	4.54	4.56 (4.00 - 4.90)
Comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital?	4.17	3.99	3.96	3.94 (3.60 - 4.50)
Comment avez-vous trouvé la durée de votre hospitalisation?	96.90 %	95.70 %	92.16 %	91.19 %
Nombre des patients contactés par courrier 2019				290
Nombre de questionnaires renvoyés	160	Retour en pourcent		55 %

Pondération des notes: 1 = réponse la plus négative, 5 = réponse la plus positive

Question 6: Le résultat indiqué dans cette colonne correspond à la proportion des personnes qui ont répondu «adéquante».

* 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

Hirslanden Clinique La Colline a mis en place le questionnaire de satisfaction Pressganey le 01.05.2017. Il inclut les questions de l'enquête ANQ et des questions complémentaires Hirslanden.

Les items susceptibles d'être améliorés identifiés au cours de l'enquête ANQ, font l'objet d'une évaluation tout au long de l'année grâce à cet outil.

Indication sur la mesure

Institut national d'enquête

ESOPÉ, Unisanté, 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 (≥ 16 ans) sortis de l'hôpital en septembre 2019.
	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 de satisfaction Pressganey

L'enquête de satisfaction Press Ganey est un questionnaire international reconnu et utilisé dans de nombreuses structures de santé. Celui-ci comporte 68 questions qui permettent au patient d'évaluer sa prise en charge sur différents aspects de son séjour tant sur la notion de fréquence que la notion de manière. Il évalue :

- Admission
- Chambres
- Repas
- Infirmières
- Examens et traitements
- Visiteurs et famille
- Médecins
- Sortie
- Prise en charge personnelle
- Evaluation générale
- Salle d'urgence

Un champ libre permet également au patient de mettre l'ensemble des suggestions, feedback ou autres retours.

Conditions cadres :

- Séjour de plus de 24h
- Médecine somatique aigüe
- 1 seul questionnaire par patient même si plusieurs séjours
- Plus de 18 ans

Le questionnaire est envoyé par e-mail aux patients exclusivement en sortie de séjour.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2020 .

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

Suite au changement de l'interface par le fournisseur Quest Back , la reprise de PressGaney a eu lieu à l'automne 2020.

5.3 Service des réclamations

Notre établissement propose un service des réclamations / de médiation.

Hirslanden, Clinique La Colline

Service Qualité

Marie-Charlotte Bijasson

Responsable Qualité

+41 22 702 20 14

qualite.geneve@hirslanden.ch

08h00 -> 17h00

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 Gallup - Your Voice

Dans le cadre de l'évaluation de la satisfaction des employés, Hirslanden réalise avec le soutien de l'entreprise Gallup une enquête annuelle. Coordonnée par Mediclinic International, cette enquête a lieu chaque mois de novembre auprès des collaborateurs. L'enquête est menée en ligne ou avec des enveloppes personnelles pour les équipes n'ayant pas accès à l'outil informatique. L'objectif est de mesurer et d'accroître l'attachement émotionnel des collaborateurs à Hirslanden par un dialogue accru et des mesures ciblées ceci dans le but de fidéliser et motiver les collaborateurs.

La présentation des résultats de l'enquête est faite par chaque responsable de service auprès des équipes. Des mesures d'améliorations sont proposées au sein de chaque équipe. Un suivi continu est assuré par les champions et revu dans le comité de direction.

Nous avons mené cette enquête auprès du personnel du 20 Octobre 2020 au 10 Novembre 2020 .
Tous les collaborateurs de la Clinique sont concernés par cette enquête de satisfaction.

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

Les résultats sont communiqués à l'interne pour le moment.

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

Analyse des données (OFS)	2015	2016	2017	2018
Hirslanden, Clinique La Colline				
Rapport des taux*	0.64	0.78	0.8	0.86
Nombre de sorties exploitables 2018:				3256

* 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 (OFS MedStat) 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.

10 Opérations

10.1 Mesure interne

10.1.1 Relevé national des réopérations potentiellement évitables

Dans le plan national de mesure de l'ANQ, une réopération est considérée comme potentiellement évitable si elle suit une intervention au niveau du même site anatomique et si elle n'était pas prévisible ou si elle traduit un échec ou une complication postopératoire plutôt que l'aggravation de la maladie sous-jacente. Le rapport se base à cet effet sur la Statistique Médicale de l'année précédente (analyse des données). Les interventions à des fins diagnostiques (par ex.: ponctions) sont exclues de l'analyse. Seules sont saisies les réopérations intervenant durant le même séjour hospitalier. Le calcul des taux de réopération donne une indication sur l'existence de problèmes potentiels. Les hôpitaux et les cliniques doivent procéder à des analyses approfondies des dossiers des patients afin d'identifier les réopérations susceptibles d'être évitables et d'améliorer la qualité des soins. Informations complémentaires pour un public professionnel : www.anq.ch/fr et www.sqlape.com

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2020 .
Tous

Les résultats sont disponibles sur le site de référence.

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	SQLape GmbH
Méthode / instrument	SQLape GmbH

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 chez les enfants et les adolescents
▪ *** Chirurgie du côlon (gros intestin)
▪ Premières implantations de prothèses de la hanche
▪ Premières implantations de prothèses de l'articulation du genou

Résultats des mesures

Résultats des mesures (sans les implants) pour la période: 1er octobre 2019 – 30 septembre 2020.
(Interruption de la période de mesure du 1er mars au 31 mai 2020 en raison de la pandémie de COVID-19)

Opérations	Nombre d'opérations évaluées 2020 (Total)	Nombre d'infections constatées 2020 (N)	Valeurs des années précédentes - taux d'infections ajustés%			Taux d'infections ajustés % 2020 (CI*)
			2017	2018	2019	
Hirslanden, Clinique La Colline						
*** Ablation de l'appendice chez les enfants et les adolescents	0	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Chirurgie du côlon (gros intestin)	13	3	1.80%	6.20%	11.60%	38.60% (12.10% - 65.00%)

Résultats des mesures (avec les implants) pour la période: 1er octobre 2018 – 30 septembre 2019:

Résultats des mesures (avec les implants) pour la période: 1er octobre 2018 - 30 septembre 2019:						
Opérations	Nombre d'opérations évaluées 2019 (Total)	Nombre d'infections constatées 2019 (N)	Valeurs des années précédentes - taux d'infections ajustés%			Taux d'infections ajustés % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
Hirslanden, Clinique La Colline						
Premières implantations de prothèses de la hanche	129	1	0.00%	1.00%	1.40%	0.90% (0.00% - 2.60%)
Premières implantations de prothèses de l'articulation du genou	189	0	0.60%	1.60%	1.90%	0.00% (0.00% - 3.80%)

* 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

La Clinique incite les soignants et les médecins à noter et fournir tous les renseignements utiles au suivi Swissnoso.

Indication sur la mesure

Institut national d'enquête

Swissnoso

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion adultes	Tous les patients en stationnaire (≥ 16 ans) sur lesquels ont été réalisées les opérations correspondantes (voir le tableau des résultats des mesures).
	Critères d'inclusion enfants et adolescents	Tous les patients en stationnaire (≤ 16 ans) sur lesquels ont été réalisées les opérations correspondantes (voir le tableau des résultats des mesures).
	Critères d'exclusion	Les patients qui ne donnent pas leur consentement (oral).

Remarques

RAS

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.

Important *:** La mesure nationale de la prévalence des chutes n'a pas pu être réalisée en 2020, en raison de la pandémie de COVID-19. C'est pourquoi il n'est pas possible de publier des données actualisées dans le rapport sur la qualité 2020. Seules figurent les valeurs des années précédentes. Pour davantage d'indications sur les précédents résultats, se référer aux rapports sur la qualité 2018 et 2019.

Informations complémentaires:

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

Résultats des mesures

	2017	2018	2019	2020 ***
Hirslanden, Clinique La Colline				
Nombre de chutes survenues à l'hôpital	0	1	1	–
en pourcent	0.00%	2.80%	3.00%	–
Résidu* (CI** = 95%)	-0.2 (-0.04 - 0.39)	0.01 (-0.42 - -0.44)		–
Nombre de patients examinés effectivement en 2020 ***		–	en pourcent	–

* Un résidu de 0 montre que la fréquence des chutes correspond à la valeur attendue. Les valeurs positives indiquent une fréquence plus élevée de chutes. Les valeurs négatives signifient que le nombre de chutes est inférieur à la moyenne des hôpitaux.

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

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

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. ▪ Maternité, 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

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.

Important *:** La mesure nationale de la prévalence des n'a pas pu être réalisée en 2020, en raison de la pandémie de COVID-19. C'est pourquoi il n'est pas possible de publier des données actualisées dans le rapport sur la qualité 2020. Seules figurent les valeurs des années précédentes. Pour davantage d'indications sur les précédents résultats, se référer aux rapports sur la qualité 2018 et 2019.

Informations complémentaires:

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

Résultats des mesures

Nombre des patients avec des escarres		Valeurs des années précédentes			2020 ***	en pourcent ***
		2017	2018	2019		
Hirslanden, Clinique La Colline						
Prévalence des escarres nosocomiales	Au sein de l'institution, catégorie 2-4	0	0	0	–	–
Nombre de patients examinés effectivement en 2020 ***	–	en pourcent (de tous les patients hospitalisés le jour de la mesure)			–	

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

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

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

Remarques

Pas

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 Evaluation du patient

La Clinique a mis en place dans le dossier patient informatisé et dans le système de gestion documentaire, une évaluation qui permet d'anticiper la contention ainsi que la prescription par le médecin et le consentement.

La Clinique a complété son parc de matériel sécurisé pour protéger les patients.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2020 .

Tous les services d'hospitalisation sont concernés par cette mesure.

La Clinique utilise sur son dossier patient informatisé, une évaluation systématique du score de Morse pour tout patient hospitalisé dès son arrivée. Ce score est réévalué selon l'évolution du patient au cours de l'hospitalisation.

Le matériel utilisé pour les contentions des patients sont les turbulettes et les barrières de sécurité. Des bracelets d'appels patient en dehors de leur chambre sont également en place. Ces dispositifs permettent de signaler les potentielles chutes. A ce jour, l'établissement ne tient pas d'évaluation statistique de l'utilisation de ce matériel.

Relevé des résultats et activités d'amélioration

RAS

Indication sur la mesure

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

Remarques

RAS

17 Autres mesures de la qualité

17.1 Autres mesures internes

17.1.1 Recherche des porteurs de bactéries multi résistantes

La recherche porte sur les mesures suivantes : MRSA, BLSE, Carbapénèmes, VRE, chez les patients transférés d'autres établissements de soins ou ayant voyagés dans les zones à risque (Inde principalement). Inscription dans les dossiers de soins et suivi des résistances.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2020 .
Tous les services d'hospitalisation sont concernés par cette mesure.

Sur l'année 2020, cette recherche porte sur 112 cas, dont :
- 1 patients porteurs de MRSA

Sur l'année 2020, cette recherche porte sur 86 cas, dont :
- 4 ESBL
- 0 VRE.

Cet outil est développé en interne selon les recommandations internationales et du groupe Hirslanden.

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

17.1.2 Mesure annuelle du nombre de chutes

La Clinique utilise sur son dossier patient informatisé, une évaluation systématique du score de chute pour tout patient hospitalisé dès son arrivée. Ce score est réévalué selon l'évolution du patient au cours de l'hospitalisation.

L'analyse porte sur les critères suivants :

- sexe
- âge
- comparaison jour/nuit
- lieu de la chute (salle de bain, lit...)
- circonstances
- conséquences
- prise de médicament entraînant une somnolence ou perturbant la conscience

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2020 .

Tous les services d'hospitalisation sont concernés par cette évaluation.

La mesure concerne tout patient hospitalisé, elle ne s'applique pas aux patients en ambulatoire ou admis aux urgences.

On observe que les chutes concernent en majorité les femmes, des personnes âgées, et la survenue est plus fréquente la nuit, et pour la plupart, avec peu ou pas de conséquences.

Relevé des résultats et activités d'amélioration

Achat de matériels de prévention .

En 2020 : 31 déclarations de chutes

Indication sur la mesure

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

17.1.3 Suivi des patients infectés au clostridium difficile

Ce process a pour objectif le suivi des clostridium difficile afin d'éviter la dissémination de ce germe au sein des services de soins aigus dont un nombre élevé de chirurgies digestives et orthopédiques.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2020 .

Tous les services d'hospitalisation sont concernés par cette mesure.

Suivi réalisé uniquement pour les cas nosocomiaux (exclusion des patients hospitalisés pour un Clostridium difficile)

La proportion de clostridium difficile producteur de toxine est stable depuis leur recensement en 2013.

En 2020: 4 Toxines A+B non nosocomiaux

Indication sur la mesure

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

17.1.4 Suivi grippe nosocomiale

Il s'agit du suivi des gripes saisonnières acquises à l'hôpital.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2020 .

Tous

En 2020 : 0 grippe nosocomiale

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

17.1.5 Suivi des dépistages préopératoires au Sars-Cov-2

Dépistage de tout les patients opérés soit en urgence ou en électif.

Patients positifs, opération reportée à 14 jours si non urgente.

Transfert aux HUG pour les patients positifs en cas d'opération urgente.

En endoscopie, pas de dépistage systématique sauf pour les patients symptomatiques.

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

Pour la chirurgie et la médecine, les dépistages sont obligatoires.

Nous avons mené cette mesure du Mars 2020 au A ce jour .

Chirurgie et médecine

En 2020: 4'759 dépistages ont été effectués

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

17.1.6 Mesure annuelle du nombre d'escarres

Depuis Avril 2020 , la Clinique utilise sur son dossier patient informatisé, une évaluation systématique des escarres pour tout patient hospitalisé dès son arrivée. Cela est réévalué selon l'évolution du patient au cours de l'hospitalisation.

L'objectif est d'optimiser la prise en charge et de diminuer le risque d'escarre chez les personnes en perte provisoire ou définitive d'autonomie.

Ceci afin d'éviter des douleurs et un allongement du séjour qui péjoreraient un retour à domicile.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2020 .

Tous les services d'hospitalisation sauf les urgences

Prévalence des escarres nosocomiales 2020 : l'ANQ n'a pas réalisée d'enquête pour raison de pandémie SARS-CoV-2 en Novembre 2020.

La Clinique suit toute l'année une incidence des escarres avec mise en place d'un groupe de travail qui a édité des procédures depuis des guidelines pour soutenir les équipes soignantes dans leur quotidien.

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

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

Les projets sont décrits au chapitre 4.4

18.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2020

18.2.1 RAS

Cf paragraphe 18

18.3 Projets de certification en cours

18.3.1 ISO 9001:2015

Hirslanden Clinique La Colline est certifiée ISO 9001 : 2015 depuis août 2019. Cette démarche porte sur le management de la qualité sur tout le site de la Clinique La Colline.

Un audit de suivi externe est mené chaque année sur une partie des processus de la Clinique, dans le contexte de la pandémie Covid-19 celui -ci a été reporté au 1er semestre 2021.

19 Conclusions et perspectives

L'intégration de la Clinique La Colline au groupe Hirslanden depuis Juin 2014 amène une nouvelle dynamique dans la conceptualisation de modèles et outils au service de la qualité et de la sécurité des soins.

Hirslanden Clinique La Colline, et plus largement, le groupe Hirslanden place le patient au centre de ses préoccupations. La qualité et la sécurité des soins sont intégrées à chaque niveau de l'organisation et dans les pratiques quotidiennes de chacun, sous l'appui de différents concepts.

Hirslanden Clinique La Colline poursuit la mise en place et la pérenisation de divers projets systémiques contribuant à une amélioration continue de la prise en charge de ses patients.

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

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

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 planification hospitalière
Base
Base chirurgie et médecine interne
Peau (dermatologie)
Dermatologie (y c. vénérologie)
Oncologie dermatologique
Traitement des plaies
Nez-gorge-oreille (oto-rhino-laryngologie)
Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)
Chirurgie cervico-faciale
Chirurgie élargie du nez et des sinus
Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes
Chirurgie maxillaire
Système nerveux chirurgical (neurochirurgie)
Neurochirurgie crânienne
Système nerveux médical (neurologie)
Neurologie
Maladies cérébrovasculaires
Yeux (ophtalmologie)
Ophthalmologie
Chirurgie spécialisée du segment antérieur
Cataracte
Affections du corps vitré/de la cornée
Hormones (endocrinologie/diabétologie)
Endocrinologie
Estomac-intestins (gastroentérologie)
Gastroentérologie
Gastroentérologie spécialisée
Ventre (Chirurgie viscérale)
Chirurgie viscérale
Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS)
Interventions majeures sur le foie (CIMHS)
Chirurgie de l'œsophage (CIMHS)
Chirurgie bariatrique
Interventions sur le bas rectum (CIMHS)
Sang (hématologie)
Lymphomes indolents et leucémies chroniques
Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques

Vaisseaux
Chirurgie carotidienne
Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)
Cœur
Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)
Urologie
Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)
Poumons médical (pneumologie)
Pneumologie
Poumons chirurgical (chirurgie thoracique)
Chirurgie thoracique
Orthopédie
Chirurgie de l'appareil locomoteur
Orthopédie
Chirurgie de la main
Arthroscopie de l'épaule et du coude
Arthroscopie du genou
Reconstruction de membres supérieurs
Reconstruction de membres inférieurs
Chirurgie de la colonne vertébrale
Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale
Rhumatologie
Rhumatologie
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.