

# Rapport sur la qualité 2020

conforme aux directives de H+

Validé le:  
par:

31.05.2021  
Catherine Colin, Directrice générale

Version



**CLINIQUE BOIS-BOUGY**  
CENTRE DE TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

## 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

Mme  
Marie-Christine Delafontaine  
Responsable qualité  
Clinea Suisse, Nyon  
+41 (0)22 363 21 58  
[mcdelafontaine@clineasuisse.ch](mailto:mcdelafontaine@clineasuisse.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](http://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 santé suisse 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](http://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

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Mentions légales</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>1 Introduction</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>2 Organisation de la gestion de la qualité</b> .....   | <b>7</b>  |
| 2.1 Organigramme .....  | 7         |
| 2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité .....  | 7         |
| <b>3 Stratégie de qualité</b> .....   | <b>8</b>  |
| 3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2020 .....  | 9         |
| 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 .....   | 10        |
| <b>4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité</b> .....  | <b>11</b> |
| 4.1 Participation aux mesures nationales .....  | 11        |
| 4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton<br>Notre établissement n'est pas soumis à des mesures imposées par le canton. |           |
| 4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital .....  | 12        |
| 4.4 Activités et projets relatifs à la qualité .....  | 13        |
| 4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents .....   | 21        |
| 4.5 Aperçu des registres<br>Aucun registre correspondant aux domaines d'activités de notre établissement n'a été identifié.     |           |
| 4.6 Vue d'ensemble des certifications .....   | 22        |
| <b>MESURES DE LA QUALITE</b> .....  | <b>23</b> |
| <b>Enquêtes</b> .....   | <b>24</b> |
| <b>5 Satisfaction des patients</b> .....  | <b>24</b> |
| 5.1 Enquête nationale auprès des patients en réadaptation .....   | 24        |
| 5.2 Enquêtes à l'interne .....  | 26        |
| 5.2.1 Questionnaire de satisfaction Patient interne .....   | 26        |
| 5.3 Service des réclamations .....  | 28        |
| <b>6 Satisfaction des proches</b><br>pas de questionnaires mis en place   |           |
| <b>7 Satisfaction du personnel</b><br>Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.               |           |
| <b>8 Satisfaction des référents</b><br>Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.              |           |
| <b>Qualité des traitements</b> .....  | <b>29</b> |
| <b>9 Réhospitalisations</b><br>Indicateur en création   |           |
| <b>10 Opérations</b><br>Notre établissement ne propose pas de prestations dans cette spécialité.                                |           |
| <b>11 Infections</b> .....  | <b>29</b> |
| 11.1 Mesure interne .....   | 29        |
| 11.1.1 Suivi des mesures additionnelles .....   | 29        |
| 11.1.2 BMR et bactériémies (selon HPCI) .....   | 29        |
| <b>12 Chutes</b> .....  | <b>30</b> |
| 12.1 Mesure interne .....   | 30        |
| 12.1.1 Nombre de chutes CBB .....   | 30        |
| <b>13 Escarres</b> .....  | <b>31</b> |
| 13.1 Mesure interne .....   | 31        |
| 13.1.1 Escarres acquises .....  | 31        |
| <b>14 Mesures limitatives de liberté</b> .....  | <b>32</b> |
| <b>15 Intensité des symptômes psychiques</b> .....  | <b>33</b> |
| <b>16 Atteinte des objectifs et état de santé</b> .....   | <b>34</b> |

|  |  |           |
|--|--|-----------|
| 16.1   | Mesures nationales par domaines spécifiques en réadaptation .....  | 34        |
| 17   | <b>Autres mesures de la qualité</b><br>Les autres mesures et enquêtes se trouvent dans les chapitres correspondant aux domaines thématiques. |           |
| 18   | <b>Détails des projets .....</b>   | <b>35</b> |
| 18.1   | Projets actuels en faveur de la qualité .....  | 35        |
| 18.1.1   | Adapter les typologies de personnel aux exigences DefReha .....  | 35        |
| 18.1.2   | Amélioration des exports des données .....   | 36        |
| 18.1.3   | Adapter les typologies de personnel aux exigences DeFreha et Tarpsy .....  | 0         |
| 18.1.4   | Projet "sécurité patient" .....  | 37        |
| 18.1.5   | Uniformiser les mesures de satisfaction .....  | 38        |
| 18.2   | Projets de certification en cours .....  | 38        |
| 18.2.1   | Certification ISO 9001:2015 de Clinea pour l'ensemble de ses cliniques .....   | 38        |
| 19   | <b>Conclusions et perspectives .....</b>   | <b>39</b> |
| <b>Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution .....</b> |  | <b>40</b> |
| Réadaptation .....   |  | 40        |
| <b>Editeur .....</b>   |  | <b>42</b> |

## 1 Introduction

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

La Métairie est une clinique psychiatrique privée dotée d'une longue histoire dans le domaine du traitement hospitalier des troubles psychiques. Située à Nyon depuis près de 150 ans, la clinique assure des soins de qualité continuellement actualisés.

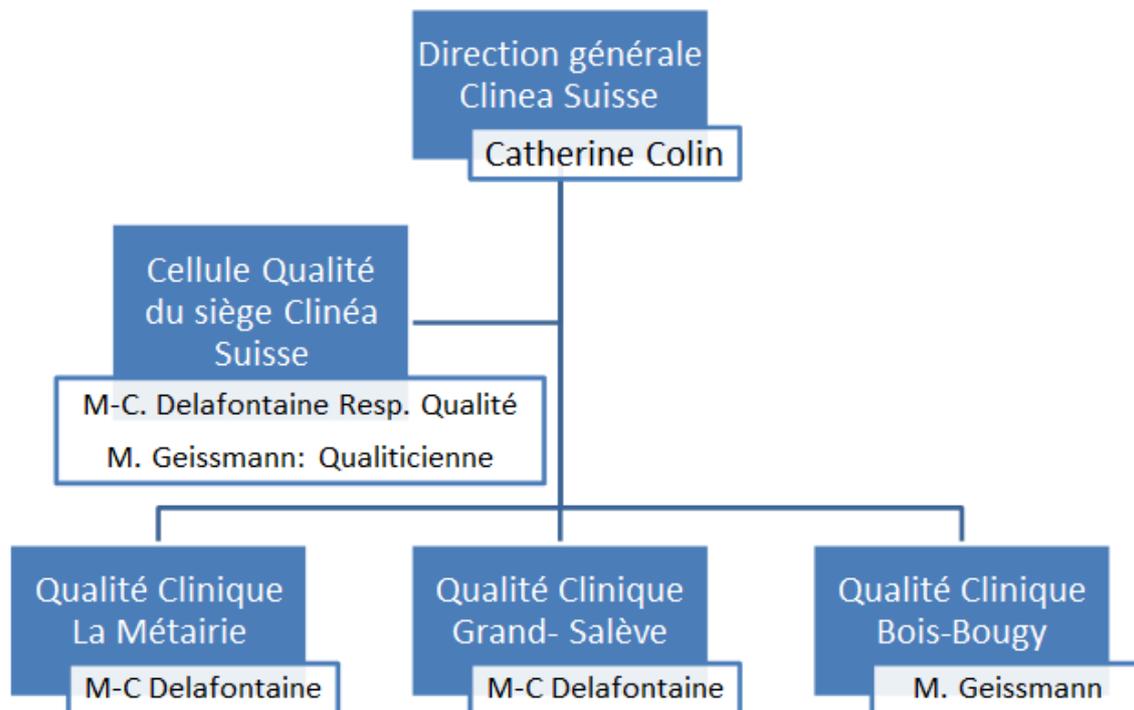
Bois-Bougy est un centre de traitement et de réadaptation spécialisé en réadaptation musculo-squelettique de médecine interne et oncologie, gériatrie et neurologie. Il a ouvert en février 2013 à Nyon et propose des soins de qualité.

Grand-Salève allie les deux compétences des cliniques de La Métairie et Bois-Bougy afin de proposer les expertises du groupe sur le canton de Genève. Ouvert en mai 2018, notre clinique située à Veyrier, accueille les patients avec un grand souci de qualité.

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

## 2 Organisation de la gestion de la qualité

### 2.1 Organigramme



La gestion de la qualité est présente sur chaque établissement de Clinea Suisse.

Une qualificienne travaille en collaboration étroite avec la direction adjointe et la direction des soins de chaque clinique. La revue de direction se réunit 3 ou 4 fois par an et aborde tous les thèmes relatifs au management de la qualité. Des points qualité et des réunions stratégiques/qualité se tiennent dans chaque clinique avec la direction et une qualificienne.

Les 160% disponibles pour la qualité sur CLINEA Suisse sont réparties sur les trois établissements et le siège de la manière suivante:

- 50% pour la Clinique de Bois-Bougy
- 30% pour la Clinique de Grand-Salève
- 30% pour la Clinique de La Métairie
- 50% pour le siège, Clinea Suisse

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

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

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

Madame Marie-Christine Delafontaine  
Responsable Qualité  
0223632158  
[qualite@clineasuisse.ch](mailto:qualite@clineasuisse.ch)

Madame Myriam Geissmann  
Qualificienne  
0223632159  
[qualite@clineasuisse.ch](mailto:qualite@clineasuisse.ch)

### 3 Stratégie de qualité

#### **POLITIQUE QUALITE Clinea Suisse**

Clinea Suisse regroupe les cliniques de La Métairie et de Bois-Bougy dans le canton de Vaud et la clinique du Grand-Salève dans le canton de Genève. Clinea Suisse est une entité destinée à accompagner nos établissements au niveau de l'exploitation.

Afin d'améliorer en continu nos soins et de les adapter à chaque patient en respectant les recommandations de bonnes pratiques et les exigences légales, les cliniques de Clinea Suisse mettent en œuvre un système de Management par la qualité intégrant les principes de l'amélioration continue.

Nos revues de Direction pilotent le système, tant au niveau des cliniques que du groupe. Les **objectifs prioritaires** de notre système de management sont les suivants :

- Améliorer de façon continue notre fonctionnement pour viser l'excellence
- Respecter et promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène,
- Corriger et prévenir toutes les situations à risque pour le patient et le salarié,
- Proposer un service hôtelier de qualité,
- Suivre la satisfaction de nos patients et anticiper leurs attentes et besoins,
- Maîtriser et réduire le volume de nos déchets et notre consommation d'énergie,
- Maîtriser et réduire l'impact de notre activité sur l'environnement (eau, air et bruit).

Pour remplir ces objectifs, nous nous engageons à animer nos équipes en leur insufflant cette dynamique dans le travail au quotidien, en les formant et en leur donnant les moyens de réaliser les plans d'actions prévus et revus dans nos projets d'établissements.

Trois valeurs portent nos équipes: l'écoute, le respect et l'esprit d'équipe. Elles permettent une collaboration étroite et complémentaire afin d'assurer une prise en charge de qualité pour nos patients, au cœur de nos préoccupations. Nos cliniques accueillent les patients avec un grand souci de qualité.

*Extrait de la politique qualité - Déc 2019*

#### **Organisation du MANAGEMENT DE LA QUALITE**

Des comités stratégiques se réunissent dans chaque clinique et en définissent les objectifs généraux. La directrice générale suit les cliniques de façon hebdomadaire et pilote les évolutions à apporter avec les directions adjointes. Les revues de directions se réunissent trois à quatre fois par an dans chaque clinique. Elles sont composées de la direction adjointe, de la qualité et des responsables des services.

La gestion des risques est évaluée selon deux systèmes de grilles: celle de la solution de branche MSST/H+ et selon une grille interne Clinea Suisse.

#### **NOS OUTILS et ACTIVITES SPECIFIQUES**

Les objectifs en matière de qualité sont définis par la direction et la responsable qualité. Ils sont validés lors des revues de direction et/ou des comités stratégiques. Chaque clinique participe au plan de mesure de l'ANQ - Contrat Qualité.

- Management qualité fonctionne par processus. Les documents et procédures sont revues grâce à des plans d'audits et des revues de processus.
- La gestion documentaire est centralisée sur les intranets des cliniques
- Les cliniques sont engagées dans la solution de branche H+
- Chaque clinique tient des commissions risques et sécurité et effectuent des enquêtes de

satisfaction patients.

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

- Suite du processus d'harmonisation des documents sur les trois cliniques et de création de processus transverses.
- Amélioration et homogénéisation des intranets, des gestions documentaires et des formulaires de recueils d'informations mis à disposition sur les intranets
- Maintien ou obtention de la certification ISO 9001:2015, selon le site.
- Maintien ou mise en place des pilotes de processus selon les sites.
- Mise en place de pilotes de processus transverses communs aux cliniques
- Maintien à jour de la base documentaire spécifique des différentes cliniques
- Soutien des équipes dans les crises traversées (Covid-19 et crise informatique due au Hacking informatique)

CLM: rien

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

#### **ISO 9001:2015:**

Les trois cliniques sont maintenant accréditées ISO 9001:2015

Premier Audit ISO 9001:2015 réussi sans non conformité pour la Clinique de Grand Salève. (janvier 2020)

Audits de suivi validés pour les cliniques de La Métairie et de Bois-Bougy.

#### **ANQ:**

Mesures et campagnes de questionnaires de satisfaction effectués sur les trois cliniques selon le plan annuel.

Questionnaires de satisfactions annulés par l'ANQ pour cause de crise sanitaire.

### 3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir

L'objectif principal en matière de qualité pour Clinéa Suisse en 2021-2022 est de poursuivre l'harmonisation des pratiques et des outils des trois cliniques. La création du siège Clinea Suisse donne les moyens à chaque entité de profiter de compétences transversales et de partager les connaissances et bonnes pratiques dans de nombreux domaines. 2020-2021 seront les années de la mise en place de cette organisation transversale.

- Améliorer les intranets des cliniques (système central de mise à disposition des procédures et documents et de management de la qualité ), rechercher un logiciel de management de la qualité plus performant et plus fluide dans l'objectif de créer un système de documentation centralisé permettant tout de même la personnalisation de certains documents et services.
- Améliorer le fonctionnement des processus qualité, RH, comptabilité, maintenance, informatique, projets, MSST, hygiène, sécurité patients et communication dans le cadre de cette mise en commun de compétences intercliniques.
- Continuer de créer la gestion documentaire commune pour les documents utilisés par les trois cliniques
- Effectuer et suivre les mesures ANQ, les améliorer
- Poursuivre le plan de formation des auditeurs internes, effectuer les audits internes et les synchroniser sur les trois cliniques.
- Réaliser des revues de processus pour tous les services du siège
- Supporter l'effort documentaire pour la préparation à la mise en place de REKOLE
- Mettre en place les outils qualité pour assurer la mise en place du dossier patient DEP
- Créer un système documentaire de back up d'urgence en cas de panne informatique longue, le maintenir à jour.
- Créer un questionnaire de satisfaction patients commun pour les services ambulatoire,
- Mesurer la satisfaction des collaborateurs, avec le même questionnaire, sur les trois cliniques
- Améliorer les évaluations des fournisseurs restauration au travers de notre centrale d'achat
- Uniformiser la forme des indicateurs et continuer de créer un tableau de bord qualité Clinea Suisse
- Etoffer le bilan qualité H+
- Effectuer les enquêtes de satisfaction ANQ au printemps 2021.

## 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](http://www.anq.ch/fr).

| Durant l'année de référence, notre institution a participé comme suit au plan de mesures national:  |
|---|
| <i>réadaptation</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enquête nationale auprès des patients en réadaptation</li> <li>▪ Mesures spécifiques des domaines pour la               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Réadaptation musculo-squelettique</li> <li>– Réadaptation neurologique</li> <li>– Réadaptation gériatrique</li> <li>– Réadaptation en médecine interne</li> <li>– Réadaptation oncologique</li> </ul> </li> </ul> |

### 4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital

Outre les mesures de la qualité imposées aux niveaux national et cantonal, notre institution a effectué des mesures de la qualité supplémentaires.

| Notre institution a exécuté les enquêtes suivantes propres à l'hôpital:                         |
|---|
| <i>Satisfaction des patients</i>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Questionnaire de satisfaction Patient interne</li></ul> |

| Notre institution a exécuté les mesures suivantes propres à l'hôpital:  |
|---|
| <i>Infections</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Suivi des mesures additionnelles</li><li>▪ BMR et bactériémies (selon HPCI)</li></ul> |
| <i>Chutes</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nombre de chutes CBB</li></ul>  |
| <i>Escarres</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Escarres acquises</li></ul>   |

#### 4.4 Activités et projets relatifs à la qualité

La liste des activités n'est pas exhaustive.

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

##### Mise en place de DefRéha

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Etre en adéquation avec les attentes de la Confédération et de la population et des demandes assurances sur la réadaptation |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | 4 types de réadaptation qui concernent la clinique  |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2021 - 2024   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                      | Répondre à la nouvelle législation  |
| <b>Méthodologie</b>                               | Travail en groupe en cours - Adhésion à la plateforme Reha  |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | Direction, médecins,  |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | Répondre aux minutes de soins selon defreha   |

##### Ambulatoire

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Offrir un service de proximité aux patients dans la suite du stationnaire   |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Réadaptation  |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2022 - 2024   |
| <b>Type de projet</b>                             | Il s'agit là d'un projet interne.   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                      | Développement vers des soins ambulatoire renforcés  |
| <b>Méthodologie</b>                               | Groupe de travail Direction, médical, paramédical et diversification (ergo, logo)                                   |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | Direction, médecins, paramédicaux   |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | Parcours de soins développés en ambulatoire sur des thèmes définis par rapports aux différents besoins des patients |

## Recrutement et formation du personnel médical, para-médical et soignant

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Professionaliser le personnel des soins en relation avec la réadaptation - Répondre aux besoins de la nouvelle tarification |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Médical et soins  |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2020 -2022  |
| <b>Expliquer les raisons</b>                      | Anticipation de la nouvelle tarification à venir 1 janv 2022 (DefReha 3.0) VS STReha  |
| <b>Méthodologie</b>                               | Analyse des besoins en continu - Recrutement et formation   |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | RH - Direction - Direction médicale et des soins  |

## Sécurité des patients - Circuit du médicament - Création et suivi d'un indicateur

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Optimiser le fonctionnement de la pharmacie - Améliorer la sécurité du circuit du médicaments |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Pharmacie, Médical et soins   |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2020 -2021  |
| <b>Type de projet</b>                             | Il s'agit là d'un projet interne.   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                      | Mieux répondre aux bonnes pratiques du circuit du médicament                                  |
| <b>Méthodologie</b>                               | Mise en place du RHIN (Réapprovisionnement hebdomadaire individuel et nominatif)              |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | Pharmacie, Médecin, pharmacien référent, Soins  |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | Evaluation de la conformité des piluliers et mise en place d'un indicateur                    |

## Mesures systématiques des chutes des patients en réadaptation- reprise de l'indicateur

|   |  |
|---|--|
| <b>Objectif</b>                                   | Obtenir en continu et en direct les relevés des chutes afin de pouvoir agir à court et moyen terme   |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Tous les patients de réadaptation  |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2021 - 2022  |
| <b>Type de projet</b>                             | Il s'agit là d'un projet interne.  |
| <b>Expliquer les raisons</b>                      | Améliorer l'analyse des causes avec une phase de comparaison de deux systèmes de déclaration   |
| <b>Méthodologie</b>                               | Toutes les chutes sont annoncées sur le dossier patient et extraites. La mise en place de ce projet inclu l'amélioration de la précision des données extraites de notre dossier de soin informatisé. |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | Le personnel des soins, médical et paramédical, le responsable de l'amélioration du dossier patient, service qualité   |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | Les données sont extraites semestriellement et analysées par la direction des soins avec son équipe  |

## Prévention pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées ou vieillissantes

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Suivre les lignes directrices de SSP Vaud et selon DefReha                      |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Ambulatoire   |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2020 - 2022   |
| <b>Type de projet</b>                             | Il s'agit là d'un projet interne.   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                      | Développer l'activité ambulatoire - Diminuer les réhospitalisations             |
| <b>Méthodologie</b>                               | Identification des besoins - Plan d'actions - Amélioration continue             |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | Direction et direction médicale - Responsable para-médical                      |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | Augmentation des consultations ambulatoires - Diminution des réhospitalisations |

## Prévention des maladies et prévention de la santé

|   |  |
|---|--|
| <b>Objectif</b>                                   | Suivre les lignes directrices de SSP Vaud en matière de prévention                                       |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Diabète - Ostéoporose - Maladie d'Alzheimer  |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2021 - 2022  |
| <b>Type de projet</b>                             | Il s'agit là d'un projet interne.  |
| <b>Expliquer les raisons</b>                      | Promouvoir la santé  |
| <b>Méthodologie</b>                               | Identification des besoins - Plan d'actions - Amélioration continue                                      |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | Direction et direction médicale et des soins et responsable paramédical - Dietéticien - Neuropsychologue |

## Sécurité des données patients - collaborateurs -

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Évaluer les améliorations à apporter sur la sécurité des données de nos patients, de nos collaborateurs et de la clinique |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | RH - Soins - Qualité - Finances - informatique  |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2020 - 2021   |
| <b>Type de projet</b>                             | Il s'agit là d'un projet interne.   |
| <b>Méthodologie</b>                               | Identification des besoins - Audit - Plan d'actions - Amélioration continue   |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | Direction générale et directions des établissements et des services - Responsable Informatique                            |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | par audit puis plan d'actions mis en place  |

## Amélioration des saisies et exports des données

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Améliorer les exports ANQ, ST Reha, et OFS  |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Informatique : Données patients et clinique   |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2020 -2022  |
| <b>Type de projet</b>                             | Il s'agit là d'un projet interne.   |
| <b>Méthodologie</b>                               | Identification des besoins - audit - plan d'actions - Amélioration continue             |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | Equipe de direction   |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | Via les retours de la qualité des données des organismes statistiques affiliés à l'ANQ. |

## Dossier patient informatisé

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Mettre en place le dossier informatisé déployé par les services de la Confédération |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Médical - Informatique  |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2019 - 2024   |
| <b>Type de projet</b>                             | Il s'agit là d'un projet interne.   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                      | Répondre aux demandes de l'état   |
| <b>Méthodologie</b>                               | Suivi des réunions préparatoires  |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | Informaticien, Gestion de projet, Direction médical et générale                     |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | Suivi du calendrier de la confédération   |

## Améliorer la formation des collaborateurs en innovant

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Diversification des supports et modes de formation  |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Directions des établissements, des soins et qualité   |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2020 - 2022   |
| <b>Type de projet</b>                             | Il s'agit là d'un projet interne.   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                      | Améliorer et accélérer les formations des collaborateurs  |
| <b>Méthodologie</b>                               | Etudier la faisabilité de la création une plate forme d'e-learning, déployer des mini-formations - Dans l'entre temps, Création d'un onglet e-campus sur les intranets et créations de contenus vidéo ou documentaire dans un but de formation.s, |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | Management, ressources humaines, responsables   |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | Mise en place de la plate forme d'e-learning Projet temporaire: Utilisation de la page e-campus acquise pour la formation des nouveaux embauchés. Nombre de mini formations effectuées  |

## Évaluations des collaborateurs

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Intégrer le plan d'évaluation des collaborateurs du groupe ORPEA                            |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Ressources Humaines   |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2020 - 2021   |
| <b>Type de projet</b>                             | Il s'agit là d'un projet interne.   |
| <b>Méthodologie</b>                               | Suivre la feuille de route du groupe (Direction générale évaluée en 2020, la suite en 2021) |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | RH  |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | Délais de la feuille de route tenus   |

## Démarche de certification Rekole

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Mettre en place la comptabilité analytique conforme à la Norme - Rekole                     |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Management et Finances  |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2019 - 2022   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                      | Obligation cantonale et des assurances, préconisation H+                                    |
| <b>Méthodologie</b>                               | Evaluation, équipe de projet, mise en place du plan d'actions, sensibilisation, formations, |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | Tout le personnel   |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | Suivi du calendrier   |

## Créer et faire vivre des matrices des compétences critiques des collaborateurs

|   |   |
|---|---|
| <b>Objectif</b>                                   | Péreniser les compétences critiques   |
| <b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b> | Ressources Humaines   |
| <b>Projet: période (du... au...)</b>              | 2020 - 2021   |
| <b>Type de projet</b>                             | Il s'agit là d'un projet interne.   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                      | Mettre en évidence les compétences critiques existantes, le pérenniser au travers des plans de formation                            |
| <b>Méthodologie</b>                               | Identification par les responsables de services, création par le service RH et le responsable, mises à jours et plans de formations |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>           | RH, Management  |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>       | Grilles "vivantes" et mises à jour régulièrement pour toutes les cliniques et pour le siège.  |

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

Améliorer la visibilité et la présence des établissements dans l'espace social et virtuel

|  |  |
|--|--|
| <b>Objectif</b>                                    | Faire connaître les établissements du groupe   |
| <b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b> | communication sur les réseaux sociaux, et amélioration de la visibilité, de la signalétique, |
| <b>Activité: période (depuis...)</b>               | 2020 - 2021  |
| <b>Expliquer les raisons</b>                       | Etre plus visible  |
| <b>Méthodologie</b>                                | Création d'un service communication avec l'embauche d'une personne                           |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>            | Direction  |

## Sécurité des patients - Maintien du poste et des fonctions transversales

|  |   |
|--|---|
| <b>Objectif</b>                                    | Animer les projets transversaux de sécurité des patients sur les trois cliniques                        |
| <b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b> | Soins et médical  |
| <b>Activité: période (depuis...)</b>               | 2016 - 2024   |
| <b>Type d'activité</b>                             | Il s'agit là d'une activité interne.  |
| <b>Expliquer les raisons</b>                       | Partage de compétences et de bonnes pratiques sur les cliniques - Elaboration de projets d'amélioration |
| <b>Méthodologie</b>                                | Formation d'une infirmière - Etude des besoins - mise en place de projets                               |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>            | Directions des soins et médicales - management de proximité   |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>        | Nombre de projets aboutis   |

## Sécurité Patients - Distribution des médicaments

|  |  |
|--|--|
| <b>Objectif</b>                                    | Suivre en permanence la fiabilité de la préparation des piluliers  |
| <b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b> | Soins et pharmacie   |
| <b>Activité: période (depuis...)</b>               | 2019   |
| <b>Type d'activité</b>                             | Il s'agit là d'une activité interne.   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                       | Quelques fiches d'améliorations continues signalaient des erreurs de préparation des piluliers (sans conséquences) |
| <b>Méthodologie</b>                                | Etude type "sécurité patients"   |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>            | Direction des soins et management de proximité   |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>        | Améliorer la fiabilité de la préparation des piluliers   |

## Animation de journées à thèmes "Journée de"

|  |   |
|--|---|
| <b>Objectif</b>                                    | Informer patients et collaborateurs lors des journées internationales                     |
| <b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b> | Soins   |
| <b>Activité: période</b> (depuis...)               | Lors des journées   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                       | Animer la clinique pour les collaborateurs et les patients en les formant                 |
| <b>Méthodologie</b>                                | Sélectionner les journées qui feront l'objet d'animation - Mise en place et communication |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>            | Direction des soins - Management de proximité   |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>        | Nombre de journées animées - Nombre de journées animées conjointement pour Clinea Suisse. |

## Améliorer la planification des repas patients

|  |   |
|--|---|
| <b>Objectif</b>                                    | Mettre en place un logiciel d'interface et de suivi des repas entre les soins et la cuisine |
| <b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b> | Restauration  |
| <b>Activité: période</b> (depuis...)               | 2019 -2020  |
| <b>Type d'activité</b>                             | Il s'agit là d'une activité interne.  |
| <b>Expliquer les raisons</b>                       | Mettre en place un logiciel en remplacement du mode actuel                                  |
| <b>Méthodologie</b>                                | Choisir un logiciel, le mettre en place et déployer   |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>            | Cuisiniers, Diététiciennes, Soins   |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>        | Mise en place réussie, évaluation des résultats   |

## Animer et suivre le comité Hygiène, Sécurité et Prévention unique (CHSP)

|  |   |
|--|---|
| <b>Objectif</b>                                    | Améliorer l'efficacité, diminuer le nombre de réunions pour le personnel CHSP                         |
| <b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b> | Management  |
| <b>Activité: période</b> (depuis...)               | 2020 - 2021   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                       | Aider à définir une politique de soins cohérente et de gestion des risques                            |
| <b>Méthodologie</b>                                | Identifier les thèmes qui mobilisent les mêmes personnes, créer le comité, mettre en place, améliorer |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>            | Tous les collaborateurs   |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>        | Nombre de rencontres annuelles effectives Nombre de projets aboutis sur le plan d'actions             |

## Audits internes des processus - Revues de processus

|  |   |
|--|---|
| <b>Objectif</b>                                    | Revoir les processus dans leur ensemble sur une période de 3 ans.   |
| <b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b> | Toute la clinique   |
| <b>Activité: période</b> (depuis...)               | permanent   |
| <b>Type d'activité</b>                             | Il s'agit là d'une activité interne.  |
| <b>Expliquer les raisons</b>                       | Améliorer le système qualité de façon continue  |
| <b>Méthodologie</b>                                | Prévoir un planning, former des auditeurs et auditer. Pratiquer des revues de processus - A Grand-Salève, mettre en place les évaluations "patient traceur"   |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>            | Service qualité, direction, auditeurs et pilotes de processus   |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>        | Les revues de processus donnent lieu à des plans d'actions suivis en revue de direction - au moins 3 auditeurs formés par cliniques - Compétences figurant dans la matrice des compétences critiques- |

## Amélioration de la gestion documentaire et des flux

|  |  |
|--|--|
| <b>Objectif</b>                                    | Numériser les documents  |
| <b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b> | Fournisseurs en 2019 - RH et patients ensuite                                      |
| <b>Activité: période</b> (depuis...)               | Permanent  |
| <b>Type d'activité</b>                             | Il s'agit là d'une activité interne.   |
| <b>Expliquer les raisons</b>                       | Diminuer les stocks, améliorer la fluidité   |
| <b>Méthodologie</b>                                | Choix, acquisition et formation à un outil de gestion des documents, mise en place |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>            | Services financiers, RH, et tous les utilisateurs                                  |
| <b>Evaluation de l'activité / du projet</b>        | Mise en place effective - Feuille de route des prochains déploiements              |

## Mise en place d'une centrale d'achats groupée

|  |  |
|--|--|
| <b>Objectif</b>                                    | Regrouper les achats des trois cliniques |
| <b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b> | Management et Finances, Cuisines         |
| <b>Activité: période</b> (depuis...)               | 2019 - 2020                              |
| <b>Expliquer les raisons</b>                       | Gagner en efficience                     |

## Intégration des proches aidants dans le suivi du patient

|  |  |
|--|--|
| <b>Objectif</b>                                    | Animer une journée annuelle pour les proches aidants   |
| <b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b> | Parcours patient   |
| <b>Activité: période</b> (depuis...)               | Une fois par an -  |
| <b>Expliquer les raisons</b>                       | Dans le cadre d'une meilleure intégration des proches aidants, trois établissements de santé ont souhaité unir leurs forces pour proposer cette journée annuelle |
| <b>Méthodologie</b>                                | Participation à l'organisation avec le GHOL et la clinique de la Lignière  |
| <b>Groupes professionnels impliqués</b>            | Soins, paramédicaux, direction adjointe de l'établissement   |

### 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 2000 .

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.

#### Remarques

Les CIRS, appelés FAC ou fiches d'amélioration continue, dans nos cliniques (FAC regroupant les fiches d'évènements indésirables et fiches d'améliorations continues), ont été introduites systématiquement à l'ouverture de chaque clinique.

Elles regroupent les événements indésirables et aussi les propositions d'amélioration.

Les collaborateurs peuvent déclarer à tout instant tous les incidents d'origine médicale, mais aussi sur tous les processus de la clinique. Les FACS sont ensuite traitées par les différents responsables et des statistiques en sont extraites.

## 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  | Clinique Bois-Bougy                                  | 2014                               | 2019                                 | Clinique de Bois-Bougy |
| Radiologie: Autorisation de pratique OFSP (selon base légale ORaP) | Radiologie Clinique de Bois-Bougy                    | 2013                               | 2019                                 | Radiologie             |
| Norme HACCP: Contrôle par laboratoire externe validé               | Cuisine de la Clinique de Bois-Bougy                 | -                                  | 2020                                 | Cuisine                |
| Autorisation d'exploiter   | Clinique de Bois Bougy 84 lits 20 places ambulatoire | 2013                               | 2018                                 | Toute l'institution    |
| L'Institut Suisse de formation médicale continue SIWF              | Médecine interne                                     | 2019                               | -                                    | Clinique de Bois-Bougy |

# **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 en réadaptation

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 par l'ANQ en collaboration avec un groupe d'experts.

Le présent questionnaire a été développé plus avant et utilisé pour la première fois pour l'année 2018. Il comprend désormais six questions centrales et peut être aisément inclus dans des enquêtes plus larges auprès des patients. Deux questions sont pratiquement semblables à celles du questionnaire de la somatique aiguë alors que les quatre autres ont été adaptées aux conditions de la réadaptation. 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.

**Important \*\*:** La enquête nationale auprès des patients en réadaptation 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.

#### Résultats des mesures

| Questions  | Valeurs des années précédentes |                    | Satisfaction mesurée (moyenne) 2020 ** (CI* = 95%) |
|--|--------------------------------|--------------------|--|
|  | 2018                           | 2019               |  |
| <b>Clinea Suisse, Clinique Bois-Bougy</b>  |                                |                    |  |
| Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge par l'équipe (personnel médical et thérapeutique, personnel infirmier, service social)?  | 4.20                           | 4.30               | –  |
| Au début de votre séjour de réadaptation, avez-vous été informé-e de manière compréhensible sur le déroulement et les objectifs de votre réadaptation?   | 4.04                           | 4.42               | –  |
| Durant votre séjour de réadaptation, avez-vous été suffisamment impliqué-e dans les décisions?   | 3.88                           | 4.23               | –  |
| Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?   | 4.19                           | 4.36               | –  |
| Les thérapies ont-elles répondu à vos attentes (portée, déroulement, etc.)?  | 4.36                           | 4.22               | –  |
| Comment était l'organisation des principales mesures prises pour vous et vos proches pour la période après votre séjour de réadaptation (accompagnement, aide et soins à domicile, thérapies, etc.)? | 3.87                           | 4.06               | –  |
| Nombre des patients contactés par courrier 2020 **   |                                |                    | –  |
| Nombre de questionnaires renvoyés  | –                              | Retour en pourcent | –  |

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/readaptation/resultats-des-mesures-readaptation/](http://www.anq.ch/fr/domaines/readaptation/resultats-des-mesures-readaptation/).

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

En 2020, la campagne de questionnaires de satisfaction des ANQ a été annulée pour des raisons sanitaires autour de la CoVID 19.

#### Indication sur la mesure

|                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| Institut national d'enquête | ESOPE, Unisanté, Lausanne |
|-----------------------------|---------------------------|

#### Indications sur le collectif examiné

|                                  |                      |   |
|----------------------------------|----------------------|---|
| Ensemble des patients à examiner | Critères d'inclusion | Le questionnaire a été envoyé à tous les patients ( $\geq 16$ ans) traités en stationnaire qui sont sortis d'une clinique de réadaptation ou d'un service de réadaptation d'un hôpital de soins aigus, en avril et en mai 2020.       |
|                                  | Critères d'exclusion | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients sans domicile fixe en Suisse.</li> <li>▪ Patients décédés à l'hôpital.</li> <li>▪ Les patients hospitalisés à plusieurs reprises n'ont été interrogés qu'une seule fois.</li> </ul> |

## 5.2 Enquêtes à l'interne

### 5.2.1 Questionnaire de satisfaction Patient interne

En 2020, avec la création du siège CLINEA, la volonté était d'unifier les questionnaires de satisfaction internes. De nouveaux questionnaires ont été créés et mis en place en juillet 2020. Vous trouverez ici les résultats des nets promoter score de ces nouveaux questionnaires par clinique.

Nous avons mené cette enquête auprès des patients du 1/07/2020 au 31/12/2020 .  
Chaque patient reçoit un questionnaire de satisfaction à remplir lors de sa sortie. Les réponses sont traitées par le siège et examinées par la direction et lors des revues de direction de chaque clinique.

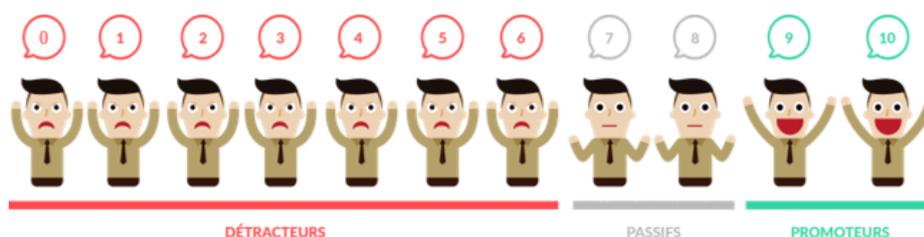
Tous les patients reçoivent le questionnaire de satisfaction.

Clinea Suisse a choisi d'utiliser le NPS: net promoter score, comme suggéré par le groupe ORPEA corporate.

Ce score en pourcentage permet de mettre en valeur la satisfaction des utilisateurs tout en comptabilisant le pourcentage des patients qui ne sont pas satisfaits (les détracteurs).

Un NPS peut aller de -100% à +100%. Un +100% indiquerait, par exemple que toutes les personnes ayant répondu sont fortement "promoteurs" de notre clinique. Un -100% détermine que les utilisateurs du service ne feront aucune publicité positive et seront vraiment négatifs dans leurs avis lorsqu'on leur demandent, donc déservent l'institution à moyen long terme.

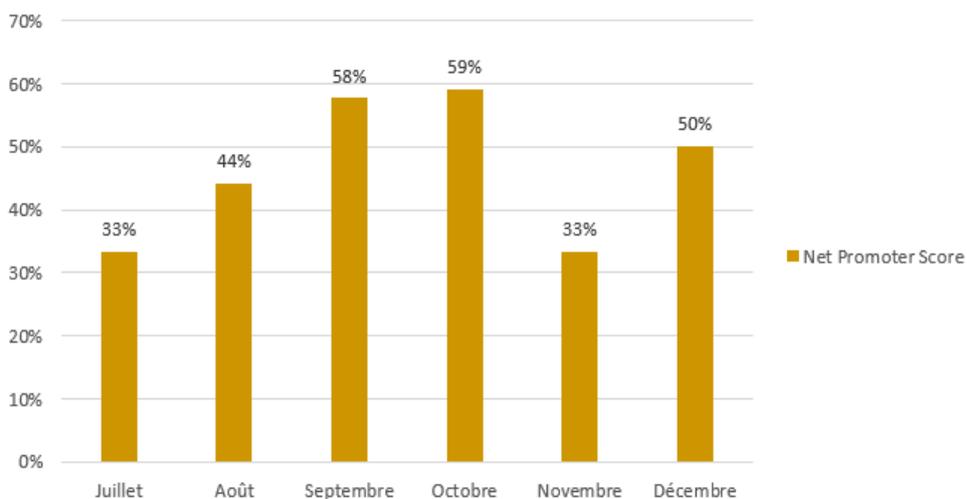
Les scores de nos cliniques sont plus élevés que les moyennes des scores des cliniques du groupe ORPEA en France.



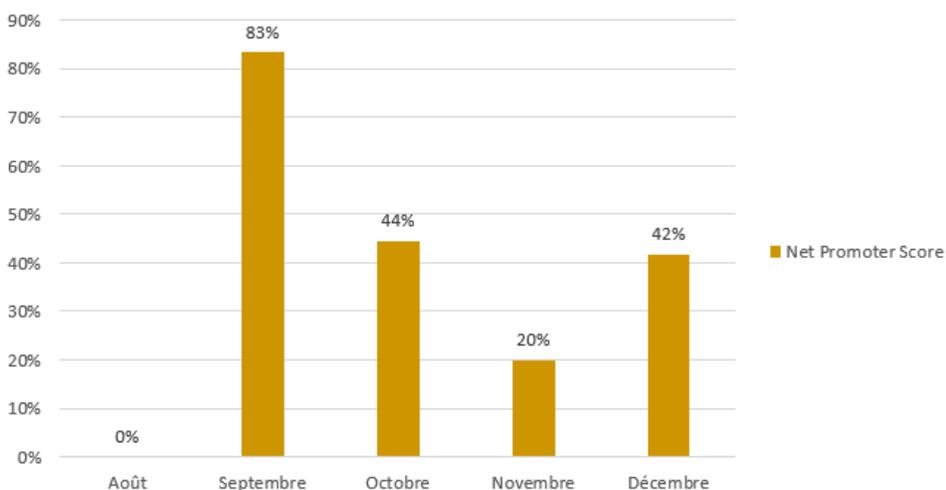
$$\% \text{Promoteurs} - \% \text{Détracteurs} = \text{NPS}$$

La soustraction de la part de **détracteurs** à celle des **promoteurs** est égale au **NPS**. Plus le NPS est élevé, plus vos clients ont l'intention de vous recommander auprès de leurs amis/proches/familles.

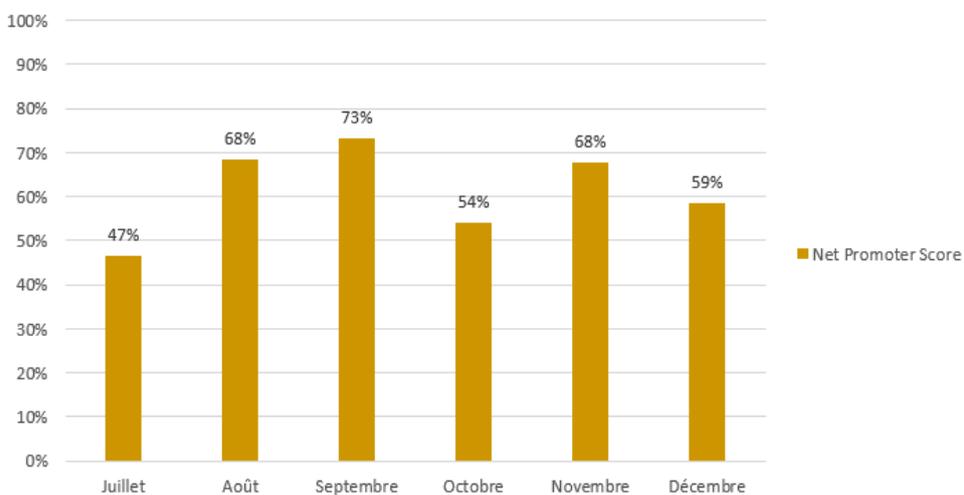
Clinique La Métairie - Net Promoter Score 2020

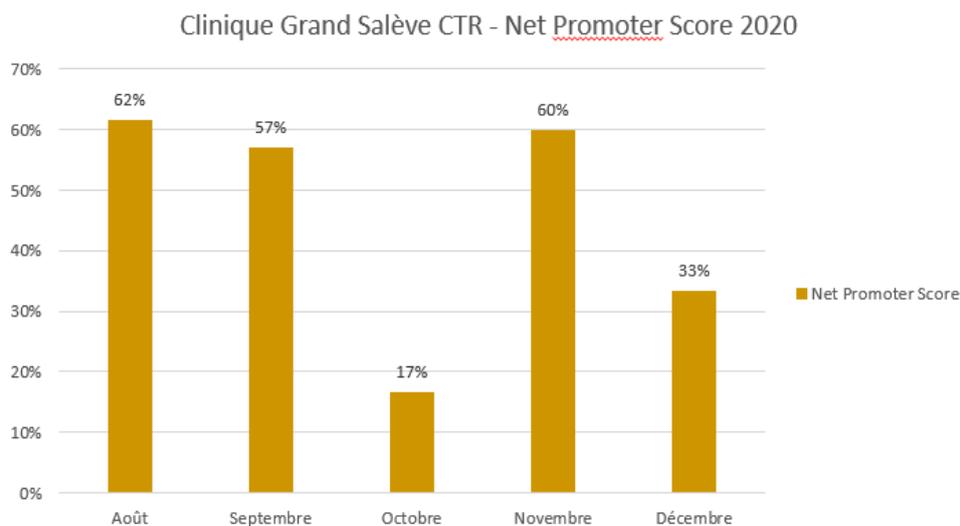


Clinique Grand Salève Psychiatrie - Net Promoter Score 2020



Clinique Bois Bougy - Net Promoter Score 2020





**Indication sur la mesure**

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

### 5.3 Service des réclamations

Notre établissement propose un service des réclamations / de médiation.

**Clinea Suisse, Clinique Bois-Bougy**

Direction

Florent Nesztler

Directeur adjoint

022 436 36 36

[info@bois-bougy.ch](mailto:info@bois-bougy.ch)

## Qualité des traitements

### 11 Infections

#### 11.1 Mesure interne

##### 11.1.1 Suivi des mesures additionnelles

La direction des soins suit chaque mise en place de mesures additionnelles, récapitule les cas en comité d'hygiène de sécurité et prévention (CHSP) et prend les mesures correctives et préventives. Un indicateur est suivi par la responsable hygiène.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2020 .

Tous les services de soins

Tous les patients

En 2020, la responsable Hygiène a débuté une démarche d'uniformisation des indicateurs hygiène sur CLINEA.

Les circuits d'alerte seront mieux définis et les nombres de mesures additionnelles et les mesures mises en places seront ainsi comptabilisés mensuellement.

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

##### 11.1.2 BMR et bactériémies (selon HPCI)

Prendre conscience et suivre les indicateurs nous permet une plus grande efficacité pour la maîtrise de l'hygiène hospitalière. Cela nous permet également de répondre à une exigence de HPCI en matière de suivi et de contrôle de l'infection.

En 2020, la responsable Hygiène a débuté une démarche d'uniformisation des indicateurs hygiène sur CLINEA.

Les circuits d'alerte seront mieux définis et les nombres de BMR, les identifications des types de BMR, les mesures mises en places seront ainsi comptabilisés mensuellement.

Notre futur logiciel de dossiers de soins permettra d'identifier et de mieux comptabiliser les infections à l'aide d'un export simplifié.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2020 .

Tous les services de soins

Tous les patients

Les résultats ont été transmis à l'HPCI et ont été suivis par l'infirmière hygiéniste. Ils étaient conformes aux attentes pour un centre de réadaptation.

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

## 12 Chutes

### 12.1 Mesure interne

#### 12.1.1 Nombre de chutes CBB

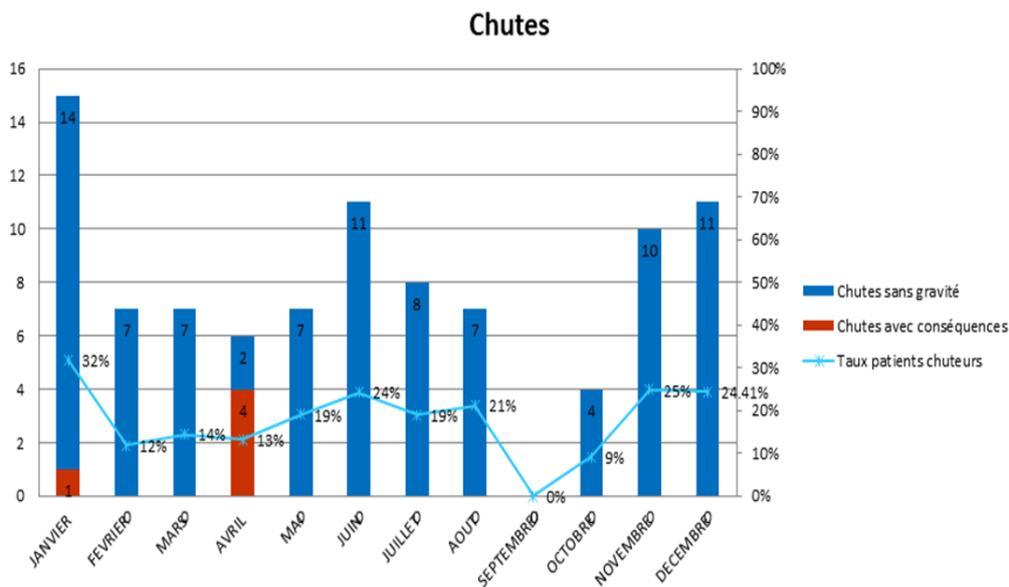
Les chutes sont déclarées par les infirmiers à la fois sur le dossier informatisé du patient et sur les CIRS (que nous appelons FAC: fiches d'événements indésirables). Les graphiques sont, en 2020, pour une partie de l'année, extraites des dossiers de soins.

En plus d'être suivi ponctuellement à chaque occurrence par la direction des soins, le nombre de chutes est comptabilisé et suivi en CHSP.

Des formations sont entreprises pour sensibiliser l'ensemble du personnel au risque de chutes et leur prévention.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2020 .

La mesure des chutes concerne toute la clinique. Ces relevés sont effectués par des déclarations des collaborateurs lorsqu'un patient chute. Actuellement, les collaborateurs déclarent les chutes sur les CIRS et sur le dossier informatisé du patient.



#### Indication sur la mesure

Méthode développée / instrument développé à l'interne

## 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 interne

#### 13.1.1 Escarres acquises

Les escarres sont documentés sur le dossier des patients informatisés. Le nombre des escarres asquises à la clinique est suivi de tres près par la direction des soins. Cet indicateur a été mis en place en janvier 2020.

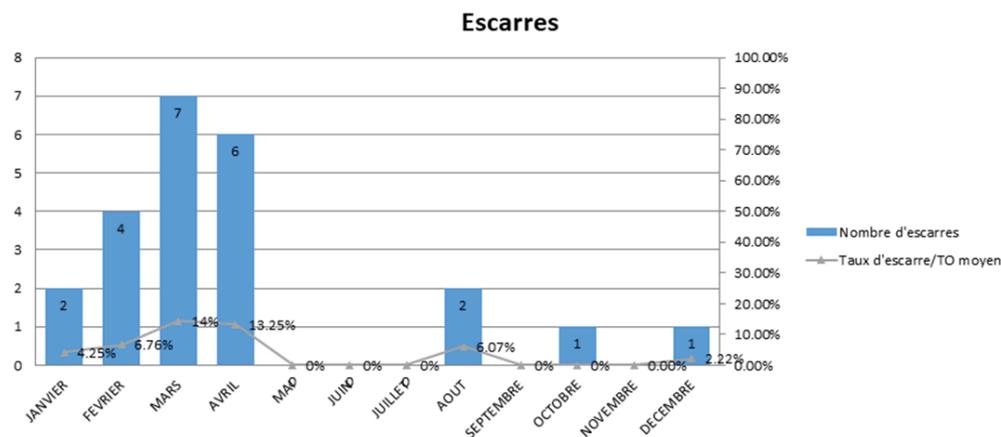
Une déclaration de FAC (CIRS) est également faite. Le suivi des escarres acquises est plus précis et documenté afin de prévenir la réapparition de cas similaires.

Sur les deux cliniques CTR du groupe, la volonté est d'avoir une infirmière formée et référente en gestion des plaies (à Bois-Bougy, elle existe déjà avec un temps dédié.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2020 .

Les patients qui arrivent à la clinique avec des escarres sont documentés de la même façon dans le dossier de soins (fiche pansement, mais ne sont pas comptabilisées dans les indicateurs.

Tous les patients



#### Indication sur la mesure

Méthode développée / instrument développé à l'interne

## 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.

## **15 Intensité des symptômes psychiques**

## 16 Atteinte des objectifs et état de santé

### 16.1 Mesures nationales par domaines spécifiques en réadaptation

Les prescriptions de mesures de l'ANQ dans la réadaptation sont valables pour tous les domaines stationnaires (cliniques de réadaptation et services de réadaptation des hôpitaux de soins aigus). Les outils de mesure appropriés au type de réadaptation sont appliqués à tous les patients à l'entrée et à la sortie. Ces mesures permettent d'établir comment le degré de gravité des troubles physiques, relationnels et cognitifs, la capacité fonctionnelle, la performance, la qualité de vie ou l'état de santé ont évolué durant le séjour en réadaptation. Le résultat du traitement est évalué au final en fonction du changement observé entre l'admission et la sortie. Il peut être recouru à d'autres instruments selon le type de réadaptation.

Vous trouverez d'autres informations sur les mesures spécifiques à un domaine de la réadaptation à l'adresse [www.anq.ch/fr](http://www.anq.ch/fr)

L'instrument **FIM**<sup>®</sup> (Functional Independence Measure) et l'Indice de Barthel élargi (**EBI**) sont des méthodes de mesure (assessments/instruments) distinctes permettant de déterminer le degré d'indépendance, resp. de dépendance, dans les domaines moteur, relationnel et cognitif pour les activités quotidiennes. Chaque établissement peut recourir à l'un ou l'autre de ces instruments. Afin de pouvoir comparer la qualité des résultats de l'ensemble des hôpitaux, indépendamment de l'instrument utilisé (FIM<sup>®</sup> oder EBI), un algorithme de conversion du FIM, resp. de l'EBI vers un score ADL commun (Activities of Daily Life) a été élaboré.

Le **MacNew Heart** et le Chronic Respiratory Questionnaire (**CRQ**) sont des instruments de mesure spécifiques à des affections destinés aux patients cardiovasculaires, resp. BPCO. Ils évaluent la qualité de vie du point de vue du patient à l'aide d'un questionnaire.

#### Résultats des mesures

En plus des mesures ci-dessus, les objectifs de participation (objectif principal et atteinte des objectifs) sont également relevés. Comme aucune mesure classique indirecte de l'évolution n'est possible, les résultats servent à des fins internes et ne sont pas publiés au niveau national.

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

#### Expliquer les raisons

---

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/readaptation/resultats-des-mesures-readaptation/](http://www.anq.ch/fr/domaines/readaptation/resultats-des-mesures-readaptation/).

| Indication sur la mesure    |  |
|-----------------------------|--|
| Institut national d'enquête | Charité - Université à Berlin, institut de sociologie médicale, département de recherche en réadaptation |

| Indications sur le collectif examiné |                      |  |
|--------------------------------------|----------------------|--|
| Ensemble des patients à examiner     | Critères d'inclusion | Tous les patients qui ont été traités en stationnaire durant la période de relevé. |

## 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 Adapter les typologies de personnel aux exigences DefReha

##### **Type de projet**

Projet ressources humaines

##### **Objectif du projet**

Répondre aux exigences minimales de DefReha 2.0 en terme d'organisation et de personnel  
Professionaliser le personnel en relation avec la réadaptation

##### **Déroulement du projet / méthode**

Analyser les besoins

Remplacer systématiquement les médecins sortants par des médecins avec les spécialités FMH suivantes

- Médecine interne
- Médecine physique et réadaptation
- Gériatrie
- Neurologie

Former le personnel infirmier comme ressources clef dans la continuité des soins et dans l'évolution des prestations en terme de santé communautaire et les identifier comme référents dans les domaines suivants:

- Diabétologie
- Oncologie
- Personnes âgées
- Réadaptation - Réhabilitation
- Généraliste

Tenir la grille des compétences à jour

Ré-évaluer les compétences clefs périodiquement (en réunion stratégique)

##### **Groupes professionnels impliqués**

Responsable RH et directions

##### **Evaluation du projet / conséquences**

- Avancement de la mise en œuvre des mesures : recrutement en cours

## 18.1.2 Amélioration des exports des données

### Type de projet

Fiabilisation des données entrées et exportées

### Objectif du projet

Améliorer considérablement les exports de données ANQ, OFS, ST Reha

### Déroulement du projet et méthode

- Augmenter la fiabilité de la saisie de nos données ANQ en modifiant le système de saisie dans le dossier de soins, informatisé du patient: Création d'alertes pour informer les professionnels de santé qu'ils vont être hors délai pour la saisie des CIRS, EBI, OP ou AO,
- Améliorer le codage médical en formant un médecin au codage médical dès mars 2020,
- Améliorer les exports des données en créant dès 2020 un transfert automatisé entre le dossier informatisé du patient et le logiciel de gestion des patients,
- Embaucher une personne pour le contrôle des données, le suivi des résultats et la réalisation des exports,
- Passer dès le 1er janvier 2020 de la MIF vers les EBI pour un double objectif: permettre une transposition plus simple vers les codes CHOP et assurer une meilleure compréhension par les équipes

### 18.1.3 Projet "sécurité patient"

#### Type de projet

##### **Création d'un poste transversal « sécurité des patients »**

La sécurité des patients consiste à l'évitement, la prévention et l'atténuation des événements indésirables ou des blessures provenant du processus de soins de santé.

Ce projet est déployé sur Clinea Suisse depuis octobre 2019. La sécurité patient était présente depuis fin 2016 à la Clinique la Métairie et il nous a paru intéressant et important de l'étendre au groupe Clinea Suisse afin de mutualiser les connaissances et compétences. La sécurité des patients est au cœur des prises en soins.

#### Incitation, Raisons

L'objectif de la Sécurité des patients est de tirer des enseignements des erreurs commises et favoriser la culture de la sécurité. Il est aussi d'analyser les problèmes de sécurité et d'assurer le développement, l'évaluation et la diffusion de solutions concrètes pour les prestataires de soins. Le but est de pouvoir évaluer les possibles risques encourus par le patient à travers les Fiches d'événements indésirables, la révision des procédures et la communication avec les soignants, afin de les éviter et surtout d'éviter des possibles erreurs qui parviendraient jusqu'au patient causant un dommage plus ou moins important. Le but est d'instaurer une vision de la qualité des soins avec un environnement de travail favorisant l'amélioration continue et donc la discussion face au possible erreur.

#### Déroulement du projet

Formation d'une infirmière en coordination sécurité patient en 2016, avec le CHUV, FHV et HUG

Création d'un poste transversal sur les trois cliniques en octobre 2019

Intégration de la spécialiste aux instances concernées : Comité Hygiène, santé et prévention (CHSP), réunions exceptionnelles en cas de probématiques sanitaires, de travaux et de commissions dans les cliniques

Identification des sujets de travail sur une clinique pilote :

- Formations et information des collaborateurs sous forme de microformations
- Zoom sur le processus des erreurs médicamenteuses avec mise en place de document d'information, de formation, d'audit piluliers, de compte rendu et de contrôle trimestriel.
- Zoom sur la prise en charge des urgences vitales avec mise en révision du processus, mise en place de matériel adapté grâce au benchmarking avec d'autres établissements.

Analyses et mise en place des résultats obtenus puis généralisation aux autres cliniques concernées

Conseil des autres cliniques en matière de processus d'urgence vitale et tenue des dossiers de soins

#### Professionnels impliqués

Infirmière référente en sécurité des patients

Directions des soins et ICUS

Directions adjointes.

Tout le personnel soignant

#### Spécificité 2020

L'accent a été mis sur la sécurité, permettant la non-propagation de la Covid-19 au sein de notre établissement. Pour cela, la responsable a surveillé de très près les chiffres de contamination en Suisse et au sein du canton de Vaud. Elle a également participé à l'adaptation des prises en charges pluridisciplinaires en fonction des annonces cantonales et de l'Office Fédéral de Santé Publique.

Pour finir, le maintien d'une vision de qualité des soins grâce à la démarche d'amélioration continue a été priorisée. De plus, les formations professionnelles mises en place ont recueilli un franc succès et ont permis une mise à jour des connaissances : RUD (Risque-Urgence-Danger), protocoles de soins ou entretiens motivationnels pour plus de 40 collaborateurs.

### 18.1.4 Uniformiser les mesures de satisfaction

**Type de projet**

Uniformiser les mesures de satisfaction dans les cliniques

**Objectifs du projet**

Simplifier et sélectionner les meilleures pratiques,

**Déroulement du projet**

Etudier et mettre en place les questionnaires de satisfaction unifiés sur les thèmes suivants:

- satisfaction des patients - Mise en place du "net promoter score"
- satisfaction des collaborateurs
- satisfaction des envoyeurs
- satisfaction du patient à son arrivée (après trois jours) - Patients réadaptation

## 18.2 Projets de certification en cours

### 18.2.1 Certification ISO 9001:2015 de Clinea pour l'ensemble de ses cliniques

Chaque clinique de Clinea Suisse étant maintenant certifiée, la direction générale a prit la décision d'étendre la certification et d'y inclure le périmètre du siège. En juin 2021, l'ensemble sera donc audité en vue de la certification ISO 9001 version 2015 en cours.

Le service qualité travaille activement à cet objectif avec les services du siège et les directions des établissements.

## 19 Conclusions et perspectives

Avec la création de CLINEA Suisse, les cliniques du groupe, s'efforcent au quotidien de partager leurs compétences, leurs forces, leurs savoir-faire et leurs innovations dans un objectif de qualité des soins et organisationnelle autour du patient.

Uniformiser les process tout en respectant la singularité et les spécificités de nos établissements est le souci des collaborateurs, des pilotes et des responsables sous l'impulsion de la direction CLINEA et du service qualité.

Parvenir à faire bénéficier nos patients de toutes nos expertises est un challenge que nous relevons pour les années à venir.

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

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

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

### Réadaptation

#### Offre de prestations en réadaptation

| Domaines de réadaptation          |     |
|-----------------------------------|-----|
| Réadaptation gériatrique          | a,s |
| Réadaptation en médecine interne  | a,s |
| Réadaptation musculo-squelettique | a,s |
| Réadaptation neurologique         | a,s |
| Réadaptation oncologique          | a,s |

a = ambulatoire, s = stationnaire

#### Collaboration dans le réseau de soins

Les cliniques de réadaptation peuvent aussi proposer leurs **connaissances spécialisées** et leur **infrastructure** à l'extérieur, par exemple sous la forme de services de réadaptation dans des hôpitaux de soins somatiques aigus (exploités par une clinique de réadaptation) ou de cliniques de jour autonomes en milieu urbain/dans les centres. Les patientes et patients tirent avantage de telles offres car un traitement plus simple et plus direct peut leur être proposé moyennant peu d'interruptions thérapeutiques.

En ce qui concerne les prestations spécialisées en faveur de patients nécessitant des soins plus complexes, une **collaboration locale étroite** avec d'autres hôpitaux qui disposent d'une **infrastructure** appropriée s'impose souvent. La proximité entre les cliniques de réadaptation et les partenaires spécialisés simplifie beaucoup la collaboration avant et après le traitement stationnaire de réadaptation.

Pour un **suivi très spécifique**, il est fréquent qu'une coopération avec des **spécialistes externes** soit nécessaire (prestations de consultants faisant l'objet d'un contrat, tels que thérapeutes de la déglutition ou spécialistes du nez, de l'oreille et des yeux dans le cas d'une réadaptation neurologique). Cette **organisation en réseau** avec du personnel spécialisé en amont et en aval apporte une contribution essentielle à la qualité d'un traitement optimal.

| Hôpital le plus proche, lieu              | Offre de prestations / Infrastructure                              | Distance (km) |
|---|--|---------------|
| <b>Clinea Suisse, Clinique Bois-Bougy</b> |  |               |
| GHOL Hôpital de Nyon                      | Unité de soins intensifs dans un hôpital de soins somatiques aigus | 3 km          |
| CHUV Lausanne                             | Service des urgences dans un hôpital de soins somatiques aigus     | 50 km         |

## Ressources en personnel de réadaptation

| Personnel soignant et thérapeutique, conseillers | Dotations en pourcent |
|--|-----------------------|
| <b>Clinea Suisse, Clinique Bois-Bougy</b>        |                       |
| Infirmiers                                       | 1,680.00%             |
| Physiothérapie                                   | 712.00%               |
| Logopédie  | 20.00%                |
| Ergothérapie                                     | 210.00%               |
| Diététique                                       | 70.00%                |
| Neuropsychologie                                 | 20.00%                |
| Services Sociaux                                 | 30.00%                |
| APA  | 166.00%               |
| Aide Soignants                                   | 1,351.00%             |

Dans la réadaptation, les activités du personnel soignant et thérapeutique sont très différentes de celles d'un hôpital ou d'un service de soins aigus. C'est pourquoi vous trouverez ici des indications sur le personnel diplômé spécialisé en réadaptation.

Pour le nombre d'EPT, la date de référence est toujours le 31 décembre de l'année concernée.

## 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/](http://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/](http://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](http://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](http://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.securitedespateurs.ch](http://www.securitedespateurs.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](http://www.samw.ch).