

# Rapport sur la qualité 2023

conforme aux directives de H+

Validé le:  
par:

26.04.2024  
Raffaella Diana, Directrice générale

Version 1

**CNP, Centre Neuchâtelois de  
Psychiatrie**

[www.cnp.ch](http://www.cnp.ch)



**psychiatrie**

## 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 2023.

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

Afin d'améliorer la comparabilité des rapports sur la qualité, tous les chapitres du modèle sont visibles dans la table des matières, qu'ils concernent ou non l'hôpital. L'intitulé des chapitres non pertinents apparaît en gris et est complété par une brève explication. Ces chapitres n'apparaissent plus dans la suite du rapport sur la qualité.

L'ajustement au risque est un procédé statistique qui permet de corriger les indicateurs de qualité des différences entre les collectifs de patients (offre de prestations, case mix, par ex.) Il est utilisé pour certains facteurs de risques pour les patients afin que la qualité des institutions soit comparable à l'échelon national malgré la diversité des patientèles.

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 2023

Monsieur  
Eric Veya  
Responsable du bureau de pilotage institutionnel  
0327551720  
[eric.veya@cnp.ch](mailto:eric.veya@cnp.ch)

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

Par leur investissement important et des mesures ciblées, les hôpitaux et les cliniques contribuent fortement au développement de la qualité. Le modèle de rapport de H+ leur offre un canevas uniforme pour une présentation transparente des diverses activités qualité. Et par ce biais, ces activités peuvent être produites sur le profil de chacun des hôpitaux sur le site Web [info-hopitaux.ch](http://info-hopitaux.ch).

Les défis pour les établissements s'accroissent : la pénurie de personnel, le renchérissement et les tarifs qui ne couvrent pas les coûts aggravent encore leur situation. Nombre d'hôpitaux et de cliniques sont contraints à un perpétuel exercice d'équilibre entre rentabilité et garantie de la qualité.

Quelques-uns d'entre eux se sont déjà attelés à la mise en œuvre de la convention de qualité en vertu de l'art. 58a LAMal qui devrait entrer en vigueur en 2024. Nous sommes heureux que les hôpitaux et les cliniques aient été les premiers fournisseurs de prestations à remplir l'obligation légale d'élaborer une telle convention.

Le rapport sur la qualité 2023 est structuré de manière optimisée pour les trois domaines-types que sont les soins somatiques aigus, la réadaptation et la psychiatrie. De plus, les résultats des réhospitalisations sont produits pour la première fois selon une nouvelle méthode. Ils sont exploités avec l'algorithme helvétisé du Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) sur la base des données OFS 2021.

Au chapitre 4 «Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité», les hôpitaux et les cliniques ont toujours la possibilité de rendre compte des Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). En outre, la rédaction du rapport dans le domaine protégé est désormais facilitée et la présentation améliorée.

En plus des mesures propres à chaque hôpital, le rapport sur la qualité rend compte de celles de l'ANQ, obligatoires et uniformes au niveau national, incluant les résultats spécifiques à l'hôpital/la clinique. Des comparaisons ponctuelles ne sont possibles en l'espèce 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 l'ensemble des institutions participantes pour leur engagement qui, par la diversité de leurs activités, garantissent la qualité élevée des soins. Enfin, grâce à la production de rapports complets et transparents, les actions en faveur de la qualité se voient conférer l'attention et la considération 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 sur la situation en matière de qualité</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.....	9
<b>3 Stratégie de qualité</b> .....	<b>10</b>
3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2023.....	11
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2023 .....	12
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir.....	13
<b>4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité</b> .....	<b>14</b>
4.1 Participation aux mesures nationales .....	14
4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton .....	16
4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital.....	18
4.4 Activités et projets relatifs à la qualité .....	19
4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents .....	26
4.5 Aperçu des registres Aucun registre correspondant aux domaines d'activités de notre établissement n'a été identifié.	
4.6 Vue d'ensemble des certifications.....	27
<b>MESURES DE LA QUALITE</b> .....	<b>28</b>
<b>Enquêtes de satisfaction</b> .....	<b>29</b>
<b>5 Satisfaction des patients</b> .....	<b>29</b>
5.1 Enquête nationale auprès des patients en psychiatrie.....	29
5.2 Service des réclamations .....	31
<b>6 Satisfaction des proches</b> Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.	
<b>7 Satisfaction du personnel</b> Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.	
<b>8 Satisfaction des référents</b> Notre établissement n'a pas effectué d'enquête durant l'année de référence.	
<b>Qualité des traitements</b> .....	<b>32</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik (F)</b> .....	<b>32</b>
<b>9 Réhospitalisations</b> Pas mis en place	
<b>10 Opérations</b> Notre établissement ne dispose pas d'un mandat de prestations pour cette spécialité.	
<b>11 Infections</b> .....	<b>33</b>
11.1 Mesure interne .....	33
11.1.1 Mesures concernant l'hygiène hospitalière .....	33
<b>12 Chutes</b> .....	<b>35</b>
12.1 Mesure interne .....	35
12.1.1 Recueil des chutes via CIRS.....	35
<b>13 Escarres</b> .....	<b>36</b>
13.1 Mesure interne .....	36
13.1.1 Décompte nb escarres .....	36
<b>Mesures en psychiatrie</b> .....	<b>37</b>
<b>14 Mesures limitatives de liberté</b> .....	<b>37</b>
14.1 Relevé national des mesures limitatives de liberté (MLL) en psychiatrie des adultes et en psychiatrie des enfants et des adolescent .....	37
<b>15 Intensité des symptômes psychiques</b> .....	<b>39</b>
15.1 Mesure nationale en psychiatrie des adultes .....	39

15.2	Mesure nationale en psychiatrie des enfants et des adolescents .....	41
<b>Mesures en réadaptation .....</b>		<b>0</b>
16	<b>Qualité de vie, capacité fonctionnelle et de participation</b> PROMS pas encore implantées	
<b>Activités qualité supplémentaires .....</b>		<b>43</b>
17	<b>Autres mesures de la qualité .....</b>	<b>43</b>
17.1	Autres mesures internes .....	43
17.1.1	PPO (psychiatrie).....	43
17.1.2	PPO- CFQ (psychiatrie) .....	44
18	<b>Détails des projets .....</b>	<b>45</b>
18.1	Projets actuels en faveur de la qualité .....	45
18.1.1	Projet 360° .....	45
18.1.2	Création d'un SMQ.....	45
18.1.3	Développement d'indicateurs .....	45
18.2	Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2023 .....	45
18.2.1	Néant.....	45
18.3	Projets de certification en cours .....	46
18.3.1	néant .....	46
19	<b>Conclusions et perspectives .....</b>	<b>47</b>
<b>Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution .....</b>		<b>48</b>
Psychiatrie .....		48
<b>Editeur .....</b>		<b>49</b>

## 1 Introduction

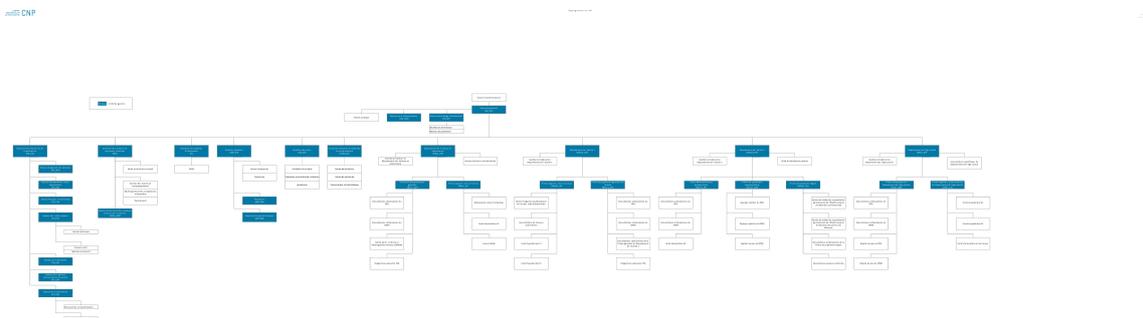
Le Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP), créé en 2009 suite à la fusion des institutions psychiatriques privées et publiques œuvrant dans le domaine de la santé mentale dans le canton de Neuchâtel, est issu d'une volonté politique de promouvoir une approche moderne de la psychiatrie. Sa mission consiste à conduire la politique sanitaire du canton de Neuchâtel dans le domaine de la santé psychique, en collaboration avec les partenaires institutionnels, en mettant l'accent sur la réhabilitation des patients souffrant de troubles psychiques à travers l'adoption d'un modèle de psychiatrie intégrée et communautaire. De plus, le CNP met en œuvre les politiques publiques de promotion et de prévention de la santé mentale, et agit en tant que centre de référence dans le domaine de la formation professionnelle et de la recherche en psychiatrie. En 2018, le CNP a établi quatre axes stratégiques orientés sur l'agilité, le développement, le regroupement et le recentrage, qui ont nécessité une réflexion interne approfondie pour définir un modèle de gouvernance adapté à ces nouveaux défis. Ce travail a abouti à l'adoption par le Conseil d'administration (CA) en décembre 2019 d'une nouvelle politique basée sur une organisation matricielle et un principe de gouvernance partagée. Cela a nécessité une restructuration importante, notamment la révision de la taille des équipes (taux d'encadrement), la planification des activités (contractualisation) ainsi que la promotion d'une culture commune de leadership et de management. La mise en place de cette nouvelle organisation au sein du CNP a été accompagnée d'un organigramme définissant les liens entre les différentes unités de gestion, de l'établissement d'une politique de conduite visant à consolider une culture managériale institutionnelle, d'un programme de développement des compétences en leadership pour l'ensemble des cadres.

Le CNP élabore tous les sept ans des options stratégiques. Le plan stratégique 23-30 a été soumis aux autorités cantonales et l'approbation du Grand Conseil est attendu pour février 2024.

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 loi cantonale sur le CNP (LCNP) attribue à l'institution les buts de collaborer avec les institutions partenaires et les professionnels pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé publique concernant les patient-e-s souffrant de problèmes de santé mentale. Il travaille également à la mise en œuvre de la planification sanitaire définie par le Conseil d'État, en fournissant une gamme de services tels que des lits aigus, des lits de moyens séjours, des établissements résidentiels, des structures intermédiaires et des services ambulatoires. Dans ce cadre, il maintient une diversité d'approches thérapeutiques disponibles et favorise l'accès aux services ambulatoires, en veillant à avoir des unités dans les zones urbaines et des antennes dans les régions. De plus, le CNP s'efforce de gérer efficacement les coûts du système de santé en utilisant de manière optimale les ressources disponibles. En outre, il contribue à la formation postgraduée des psychiatres-psychothérapeutes et des psychologues-psychothérapeutes, tout en jouant un rôle actif dans la prévention des maladies mentales.

Au CNP, les responsabilités sont définies selon l'organisation suivantes :

La Direction générale (DIRGEN), organe collégial composé des six directeur-ric-e-s et présidé par le-la directeur-ric-e général-e, porte la responsabilité de :

- décider de l'allocation et la distribution des ressources,
- garantir une gestion prévisionnelle des ressources et des talents,
- porter l'orientation politique de l'institution,
- définir les standards de qualité métier et fournir le support nécessaire.

Lorsque la compétence de la Direction générale est sollicitée sur des sujets qui concernent la gouvernance clinique, la DIRGEN siège en comité élargi (CODIR). Le CODIR intègre ainsi les médecins chefs et infirmier-e-s chef-fe-s des quatre départements (CNPpad1, CNPad2, CNPea, CNPâa) qui siègent, chacun de plein droit, au CODIR.

Le CODIR porte la responsabilité de :

- initier la rédaction de politiques, lignes directrices ou concepts à soumettre à la DIRGEN pour approbation et/ou validation,
- mandater le collège clinique ou un comité inter-directions au besoin,
- débattre des propositions formulées par les comités inter-directions, le collège clinique ou d'autres membres du CODIR et prendre des décisions en conséquence,
- analyser les propositions du collège clinique en matière d'ajustement des pratiques et valider de nouvelles orientations institutionnelles en matière de gouvernance clinique,
- valider des procédures, règlements ou autre documentation dont le contenu impacte plusieurs Directions ou Départements,
- débattre des activités hors PPO pour orienter la décision DIRGEN d'allocation de ressources extraordinaires.

Afin d'informer le processus décisionnel, la Direction générale (qu'elle soit réunie en DIRGEN ou en CODIR) peut se prévaloir de l'avis d'instances consultatives, notamment du collège clinique.

Le collège clinique est une commission permanente au sens de l'art 40 de la LCNP et a pour mission de chercher à améliorer la qualité et la sécurité des prestations cliniques. En émanent les commissions suivantes :

- Commission de révision des pratiques cliniques (CRPC),
- Commission des médicaments (ComMed),
- Commission dossier patient (CDP).

Le CODIR s'appuie en sus sur deux organes internes pour conduire la qualité :

- le Bureau de pilotage institutionnel (BPI), qui a pour mission d'assurer le bon fonctionnement du secrétariat de direction et d'assister le-la Directeur-riche général-e dans l'activité de pilotage institutionnel en assurant expertise méthodologique notamment en matière de suivi des activités et des résultats, gestion documentaire, analyse des risques et gestion de crise.
- le Bureau de qualité clinique (BQC) qui porte la responsabilité de la qualité clinique et organise et représente les activités du CCL et de ses commissions (notamment: mise en œuvre des exigences CFQ et ANQ, amélioration continue, analyse et mise à disposition d'indicateurs, uniformisation de la documentation clinique).

Les fondements directeurs sur lesquels ces organes s'appuient, sont notamment la définition de la psychiatrie de haute qualité qui :

- s'oriente vers le rétablissement et vise une vie accomplie plutôt que la disparition totale des symptômes,
- respecte la liberté individuelle et les droits des patient-e-s,
- favorise l'"*empowerment*" du-de la patient-e et les relations sociales,
- entretient et développe des relations de collaboration et partenariat avec le-la patient-e, ses proches, la communauté et l'ensemble du réseau socio-sanitaire,
- s'appuie sur le modèle de soins équilibrés, en soutenant les soins de premier recours et le réseau socio-sanitaire local, en offrant des prestations de psychiatrie spécialisées et des prises en charge complexes et pluridisciplinaires comprenant des alternatives à l'hospitalisation,
- évolue en fonction des besoins des patient-e-s en suivant la trajectoire de la personne plutôt que celle dictées par les structures,
- vise l'amélioration continue et l'adoption des bonnes pratiques scientifiquement reconnues,
- promeut le partage d'expériences à niveau national et international,
- se maintient à la pointe des nouveaux concepts de prise en charge psychiatrique,
- s'appuie sur des données mesurant la qualité des prestations fournies.

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

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

Pour l'unité de qualité indiquée ci-dessus, un pourcentage de travail de **170** est disponible.

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

CNP, DME, Philippe Courvoisier  
Resp. bureau de la qualité clinique  
079 905 06 16  
[philippe.courvoisier@cnp.ch](mailto:philippe.courvoisier@cnp.ch)

CNP, DGE, Eric Veya  
Resp. du bureau de pilotage institutionnel  
032 755 17 20  
[eric.veya@cnp.ch](mailto:eric.veya@cnp.ch)

### 3 Stratégie de qualité

Au CNP la stratégie de qualité repose sur les éléments suivants :

- mise à disposition d'outils, de procédures, et de moyens de mesure aptes à permettre la lisibilité et le suivi de ses activités (*data-driven decision making*),
- la capacité à produire des données fiables, objectives et documentées doit être davantage développée afin d'informer utilement les processus décisionnels (*data-driven decision-making*),
- une bonne gouvernance permettant de maintenir l'alignement entre les instances décisionnelles et exécutives de l'institution, de maintenir le "cap" et de servir comme un instrument d'aide au changement,
- le développement d'une culture institutionnelle agile valorisant la dimension humaine, l'autonomie de gestion, la responsabilisation, l'initiative et le droit à l'erreur,
- adoption de bonnes pratiques reconnues par la communauté scientifique (*Evidence-Based Practice*).

En outre la stratégie qualité est constamment inspirée par les valeurs institutionnelles :

#### - Humanité

Le respect de la dignité humaine est le pilier du concept de prise en charge. La personne malade est reconnue dans sa qualité d'être humain, disposant de ressources personnelles et de volonté autonome. Le-la patient-e est invité-e à être acteur-e de son projet thérapeutique et le CNP favorise sa participation à la prise de décision, à cette fin, il-elle est informé-e de manière utile, neutre et adaptée.

#### - Confiance

La collaboration est basée sur la confiance et le respect mutuels. Toutes les fonctions sont nécessaires et contribuent à la mission du CNP en faveur des personnes souffrant de troubles mentaux. Par la confiance, le CNP favorise l'autonomie, l'esprit d'initiative et la responsabilité individuelle. La confrontation positive est promue ainsi que la critique constructive lors de débats internes; le respect des engagements et l'implémentation des décisions prises en découlent.

#### - Ouverture

Le CNP initie, entretient et développe des relations de collaboration et de partenariat visant la promotion de la santé mentale, la prise en charge et la prévention des troubles psychiques dans le canton. L'écoute des partenaires est privilégiée et des solutions sous forme d'expertise et de transfert de compétences sont proposées. Le CNP encourage la collaboration avec la patientèle et de ses proches, la communauté et les entités pertinentes lors de la mise en place des projets thérapeutiques individuels.

#### - Excellence

Le CNP vise l'excellence des prestations et l'amélioration continue. La satisfaction de la patientèle, ainsi que l'adoption de bonnes pratiques reconnues par la communauté scientifique sont la mesure de la qualité des soins prodigués. Il encourage le partage d'expériences avec ses homologues aux niveaux national et international. Le CNP est à la pointe des nouveaux concepts de prise en charge psychiatrique.

#### - Innovation

Face à l'évolution des réalités, le CNP fait preuve d'agilité, il explore de nouvelles solutions et vise à innover dans les prestations délivrées ainsi que les pratiques managériales. Le personnel accueille le changement avec enthousiasme et esprit constructif.

### Stratégie 23-30

Résumé :

#### Pourquoi des options stratégiques

Notre offre en soins psychiatriques doit constamment s'adapter à l'évolution de la population que nous prenons en charge et aux bonnes pratiques dans ce domaine. En tant qu'établissement de droit public, nous élaborons tous les sept ans des options stratégiques qui sont soumises aux autorités du canton de Neuchâtel pour approbation. Ces options stratégiques reposent sur une analyse des besoins à venir et formulent différentes mesures à mettre en place, afin de nous permettre de continuer à offrir des prestations adaptées et de haute qualité aux Neuchâteloises et Neuchâtelois de demain.

#### Les besoins à venir en santé mentale

Dans les prochaines années, selon l'OMS, les troubles mentaux représenteront la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés. Les sondages effectués ces dernières années indiquent aussi une détérioration en constante augmentation de l'état de santé mentale générale, notamment chez les jeunes. Au niveau de l'évolution démographique, le vieillissement de la population va amener une augmentation de la demande de soins spécifiques aux troubles cognitifs liés à l'âge. Ces facteurs, et de nombreux autres encore, indiquent que les besoins en soins en santé mentale vont augmenter de façon importante dans le futur. Entre 2023 et 2030, notre institution doit donc s'adapter pour faire face à cette augmentation et répondre de façon ciblée aux différents troubles qui touchent de plus en plus la population. Ces prestations doivent aussi répondre aux meilleurs standards de qualité issus de la recherche dans le domaine psychiatrique et être financièrement viables.

#### **AXE 1 : QUALITE CLINIQUE Les mesures à prendre au niveau de la clinique**

Notre objectif principal est de préserver au maximum le lien social et la qualité de vie des patient·e·s et de leurs proches, en offrant une prise en charge au plus proche de leur lieu de vie. Dans la lignée de nos options stratégiques 2015-2022, notre institution planifie entre 2023 et 2030 de renforcer et développer les prestations ambulatoires et mobiles afin d'agir, dès que cela est possible, directement au domicile des patient·e·s, mais aussi dans les EMS et dans toutes les institutions sociosanitaires de la région. Il est également essentiel que les prestations de santé mentale soient mieux intégrées dans le parcours de soin général de la population. Notre axe stratégique principal consiste à créer un véritable réseau de soins avec tous les acteurs du domaine sociosanitaire de la région, privé ou public. Cette collaboration étroite doit permettre de renforcer la qualité de la prise en charge générale du·de la patient·e, mais aussi une meilleure détection des troubles psychiques dans la population.

#### **AXE 2 : RESSOURCES HUMAINES Pénurie de personnel : stratégie RH**

L'augmentation des consultations amène naturellement un besoin renforcé de personnel qualifié et formé. Or, le domaine de la santé est déjà confronté à des difficultés de recrutement. Pour faire face à ce défi, notre institution veut développer une politique propre à cette problématique, qui permettra de faire rayonner son statut d'employeur, d'attirer des talents et de motiver son personnel à rester travailler dans ses différents services. L'une des clés de cette stratégie repose notamment sur le développement de la recherche et de notre offre de formation continue en soins en santé mentale. Elle doit s'adresser à nos collaborateurs et collaboratrices, mais aussi à tous les acteurs et actrices du domaine sociosanitaire de la région.

#### **AXE 3 : INFRASTRUCTURES Un projet architectural**

Les établissements de soins du site de Préfargier ne répondent plus aux normes en vigueur aujourd'hui, et nécessitent d'importants travaux. Notre stratégie 2023-2030 intègre une nouvelle vision architecturale du site de Préfargier, qui permettra de répondre aux besoins de la psychiatrie actuelle et future, dans le respect de l'héritage historique et culturel du site.

#### **AXE 4 : GOUVERNANCE Une gouvernance adaptée et des valeurs perceptibles à chaque étape**

Pour face aux multiples défis mis en lumière dans le rapport des options stratégiques, différentes mesures de gouvernance sont aussi identifiées. Au niveau financier, le plan esquissé doit permettre à notre institution d'évoluer en gardant le même ratio qu'aujourd'hui entre subvention publique et recettes. En termes de culture d'entreprise et d'image auprès de nos partenaires et de la population, notre institution planifie de renforcer encore la mise en œuvre concrète de ses valeurs fondamentales que sont l'humanité, la confiance, l'ouverture, l'excellence et l'innovation, en les intégrant au cœur de chacune de ses mesures.

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 2023**

- mise à jour de l'organisation structurelle de l'institution menée tout au long de l'année 2023 en concrétisant le principe d'autonomie des unités de gestion. Le fonctionnement matriciel assure l'interdépendance entre la gouvernance institutionnelle (directions métiers) et la gouvernance clinique (départements) en établissant une double ligne hiérarchique (ligne managériale et ligne métier) au sein de l'institution,

- mise en place de procédures informatisées. Il a été possible ainsi de simplifier et d'automatiser le processus des CIRS, celui de la gestion des transports patients, la gestion de files actives de certaines unités, et la gestion des mains courantes (ordre du jour/procès-verbaux) de séances,
- réalisation de 3 audits externes (un sur le climat de travail, un deuxième sur la réputation du CNP et un troisième sur les processus cliniques et administratifs - en cours) afin de définir les mesures d'amélioration et leur priorisation en vue de la mise en œuvre de la stratégie 23-30,
- les 3 domaines thématiques suivants ont été priorisés sur la base des premières publications de la CFQ :
  - o culture de la qualité et de la sécurité,
  - o prévention des infections et hygiène à l'hôpital,
  - o prévention du suicide.
- création de la Commission de confidentialité des données patients du CNP (CCDP) ayant pour mission la surveillance des accès aux données patients notamment pour le dossier électronique du/dela patient-e (DIP). Cette commission est soutenue par une sous-commission nommée Organe Préparatoire (OP), qui lui soumet des propositions d'adaptation des accès et s'occupe des améliorations techniques du DIP.

### 3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2023

#### PPO :

- tous les responsables d'unité de gestion ont effectué une revue documentaire complète afin de mettre à jour et de standardiser les pratiques lorsque cela était possible.
- Parallèlement, le second semestre a permis d'établir les objectifs pour 2024, comprenant 311 objectifs répartis dans tous les domaines d'activités (dont 140 objectifs spécifiques à la clinique).

#### CCDP :

Un règlement d'application a été finalisé et la CCDP est mise en œuvre conformément à son règlement : elle traite et valide les problématiques d'accès apportées par l'Organe préparatoire.

Au niveau des objectifs spécifiques aux "Domaines thématiques" atteints durant 2023, nous pouvons citer notamment :

- Culture de la qualité et de la sécurité :
  - La Commission de révision des pratiques cliniques (CRPC) est constituée. Elle correspond à l'utilisation systematique des cercles de qualité". Elle se réunit régulièrement.
- o La CRPC a analysé systématiquement tous les événements critiques / indésirables signalés depuis l'été 2023
- o La CRPC a émis des propositions d'améliorations dès lors.
- o Les gestes auto-dommageables font maintenant partie des événements systématiquement signalés, de même que les erreurs de gestion des stupéfiants.
  - Une première Peer Review est conduite au sein de l'institution.
  - Prévention des infections et hygiène à l'hôpital : Analyse du processus en cours
  - Pour ce qui est de la prévention du suicide, il faut relever l'extension de l'usage d'une bonne pratique préventive : Méthode ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Programm) ainsi que de la systématisation d'une méthode d'évaluation structurée du risque à l'entrée.

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

La planification des années à venir s'articulera autour de l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies mentionnées précédemment, englobant une variété de thèmes, tels que la révision de la qualité clinique, la prise en compte des pathologies émergentes et des populations spécifiques (notamment les migrants) ou vulnérables, la promotion d'alternatives à l'hospitalisation et la révision des capacités hospitalières. Pour atteindre ces objectifs ambitieux, un travail approfondi sur les métiers cliniques et le renforcement de notre Institut de Formation et de Recherche en Santé Mentale (IFRSM) sont nécessaires. Une attention particulière sera accordée à la gouvernance institutionnelle avec un focus sur l'agilité et à l'accentuation de la numérisation des données. Parallèlement, une refonte des infrastructures et des locaux du CNP est envisagée.

La signature de la Convention pour la qualité entre H+ et le Conseil fédéral aura pour effet évident de :

1. créer, structurer, gérer et prouver un SMQ (Système de management de la qualité) selon les premiers documents transmis par H+ en décembre 2023,
2. créer, structurer, gérer et prouver les bonnes pratiques ventilées par Domaines thématiques et transmises par H+.

## 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).

Notre institution a participé comme suit au plan de mesures national:	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<i>psychiatrie</i>			

▪ Psychiatrie pour adultes			
– Intensité des symptômes (évaluation par un tiers)	√	√	
– Intensité des symptômes (autoévaluation)	√	√	
– Mesures limitatives de liberté	√	√	
▪ Psychiatrie pour enfants et adolescents			
– L'intensité des symptômes (évaluation par un tiers)			√
– L'intensité des symptômes (autoévaluation)			√
– Mesures limitatives de liberté			√
– Enquête nationale auprès des patient-e-s en psychiatrie d'enfants et d'adolescents			√

**Remarques**

Il s'agit bien des mesures nationales auxquelles le CNP a participé en 2023.

## 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:	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
▪ garantit une dotation en personnel médical et soignant suffisante ainsi qu'une qualification adéquate de son personnel	√	√	√
▪ dispose des infrastructures et des équipements médicaux adéquats et les entretient de manière appropriée	√	√	√
▪ garantit une prise en charge médicamenteuse qui soit appropriée, sûre, efficace et économique	√	√	√
▪ a mis en place, dès le 1 <sup>er</sup> janvier 2019, un logiciel d'aide à la prescription	√	√	√
▪ garantit la sécurité des patients	√	√	√
▪ dispose et déploie un concept d'assurance qualité	√	√	√
▪ dispose d'un système de traçage des événements indésirables (Critical Incident Reporting System (CIRS))	√	√	√
▪ dispose d'un concept en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI)	√	√	√
▪ participe à des relevés de qualité	√	√	√
▪ participe aux mesures de qualité définies par l'ANQ dans son contrat qualité national	√	√	√
▪ participe aux relevés des indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus OFSP	√	√	√

▪ participe à l'établissement d'un rapport sur la qualité selon le modèle de H+	√	√	√
▪ respecte les droits de la patientèle garantis par la législation concernant, notamment, son choix libre et éclairé	√	√	√
▪ s'assure que le personnel devant participer à l'information de la patientèle maîtrise suffisamment la langue française	√	√	√
▪ s'assure que la patientèle puisse exprimer sa volonté de manière claire et univoque, au besoin en faisant appel à un interprète	√	√	√

### 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 mesures suivantes propres à l'hôpital:	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<i>Infections</i>			
▪ Mesures concernant l'hygiène hospitalière	√	√	√
<i>Escarres</i>			
▪ Décompte nb escarres		√	
<i>Autres mesures de la qualité: psychiatrie</i>			
▪ PPO	√	√	√
▪ PPO- CFQ	√	√	√

#### 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:**

Amélioration de la qualité selon révision de la LAMal 58 et par domaine thématique (qualité produit)

<b>Objectif</b>	Répondre aux exigences fédérales
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Patients
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<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>	Être en adéquation avec les exigences fédérales CFQ
<b>Méthodologie</b>	Projet standard
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Clinique
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Les travaux préparatoires ont bien avancés en 2022-2023, nous attendons la validation des conventions de qualité. En 2022-2023, nous nous sommes concentrés sur l'organisation de la qualité selon les premières recommandations de H+, à savoir un choix de bonnes pratiques par domaine thématique (il s'agit bien de qualité produit). Voir § 3.2

## Changement de dossier patient informatisé (DIP)

<b>Objectif</b>	Permettre améliorations locales et globales
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Clinique
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2019
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Respect loi + inscription dans un processus PDCA
<b>Méthodologie</b>	Dossier patient informatisé
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Toute l'institution
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Jugée insatisfaisante, projet institutionnel de remplacement de DIP afin de garantir une meilleure sécurité du/de la patient-e (ex. circuit du médicament) et une meilleure analyse clinique débouchant sur des projets d'améliorations cliniques. Horizon 2024.

## Digitalisation des procédures

<b>Objectif</b>	Automatiser et donner une vue complète des pratiques sur des procédures définies
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Toute l'institution
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2023-2025
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Simplifier et automatiser ce qui peut l'être
<b>Méthodologie</b>	Création de procédure digitales avec les parties prenantes : de manière empirique
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Tous
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Le logiciel Iterop permet la gestion de procédures de manière rapide et simple. Le développement se déroule au rythme envisagé. Le développement se fait sur base de volontariat, de participation des représentants métiers, de tests intensifs et d'amélioration continue de chaque flux.

## Vision 2030

<b>Objectif</b>	Définir les options stratégiques pour atteindre la vision 2030 de l'institution
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Stratégique
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2021-2030
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Méthodologie</b>	OS validée par les instances politiques
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	CNP, Conseil d'Etat, Grand Conseil.
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Objectifs stratégiques rédigés, validés par le Conseil d'administration et le Conseil d'état. En 2023, en cours d'approbation par le Grand Conseil.

## Réorganisation documentaire

<b>Objectif</b>	Améliorer la qualité par une simplification de la forme / amélioration du contenu
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Clinique
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<b>Projet: période (du... au...)</b>	01/07/2023 à horizon 2024-2026
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Les utilisateurs désirent un système plus simple qu'une collection de documents Word
<b>Méthodologie</b>	OS de notre planification institutionnelle
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Cliniciens et métiers transversaux et support concernés
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	L'idée est de transformer la documentation référentielle institutionnelle clinique composée en 2023 de +/- 1350 documents. Le nouveau DIP (2024) devrait normalement absorber une majorité d'outils dans ses fonctionnalités. Un outil (de type Wiki) devrait assurer la refonte ergonomique des instructions,... Une relecture complète du solde devrait permettre de diminuer le nombre de pages mises à disposition. Une meilleure structuration permettra de délivrer le bon contenu aux bonnes personnes.

## Refonte du concept en matière de prévention et de contrôle des infections

<b>Objectif</b>	le rendre plus dynamique et proactif
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Hospitalier
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<b>Projet: période (du... au...)</b>	2023 à 2024-25
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Le concept actuel ne génère pas assez de propositions d'amélioration
<b>Méthodologie</b>	Empirique
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Infirmiers - labos - informatique
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	L'idée est d'une part de réécrire le concept et d'autre part d'utiliser les demandes et résultats de labos de manière à cibler les interventions à visée préventive. Partenariat assuré avec notre fournisseur de labos externe : ADMED.

## Prévention du suicide

<b>Objectif</b>	Améliorer la prévention du suicide - ASSIP
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	Clinique
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<b>Projet: période (du... au...)</b>	de 2023 à 2025
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	La thérapie ASSIP prouve son efficacité dans la diminution de la récurrence
<b>Méthodologie</b>	Formation - imprégnation
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	TOUS
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	En 2022, ASSIP fonctionne parfaitement dans les unités d'urgence et de crise. En 2023 début d'extension de l'activité dans d'autres unités. L'idée est : * de favoriser cette bonne pratique * d'étendre cette bonne pratique à tous les départements Pour ce faire, il y a une volonté de : * refaire un concept de prévention et de gestion du suicide * inciter tou-te-s les collaborateur-ric-e-s confronté-e-s aux TS à proposer une thérapie ASSIP * former plus de thérapeutes dans tous les départements.

## Peer Review (PR)

<b>Objectif</b>	Implanter une pratique de PR régulière
<b>Domaine dans lequel le projet est en cours</b>	clinique
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<b>Projet: période (du... au...)</b>	dès 2023
<b>Type de projet</b>	Il s'agit là d'un projet interne/externe.
<b>Expliquer les raisons</b>	Mesure d'amélioration bien acceptée par les cliniciens
<b>Méthodologie</b>	Proposée par H+
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Médecins - psychologues - soignants
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Le projet consiste à faire fonctionner la méthodologie proposée jusqu'à la réalisation des actions d'amélioration choisies. 1 PR vécue en 11.2023. Retour très positif des participants (4 médecins + 1 infirmier) internes. Les propositions d'amélioration ont été adoptées par le Collège clinique. Reste à évaluer en 2024 si ces mesures sont menées jusqu'au bout.

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

## Relevés ANQ

<b>Objectif</b>	Mesures de la qualité des prestations
<b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b>	Clinique
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<b>Activité: période (depuis...)</b>	Dès 2017
<b>Type d'activité</b>	Il s'agit là d'une activité interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	L'implémentation des outils aide la clinique dans son processus d'amélioration continue
<b>Méthodologie</b>	Projet standard
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Cliniciens, BQC
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Projet fonctionne normalement

## Révision complète du processus CIRS

<b>Objectif</b>	Obtenir des annonces systématisées et des analyses transversales
<b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b>	Patients
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<b>Activité: période (depuis...)</b>	11.2022 - 10.2023
<b>Type d'activité</b>	Il s'agit là d'une activité interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Développement d'une base de données internes permettant l'analyse micro et macro des incidents
<b>Méthodologie</b>	Projet standard
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Clinique
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Le processus a été revu et des ressources mises à disposition. Les CIRS sont saisis dans l'outil choisi. Ils sont tous analysés au BQC selon des critères décrits. Selon la gravité, ils sont présentés ensuite à la cellule qualité clinique de l'hôpital (CRPC) La CRPC propose des mesures d'amélioration. Les résultats sont présentés régulièrement auprès des organes intéressés (Directions, unités, Collège clinique, CRPC,..)

## Relevés CIRS

<b>Objectif</b>	Garder trace et analyse des CIRS
<b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b>	Clinique
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<b>Activité: période (depuis...)</b>	2015
<b>Type d'activité</b>	Il s'agit là d'une activité interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Analyse des CIRS dans leur globalité
<b>Méthodologie</b>	Propre
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Collège clinique
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	Révision de la saisie des CIRS dans un outil de gestion de flux. Les CIRS sont saisis normalement dans l'outil choisi. Depuis le 24.07.2023 170 événements indésirables ont été déclarés tant en milieu hospitalier qu'en ambulatoire. L'accès à la déclaration est bien plus simple. Tous les formulaires de saisies ont été simplifiés (forme) et améliorés (fond) en vue de leur analyse ultérieure et des axes de préventions désirés.

## Mise en place d'un cercle qualité (CRPC)

<b>Objectif</b>	Implanter des bonnes pratiques et améliorer la sécurité du-de la patient-e
<b>Domaine dans lequel l'activité est en cours</b>	Clinique
<b>Sites</b>	CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé, CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence
<b>Activité: période (depuis...)</b>	dès 09.2023 ...
<b>Type d'activité</b>	Il s'agit là d'une activité interne.
<b>Expliquer les raisons</b>	Dynamiser le processus CIRS
<b>Méthodologie</b>	Empirique
<b>Groupes professionnels impliqués</b>	Médecins - psychologues - infirmiers
<b>Evaluation de l'activité / du projet</b>	La CRPC est créée, fonctionne depuis l'automne 2023 et se réunit +/- 8 fois par année. De l'ensemble des événements indésirables saisis depuis l'été 2023, 4 d'entre eux évalués comme graves ont été analysés en CRPC entre septembre et décembre 2023 et génèrent des actions d'amélioration : analyses supplémentaires y compris sur le terrain, révision des documents, formation, communication, ...

#### 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 2010 .

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

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

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

##### Remarques

Une cellule qualité, la Commission de révision des pratiques cliniques (CRPC), a été mise sur pied conjointement avec le Bureau pour la qualité clinique, pour :

- analyser tous les CIRS transmis,
- classer ceux-ci selon un degré de gravité (défini),
- analyser dans le dossier de soins informatisé + dans le CIRS + sur le terrain tout ce qui pourrait illustrer et expliquer l'incident (analyse systémique),
- présenter en séance les cas "graves" choisis pour mesures d'amélioration,
- présenter en Collège clinique et en direction l'agrégation des cas pour actions correctives.

## 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	Sites	Commentaires
REKOLE	Finances	2017	2021	tous	
Fourchette verte	Hôtellerie	2005	2019	tous	
Accréditation de la filière "Formation Postgraduée en Psychothérapie Psychanalytique de l'Arc Jurassien" de la Fédération Suisse des Psychologues (FSP)	SPsyAJ	2018	2018	tous	
CFSST 6508	Sécurité	2009	2009	tous	Sans certification
HACCP	Hôtellerie	2015	2015	tous	Sans certification
Fait maison	Hôtellerie	2022	2022	tous	Sans certification

# **MESURES DE LA QUALITE**

## Enquêtes de satisfaction

### 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 psychiatrie

L'appréciation des patients sur la qualité des prestations d'un hôpital est un indicateur de qualité important et reconnu (satisfaction des patients).

##### 5.1.1 Enquête nationale auprès des patient-e-s en psychiatrie d'enfants et d'adolescents

Un groupe de travail composé d'expertes et d'experts d'institutions de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a développé et testé un questionnaire spécifique à ce groupe de patients. Le questionnaire de satisfaction vis-à-vis du traitement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (QS-UHPA) est plus approfondi et détaillé que les questionnaires succincts de l'ANQ utilisés pour les adultes. Il existe en outre deux versions du questionnaire (QS-UHPA) structurées de manière semblable. L'une est destinée aux enfants/adolescents, qui sont interrogés directement, et l'autre aux parents:

- **Questionnaires enfants / adolescents**  
26 questions, auxquelles il peut être répondu selon une échelle à cinq paliers (satisfait / insatisfait) ainsi que trois questions ouvertes: 29 questions au total déclinées en huit dimensions.
- **Questionnaires parents**  
29 questions, auxquelles il peut également être répondu selon une échelle à cinq paliers ainsi que deux questions ouvertes: 31 questions au total déclinées en sept dimensions.

Des questions liées à l'âge, au sexe et au moment où sont données les réponses (mois) complètent celles portant sur le séjour dans l'institution. Les questionnaires peuvent être remplis sous forme papier ou en ligne. Comme le collectif de patients est relativement restreint, l'enquête est réalisée sur une année complète, du 1er janvier au 31 décembre.

L'enquête a démarré en 2021 et a lieu tous les deux ans. 2022 n'était pas une année d'enquête.

#### Résultat de la mesure enfants/adolescents

Dimensions	Valeurs des années précédentes 2021	Satisfaction mesurée (moyenne) 2022 (CI* = 95%)
<b>CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie</b>		
Dimension 1: Accueil	3.99	– (–)
Dimension 2: Information et clarification	3.90	– (–)
Dimension 3: Prise en charge	3.88	– (–)
Dimension 4: Relation avec médecin, psychologue, personnel soignant, éducateur social	4.27	– (–)
Dimension 5: Vivre et habiter dans l'unité de soins	3.45	– (–)
Dimension 6: Sortie et suite de la prise en charge	3.96	–

		(-)
Dimension 7: Retour sur la prise en charge et l'utilité	3.70	- (-)
Dimension 8: Durée de la prise en charge	80.30	- (-)
Nombre de questionnaires remis en 2022		-
Nombre de questionnaires renvoyés	-	Retour en pourcent -%

### Résultats de la mesure parents

Dimensions	Valeurs des années précédentes 2021	Satisfaction mesurée (moyenne) 2022 (CI* = 95%)
<b>CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie</b>		
Dimension 1: Accueil	4.32	- (-)
Dimension 2: Information et clarification	4.14	- (-)
Dimension 3: Prise en charge	3.97	- (-)
Dimension 4: Relation avec médecin, psychologue, personnel soignant, éducateur social	4.42	- (-)
Dimension 5: Sortie et suite de la prise en charge	4.15	- (-)
Dimension 6: Retour sur la prise en charge et l'utilité	4.15	- (-)
Dimension 7: Durée de la prise en charge	91.49	- (-)
Nombre de questionnaires remis en 2022		-
Nombre de questionnaires renvoyés	-	Retour en pourcent -%

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

\* 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.

Les enquêtes de satisfaction des patients prévues en 2020 en psychiatrie et en réadaptation ont été reportées à 2021 en raison de la pandémie. Par la suite, le rythme désormais bisannuel sera à nouveau en vigueur - soit lors des années paires dans ces domaines pour l'ANQ.

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

#### Commentaire sur l'enquête et les activités visant à l'amélioration

Pas d'enquête en 2022.

Enquête 2023 conduite avec succès, les résultats seront reportés dans le rapport 2024.

#### 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 remis, à leur sortie, à tous les patients de 11 à 18 ans traités en psychiatrie stationnaire des enfants et des adolescents qui sont sortis entre janvier et décembre –, ainsi qu'à leurs parents
	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>▪ Mehrfachhospitalisierte werden nicht mehrmals befragt, wenn seit dem letzten Austritt (und somit seit der letzten Befragung) weniger als 3 Monate vergangen sind.</li> </ul>

## 5.2 Service des réclamations

Notre établissement propose un service des réclamations / de médiation.

### **CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie**

Bureau de la qualité clinique

Philippe Courvoisier

Resp. BQC

079 905 06 16

[philippe.courvoisier@cnp.ch](mailto:philippe.courvoisier@cnp.ch)

Horaires de bureau

Gestion des réclamations par BQC. La

DIRGEN intervient ponctuellement lorsqu'une médiation est pertinente.

## Qualité des traitements

### Messungen in der Akutsomatik (F)

## 11 Infections

### 11.1 Mesure interne

#### 11.1.1 Mesures concernant l'hygiène hospitalière

Les seules mesures conservées sont celles concernant l'**hygiène hospitalière** et seulement si leurs résultats sont positifs.

Exception : les résultats COVID positifs et négatifs sont conservés.

En 2023, les mesures ont été élargies à l'**ensemble du collectif**.

Un nouvel angle de mesure a été choisi. Nous avons demandé dès les données 2023, à notre fournisseur de laboratoires, de nous donner une vue agrégée de tous les résultats de laboratoires retournés avec une valeur positive, ensuite agrégés.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2023 sur tous les sites.

Toutes les unités faisant appel à notre fournisseur principal de laboratoire (ADMED).

Le collectif est l'ensemble des patients du CNP sauf ceux pour lesquels le fournisseur n'est pas le laboratoire central (ADMED).

2021 = 8 relevés positifs (5\*COVID + 3\*divers) / 1653 séjours hospitaliers = 0.5%

2022 = 83 relevés positifs (COVID) / 1649 séjours hospitaliers = 5%

2023 = 103 relevés

Chlamydie	1
Covid	4
Epstein-bar	5
Hépatite A/B/C	32
Herpes simplex HSV1 et HSV2	16
Infection urinaire	38
Influenza A	1
Lyme	1
Syphilis	3
Tuberculose	2

**Relevé des résultats et activités d'amélioration**

Dans le cadre de la convention qualité et des mesures cantonales, nous avons décidé de revoir de fond en comble le processus d'hygiène hospitalière.

Dès 2023-24, nous avons revu la manière de relever les infections. Nous utilisons dorénavant les demandes de la boratoire et les résultats des demandes de laboratoires pour autant qu'elles aient été traitées par notre fournisseur majoritaire.

Horizon 2024-25, nous aurons revu le processus et le type de mesures d'amélioration que nous pourrions prendre

**Indication sur la mesure**

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

## 12 Chutes

### 12.1 Mesure interne

#### 12.1.1 Recueil des chutes via CIRS

Afin de garantir le suivi et l'amélioration rapide d'incidents critiques pour la patientèle, une statistique est conduite selon les annonces faites par le personnel, réalisée avec les éléments suivants :

- o par unité,
- o par tranche d'âge,
- o par lieu de la chute,
- o selon les circonstances,
- o par type de lésion,
- o par temps passé au sol.

-----

Depuis l'été 2023, le processus de déclaration a été entièrement revu (voir rubriques ad hoc - CIRS).

L'outil récoltant les CIRS a été déployé en fin juillet 2023.

Une quinzaine de questions spécifiques (variables) sont recueillies pour chacune.

Ont été introduites des questions portant sur la prévention des chutes.

Ces variables sont agrégées au sein de l'outil de saisie.

Nous avons mené cette mesure du juillet au décembre sur tous les sites.

Relevés valables pour l'ensemble de l'institution.

Les relevés sont utilisés dans l'ensemble de l'institution.

Pas d'exclusion, toutes les chutes sont répertoriées sur indication du personnel soignant.

**Depuis le 24.07.2023** (nouvel outil - nouveaux champs de saisie) :

- 54 chutes annoncées, principalement (48) dans les unités psycho-gériatriques,
- 88% n'ont engendré aucune ou peu de conséquences et 12% des chutes ont nécessité une hospitalisation somatique.

#### 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 Décompte nb escarres

L'institution mesure en continu le nombre d'escarres dans ses unités géronto psychiatriques et met les résultats en lien avec la pratique, avec le matériel adapté.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2023 sur le site „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé”.

2 unités de psychiatrie gériatrique = 36 lits

0 escarre constaté en 2023

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

## Mesures en psychiatrie

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

L'instrument EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen / Relevé des mesures limitant la liberté de mouvement) saisit, comme set de données minimal, le recours à des mesures limitant la liberté de mouvement. Ces mesures, éthiquement très délicates, sont à prendre avec la plus grande prudence. Le professionnel chargé du cas relève les mesures d'isolement pour des raisons infectieuses/somatiques, d'immobilisation, de ligotage, de médication contre le gré de la patiente ou du patient, de limitation des mouvements dans le siège et le lit (seulement en psychiatrie des adultes), par ex. lit à barreaux, plateau fixé à la chaise.

Informations complémentaires: [www.anq.ch/fr/domaines/psychiatrie](http://www.anq.ch/fr/domaines/psychiatrie)

#### Résultats des mesures

Psychiatrie des adultes	2019	2020	2021	2022
<b>CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte</b>				
Part des cas concernés par des mesures limitatives de liberté en %	6.20	12.80	14.60	14.40
Nombre total de cas en psychiatrie des adultes pour 2022				1427
<b>CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé</b>				
Part des cas concernés par des mesures limitatives de liberté en %	5.83	18.20	21.70	31.90
Nombre total de cas en psychiatrie des adultes pour 2022				279

Psychiatrie des enfants et adolescents	2019	2020	2021	2022
<b>CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence</b>				
Part des cas concernés par des mesures limitatives de liberté en %	6.17	9.10	4.00	4.60
Nombre total de cas en psychiatrie des enfants et adolescents pour 2022				83

Les mesures de l'ANQ sont conçues pour les comparaisons entre les hôpitaux et les cliniques par année. Les résultats par hôpital et clinique et les comparaisons avec l'année précédente ne sont que partiellement pertinents. Les institutions qui relèvent toutes les mesures limitatives de liberté (MLL) selon les prescriptions de l'ANQ, présentent un nombre plus élevé de MLL. De plus, les données des MLL ne sont pas ajustées aux risques. Les différences portant sur l'offre de prestations, l'infrastructure, le collectif de patient et la taille de l'échantillon ne sont donc pas compensées. C'est pourquoi les institutions ne peuvent pas être comparées directement les unes aux autres. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site: [www.anq.ch/fr/domaines/psychiatrie/resultats-des-mesures-psychiatrie/](http://www.anq.ch/fr/domaines/psychiatrie/resultats-des-mesures-psychiatrie/).

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

Nous avons bénéficié d'une Peer review (PR) en novembre 2023. Cette dernière portait sur les injections forcées.

Suite à cette PR, nous avons décidé de mettre en oeuvre une série de mesures **institutionnelles**, dont :

- **Révision concept de crise, mise en place 1:1, prise en charge des soins intensifs, prévention,...**

Dans le pipe-line des actions en cours (suivi).

Groupe de travail + documentation en cours.

Lors de notre planification budgétaire annuelle, des ressources de formation ou d'accompagnement seront certainement demandées pour mettre en oeuvre et stabiliser de nouvelles bonnes pratiques.

Nous devrions in fine dans quelques années constater une diminution de certaines MLL, dont les injections forcées.

Les chiffres par établissement ci-dessous illustrent l'état actuel

Adulte :

En 2022

NB cas concernés par au moins une MLL = 205

Proportion concernée par au moins une MLL= 14.37%

collectif examiné : 1427

Âge avancé :

En 2022

NB cas concernés par au moins une MLL = 89

Proportion concernée par au moins une MLL= 31.90%

collectif examiné : 279

Enfance et adolescence :

En 2022

NB cas concernés par au moins une MLL = 3

Proportion concernée par au moins une MLL= 3.61%

collectif examiné : 83

Notre établissement dispose d'un concept pour les mesures limitatives de liberté qui tient compte du droit de la protection de l'enfant et de l'adulte.

#### Indication sur la mesure

Institut national d'enquête	w hoch 2, Bern
Méthode / instrument	EFM

#### Indications sur le collectif examiné

Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion adultes	Tous les patients de la psychiatrie pour adultes (relevé complet).
	Critères d'exclusion adultes	Patients de la psychiatrie pour enfants et adolescents.
	Critères d'inclusion enfants et adolescents	Patients de la psychiatrie pour les enfants et adolescents (relevé complet).
	Critères d'exclusion enfants et adolescents	Tous les patients de la psychiatrie pour adultes.

## 15 Intensité des symptômes psychiques

### 15.1 Mesure nationale en psychiatrie des adultes

Les prescriptions de l'ANQ pour la psychiatrie des adultes sont valables depuis juillet 2012 dans tous les domaines stationnaires (y c. dans les services de psychiatrie d'un hôpital de soins aigus, dans les soins psychosomatiques, dans les cliniques spécialisées pour les addictions et en psychogériatrie), mais pas pour les cliniques de jour ni les soins ambulatoires.

Pour tous les patients en psychiatrie, l'intensité des symptômes (nombre et degré de gravité des symptômes pour un trouble psychique) est relevée à l'admission et à la sortie. Le résultat du traitement est ensuite évalué en fonction de l'évolution de l'intensité des symptômes (différence entre l'admission et la sortie).

Le personnel médical et soignant ainsi que les patients évaluent l'intensité des symptômes à l'admission et à la sortie au moyen des questionnaires appropriés.

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) mesure l'évolution de l'intensité des symptômes d'un patient au moyen de 12 questions. Le relevé se base sur le résultat de l'examen effectué par les responsables du cas (évaluation par le personnel médico-soignant).

BSCL (Brief Symptom Checklist) mesure l'évolution de l'intensité des symptômes d'un patient au moyen de 53 questions. Le relevé se base sur la perception que les patients ont d'eux-mêmes (auto-évaluation par les patients).

Informations complémentaires : [www.anq.ch/fr/domaines/psychiatrie](http://www.anq.ch/fr/domaines/psychiatrie)

#### Résultats des mesures

HoNOS Adults	2019	2020	2021	2022
<b>CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte</b>				
HoNOS Résultat du traitement: valeur différentielle (moyenne de la modification entre l'admission et la sortie)	12.33	2.80	7.43	8.29
Écart-type (SD +/-)	0.23	0.70	5.74	5.56
Valeur différentielle ajustée aux risques (valeur comparative)*	4.07	2.76	2.24	2.64
Nombre de cas évaluables en 2022				1091
Part en pourcent				76.4 %
<b>CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé</b>				
HoNOS Résultat du traitement: valeur différentielle (moyenne de la modification entre l'admission et la sortie)	-	-1.00	6.95	7.84
Écart-type (SD +/-)	-	-2.20	5.65	5.79
Valeur différentielle ajustée aux risques (valeur comparative)*	-	-1.01	-0.65	-1.14
Nombre de cas évaluables en 2022				224
Part en pourcent				80.3 %

Analyse des résultats:

- 48 points = Dégradation maximale possible;

+ 48 points = Amélioration maximale possible

BSCL	2019	2020	2021	2022
<b>CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte</b>				
Résultat du traitement: valeur différentielle (Moyenne de la modification entre l'admission et la sortie)	33.40	8.30	40.41	37.33
Écart-type (SD +/-)	2.18	1.68	39.23	40.16
Valeur différentielle ajustée aux risques (valeur comparative)*	2.18	8.29	9.41	8.73
Nombre de cas évaluables en 2022				
Part en pourcent				%
<b>CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé</b>				
Résultat du traitement: valeur différentielle (Moyenne de la modification entre l'admission et la sortie)	-	-0.80	27.54	22.46
Écart-type (SD +/-)	-	0.00	28.22	32.17
Valeur différentielle ajustée aux risques (valeur comparative)*	-	-0.81	-6.37	-8.59
Nombre de cas évaluables en 2022				
Part en pourcent				%

## Analyse des résultats:

- 212 points = Dégradation maximale possible;
- + 212 points = Amélioration maximale possible

\* La valeur de comparaison présentée (valeur de référence) indique dans quelle mesure la réduction de l'importance des symptômes psychiques dans une institution est inférieure ou supérieure à la réduction moyenne du groupe de comparaison (paramètre de qualité – valeur moyenne). Les valeurs positives mettent en exergue une modification de l'importance des symptômes au sein de l'institution concernée supérieure à celle des autres établissements, tandis que les valeurs négatives signalent une modification de l'importance des symptômes inférieure à ce qui aurait pu être attendu sur la base des variables de contrôle.

La mesure de l'ANQ est conçue pour les comparaisons entre les hôpitaux et les cliniques. Les résultats par clinique ou par hôpital et les comparaisons avec l'année précédente ne sont que partiellement pertinentes.

L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site: [www.anq.ch/fr/domaines/psychiatrie/resultats-des-mesures-psychiatrie/](http://www.anq.ch/fr/domaines/psychiatrie/resultats-des-mesures-psychiatrie/). Les résultats de la psychiatrie des adultes sont présentés séparément, selon les types de cliniques.

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	w hoch 2, Bern
Méthode / instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) et BSCL (Brief Symptom Checklist)

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	Tous les patients de la psychiatrie pour adultes (relevé complet).
	Critères d'exclusion	Patients de la psychiatrie pour enfants et adolescents.

## 15.2 Mesure nationale en psychiatrie des enfants et des adolescents

Les prescriptions de l'ANQ pour la psychiatrie des enfants et des adolescents sont valables depuis juillet 2013 dans tous les domaines stationnaires (y c. le service de psychiatrie d'un hôpital de soins aigus, la psychosomatique, les cliniques spécialisées dans les addictions et la psychiatrie gériatrique), mais pas pour les cliniques de jour ni pour les offres ambulatoires.

Pour tous les patients en psychiatrie, l'intensité des symptômes (nombre et degré de gravité des symptômes pour un trouble psychique) est relevée à l'admission et à la sortie. Le résultat du traitement est ensuite évalué en fonction de la modification de l'intensité des symptômes (comme moyenne entre l'admission et la sortie).

Les responsables du cas ainsi que les patients évaluent l'intensité des symptômes à l'admission et à la sortie au moyen des questionnaires qui leur sont destinés.

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) mesure l'évolution de l'intensité des symptômes d'un patient au moyen de 13 questions. Le relevé se base sur le résultat de l'examen effectué par les collaborateurs responsables du cas (évaluation par un tiers).

HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating) mesure l'évolution de l'intensité des symptômes d'un patient au moyen de 13 questions. Le relevé se base sur la perception que les patients ont d'eux-mêmes (autoévaluation par les patients). Les patientes et les patients de moins de 14 ans sont systématiquement exclus de l'autoévaluation.

### Résultats des mesures

HoNOSCA	2019	2020	2021	2022
<b>CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie</b>				
HoNOSCA Résultat du traitement: valeur différentielle (moyenne de la modification entre l'admission et la sortie)	10.58	3.90	8.80	11.66
Écart-type (SD +/-)	0.78	1.40	6.99	6.24
Valeur différentielle ajustée aux risques (valeur comparative)*	3.75	3.94	4.22	4.61
Nombre de cas évaluables en 2022				50
Part en pourcent				60.2 %

Analyse des résultats:

- 52 points = Dégradation maximale possible;
- + 52 points = Amélioration maximale possible

HoNOSCA-SR	2019	2020	2021	2022
<b>CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie</b>				
HoNOSCA-SR Résultat du traitement: valeur différentielle (moyenne de la modification entre l'admission et la sortie)	8.62	0.70	12.31	10.47
Écart-type (SD +/-)	1.34	0.00	6.63	8.08
Valeur différentielle ajustée aux risques (valeur comparative)*	0.9	0.7	4.84	4.35
Nombre de cas évaluables en 2022				56
Part en pourcent				67.4 %

Analyse des résultats:

- 52 points = Dégradation maximale possible;
- + 52 points = Amélioration maximale possible

\* La valeur de comparaison présentée (valeur de référence) indique dans quelle mesure la réduction de l'importance des symptômes psychiques dans une institution est inférieure ou supérieure à la réduction moyenne du groupe de comparaison (paramètre de qualité – valeur moyenne). Les valeurs positives mettent en exergue une modification de l'importance des symptômes au sein de

l'institution concernée supérieure à celle des autres établissements, tandis que les valeurs négatives signalent une modification de l'importance des symptômes inférieure à ce qui aurait pu être attendu sur la base des variables de contrôle.

La mesure de l'ANQ est conçue pour les comparaisons entre les hôpitaux et les cliniques. Les résultats par clinique ou par hôpital et les comparaisons avec l'année précédente ne sont que partiellement pertinentes.

L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site: [www.anq.ch/fr/domaines/psychiatrie/resultats-des-mesures-psychiatrie/](http://www.anq.ch/fr/domaines/psychiatrie/resultats-des-mesures-psychiatrie/).

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	w hoch 2, Bern
Méthode / instrument	HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) et HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating)

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	Patients de la psychiatrie pour les enfants et adolescents (relevé complet).
	Critères d'exclusion	Tous les patients de la psychiatrie pour adultes.

## Activités qualité supplémentaires

### 17 Autres mesures de la qualité

#### 17.1 Autres mesures internes

##### 17.1.1 PPO (psychiatrie)

La gestion axée sur les résultats (GAR) également appelée Planification par Objectifs (PPO) est une méthode de gestion dans laquelle tous les acteurs, qui contribuent directement ou indirectement à la réalisation d'un ensemble de résultats, s'assurent que leurs processus, activités et moyens permettent d'atteindre les résultats escomptés. La notion de résultat ne doit pas être comprise uniquement en termes financiers et/ou comptables mais également en fonction d'une série d'objectifs stratégiques, de qualité, d'adéquation clinique et de moyens et également de performance. La PPO a pour but de permettre de réaliser des résultats maximisés basés sur des éléments factuels et mesurables établis et validés en amont. Les acteurs utilisent ensuite les informations et les éléments de preuve découlant des résultats obtenus pour éclairer la prise de décision sur la conception et la mise en œuvre des activités futures, ainsi que pour la reddition de comptes et les rapports.

La notion de "qualité en santé mentale", a été définie par Donabedian en 1988, comme "la conformité entre le soin effectivement prodigué et une série de critères pré-définis".

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2023 sur tous les sites.

Dans toute l'institution.

Tous les Responsable d'unité de gestion (RUG) décrivent les objectifs pour l'année suivante. Après validation par la DIRGEN, cette dernière, sur la base de ces objectifs définit le budget. Deux fois par année, février et août, une revue des objectifs est conduite par la DIRGEN où tous les RUG participent et évaluent leurs objectifs.

Dans l'ensemble, la PPO fonctionne correctement, toutes les séances avec les responsables d'unité de gestion (RUG) se sont déroulées selon planification.

Au niveau de la planification, quelques retours des RUG montrent que plus tôt les séances sont planifiées et plus simple est leur organisation. Une planification en septembre de toutes les dates de séances de l'année suivante est une pratique à garder. La présentation des objectifs sur le nouveau support PowerPoint semble être bien appréciée.

Nombre d'objectifs : 260

Nombre d'OS atteints à 100% : 51 (19.6%)

Taux de réalisation globale : 63 %

Bien que ces résultats ne soient mesurés que de manière "subjective", deux tiers des objectifs sont considérés comme atteints à la fin de l'année, ce qui représente un bon résultat.

#### Indication sur la mesure

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

### 17.1.2 PPO- CFQ (psychiatrie)

Comme "sous-mesure" de la PPO, la PPO-CFQ, mesure spécifiquement le lien entre les objectifs de la PPO qui concernent la CFQ / H+, à savoir des bonnes pratiques choisies dans le catalogue de H+ (Domaines thématiques) ou des objectifs de mise en place d'un SMQ (Qualité système).

Pour rappel, il est demandé de choisir au moins une mesure d'amélioration ou une extension de l'existant par domaine thématique.

Les objectifs de la PPO qui sont liés à la CFQ/H+ sont déclinés en parties mesurables.

Ils sont classés de la sorte :

Domaine thématique / Année / Concept spécifique / PPO-QUI / OS / Résultat / Imprégnation / Score PDCA / Score Pénétration / Remarque / Evaluation mise en place.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2023 sur tous les sites.

Tous les domaines.

Pour l'année de référence, les mesures prises concernaient soit :

o tout le CNP (déclaratifs, documentation, mise en place,...)

o un département du CNP (ad1) pour les mesures touchant la "Prévention et gestion du suicide" et la "Peer Review"

Ventil par état	Abandonnés	Atteints	En cours	Total
Culture de la qualité et de la sécurité	0	8	2	<b>10</b>
Prévention des infections et hygiène à l'hôpital	0	1	2	<b>3</b>
Prévention du suicide	2	9	1	<b>12</b>
Qualité de prise en charge et prévention	0	3	0	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>28</b>

#### 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 Projet 360°

Le projet est mené sur les sites „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte”, „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé”, „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence” .

Ce projet a pour objectifs d'alléger les processus en préservant leur valeur ajoutée, tout en éliminant la bureaucratie inutile. Il est intitulé "**CNP 360° - Ensemble améliorons notre quotidien**", car au-delà de la notion "d'excellence opérationnelle" (nom officiel de la méthodologie) il est attendu de cette démarche spécialement une simplification de la vie professionnelle de tous les jours en vue d'une efficacité augmentée pour recentrer les modalités de travail dans l'intérêt des patient-e-s et de leur famille.

La phase de diagnostic a commencé en octobre et se terminera en février 2024.

#### 18.1.2 Création d'un SMQ

Le projet est mené sur les sites „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte”, „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé”, „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence” .

En 2023, nous avons réalisé une veille active (attente de la signature de la convention qualité entre H+ et la CFQ) et avons mis en place des mesures d'amélioration cliniques telles que décrites dans l'annexe H+ (bonnes pratiques par domaines thématiques)

#### 18.1.3 Développement d'indicateurs

Le projet est mené sur les sites „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte”, „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé”, „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence” .

Les indicateurs cliniques propres à l'institution sont développés selon les besoins. Avec la mise en place d'un SMQ, ils seront développés de manière plus spécifique.

### 18.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2023

#### 18.2.1

##### Néant

Le projet a été mené sur les sites „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte”, „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé”, „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence” .

.-

## 18.3 Projets de certification en cours

### 18.3.1 néant

La certification a été menée sur les sites „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – adulte”, „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – âge avancé”, „CNP, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie – enfance et adolescence” .

.-

## 19 Conclusions et perspectives

Le personnel de l'institution s'investit au quotidien pour améliorer les prestations et permettre une prise en charge optimale des personnes souffrant de troubles psychiatriques. L'avenir est vu avec de grandes ambitions, notamment inscrites dans les options stratégiques 2023-2030 en cours d'approbation par les autorités politiques cantonales.

Les perspectives comprennent notamment

- améliorer la qualité clinique en renforçant les prestations ambulatoires et mobiles, intégrant mieux les services de santé mentale dans le parcours de soins général et en créant un réseau de soins avec les acteurs sociosanitaires de la région,
- développement de la stratégie RRH permettant le développement des compétences nécessaires pour l'acquisition et le maintien d'un personnel qualifié,
- modernisation des infrastructures,
- développement de l'agilité dans la gouvernance.

## 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.

### Psychiatrie

#### Offre de prestations en psychiatrie

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

## Editeur



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

Voir aussi:

[www.hplus.ch/fr/qualite/rapportsurlaqualite/](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.securitedespatients.ch](http://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](http://www.samw.ch).