



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Rapport H+ sur la qualité de la branche 2008

Hôpitaux, cliniques et institutions de réadaptation et de soins de
longue durée suisses: Synthèse des rapports sur la qualité par hôpital
2008

Editorial de Charles Favre, président de H+



Faut-il communiquer pour communiquer? Depuis plusieurs années la pression politique se renforce sur le secteur de la santé pour qu'il publie des chiffres relatifs à la qualité et aux prestations. Mais aucune autorité n'a déterminé clairement quelles informations doivent être publiées et comment les mettre en forme pour qu'elles soient comparables et compréhensibles.

H+ et ses membres – les hôpitaux, cliniques psychiatriques et de réadaptation, institutions de soins de longue durée – sont parvenus en deux ans à réaliser pour l'ensemble des régions linguistiques une présentation uniforme des rapports qualité des établissements de soins hospitaliers. Le succès est notable puisque pas moins de 160 hôpitaux et cliniques rendent compte volontairement de leurs prestations et de leur qualité. H+ est fière d'avoir créé la plate-forme www.hplusqualite.ch sur laquelle l'ensemble de la branche apparaît selon un modèle commun et publie les données relatives aux prestations de ses établissements.

L'Office fédéral de la santé (OFSP) réclame depuis deux ans la publication de données qualité par hôpital. Auparavant cette même instance s'était montrée sceptique à l'égard d'une telle démarche. Se basant sur une méthode allemande existante, l'OFSP a publié en mars 2009 une sélection de taux de mortalité et de nombres de cas par hôpital. Des chiffres qui n'avaient ni d'utilité clinique directe, ni d'intérêt pour le public, dans la mesure où cette avalanche d'éléments incompréhensibles ne permettait pas de se forger une opinion fondée.

De son côté, un service de comparaison en ligne a essayé en 2008 de classer les prestations des hôpitaux sur la base d'un sondage des patients. Cette appréciation subjective a été reproduite avec exactitude. En revanche, la liste des indicateurs cliniques se fondait sur une méthode inacceptable.

Ces deux tentatives soulèvent une question: qui est en mesure d'informer correctement sur les hôpitaux sans déployer des moyens disproportionnés? La réponse est évidente aux yeux des prestataires: il leur appartient de le faire. Pour le secteur hospitalier, ce rôle incombe donc aux hôpitaux et aux cliniques.

Je vous invite à étudier cette deuxième édition du Rapport de H+ sur la qualité de la branche, qui illustre la multiplicité des améliorations apportées, en permanence, à la qualité des hôpitaux et cliniques pour le bien des patients!

*Charles Favre,
Président de H+ / Conseiller national*

Avant-propos de Claude Ruey, président de santésuisse



Mesures urgentes d'économie, propositions de restrictions financières, explosion des coûts de l'ambulatoire hospitalier, valse des primes reflétant la hausse des coûts, budgets sanitaires cantonaux et fédéraux contestés: vu de loin le système de la santé et de la politique sanitaire semble ne se préoccuper que de disputes financières ne répondant qu'à une vue économique ou économiste de la santé. Quoi? Le patient en détresse, le malade qui souffre n'aurait-il plus voix au chapitre? Aurait-on oublié l'éthique des soins? La nécessité de venir en aide aux personnes?

Bien sûr que non! Le souci de solidarité, l'accès aux soins pour tous, la garantie de la qualité sont bien sûr au premier plan des préoccupations des responsables. Mais si la santé n'a pas de prix, elle a un budget! Il faut dès lors en tenir compte. La maîtrise des coûts ne répond pas à une vision purement financière, mais bien au souci d'éviter que l'explosion des coûts conduise à la baisse de la qualité, aux restrictions ou à la médecine à deux vitesses, comme on la connaît dans des pays pratiquant un système étatique centralisée ou une caisse unique! Car ce que nous voulons, c'est bien de permettre le maintien d'un système de santé de qualité.

Qualité et maîtrise des coûts ne sont donc pas antinomiques, mais au contraire complémentaires. La recherche de qualité n'est pas seulement favorable aux soins en tant que tels, mais elle permet aussi une meilleure efficacité. Y parvenir nécessite de la transparence, une meilleure connaissance des données des uns et des autres (hôpitaux, médecins, assureurs etc.); je me réjouis à ce propos de voir se développer la collaboration dans ce domaine entre H+ et santésuisse. Comme je me réjouis de constater que l'amélioration des processus de management, le développement de la sécurité du patient, l'établissement systématique de rapports qualité et l'extension des mesures de prévention sont au centre des préoccupations des responsables d'hôpitaux de ce pays.

Au moment où le financement hospitalier va être profondément transformé par l'introduction des forfaits par cas (DRG), il est évidemment indispensable que ce processus de financement nouveau soit accompagné d'un monitoring de la qualité.

En partenaires responsables, nous devons tous, H+, FMH, cantons, Confédération et santésuisse y contribuer dans un dialogue permanent plutôt que dans des querelles stériles. Ce dialogue peut être ferme et fort, peu importe pourvu qu'il soit ouvert et constructif. Ce sera alors un dialogue...de qualité! Et nous aurons tous à y gagner.

*Claude Ruey,
Conseiller national / Président de santésuisse*

Résumé

La *gestion* de la qualité est profondément enracinée dans la pratique des hôpitaux, cliniques psychiatriques, de *réadaptation* et de soins de longue durée, qui appliquent des méthodes globales issues de l'industrie. Les établissements membres de H+ ne se bornent pas à mesurer des *indicateurs* de qualité, mais inscrivent ces mesures dans des *cycles d'amélioration*. Ils fixent une stratégie, déterminent les objectifs à atteindre, mesurent le niveau actuel de qualité, analysent les résultats de ces mesures, élaborent, sur la base de cette analyse, différentes *mesures d'amélioration*, les mettent en œuvre et testent leur *efficacité*, et bouclent le cycle par un retour à la stratégie de la qualité, l'évaluation critique des objectifs fixés et leur redéfinition, si nécessaire.

Les spécialistes se sont longtemps concentrés sur leur activité souvent hautement scientifique, ont travaillé en réseau avec leurs pairs, analysé et comparé leur manière de travailler. Sous la pression politique, ils en sont venus à enrichir *leur communication spécialisée avec des éléments de vulgarisation*. Les nombreux rapports qualité par hôpital établis selon le modèle de H+ qualité® s'inscrivent parfaitement dans cette logique d'intelligibilité, tant sur le plan du contenu que de la forme.

Ces rapports illustrent le très large spectre des activités et la complexité de *l'assurance qualité* à l'hôpital. Le patient est au cœur des préoccupations. Les *taux de satisfaction particulièrement élevés, entre 85% et plus de 90%*, témoignent de la haute considération de la *clientèle* pour les prestations offertes. Malgré les excellentes appréciations dont ils font l'objet, les hôpitaux poursuivent en permanence leurs efforts d'amélioration.

L'ensemble des hôpitaux, cliniques psychiatriques, institutions de réadaptation et de soins de longue durée se présentent sur le portail www.hplusqualite.ch et publient dans leurs rapports qualité les données qui les concernent.

La synthèse des rapports a cependant montré que *sur certains thèmes de la qualité, on ne dispose pas toujours d'indicateurs et procédures uniformes au plan national*. Au cours de ces prochaines années, nous devons promouvoir le développement et l'utilisation de méthodes valables sur l'ensemble du territoire suisse.

Des systèmes d'analyse de la qualité des prestations doivent accompagner l'introduction en 2012 du financement forfaitaire des prestations. Avec les instruments du Programme H+ qualité® – le «Rapport qualité par hôpital», le portail www.hplusqualite.ch et le présent «Rapport de H+ sur la qualité de la branche» – l'association contribue à une communication unitaire du monde hospitalier suisse.

Stefan Steccanella
Chef de projet H+ qualité®

Sommaire

Editorial de Charles Favre, président de H+	1	3.1.7 Mortalité	17
Avant-propos de Claude Ruey, président santésuisse	2	3.2 Enquêtes de satisfaction	19
Résumé	3	3.2.1 Satisfaction des patients	20
1 Introduction	7	3.2.2 Satisfaction des collaborateurs	22
1.1 Pour faciliter la lecture	7	3.2.3 Satisfaction des prestataires assignants	23
1.2 Le mécanisme de base de la gestion de la qualité et de l'assurance qualité	7	3.3 Choix des indicateurs de qualité	24
1.3 Effectuer soi-même les mesures ou utiliser les données existantes?	8	3.3.1 Introduction	24
1.4 Agir vaut mieux que produire des chiffres bruts	9	3.3.2 Taux de réadmissions	25
1.5 Activités nationales et intercantionales	9	3.3.3 Taux d'infection	27
1.5.1 Rapports sur la qualité de H+ qualité®	9	3.3.4 Taux de complication	29
1.5.2 CIQ	10	3.3.5 Taux de chute	30
1.5.3 AIQ / ANQ	10	3.3.6 Escarres (uclères de decubitus)	32
2 Données de base: rapports sur la qualité par hôpital	11	3.3.7 Autres indicateurs	33
3 Soins somatiques aigus	12	3.4 Mesures d'amélioration	34
3.1 Données chiffrées	12	3.4.1 Normes et standards appliqués	34
3.1.1 Concepts et structures de qualité dans les soins somatiques aigus	12	3.4.2 Activités permanentes d'assurance qualité	35
3.1.2 Personnel	14	3.4.3 Projets d'amélioration de la qualité	36
3.1.3 Nombres de cas	15	4 Psychiatrie	37
3.1.4 Répartition selon l'âge	15	4.1 Introduction	37
3.1.5 Degré de gravité des maladies traitées (CMI)	16	4.1.1 Organisation de la qualité	37
3.1.6 Infrastructure	16	4.1.2 Personnel	38
		4.1.3 Nombre de cas par rapport à l'effectif du personnel	38
		4.2 Données chiffrées	39

4.2.1	Statistique des âges	39	5.2.3	Offre de traitements selon les disciplines et la fréquence	50
4.2.2	Occupation des lits	39	5.2.4	Offre de traitements les week-ends et jours fériés	50
4.2.3	Données chiffrées pour les cliniques / divisions hospitalières	40	5.2.5	Durée des traitements	50
4.2.4	Données chiffrées pour les cliniques de jour	40	5.2.6	Personnel	51
4.3	Qualité des procédures	41	5.3	Instruments	52
4.4	Sécurité des patients	43	5.3.1	Instruments de la qualité	52
4.4.1	Indicateurs	43	5.3.2	Instruments d'évaluation/assessment	53
4.5	Enquêtes de satisfaction	44	5.4	Enquêtes de satisfaction	54
4.5.1	Satisfaction des patients	44	5.4.1	Satisfaction des patients	54
4.5.2	Satisfaction des proches	44	5.4.2	Satisfaction des collaborateurs	55
4.5.3	Satisfaction des prestataires assignants et des prestataires assurant le suivi des soins	44	5.4.3	Satisfaction des prestataires assignants	55
4.5.4	Satisfaction des collaborateurs	44	5.5	Efforts d'amélioration	56
4.6	Activités relatives à la qualité	45	5.5.1	Normes et standards utilisés	56
4.6.1	Certifications qualité, normes et standards	45	5.5.2	Activités permanentes d'assurances qualité	56
4.6.2	Activités permanentes	45	5.5.3	Projets d'amélioration de la qualité	57
4.6.3	Projets qualité ponctuels	47	6	Soins de longue durée	58
5	Réadaptation	48	6.1	Introduction	58
5.1	Introduction	48	6.2	Structures de la qualité	58
5.1.1	Importance accordée à la qualité	48	6.2.1	Organisation	58
5.1.2	Structure de qualité	48	6.3	Données chiffrées	59
5.2	Données chiffrées	49	6.3.1	Admissions et sorties	59
5.2.1	Vue d'ensemble par domaine	49	6.3.2	Statistique selon les âges	59
5.2.2	Sorties par domaine	49	6.3.3	Ressources humaines	60

6.4	Offre thérapeutique	61
6.5	Enquêtes de satisfaction	62
6.5.1	Satisfaction des résidents	62
6.5.2	Satisfaction des collaborateurs	62
6.6	Indicateurs de qualité	63
6.6.1	Directives sur le comportement à adopter avec les résidents	63
6.6.2	Mesures restrictives de liberté	64
6.6.3	Chutes	64
6.6.4	Escarres (ulcères de décubitus)	64
6.7	Efforts d'amélioration	65
6.7.1	Normes et standards utilisés	65
6.7.2	Activités permanentes d'assurance qualité	65
6.7.3	Projets d'amélioration de la qualité	65
7	Annexe 1: catégories d'hôpitaux selon l'OFS	66
8	Remerciements / Impressum	67

1 Introduction

1.1 Pour faciliter la lecture

Pour faciliter la lecture, nous n'utilisons que la forme masculine qui inclut bien sûr aussi le féminin. De plus, ce rapport utilise le terme «hôpitaux» à plusieurs reprises pour tous les établissements *hospitaliers*, cliniques, institutions psychiatriques, de *réadaptation* et de soins de longue durée suisses.

Un **glossaire** de terminologie technique et d'abréviations est disponible en ligne sur www.hplusqualite.ch. Ces termes et abréviations sont en *italique* dans ce rapport.

1.2 Le mécanisme de base de la gestion de la qualité et de l'assurance qualité

La **gestion de la qualité** ou **GQ** désigne toutes les mesures organisées qui servent à améliorer les produits, les *processus* ou les prestations de toutes sortes. La *gestion* de la qualité est une tâche centrale de la gestion.

Il existe de nombreux **modèles et normes de gestion de la qualité**, qui permettent d'établir un système de gestion de la qualité. Dans les hôpitaux, il s'agit avant tout des *normes ISO*¹ et du modèle qualité *EFQM*². L'application de ces modèles fait l'objet de *certifications*. Le concept de *SanaCERT*³ est également bien établi. Pour obtenir le certificat SanaCERT il faut satisfaire à un certain nombre de *standards*.

Tous les modèles et *normes* sont utilisables et certifiables pour un hôpital dans son ensemble ou pour des services hospitaliers.

Si un hôpital utilise un modèle de gestion de la qualité, cela ne signifie pas forcément que ses prestations

soient toujours de très bonne qualité. Des **mesures régulières** des processus et des résultats sont aussi indispensables. Pour qu'un hôpital puisse s'assurer que les résultats mesurés sont bons, il doit recourir à des standards nationaux ou internationaux et soumettre ses résultats à une comparaison avec des hôpitaux semblables (**benchmark**).

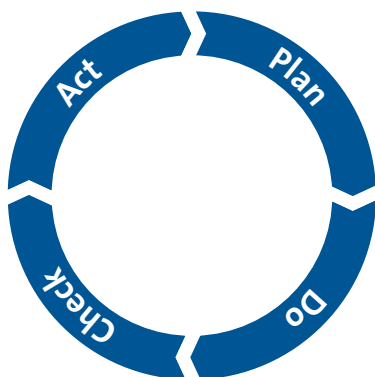
L'hôpital réexamine régulièrement, avec des spécialistes internes ou externes, toutes ces activités et les réimplémentent avec les corrections nécessaires.

Il en résulte un cycle, baptisé également «**processus d'amélioration continue**» (**PAC**), ou «**cycle PDCA**» (plan-do-check-act, en français «planifier-développer-contrôler-ajuster»). Après avoir mis en œuvre les mesures d'amélioration, l'hôpital planifie à nouveau la qualité des prestations. Et le cycle reprend.

¹ www.iso.org. ISO 9001:2008 est la version la plus récente

² www.efqm.org

³ www.sanacert.ch: 30 standards recouvrant les thèmes qualité les plus importants pour l'hôpital.



1. Planifier la qualité des prestations (**plan**)
2. Optimiser le concept (de traitement) (**do**)
3. Contrôler les prestations, mesurer et comparer les résultats des mesures (**check**)
4. Introduire et standardiser les mesures d'amélioration (**act**)

1.3 Effectuer soi-même les mesures ou utiliser les données existantes?

Un hôpital qui souhaite planifier, concevoir, réaliser et analyser des mesures doit beaucoup investir financièrement et en terme de ressources humaines.

L'hôpital **peut réduire les coûts** en utilisant des statistiques et des banques de données existantes. Car chaque hôpital est astreint, selon des directives strictes, à documenter de manière détaillée les traitements prodigués à chaque patient *hospitalier* et à mettre ces données annuelles à la disposition de l'**Office fédéral de la statistique (OFS)**⁴. Un hôpital génère ainsi d'énormes quantités de données, qu'il peut en partie réutiliser pour ses mesures. Ce sont les **données de routine** qui constituent la statistique propre à l'hôpital, utilisée à l'interne par certains établissements.

Avec la **loi sur l'assurance maladie (LAMa)** la Confédération – par le truchement de l'**Office fédéral de la santé publique (OFSP)**, chargé de l'exécution – dispose depuis le 1er janvier 2009 des bases légales pour élaborer ses propres évaluations de données, spécifiques à chaque hôpital, et de les publier. Au printemps 2009 l'OFSP a publié, à titre de première analyse, une statistique des taux de *mortalité* et des nombres de cas. Les forces et faiblesses des données de routine ressortent de ce document dense de plus de 100 pages.

⁴ www.bfs.admin.ch

Avantages et inconvénients de l'utilisation des données de routine

Avantages de l'utilisation des données de routine	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> + Elles sont disponibles en tout temps. + Elles sont complètes à 99,9% (selon l'OFS). + Elles sont peu coûteuses. + La variété des données permet d'en tirer des analyses très détaillées. + Comme les données sont élaborées selon un format qui reste le même, la même analyse peut être répétée, moyennant une actualisation des données d'une année à l'autre. + La qualité des données est parfaitement contrôlable. 	<ul style="list-style-type: none"> + Les données sont élaborées pour la facturation et non pour formuler des déclarations relatives à la qualité. + Les données cliniques font en partie défaut. + Les données de routine sont orientées vers le passé. + L'interprétation de telles évaluations sont très complexes.

1.4 Agir vaut mieux que produire des chiffres bruts

Mesurer n'est que l'une des 4 étapes du *cycle PDCA*. La phase de l'introduction et de la *standardisation* à l'hôpital – l'étape «act» – est tout aussi importante. C'est la raison pour laquelle H+ accorde également une grande importance à la présentation des **projets d'amélioration** des hôpitaux membres. Dans le cadre de ses activités d'amélioration, l'hôpital ne perd pas de vue l'objectif ultime, soit assurer des traitements et des soins qui soient bons, transparents, éprouvés et appropriés.

H+ s'engage pour que les éléments mesurés avec les données de routine soient déterminés et définis par les spécialistes des hôpitaux. Dans leurs rapports qualité, nos hôpitaux **accompagnent de commentaires exhaustifs** la publication de leurs taux sur divers thèmes, comme par exemple la *mortalité*. Les chapitres suivants ne se contentent pas d'expliquer les chiffres, mais décrivent aussi **les mesures de prévention prises**. Le patient en apprend ainsi plus sur son hôpital.

1.5 Activités nationales et intercantionales

1.5.1 Rapports sur la qualité de H+ qualité®

H+ a élaboré à fin 2007 le premier modèle pour les rapports uniformes sur la qualité par *hôpital de soins aigus*⁵. Dix hôpitaux ont rédigé en 2008 des rapports selon ce schéma. Les modèles pour la psychiatrie, la *réadaptation* et les soins de longue durée ont suivi en 2008. En 2009, **l'ensemble des hôpitaux suisses** disposent d'un modèle de rapport qualité de 2ème génération abouti et testé par les membres de H+. Ces modèles ont été largement utilisés par les hôpitaux pour rendre compte des efforts menés en 2008 pour améliorer leur qualité. Ils servent de base au présent rapport sur la qualité de la branche. Les rapports qualité spécifique à un hôpital peuvent être téléchargés à l'adresse www.hplusqualite.ch.

⁵ Hôpital de soins somatiques aigus: établissement assurant un traitement du corps humain intensif et aussi bref que possible.

1.5.2 CIQ

Depuis l'entrée en vigueur en 1996 de la loi sur l'assurance maladie (*LAMal*), les représentants des hôpitaux (prestataires) et les assureurs (payeurs) collaborent sur la base d'un accord cadre pour l'élaboration de différents indicateurs de qualité. Le «**Service national de coordination et d'information pour la promotion de la qualité dans les établissements de santé (CIQ)**»⁶ a lancé en 2007 un projet pilote dans deux domaines: la *réadaptation musculo-squelettale* et la *réadaptation neurologique*. L'objectif consistait à définir des mesures de la qualité réalisables et de les tester avec le soutien de plusieurs cliniques de réadaptation de toutes les régions du pays.

Un an plus tard, la psychiatrie avait atteint le même degré d'avancement. Là encore, il s'agissait de trouver des *indicateurs* de résultats adaptés à l'ensemble des cliniques psychiatriques suisses. Plusieurs d'entre elles testent trois variantes: *intensité du symptôme*, qualité de vie et *mesures de contraintes*. Chaque clinique peut choisir de mesurer un, deux ou les trois indicateurs proposés.

Les cliniques et le *CIQ* se sont entendus pour ne pas publier les résultats des tests et des mesures durant cette phase pilote. Les tests sont plutôt discutés au sein de workshops, de manière intensive et approfondie, sur la base d'analyses comparatives. Cela explique pourquoi ce rapport ne contient pas d'éléments d'information sur les différents projets du *CIQ*. Des détails sur les projets et sur les cliniques participantes sont disponibles sur le site web du *CIQ*, qui renvoie à celui de la nouvelle association *ANQ*: www.anq.ch.

1.5.3 AIQ / ANQ

A fin 2007, les assureurs maladie, les assureurs sociaux (*AI*, *AM*, et *AA*) et 17 cantons ont fondé l'«Association intercantonale pour le *développement de la qualité dans les hôpitaux*» (*AIQ*). Cette association poursuivait le même but que le *CIQ*. En 2008, l'*AIQ* et la *CIQ* ont décidé de fusionner le *CIQ* et l'*AIQ*, et de créer l'«**Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques**» (*ANQ*)⁷. Grâce à elle, les hôpitaux, avec les assureurs et les cantons, peuvent désormais mesurer, publier et développer la qualité des prestations.

⁶ www.kiq.ch

⁷ www.anq.ch

2 Données de base: rapports sur la qualité par hôpital

H+ représente 372 hôpitaux. Ils ont été répartis en 4 catégories déterminées par l'Office fédéral de la statistique (OFS): soins somatiques aigus, psychiatrie, *réadaptation*, soins de longue durée. H+ met à la disposition de ses membres les modèles de rapport qualité par hôpital décrits en amont.

L'OFS distingue en outre la catégorie «Cliniques spécialisées». Il s'agit d'établissements pratiquant deux spécialités au maximum. Comme deux cliniques spécialisées seulement ont envoyé des rapports qualité, une présentation séparée de cette catégorie n'a pas été effectuée dans ce rapport de branche. Dans ce rapport, ces deux cliniques sont classées, selon le domaine évalué, dans les catégories correspondantes, en général dans les soins somatiques aigus.

En 2008, 160 hôpitaux sur 302 ont envoyé 114 rapports qualité et les ont publiés sur www.informationhospitaliere.ch. Certains rapports proviennent de groupes d'hôpitaux qui englobent

plusieurs établissements, respectivement sites. 105 rapports sur la qualité par hôpital **donnant des informations sur 148 sites** ont été **rédigés conformément aux modèles de H+ qualité**⁸. 9 rapports, portant sur 12 établissements, ne suivent pas la structure préconisée par H+ qualité⁸; ils n'ont pas été pris en compte. Enfin, 3 hôpitaux ont utilisé pour leur rapport les modèles de H+ qualité⁸ et un autre modèle.

Les rapports reçus couvrent bien le paysage *hospitalier* suisse. **A 2 exceptions près des résultats provenant de tous les cantons** sont disponibles. Un rapport provient de la Principauté du Liechtenstein.

Le tableau suivant montre la répartition des rapports qualité par catégorie d'hôpitaux et par région linguistique (chiffres = **nombre de sites**). Pour les soins de longue durée, seule la Suisse alémanique a fourni des rapports: en effet, H+ ne compte pas de membre actif dans cette catégorie dans les autres régions.

Répartition des rapports selon la catégorie d'hôpitaux et la langue (nombre de sites)

	Somatique aiguë	Psychiatrie	Réadaptation	Soins de longue durée	Total
allemand	57	22	15	15	109
français	22	3	0	0	25
italien	11	1	2	0	14
Total des sites qui ont fourni des rapports	90	26	17	15	148 ⁸

⁸ Les cliniques spécialisées, qui n'appartiennent à aucune des catégories mentionnées, ne sont pas comptées (60)

3 Soins somatiques aigus

3.1 Données chiffrées

Les chiffres-clé sont basés sur des données statistiques. Dans les hôpitaux, diverses sources donnent des indications sur les prestations médicales. D'une part, des séries de données sont générées à l'échelle des établissements, qui doivent être livrées chaque année à l'*Office fédéral de la statistique (OFS)*⁹ (voir Chapitre 1.3, informations sur les «données de routine»). D'autre part, nombre d'hôpitaux tiennent des statistiques propres, plus détaillées. Pour documenter les chiffres-clé de leur rapport qualité, 14% des hôpitaux ont recouru aux données de l'OFS alors que 86% ont utilisé leurs propres sources. Ces deux sources de données sont fondamentalement différentes: les *indicateurs* qui en découlent ne sont donc comparables que dans une mesure limitée.

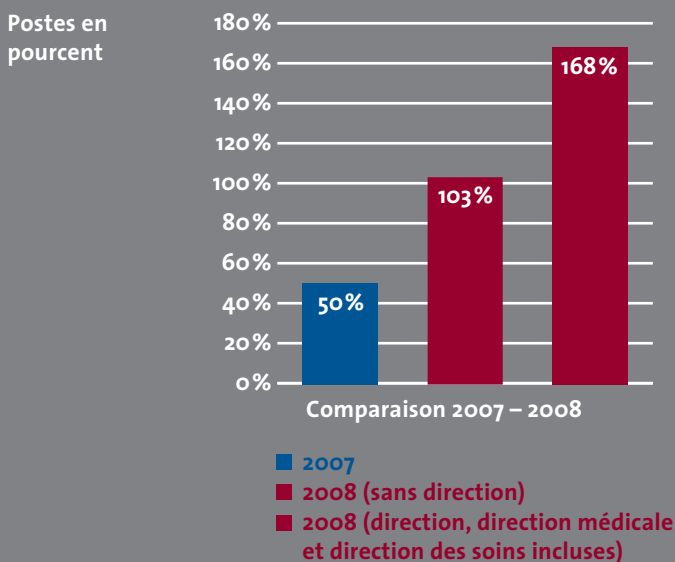
3.1.1 Concepts et structures de qualité dans les soins somatiques aigus

La *gestion de la qualité (GQ)* est organisée différemment dans les hôpitaux, selon leur taille et leur structure. 63 hôpitaux, représentant au total 90 sites, comptent 65 personnes chargées de la qualité. Elles sont nommées «responsable qualité», «manager qualité», ou «coordinateur de la qualité». Une constante: chaque hôpital emploie au moins une personne pour cette fonction.

Dans certains hôpitaux, la responsabilité de la qualité est assumée par la direction (24 cas), par le directeur stratégique (1), par le développement de l'organisation (4), par la direction médicale (4) ou par la direction des soins (8). Si l'on ajoute ces personnes aux responsables qualité mentionnés plus haut, on aboutit à 106 personnes pour 63 hôpitaux, soit 1.68 poste pour chaque établissement. Par rapport au Rapport H+ sur la qualité de la branche 2007 qui totalisait un demi-poste par hôpital, l'augmentation atteint 106% pour les seuls gestionnaires qualité, respectivement 236% pour l'ensemble des fonctions responsables de la qualité.

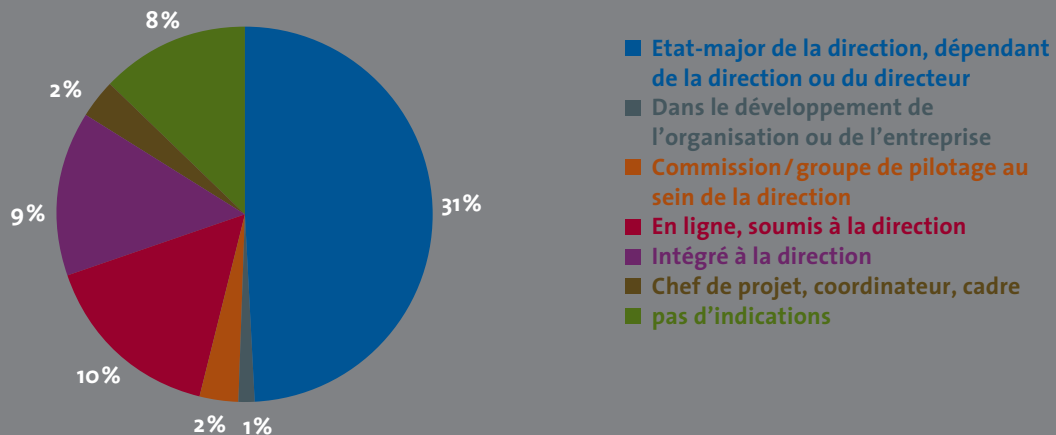
⁹ D: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01.html
F: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01.html

Poste de responsable qualité en pourcent par hôpital



A l'évidence, la qualité est un domaine rattaché à la direction! 53 hôpitaux sur 63 ont rattaché la *gestion* de la qualité directement à la direction. 31 hôpitaux comportent une délégation qualité de la direction. Dans 22 hôpitaux, la gestion de la qualité est subordonnée au directeur/CEO sous forme d'un poste ou d'une commission. Deux hôpitaux emploient un coordinateur de la qualité qui fait partie de l'encadrement. Enfin, 8 hôpitaux ne précisent pas à quel niveau hiérarchique la gestion de la qualité est rattachée.

Rattachement du management qualité dans l'organisation



3.1.2 Personnel

Pour présenter de manière intelligible des hôpitaux de taille différente avec leurs diverses prestations, l'Office fédéral de la statistique a établi des catégories (*Niveau de prestations*, voir Annexe 1).

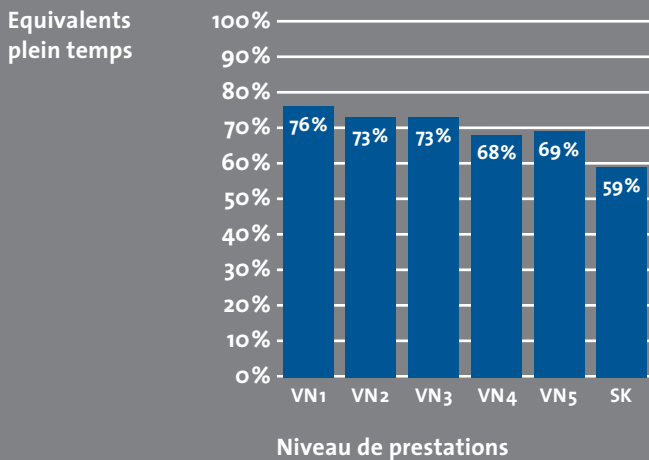
Les hôpitaux avec prise en charge centralisée (niveaux de prestations 1 et 2) emploient davantage de personnel médical (médecins, soignants, thérapeutes) pour 1000 journées d'hospitalisation que les petits hôpitaux ou les groupes d'hôpitaux. Ce en raison des cas plus complexes qu'ils sont amenés à traiter.

La proportion de personnel médical par rapport à l'ensemble du personnel hospitalier (en équivalents plein temps) est d'autant plus grande que l'hôpital est important, c'est-à-dire qu'il accueille davantage de cas hospitalier.

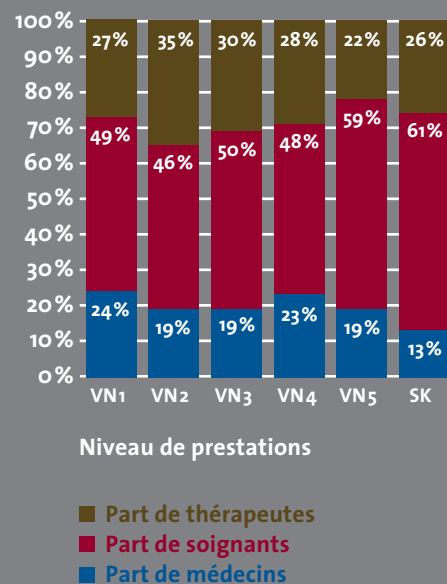
On ne peut pas tirer de règle générale des proportions de médecins, soignants et thérapeutes. De grosses différences sont perceptibles selon la taille et la catégorie de l'hôpital.

La proportion des postes de médecins oscille entre 13% (cliniques spécialisées) et 24% (niveau de prestations 1), celle des soignants entre 46% (niveau de prestations 2) et 61% (cliniques spécialisées) et celle des thérapeutes entre 22% (niveau de prestations 5) et 35% (niveau de prestations 2).

Proportion du personnel médical par rapport à l'ensemble du personnel



Rapport entre les postes de médecins, soignants et thérapeutes



3.1.3 Nombres de cas

Un nombre de cas indique à combien de reprises une intervention, un traitement ou une opération particulière, etc. ont été effectués dans un hôpital durant l'année. En règle générale, un nombre de cas plus élevé, par exemple d'appendicectomies, indique une plus grande expérience de l'hôpital pour cette intervention. Cependant, des interventions similaires peuvent être effectuées par plusieurs personnes dans le même hôpital.

Les nombres de cas sont énumérés dans les rapports qualité de chaque hôpital. Des nombres de cas relatifs à certains traitements sont également publiés sur www.informationhospitaliere.ch.

3.1.4 Répartition selon l'âge

Le nombre de **patients traités** par groupe d'âge varie selon le *niveau de prestations* de chaque hôpital. Les petits hôpitaux régionaux (niveau de prestations 5) accueillent surtout des patients des groupes d'âge 0-1 an et plus de 70 ans. Il en va autrement pour les patients entre 40 et 69 ans. Dans les hôpitaux universitaires et cantonaux, la part de ce groupe d'âge se situe entre 45% et 50%. Certaines cliniques spécialisées présentent, pour ce groupe d'âge, une part dépassant largement 50%.

3.1.5 Degré de gravité des maladies traitées (CMI)

Le «*Case-Mix Index*» (CMI) est un *indicateur* qui décrit le degré de gravité des maladies dont souffrent les patients. Il met en rapport les *coûts* moyens générés par des traitements déterminés dans un hôpital avec l'ensemble des ressources engagées par cet hôpital. Ce rapport joue surtout un rôle dans les systèmes de classement des patients. La valeur CMI 1.0 représente la valeur moyenne en Suisse.

Le CMI peut, **avec les réserves d'usage**, être **utilisé pour des comparaisons entre hôpitaux**, en particulier lorsque la complexité des cas doit être exprimée.

Exemple: le CMI des hôpitaux universitaires et cantonaux est de 1.2; leurs coûts sont donc supérieurs de 20% à la moyenne. L'explication réside dans la complexité des cas qu'ils sont amenés à traiter. Leurs patients souffrent souvent de comorbidité et sont donc dirigés de préférence dans un établissement avec prise en charge centralisée. A l'opposé, les petits hôpitaux présentent un CMI de 0.75 à 0.85. Cela prouve que la

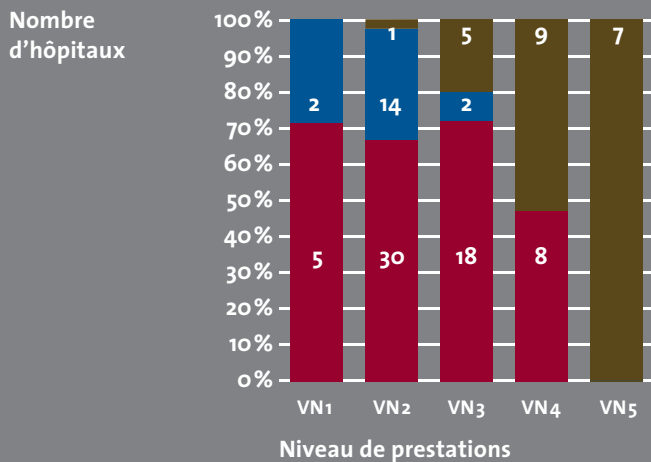
prise en charge régionale est importante mais que les traitements plus lourds doivent être assurés dans de grands hôpitaux.

3.1.6 Infrastructure

Les grands hôpitaux ont besoin d'infrastructures plus importantes pour traiter des cas plus complexes que les petits établissements. Ainsi, tous les hôpitaux des niveaux de prestations 1 et 2 disposent d'une unité de soins intensifs (USI) et souvent d'une unité de soins intensifs pédiatrique (USIP). Les hôpitaux du niveau de prestations 5 n'ont pas d'USI.

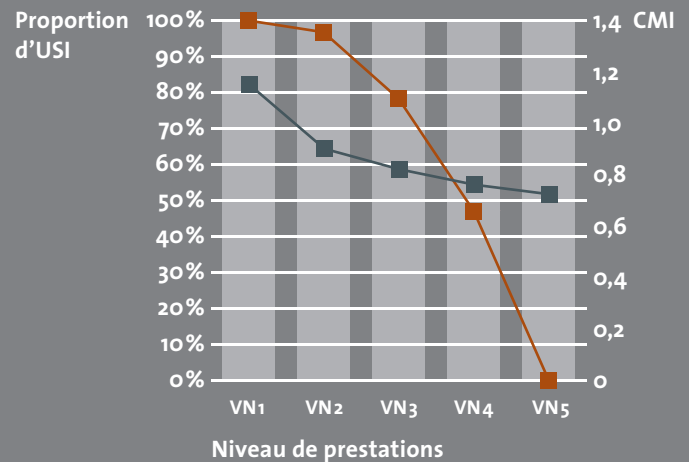
Le CMI décroissant (voir le chapitre précédent 3.1.5) de même que la nécessité et la présence d'une USI montrent que la complexité des traitements *hospitaliers* diminue avec la taille de l'hôpital.

Nombre d'hôpitaux par catégorie disposant d'une USI



- Nombre d'hôpitaux sans USI, ou sans indications
- Nombre d'hôpitaux disposant en outre d'une USIP
- Nombre d'hôpitaux disposant d'une USI

CMI en comparaison avec la proportion d'USI dans les hôpitaux



- Proportion d'USI
- CMI OFS

3.1.7 Mortalité

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a publié au début de 2009 une Statistique de la *mortalité*. Elle est fondée sur la systématique élaborée par le groupe allemand de cliniques privées *Helios* et permet, selon l'OFSP, de tirer des conclusions sur la qualité des hôpitaux. H+ rappelle que les chiffres de mortalité ne constituent pas des *indicateurs* de qualité adéquats et que la comparaison des hôpitaux sur la base de ces chiffres est irrecevable. Pour les raisons suivantes:

- + Les chiffres de mortalité considérés comme des *indicateurs de qualité*¹⁰ n'opèrent pas de distinction entre les décès naturels et les décès indésirables. Or il doit être permis de mourir dans les hôpitaux! Les hôpitaux ne doivent pas être incités à mener une politique de maintien en vie à n'importe quel prix. Ce serait discutable d'un point de vue éthique.
- + Les catégories d'hôpitaux de l'OFS distinguent les établissements en fonction de leur taille avant tout. Des comparaisons selon ces catégories ne permettent pas de cerner la réalité (voir Chapitre 2, «Données de base: Rapports sur la qualité par hôpital»).
- + Comparer les chiffres de mortalité Suisse avec les données allemandes peut conduire à des résultats *biaisés*, vu que les traitements sont *classés de manières différentes entre les deux pays*¹¹.

¹⁰ Source: feuille 1, points 1 et 2, tiré de Indicateurs de qualité pour les hôpitaux suisses de soins aigus, présentation du 25.11.08, OFS

¹¹ Source: feuille 9, tiré de Indicateurs de qualité pour les hôpitaux suisses de soins aigus, présentation du 25.11.08, OFS

Services d'accompagnement

En complément des chiffres de décès, les services d'accompagnement en fin de vie très diversifiés offerts par les hôpitaux sont tout autant importants, comme le montre l'analyse des rapports qualité:

Les 81 sites hospitaliers issus de toutes les régions linguistiques et disposant d'un tel concept donnent une description exhaustive:

- + Du personnel spécialement formé est à disposition jour et nuit, souvent comme équipe d'urgence ou sous forme de *surveillance continue*.
- + Les hôpitaux fournissent une assistance lorsqu'un patient souhaite mourir à la maison.
- + Les hôpitaux attachent beaucoup d'importance à l'assistance spirituelle et tiennent compte de toutes les confessions. Les proches, et pas seulement les mourants, peuvent bénéficier d'une telle assistance, par exemple sous la forme d'un entretien spirituel.
- + Une assistance est proposée aux proches: dans le domaine administratif, psychologique, social; ils peuvent être mis en contact avec les services spécialisés et les soins à domicile.

- + Nombre d'hôpitaux ont mis sur pied un centre de compétences pour les *soins palliatifs*, et certains proposent à l'interne des formations postgraduées sur ce thème.

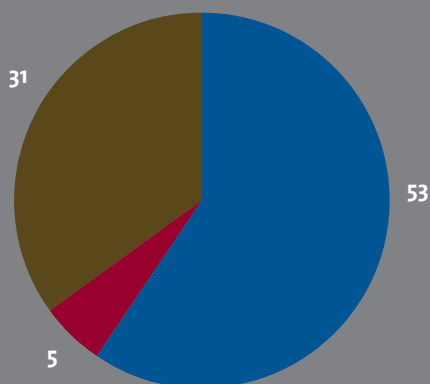
Nombre de sites dressant leur propre statistique de mortalité

- + 58 sites établissent leurs propres données de *mortalité* à l'interne.
- + 53 sites publient leurs données, 5 sites ne les publient pas.

Nombre de sites disposant d'un concept global d'accompagnement

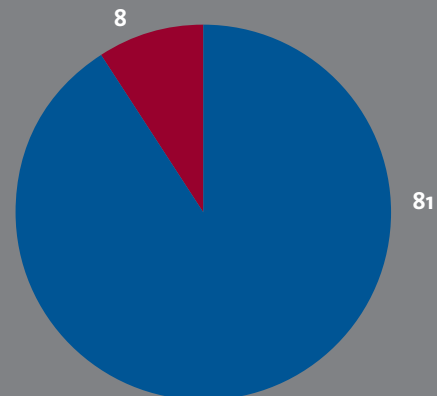
- + 81 sites sur 89 disposent d'un concept global et individuel.

Nombre de sites dressant leur propre statistique de mortalité



- Statistique publiée
- Statistique non publiée
- pas de statistique de mortalité

Nombre de sites disposant d'un concept global d'accompagnement



- disposent d'un concept global
- ne disposent pas d'un concept global

3.2 Enquêtes de satisfaction

Les hôpitaux doivent répondre aux exigences diverses de plusieurs acteurs. Le **patient** est au centre de tout traitement *hospitalier*. Les enquêtes de satisfaction auprès des patients connaissent une longue tradition au sein des hôpitaux, raison pour laquelle presque chaque hôpital les effectue. Le rôle important joué par les **collaborateurs** justifie aussi que l'on mesure leur satisfaction. Souvent, ce n'est pas le patient qui choisit l'hôpital dans lequel il va séjourner, mais le praticien qu'il a consulté auparavant, par exemple son médecin de famille ou un spécialiste établi en cabinet. C'est la raison pour laquelle les hôpitaux enquêtent également auprès des **prestataires assignants**.

Les enquêtes de satisfaction livrent des **indications subjectives**. Afin de les objectiver, la plupart des hôpitaux utilisent un questionnaire à choix multiple standardisé. Ces questionnaires sont souvent appelés «**instruments de mesure**».

On distingue 2 types d'enquêtes: l'**enquête continue** au moyen d'un questionnaire relativement court qui, comme instrument de *monitoring*, est utilisée pour la *surveillance* en continu, et l'**enquête limitée dans le temps** menée avec un questionnaire exhaustif visant à identifier les points faibles.

Ces 2 variantes sont utilisées pour mesurer la *satisfaction des patients* : soit tous les 3 ans durant 3 mois ou en continue. En revanche, la satisfaction des collaborateurs et *prestataires assignants* est mesurée généralement qu'à l'aide d'enquêtes limitées dans le temps.

L'hôpital dispose ainsi de suffisamment de temps pour élaborer des mesures d'amélioration à partir des résultats d'enquêtes, pour les mettre en œuvre et pour vérifier leur *efficacité* lors d'enquête ultérieures.

3.2.1 Satisfaction des patients

Sur 69 rapports sur la qualité des hôpitaux de *somatique aiguë*, 61 – représentant 99 sites – comprennent des données sur la *satisfaction des patients*:

- + 45 hôpitaux mesurent la satisfaction de leurs patients au moyen de l'outil d'un fournisseur externe (institut indépendant): 20 avec le questionnaire de la société *Mecon*¹², 16 avec celui de la société *Picker*¹³, 8 avec l'outil PEQ du «*Verein Outcome*»¹⁴ et 1 avec l'outil OPF, élaboré également par le «*Verein Outcome*».
- + 31 hôpitaux mesurent la satisfaction au moyen d'un outil qu'ils ont développé eux-mêmes.
- + 1 hôpital ne précise pas s'il utilise un outil interne ou externe.
- + 16 hôpitaux mesurent la satisfaction tant avec un instrument externe qu'avec un instrument interne.

En 2000, H+ et *santésuisse* ont élaboré un **catalogue des exigences minimales** par le biais du Service national de coordination et d'information pour la *promotion de la qualité (CIQ)*. Divers questionnaires externes, comme par exemple ceux de *Mecon* et de *Picker* correspondent aux recommandations du *CIQ*.

¹² www.mecon.ch

¹³ www.picker.ch

¹⁴ www.vereinoutcome.ch

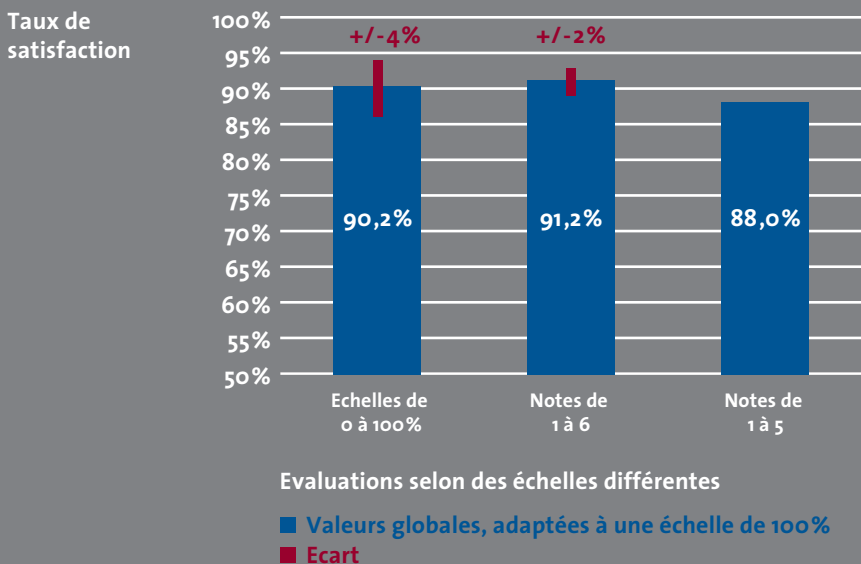
Valeurs

La satisfaction est exprimée de diverses manières, en général sur une échelle de 0 à 100%. Selon l'instrument, le taux de 100% exprime la satisfaction maximum ou l'insatisfaction maximum¹⁵. D'autres échelles s'inspirent du système de notation scolaire de 1 à 6, avec la note 6 pour la satisfaction maximum. Dans un cas, une échelle de 1 à 5 est utilisée.

Si l'on convertit toutes les échelles en %, le taux moyen de satisfaction des patients atteint les 90%. Cela montre que les patients sont globalement très satisfaits de la qualité des hôpitaux suisses. Ceux qui ne sont pas totalement satisfaits sont une incitation pour la branche à analyser les causes de cette insatisfaction et à améliorer la qualité.

¹⁵ Le taux d'insatisfaction est souvent utilisé car un terme négatif incite davantage à augmenter le nombre de patients satisfaits, respectivement à satisfaire les patients mécontents.

Satisfaction des patients – Comparaison de 3 échelles d'évaluation



3.2.2 Satisfaction des collaborateurs

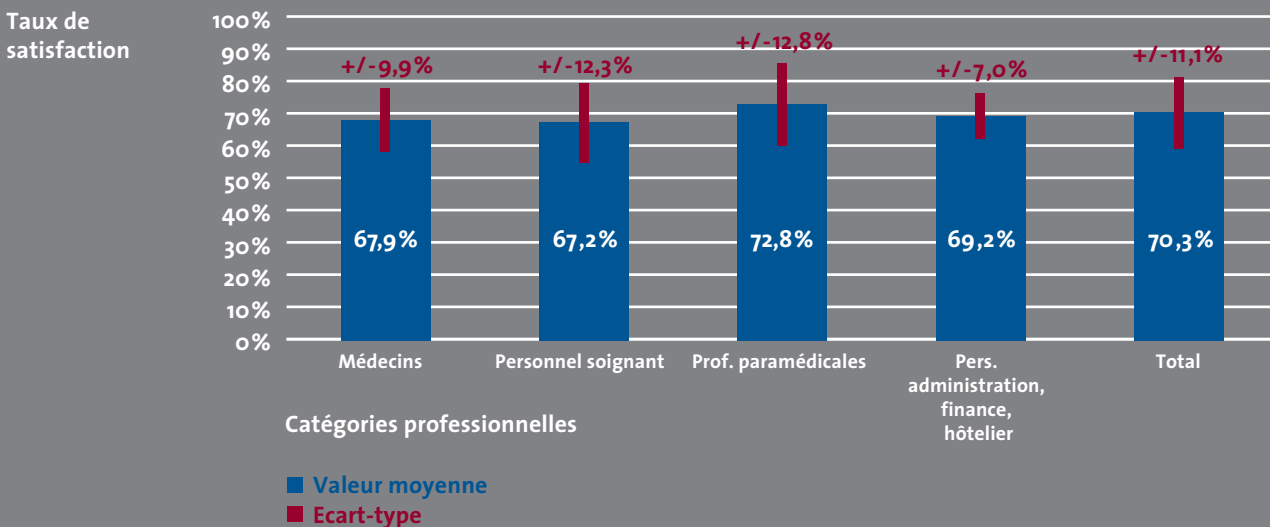
Sur 69 rapports sur la qualité des hôpitaux de *somatique aiguë*, 50 donnent des indications sur la satisfaction des collaborateurs. Pour ces enquêtes également, des instruments internes et externes sont utilisés. Selon les questionnaires, les collaborateurs sont interrogés sur leur satisfaction par rapport à la nature de leur travail, leur salaire, les autres prestations de leur employeur, la formation posgraduée, formation de base et continue, la collaboration (équipe, culture), l'encadrement, le poste de travail, etc.

Les taux de mutation, la statistique des absences, les entretiens personnels et les questionnaires de départ donnent aussi des indications sur la satisfaction des collaborateurs. De nombreux hôpitaux utilisent ces instruments en complément des enquêtes de satisfaction des collaborateurs.

Valeurs

La satisfaction des collaborateurs est exprimée généralement en % et découpée selon les catégories: médecins, personnel soignant, professions médico-thérapeutiques et personnel administratif/financier/hôtelier. Des différences apparaissent entre ces catégories. Par exemple, le personnel médico-thérapeutique est généralement plus satisfait que les médecins ou les soignants. **Le taux de satisfaction de tous les collaborateurs dans les hôpitaux se situe en moyenne aux alentours de 70%.**

Satisfaction des collaborateurs



3.2.3 Satisfaction des prestataires assignants

Sur 69 rapports sur la qualité des hôpitaux de *somatique aiguë*, 51 livrent des informations sur la satisfaction des *prestataires assignants*. 34 d'entre eux livrent des informations relatives à leurs instruments de mesure. Comme pour la *satisfaction des patients* et des collaborateurs, des instruments internes et externes sont utilisés. Selon les questionnaires, l'enquête porte sur la palette des prestations, l'organisation, le secrétariat médical, la durée d'hospitalisation, la procédure d'admission, la procédure de sortie, la collaboration, les rapports, la satisfaction du patient/image, les activités liées aux spécialités (chirurgie, orthopédie, urologie, médecine interne, gynécologie, radiologie), etc.

- + 14 hôpitaux mesurent la satisfaction au moyen d'un instrument externe: 9 avec le questionnaire de Mecon, 3 avec celui du «*Verein Outcome*», 2 avec l'outil NPO Plus.
- + 14 hôpitaux mesurent la satisfaction au moyen d'un instrument interne.
- + 6 hôpitaux mesurent la satisfaction tant avec un instrument externe qu'avec un instrument interne.

Contrairement à la satisfaction des patients ou des collaborateurs, la satisfaction des médecins ou organismes assignants est souvent mesurée à des intervalles plus longs, par exemple tous les 5 ans.

Valeurs

Le taux de satisfaction de l'ensemble des prestataires assignants s'élève à 80% (valeur moyenne 80.42%, avec un écart de +/- 5.42%).

3.3 Choix des indicateurs de qualité

3.3.1 Introduction

L'hôpital est une entreprise complexe, disposant de ressources financières et en personnel limitées. A ce titre, il est en mesure d'analyser la qualité de l'ensemble de ses prestations. De même que la direction d'une entreprise dispose d'une palette de chiffres-clé financiers et opérationnels, la *gestion* de la qualité se base aussi sur des chiffres révélateurs, nommés **indicateurs**. Un *indicateur* de qualité est un «pointeur» qui décrit la qualité d'une prestation dans un cadre défini. Un hôpital peut se concentrer sur les soins aux patients, lorsqu'il surveille en permanence les indicateurs pertinents. Il ne doit procéder qu'à des mesures spécifiques, même si l'amélioration continue est un thème permanent.

Le chapitre suivant présente les secteurs qui, dans un hôpital, doivent faire l'objet d'une attention particulière. Si l'hôpital maîtrise la qualité des prestations, le patient en bénéficie directement sous forme de soins optimaux.

Sont ici également présentés, tous les programmes de prévention et d'amélioration grâce auxquels l'optimisation permanente de la qualité des prestations est assurée.

3.3.2 Taux de réadmissions

L'indicateur de qualité «**Réadmissions potentiellement évitables**» est important pour tous les hôpitaux. Il indique le nombre de patients qui, après leur sortie de l'hôpital, ont dû être réhospitalisés – dans le même établissement ou dans un autre. Concrètement, les hôpitaux mesurent la **qualité de la préparation à la sortie** et décèlent ainsi les éventuels problèmes qui peuvent conduire à des réadmissions évitables, comme un traitement qui n'est pas optimal, une sortie prématurée ou une communication insuffisante entre l'hôpital et l'instance chargée du suivi, par exemple le médecin de famille. Seul l'examen détaillé du déroulement de la maladie (dossier du patient) permet de déterminer si une réadmission était réellement évitable. L'analyse de ces cas permet d'élaborer, de planifier et de mettre en œuvre des mesures d'amélioration.

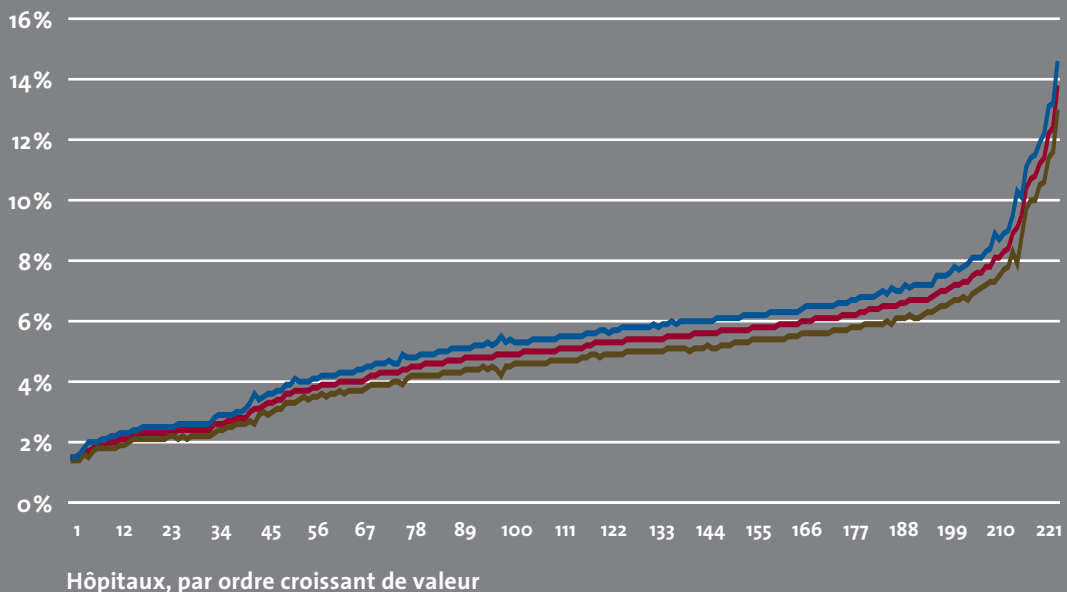
Même dans les meilleures conditions, la médecine recèle toujours un risque latent. Une maladie peut aller en s'aggravant en dépit du traitement, ou la prise en charge *ambulatoire* en aval peut ne pas se dérouler de manière optimale.

Le graphique ci-dessous présente les valeurs minimales et maximales (lignes inférieure et supérieure = intervalle de confiance). Les hôpitaux sont représentés par ordre croissant selon les valeurs mesurées, indépendamment de leur taille, soit le nombre de lits ou les journées d'hospitalisation. L'intervalle de confiance varie pour chaque établissement: les hôpitaux qui accueillent davantage de patients âgés ou souffrant d'affections chroniques ou graves présentent un risque accru de réadmissions non planifiées. Les fortes variations observées dans le graphique montrent cette réalité.

Délai d'observation: 30 jours

Des études scientifiques ont montré que les taux de réadmission devaient être mesurés dans un **délai de 30 jours**. C'est la seule manière d'enregistrer réellement la plupart des réadmissions s potentiellement évitables. Pour des raisons opérationnelles et de technique tarifaire et contractuelle, un délai plus court est souvent appliqué. Une telle pratique a pour conséquence de faire baisser les taux.

Taux de réadmissions attendus (avec intervalles de confiance 95%)



Aperçu des outils de mesure

Sur 69 rapports sur la qualité des hôpitaux de *somatique aiguë*, 44 livrent des indications concernant les taux de réadmission. Ces derniers sont mesurés au moyen d'outils divers:

- + 30 hôpitaux utilisent un instrument externe: pour 23 la méthode SQLape, pour 7 la méthode du «*Verein Outcome*».
- + 14 hôpitaux mesurent les taux de réadmission au moyen d'un instrument interne.

L'instrument «SQLape» a la faveur des hôpitaux. Il mesure les réadmissions potentiellement évitables dans un délai de 30 jours sur la base des données de routine de la Statistique médicale. Les traitements qui pourraient fausser les résultats sont identifiées: comme les *diagnostics* qui impliquent des réadmissions, par exemple lors de chimiothérapie. Cependant, seule une analyse cas par cas peut montrer quelles réadmissions étaient réellement évitables.

Le «Verein Outcome» base aussi son outil sur «SQLape», en le complétant avec d'autres paramètres de mesures.

Les instruments développés par les hôpitaux eux-mêmes sont basés sur des données diverses. Il peut s'agir de formulaires d'annonce pour les *complications*, ou de mesures à 10, respectivement 20 jours. Un établissement mesure même les réadmissions dans des délais de 48 heures et de 7 jours! De même, d'autres enregistrent les réadmissions en relation avec des thérapies complexes (par ex. l'oncologie) ou utilisent les spécifications émises par des instituts médico-scientifiques (*IQIP*).

Valeurs

Les 23 hôpitaux qui utilisent «SQLape» ont enregistré 6'653 réadmissions sur 167'117 sorties, qui ont été classées comme potentiellement évitables. Soit un taux de 4.2% pour l'ensemble des hôpitaux participants (valeur moyenne 4.19%, avec un écart de +/- 2.34%).

3.3.3 Taux d'infection

Les infections contractées à l'hôpital, nommées infections *nosocomiales*, représentent un grand défi, puisque les infections sont la cause de souffrances et de *coûts* de traitements.

Mesures avec SwissNOSO

SwissNOSO¹⁶ a mis au point le programme «Swiss Clean Care – Recensement des infections postopératoires» pour 8 interventions chirurgicales:

- + Ablation de la vésicule biliaire
- + Ablation de l'appendicite
- + Chirurgie du colon
- + Chirurgie des *hernies*
- + Césariennes
- + Chirurgie cardiaque
- + Pose de prothèses de la hanche
- + Pose de prothèses du genou

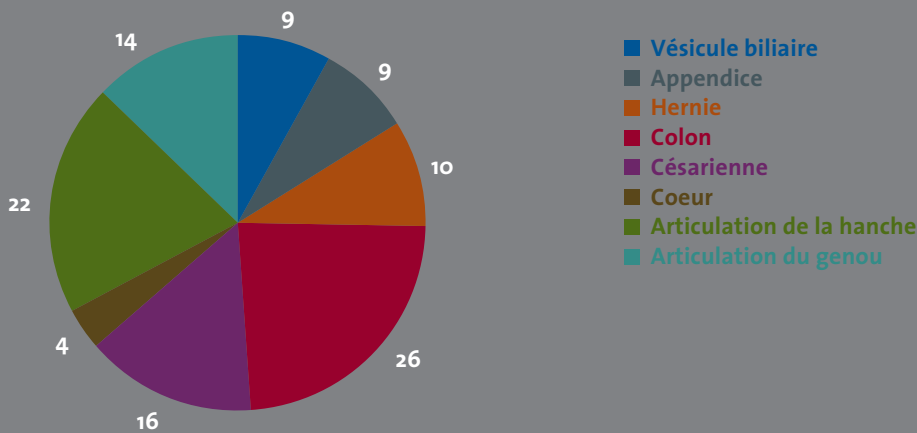
Les hôpitaux participants doivent choisir au moins 3 de ces 8 modules pour procéder au recensement. Quelque 85 établissements se sont déjà inscrits à ce programme (état novembre 2009).

Sur les 64 rapports qualité comportant des mesures d'infections, 32 mentionnent une participation au programme de SwissNOSO, 26 ne participent pas encore et 6 ne font aucune allusion à SwissNOSO.

110 modules pour 32 participants donnent une moyenne de 3.4 modules par hôpital. La chirurgie du colon et la pose de prothèses de la hanche sont citées les plus fréquemment. Si l'on regroupe les résultats par hôpital, on obtient un taux d'infections postopératoires de 3.6%, avec un écart de 2.94%. Cette dernière n'est pas surprenante vu les systèmes très variés utilisés par les hôpitaux et les pathologies très diverses qu'ils accueillent. Cette valeur ne peut être analysée en détail que si l'on tient compte des différents profils des patients (âge, maladies chroniques ou multiples, etc.) et de l'outil utilisé.

¹⁶ De nombreux spécialistes de l'hygiène hospitalière (infectiologues, épidémiologistes), la Fondation pour la sécurité des patients et l'OFAS participent à SwissNOSO. www.swissnoso.ch.

Nombre de modules SwissNOSO utilisé



Autres programmes de recensement des infections
Outre le recensement des infections postopératoires conformément au programme *SwissNOSO*, les hôpitaux effectuent d'autres mesures des infections: 17 établissements sur 63 ont développé un instrument interne. Les mesures portent entre autres sur l'apparition de bactéries du type staphylocoque doré résistantes à l'antibiotique méthiciline (MRSA). Ainsi, 34 hôpitaux sur 63 recensent en permanence les infections.

Programmes de prévention

La sensibilité à l'égard des infections et de leurs conséquences est très grande. Dans ce domaine, les mesures de prévention sont plus importantes que dans presque tous les autres secteurs de la médecine:

Destinées au personnel

- + Formations obligatoires pour tous les collaborateurs.
- + Formation postgraduée régulière.
- + Campagnes régulières de sensibilisation, par exemple à la désinfection des mains.
- + Examen médical obligatoire pour tous les nouveaux employés en contact direct avec les patients (médecins, soignants, thérapeutes).
- + Vaccination gratuite contre la grippe pour tous les employés.
- + Vêtements de protection dans tout l'hôpital.

Destinées au patient

- + Protection préventive du patient au moyen d'antibiotiques avant, pendant et après une intervention.
- + Mesures de prévention en cas de risque d'infection ou de pneumonie, en particulier chez les patients immuno-déficients.
- + *Surveillance* continue des plaies et de leur cicatrisation (*monitoring* des plaies), divers concepts de soins des plaies et *gestion* des plaies (conseil).
- + Surveillance des souches de bactéries résistantes, possibilité de thérapie antibiotique ciblée.
- + Mesures d'isolement, afin de réduire les risques de contamination.
- + Vaccination contre la grippe pour tous les employés.
- + Vêtements de protection pour collaborateur dans tout l'hôpital.

Mesures structurelles et organisationnelles

- + Surveillance continue (screening) et élimination des possibilités de contamination des patients et du personnel (MRSA, tuberculose, etc.).
- + Personnel spécialement formé (responsable hygiène). Commissions d'hygiène et directives (manuels).
- + Inspections régulières des divisions hospitalières et chirurgicales par les responsables de l'hygiène.
- + Contrôles de qualité réguliers avec mesures du nombre de micro-organismes sur les instruments médicaux et les appareils (endoscopes, par ex.), dans le stérilisateur, dans l'eau et l'air.

3.3.4 Taux de complication

Il n'y a pas de définition générale de la notion de *complication*, respectivement du taux de *complication*. De nombreux instruments différents de mesures et de recensement sont utilisés. Il n'est donc pas possible d'effectuer des comparaisons à l'échelle de la Suisse. Sur 66 hôpitaux, 38 établissent des taux de complication. Les complications sont saisies et analysées dans les secteurs de la médecine interne, de la chirurgie, de l'anesthésie, de la gynécologie/obstétrique et des traitements médicamenteux. Des enseignements sont tirés en permanence pour le traitement des futurs patients. Tous les hôpitaux qui recensent les complications, le font de manière continue.

A côté des mesures effectuées par les hôpitaux, des mesures par spécialité aux échelles régionale et même nationale ont été établies ces dernières années. Les hôpitaux y participent sur une base volontaire, souvent à l'initiative du médecin-chef responsable. Les principaux programmes de spécialité sont:

- + **Statistique AQC** pour la chirurgie, à laquelle participent 121 unités chirurgicales dans toute la Suisse.
- + **Statistique AGOS** pour l'obstétrique à laquelle participent de nombreuses maternités.

- + La **Verein *Komplikationenliste*** dresse une liste des *complications* en médecine interne. 34 experts y participent avec les divisions de médecine interne auxquelles ils sont rattachés.

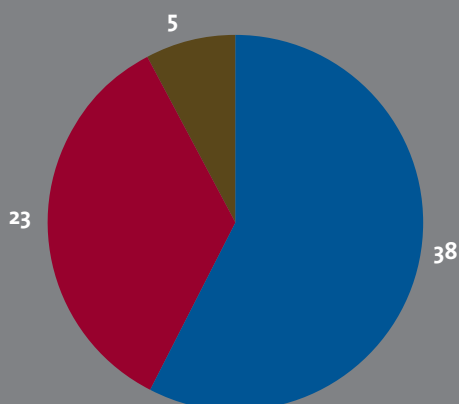
Mesures de prévention

Plus de la moitié des hôpitaux (34 sur 66) ont défini des mesures pour réduire les complications:

- + Check-lists et procédures détaillées dans les domaines médicaux et des soins.
- + Formations obligatoires à l'hygiène et à la désinfection des mains.
- + Directives pour la préparation de la zone à opérer.
- + Examens préopératoires avant les interventions internes complexes, consultations avant les anesthésies.
- + Couverture antibiotique préopératoire.
- + Double contrôles, discussions préparatoires, *team-time-out* (ultime contrôle) avant une opération.
- + Critical incident reporting system *CIRS*¹⁷ (système de déclaration d'incidents critiques).
- + Colloques mensuels sur les cas.
- + Formations postgraduées.

¹⁷ 13 hôpitaux sur 34 appliquent le CIRS spécifiquement aux complications.

Le taux de complication est-il mesuré?



- oui, les taux sont relevés
- non, pas de mesure
- pas d'indications

3.3.5 Taux de chute

Le taux de *chute* ne permet pas de tirer des conclusions directes sur la qualité du traitement. Les chutes sont cependant un **facteur important pour la sécurité des patients**, parce qu'elles sont fréquentes et qu'elles laissent souvent des séquelles physiques, psychologiques et sociales. Le recensement et l'analyse des chutes permettent à un hôpital de tirer des enseignements très variés: où les patients chutent-ils (sur un sol lisse, par exemple); quand et dans quelles circonstances chutent-ils (après l'administration d'un médicament suite à un diagnostic donné par exemple). Ces enseignements permettent d'élaborer des **concepts de prévention des chutes** dans les hôpitaux et aussi des directives cantonales. En outre, la Fondation pour la *sécurité des patients*¹⁸ a rédigé une recommandation pour la prévention des chutes, sur la base de directives internationales.

Les 63 rapports qualité mentionnent tous des concepts de prévention des chutes. 51 hôpitaux recensent les chutes. La plupart (41) utilisent en outre un outil de saisie interne et 8 suivent la méthode du «*Verein Outcome*»¹⁹.

La plupart des concepts comprennent plusieurs paramètres afin d'évaluer en continu *l'efficacité* des mesures:

- + Proportion des patients à risque.
- + Proportion des patients tombés, exposé ou non à un risque de chute.
- + Proportion des patients tombés, qui ont subi une blessure, par exemple une fracture.
- + «Récidivistes» – Patients qui sont tombés à plusieurs reprises.

Généralement, les hôpitaux mettent les chutes en relation avec les jours d'hospitalisation et/ou avec le nombre de patients. Comme les types de patients varient selon les établissements (par exemple, plus, ou moins de patients âgés, plus ou moins de patients gravement atteints, etc.) et que ces derniers appliquent des concepts de prévention très différents, ce rapport de branche ne présente pas de taux de chute. Parmi les 63 rapports sur la qualité par hôpital, 35 livrent des informations plus détaillées.

¹⁸ www.patientensicherheit.ch

¹⁹ www.vereinoutcome.ch

Les hôpitaux recensent-ils et analysent-ils systématiquement les chutes?

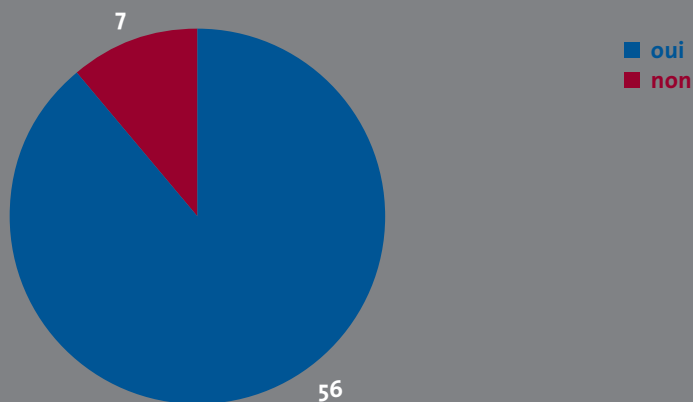


Mesures de prévention

Les 63 hôpitaux disposent tous d'un concept de prévention des *chutes*. Ces concepts comportent presque toujours – dans 56 cas sur 63 – plusieurs mesures combinées, qui correspondent aux recommandations de la Fondation pour la *sécurité* des patients. Aperçu (non exhaustif) des mesures mises en œuvre:

- + Etablissement de directives.
- + Sensibilisation des collaborateurs, formations de base et formations postgraduées régulières.
- + *Evaluation* du risque de chute des patients selon des *critères* clairement définis.
- + Marquage particulier du dossier de soins lorsqu'un risque élevé a été constaté chez un patient.
- + Organisation individuelle des soins et intervention préventive sur la base de l'évaluation du risque.
- + Tenue et analyse détaillée d'un protocole de chute au sein d'une équipe *interdisciplinaire* (composé souvent de médecins et de soignants):
- + Information et conseil au patient et à ses proches sur le risque de chute.
- + Plusieurs accompagnants pour les patients à risque.
- + Vérification de la médication.
- + Equipement adapté des bâtiments (revêtement antidérapant dans les douches, par ex.).

Les hôpitaux ont-ils mis en œuvre des concepts de prévention des chutes?



3.3.6 Escarres (ulcères de decubitus)

Une position couchée, respectivement une pression sur un tissu, peut à la longue entraîner des *escarres* (ou „plaies de lit“, ou encore „ulcères de decubitus“) si le patient n'est pas pris en charge et mobilisé de manière adéquate. Les escarres sont classées en quatre stades selon le degré d'atteinte des tissus – de l'œdème cutané aux lésions osseuses.

Les escarres peuvent être **déjà présentes lors de l'admission** du patient ou **survenir durant le séjour**.

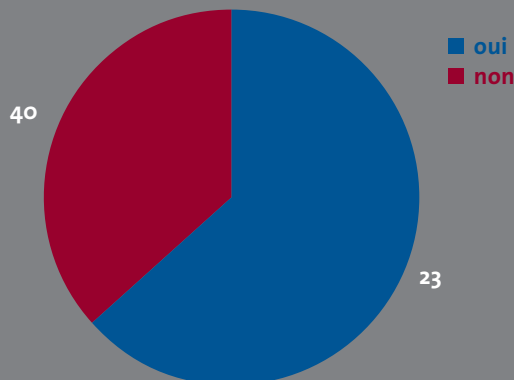
Cette distinction est importante: seules les escarres survenues durant le séjour peuvent jouer un rôle comme *indicateur* de qualité. Une *escarre* apparaît sous l'effet d'une pression seulement après une certaine durée. On ne tient donc compte que des escarres survenues chez des patients qui sont couchés depuis 4 jours ou plus (en médecine ou en *oncologie*, par ex.).

Sur les 63 rapports sur la qualité par hôpital, 40 font état d'un recensement des escarres: 27 utilisent un outil interne, 13 celui du «*Verein Outcome*». 25 hôpitaux publient les résultats dans leur rapport qualité. Les méthodes de saisie étant différentes, une comparaison entre les établissements n'est pas possible.

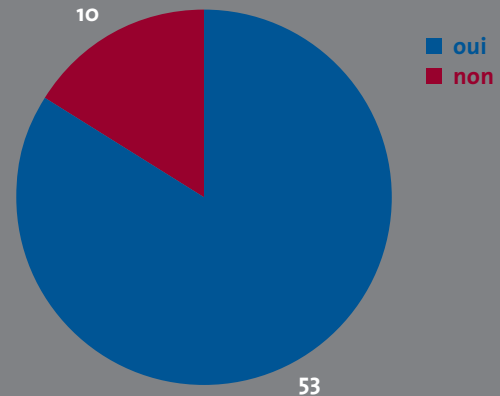
Les hôpitaux font de gros efforts pour éviter les escarres: sur 63, 53 disposent d'un concept de prévention systématique qui comprend, entre autres, les mesures suivantes:

- + *Evaluation* du risque d'escarre à l'admission du patient à l'aide d'échelles reconnues au niveau international.
- + Conseil au patient prodigué par des experts des plaies, remise de brochures d'information.
- + Documentation systématique des soins sous forme de textes et d'images.
- + Mesures de prévention telles que matelas spéciaux, soins dermatologiques, changements fréquents de position.

Les hôpitaux prennent-ils des mesures contre les escarres?



Les hôpitaux mettent-ils en œuvre des concepts de prévention des escarres?



3.3.7 Autres indicateurs

Au Chapitre 3.1, «Données chiffrées», nous nous référons à la Statistique médicale, que les hôpitaux doivent fournir chaque année à l'Office fédéral de la statistique (OFS). A cet effet, des données dites de routine sur les *diagnostics* et les traitements sont codées. Afin que l'OFS ne reçoive pas des statistiques erronées, la **qualité du codage** est vérifiée et mesurée. Il est capital pour un hôpital de connaître la qualité du codage de ses données, lorsque celles-ci devront être utilisées pour des analyses, qui sont fréquentes. Si la statistique d'origine comprend des erreurs, les conclusions que l'on pourra en tirer seront *biaisées*.

Indicateurs de qualité dans les soins de longue durée
Quelques hôpitaux gèrent en plus de la division de soins somatiques aigus une division de soins de longue durée. De tels hôpitaux sont aussi appelés «établissements mixtes».

Plusieurs méthodes de planification des soins de longue durée coexistent en Suisse. L'une d'elles est le «RAI»²⁰ (Resident Assessment Index). Ce système d'origine nord-américaine a été adapté aux conditions helvétiques. Il permet non seulement de planifier les soins et les ressources mais aussi de calculer des **indicateurs de qualité RAI** définis de manière précise et d'effectuer des comparaisons avec les semestres précédents. En outre, les hôpitaux qui utilisent le *RAI* peuvent comparer entre eux leurs résultats par le biais d'un **benchmark**.

Indicateurs du «Verein Outcome»

Le «*Verein Outcome*» a développé sur des bases scientifiques un système comprenant 19 mesures de qualité, sur mandat initial du canton de Zurich, auquel se sont associés plus tard les cantons de Berne, Argovie et Soleure. Le système de mesures du «Verein Outcome» est fréquemment appliqué dans les hôpitaux de ces cantons et dans quelques autres hôpitaux, dans les domaines suivants:

- + *Gestion des sorties*.
- + Fréquence des reports d'interventions planifiées.
- + Fréquence des *complications* en anesthésie (complications anesthésiologiques et troubles périopératoires).
- + Emerge²¹ – Soins sûrs et rapides aux urgences.
- + Questionnaire aux *prestataires assignants* et aux *prestataires chargés du suivi des soins* (médecins en *ambulatoire*, cliniques de *réadaptation*, institutions de soins de longue durée, aide et soins à domicile, etc.).

²⁰ www.qsys.ch

²¹ Initié par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

3.4 Mesures d'amélioration

3.4.1 Normes et standards appliqués

En comparaison avec le Rapport de H+ sur la qualité de la branche 2007, on constate un glissement dans la répartition des solutions qualité: outre les **systèmes de gestion de la qualité**, les hôpitaux appliquent aussi de nombreuses **normes** spécifiques à un service ou à un thème. Les 63 hôpitaux participants utilisent de telles *normes*, à raison de 3.5 en moyenne par établissement. Certaines normes englobent plusieurs *standards* individuels, ce qui relève notablement le nombre de standards utilisés.

La présentation de toutes les normes et standards ainsi que leur application dans les hôpitaux dépasserait largement le cadre de ce rapport. Les principales sont les suivantes:

Systèmes de gestion de la qualité

ISO 9001: 2000 bis zu 9001:2008

EFQM

SanaCERT

Hquality®

Concret AG²³

SLH²⁴

Système international de *gestion* de la qualité largement répandu.

Système européen global de gestion de la qualité reposant sur 9 *critères* et 32 sous-critères.

Système qui combine un standard de base pour la gestion de la qualité avec 23 standards spécifiques. Pour être certifié, un hôpital doit appliquer 8 standards, parmi lesquels le standard de base.

Label hospitalier de la Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK)²².

Label destiné aux soins, susceptibles de *certification*.

Label des Swiss Leading Hospitals (cliniques privées).

Normes spécifiques à un thème ou un service (sélection)

HPH – Health Promoting Hospital

MFH – Migrant Friendly Hospital

JACIE

IVR

UNICEF – Babyfriendly Hospital

QUALAB²⁵

EKAS

Spitalapotheke

HACCP

Palliativ.ch

Logistique et alimentation

Diverses normes ISO

QuaTheDA²⁶

Hôpital promoteur de santé.

Hôpital qui s'engage à garantir un bon accueil aux migrants.

Programme européen d'*accréditation* des greffes de cellules souches.

Interassociation de sauvetage: soins précliniques en urgence.

Hôpital/maternité favorable à l'allaitement maternel.

Standard de qualité des laboratoires médicaux.

Sécurité et santé au travail.

Standards RQS (Suisse alémanique) et SPEQ (Suisse romande).

Concept sur la logistique et les denrées alimentaires.

Label des *soins palliatifs*.

Système HACCP.

Stérilisation centralisée (ISO 13485); salle d'opération (ISO 14644/1).

Label de qualité dans le domaine des addictions (**Qualité Thérapie Drogues Alcool**).

²² www.vzk.ch

²³ www.concret-ag.ch

²⁴ www.slh.ch

²⁵ www.qualab.ch

²⁶ www.quatheda.ch

3.4.2 Activités permanentes d'assurance qualité

Les rapports sur la qualité par hôpital décrivent un **spectre très large** d'activités menées en permanence.

L'énumération suivante n'est de loin pas exhaustive. Elle permet seulement de saisir la complexité de ces efforts de qualité:

Activités en faveur des patients

CIRS – Déclaration des incidents critiques

Ce système issu de l'aéronautique (en anglais, «Critical Incident Reporting System» CIRS) permet d'enregistrer les incidents critiques et de tirer des enseignements de leur analyse.

Sécurité lors de la prise de médicaments

Elle permet de s'assurer que le bon médicament est prodigué au bon patient selon le bon dosage au bon moment et bon endroit. La sécurité lors de la prise de médicaments vise aussi à vérifier la compatibilité des différents médicaments pris par le patient.

Gestion des plaintes

L'analyse des critiques constructives permet de mener un *processus* d'amélioration constante.

Monitoring et lutte contre la douleur

La diminution de la douleur est un thème central pour toutes les affections chroniques.

Alimentation

Une alimentation équilibrée et adaptée à l'état de santé du patient améliore les éventuelles carences alimentaires constatées et diagnostiquées lors de l'admission.

Activités en faveur du personnel

Gestion des propositions et des idées

Optimisation continue du point de vue des collaborateurs.

Sécurité au travail

Mesures de protection (infrastructures, équipement, utilisation, exercices d'incendie, etc.) et de promotion de la santé. La sécurité au travail diminue le taux d'absentéisme et améliore le bien-être.

Formation de base, postgraduée et continue

De nouvelles connaissances sont régulièrement acquises.

Activités au niveau de l'organisation

Gestion des processus

Organisation, maîtrise et connaissance des procédures dans le but de parvenir à de meilleurs résultats.

Gestion de projets

Démarche visant un déroulement structuré, efficace et réussi des projets.

Cercles de qualité et colloques

Ces réunions permettent d'aborder en équipe les questions relatives aux traitements.

Gestion des risques

Analyse et prévention, respectivement réduction de l'impact, des risques d'exploitation et cliniques.

Audits internes

Ces examens servent à vérifier la *conformité* des processus et activités internes par rapport à des directives ou à des *normes* et à les améliorer.

3.4.3 Projets d'amélioration de la qualité

Les projets d'amélioration sont importants **afin d'optimiser constamment les performances internes**. Les hôpitaux sont conscients de la nécessité de tels projets lorsqu'ils analysent les résultats de leurs propres mesures ou lorsqu'ils les comparent avec ceux des autres établissements. L'essentiel des projets décrits dans les rapports sur la qualité visent les mêmes objectifs que toutes les mesures, les *standards*, les activités et les actions de prévention déjà cités dans ce rapport de branche. Les hôpitaux peuvent profiter des expériences faites par ceux d'entre eux qui ont déjà mené de tels projets. Le choix présenté ci-dessous montre les **tendances nouvelles**:

Soins de référence

Des personnes de référence clairement désignées et disponibles en tout temps assurent un accompagnement continu de chaque patient ou groupe de patients.

„Fit for DRG“

Le nouveau système de financement SwissDRG sera introduit en 2012. Il doit être accompagné de mesures permettant de déterminer s'il modifie, respectivement péjore, la *qualité des soins* dans les différents secteurs.

Permanence pour les soins de plaie

Offre supplémentaire des hôpitaux pour soigner les blessures en dehors des structures hospitalières.

Colloques éthiques

Les cas et les traitements ne sont pas seulement considérés du strict point de vue de la technique médicale mais aussi d'un point de vue éthique et moral.

Accueil des migrants

Prise en charge optimale des patients issus des migrations. Par exemple par un service d'interprètes (disparités régionales), documentation dans de nombreuses langues, etc.

4 Psychiatrie

4.1 Introduction

Les 24 rapports sur la qualité dans les cliniques psychiatriques proviennent de 16 cantons²⁷ et présentent un tableau à multiples facettes. Nombreux sont les établissements répartis sur plusieurs sites et qui disposent de permanences et de homes. Parmi les cinq institutions les plus importantes, on compte trois cliniques universitaires, un centre psychiatrique cantonal et une clinique privée.

L'**interconnexion** avec les prestataires locaux et cantonaux, avec les autorités et avec les grands centres *hospitaliers* situés à proximité est un élément central dans une chaîne de soins globale. Dans ce contexte, il est important que le suivi des soins intervienne aussi vite que possible et que le patient soit traité dans un lieu adéquat. Les **traitements ambulatoires et les cliniques de jour** jouent également un grand rôle. Des soins *hospitaliers* et *ambulatoires* combinés ainsi que des équipes interdisciplinaires permettent de garantir la constance des soins et d'optimiser la réintégration du patient dans la vie quotidienne.

18 cliniques disposent d'un **service de consultation et de liaison**, 9 proposent des **soins psychiatriques à domicile**: des équipes mobiles traitent par exemple des patients à la maison, notamment les enfants et les jeunes. Lorsque le patient vit en institution – dans un home ou une prison, en particulier – la collaboration avec les partenaires de la psychiatrie à domicile revêt une importance capitale.

18 cliniques proposent des **thérapies d'addictions** et 9 disposent d'une **unité de psychiatrie légale** pour le traitement des délinquants. En outre, l'offre s'étend à la psychothérapie, la psychosomatique, la médecine interne (somatique), les urgences et divers autres services.

4.1.1 Organisation de la qualité

Les 24 cliniques participantes disposent toutes d'une **personne responsable de la qualité (RQ)**. Dans la plupart des cas, cette fonction est assumée par le directeur ou son adjoint, dans tous les cas par un membre de la direction. Le **gestionnaire qualité (GQ)** lui est subordonné, en général. Ce dernier dirige souvent un secteur de la clinique, par exemple les soins et la qualité, un domaine (non-) thérapeutique, *l'assurance-qualité* ou la *diagnostique*. Dans quelques établissements, les fonctions de RQ et GQ sont confondues. Un **comité qualité**²⁸ traque les points faibles, établit des objectifs, coordonne les mesures et soutient les collaborateurs, etc.

Les **commissions qualité** peuvent comprendre des représentants de tous les métiers. Elles agissent de manière constante et transdisciplinaire.

²⁷ Les principaux cantons non représentés sont Lucerne, Neuchâtel, Genève et le Valais

²⁸ Q-Support-Team, formés de médecins-chefs

4.1.2 Personnel

20 cliniques, donnent des indications sur leur personnel, qui peut être réparti en deux catégories:

1. Postes *EPT* au contact du patient, c'est-à-dire les **médecins, les soignants et les thérapeutes**: chaque poste médico-thérapeutiques²⁹ s'occupe en au minimum de 4.5 et au maximum de 10 patients, la moyenne atteignant 6.5 cas.
2. Postes *EPT administratifs* (administration, intendance, service technique, secrétariat, buanderie et hôtellerie dans certains cas): en moyenne, on compte un *EPT* pour 15 patients, avec une fourchette de 8.8 à 25.4 cas.

Formation

13 cliniques de tailles diverses forment au total 1581 personnes au niveau secondaire II³⁰ et 777 personnes au niveau tertiaire³¹. On trouve en moyenne **une personne en formation de niveau secondaire II pour 12 patients et une personne en formation de niveau tertiaire pour 30 cas**. Des différences marquées apparaissent selon les établissements. Ainsi, des cliniques totalisant plus de 1000 cas forment cinq personnes en tout et pour

tout en additionnant les deux niveaux de formation. A l'inverse, des cliniques traitant quelque 250 cas forment environ 80 personnes.

4.1.3 Nombre de cas par rapport à l'effectif du personnel
Le tableau³² ci-dessous présente la répartition des postes pour 100 cas. Le secteur *hospitalier* est le mieux doté avec 10 postes pour 100 cas (ou 1 poste pour 10 cas). Les moins dotés sont les *services de consultation et de liaison*, avec moins d'un poste pour 100 cas. Un tel secteur est à l'évidence beaucoup moins gourmand en personnel.

²⁹ Médecins, psychologues, personnel infirmier, thérapeutes, assistants sociaux, soutiens spirituels, dans certains cas laboratoires / pharmacies

³⁰ Ecoles de maturité (gymnases), écoles de culture générale (ECG), formation professionnelle initiale

³¹ Formation professionnelle supérieure, hautes écoles spécialisées, universités, hautes écoles pédagogiques

³² L'activité dans les secteurs ambulatoires, hospitaliers ainsi que dans les cliniques de jour ne peut être comparée. Il convient de ne pas effectuer des additions dans les colonnes

Nombre de cas par rapport à l'effectif du personnel

	Nombre de cliniques	Nombre de cas	Nombre de postes au contact du patient	Nombre de postes pour 100 cas
Hospitalier	20	27'800	2'807	10.1
Ambulatoire	16	88'058	497	0.6
Clinique de jour	13	3'497	157	4.5
Consultation/liaison	10	4'149	15.4	0.4

4.2 Données chiffrées

4.2.1 Statistique des âges

Toutes les cliniques donnent des indications sur l'âge de leurs patients. En pédopsychiatrie et en psychiatrie des jeunes (jusqu'à 18 ans), le nombre des patients de sexe masculin est plus élevé que celui des patientes, mais leur total demeure modeste (11.7%). La proportion est inversée dans la psychiatrie des adultes et des personnes âgées. Les 19 à 65 ans représentent 75.5% du total des patients, alors que la proportion des personnes plus âgées représente 12.8%.

4.2.2 Occupation des lits

Les variations moyennes de l'occupation des lits se situent dans la normale. Par rapport à 2007, l'occupation des unités fermées a diminué (voir tableau), car des unités «semi-fermées» – dont les lits sont difficiles à attribuer – sont aussi mises en service. En géro-psycho- psychiatrie, l'occupation est plus stable par rapport à l'année précédente.

Occupation des lits

	Nombre de cliniques	Nombre de lits	Occupation en 2008	Occupation en 2007	Variation de l'occupation
Psychiatrie aiguë	23	2'881	93.45%	94.64%	-1.19%
Unités fermées	8	347	86.47%	91.02%	-4.55%
Géronto-psychiatrie	6	281	95.33%	95.02%	+0.32%

4.3 Qualité des procédures

Documentation de suivi standardisée

Les cliniques saisissent systématiquement le déroulement du traitement de leurs patients. Divers instruments sont utilisés à cet effet. Certaines cliniques développent leurs propres outils et les intègrent dans un environnement plus vaste: les documents de suivi peuvent être insérés dans un système d'information clinique (SIC) ou dans une *anamnèse* (dossier du patient) électroniques. 21 cliniques sur 24 utilisent la documentation de suivi *standardisée*.

Les principaux aspects d'une telle documentation sont:

- + *L'adéquation* à l'objectif: comment les soins sont-ils ajustés aux objectifs du traitement?
- + Documentation des soins: comment les entretiens et les changements de traitement se déroulent-ils et comment sont-ils documentés?

Collaboration interdisciplinaire

Toutes les cliniques encouragent la **collaboration interdisciplinaire** entre les médecins, les infirmières, les psychologues, les divers thérapeutes, les assistants sociaux, les soutiens spirituels ainsi que d'autres spécialistes.

Le patient bénéficie de cette collaboration *interdisciplinaire*, par exemple lors des entretiens, dans les rapports internes, lors des colloques, dans la planification des soins, dans la formation continue, dans les rapports de thérapie et les rapports des intervenants sociaux, lors des procédures d'admission et de sortie.

Collaboration avec les prestataires assignants et les prestataires assurant la suite du traitement
 Une collaboration étroite et fondée sur un esprit de partenariat avec les *prestataires assignants* et les prestataires assurant la suite du traitement est capitale pour toutes les cliniques. Les collaborateurs des cliniques procèdent à des échanges constants avec ces intervenants avant et après le traitement des patients. Ces entretiens réguliers et en temps voulu permettent d'informer les partenaires de manière optimale sur le déroulement du traitement.

Des contacts réguliers, par téléphone ou par e-mail, durant le séjour du patient et avant sa sortie apparaissent judicieux. Il est particulièrement important de consulter le *prestataire assignant*; cela donne à la clinique un aperçu du fonctionnement de la collaboration. Des symposiums, des cours de formation continue, des journées pour les médecins de famille et des colloques élargis favorisent l'échange d'informations, l'acquisition de connaissances et la mise en réseau.

Instrumentes spécifiques aux populations migrantes
 20 cliniques sur 24 mettent en œuvre des instruments spécifiques destinés aux populations migrantes. Tous les établissements s'accordent sur le fait qu'une bonne compréhension linguistique est une condition nécessaire à la prise en compte des *besoins* du patient. Les cliniques s'engagent à différents niveaux. Certaines proposent des services professionnels d'interprétariat et de traduction, qui sont aussi disponibles en urgence ou par téléphone. Les consultations et les thérapies sont effectuées dans la mesure du possible dans la langue maternelle du patient; un interprète peut être invité à cet effet. Les collaborateurs sont formés spécialement aux particularités culturelles. Nombre de cliniques ont désigné un responsable migration qui coordonne le conseil et la formation, qui assure la collaboration avec les intervenants extérieurs et qui, au besoin, invite des experts des migrations.

Travail auprès des proches

19 cliniques s'occupent systématiquement des proches. Nombre d'entre elles ont pour principe de les impliquer durant tout le traitement, de l'admission à la sortie du patient. D'autres le font sur une base ponctuelle, en présence de certaines indications ou lorsque le patient formule expressément ce souhait.

Des entretiens et des consultations destinées aux proches sont proposées à titre individuel, de manière systématique ou selon les *besoins*. Parmi les offres collectives, figurent les séances de groupe consacrées à un thème (la démence, par ex.), les réunions mensuelles et les groupes de thérapie pour les enfants de parents souffrant de maladies psychiques. En outre, des cours, des journées, des soirées d'information sont organisées pour les proches.

4.4 Sécurité des patients

La désignation systématique d'une personne de référence garantit la régularité des soins et contribue ainsi de manière essentielle à la *sécurité* des patients. La formation postgraduée du personnel est aussi capitale. Les cliniques organisent des cours obligatoires. Des formations à la *gestion* des crises enseignent aux collaborateurs comment se comporter avec le patient lors de situation de crise. Des outils *standardisés* permettent à des tiers, respectivement à des spécialistes, d'évaluer le potentiel de violence des patients.

4.4.1 Indicateurs

Remise des médicaments et planification des traitements médicamenteux

Des erreurs lors de la remise des médicaments ou de la planification des traitements médicamenteux sont évitées. Les standards de soins (y. c. contrôles répétés lors de la prescription des médicaments) optimise la sécurité dans ce domaine.

Mesures de contrainte

Les *mesures de contrainte* sont standardisées et documentées dans un système centralisé ainsi que dans les rapports quotidiens. Les spécialistes concernés disposent de check-lists et de consignes, notamment sur les fixations (liens corporels) ou l'isolation (local d'isolement, lits de sécurité spéciaux). Certaines check-lists prévoient en outre des mesures de désescalade.

Chutes

Les cliniques sont confrontées depuis longtemps au risque de *chutes*. Leur prévention est ancrée profondément, avec des mesures telles qu'un éclairage adapté, des revêtements de sol antidérapants, des pantalons rembourrés (surtout en géro-psycho). Nombre de cliniques prescrivent le comportement à adopter en cas de chute dans des marches à suivre précises et des instructions écrites.

Suicide

Les standards de soins contribuent à la prévention des *suicides*. Les *assessments* donnent des indications sur le degré de dangerosité du patient pour lui-même.

L'évaluation du risque de suicide découle d'un *monitoring* basé sur une saisie électronique standard. En cas de risque avéré, de tentative ou de suicide abouti, l'équipe de traitement applique des marches à suivre précises et des prescriptions écrites.

Le patient suicidaire est suivi de très près dans le secteur fermé; il est placé au besoin sous *surveillance* continue.

4.5 Enquêtes de satisfaction

Les cliniques psychiatriques mesurent à intervalles réguliers la *satisfaction des patients*, de leurs proches, des *prestataires assignants* et des prestataires assurant le suivi du traitement, ainsi que de leurs propres collaborateurs.

Elles utilisent à cet effet des instruments validés, développés à l'interne ou à l'externe. La plupart des enquêtes sont effectuées par écrit, parfois aussi par téléphone. Les résultats servent également à établir des comparaisons avec d'autres cliniques.

4.5.1 Satisfaction des patients

Toutes les cliniques mesurent la satisfaction de leurs patients. Les enquêtes sont effectuées chaque année. En règle générale, les résultats sont comparés à ceux d'autres cliniques. L'instrument le plus fréquemment utilisé est le questionnaire PoC 18 (Perception of Care) de la société Metrics. Les huit établissements qui y recourent atteignent un taux de satisfaction 79.4% en moyenne (0 = valeur la plus mauvaise, 100% = satisfaction absolue).

*Le Questionnaire de Münsterlingen (MüPF)*³³ arrive en deuxième position. Il est employé dans le cadre d'un *benchmarking* avec d'autres cliniques psychiatriques. Des enquêtes sont constamment effectuées en cours de traitement et à la sortie. **La satisfaction des patients atteint en moyenne 78.8%.**

Huit autres cliniques recourent à divers autres instruments. Leurs résultats ne peuvent pas être comparés³⁴.

4.5.2 Satisfaction des proches

Les patients atteints par certaines maladies ne peuvent être interrogés personnellement. Les résultats ne permettraient pas de définir des mesures adéquates d'amélioration. Dans ces cas, la satisfaction des proches peut être recueillie. C'est le cas dans trois cliniques.

4.5.3 Satisfaction des prestataires assignants et des prestataires assurant le suivi des soins

13 cliniques mesurent la satisfaction des prestataires assignants et des prestataires assurant le suivi des soins: 9 utilisent à cet effet un outil de la société *Mecon*. L'intervalle entre les enquêtes varie entre trois et cinq ans.

Les 4 cliniques restantes appliquent chacune un instrument différent, dont celui du «*Verein Outcome*» qui mesure la satisfaction du généraliste à l'égard des médecins de la clinique. Il couvre sept aspects, notamment la qualité de la transmission des informations, la légitimité de la décision relative au lieu de sortie, la pratique en matière de sortie ou de transfert.

4.5.4 Satisfaction des collaborateurs

20 cliniques mesurent la satisfaction de leurs collaborateurs, suivant des fréquences variées: plusieurs fois à des intervalles très courts, ou uniquement lorsque le collaborateur quitte la clinique.

L'instrument de *Mecon* est le plus utilisé, avec 8 cliniques. Mais les valeurs ne sont pas comparables car les enquêtes sont effectuées à des intervalles différents. On peut cependant parler d'**un taux de satisfaction de quelque 72%.**

³³ Questionnaire de Münsterlingen sur la satisfaction des patients

³⁴ Voir Chapitres, «Introduction» et, «Principes» sur la problématique des comparaisons entre les hôpitaux

4.6 Activités relatives à la qualité

4.6.1 Certifications qualité, normes et standards
Les *normes* et les *standards* servent à introduire et à appliquer de manière uniforme les systèmes de *gestion* de la qualité existants. La norme européenne est la plus fréquemment utilisée. Parmi les 24 cliniques qui ont remis des rapports, 9 appliquent la norme complète. Sur ces 9 établissements, 7 disposent de certificats actuels et valables alors que 2 ne sont pas encore certifiés. 3 cliniques recourent à *ISO 9001*. **Tous les certificats sont actuels et valables.**

La norme *SanaCERT* est appliquée depuis peu en psychiatrie³⁵: une clinique a terminé à fin 2009 son *audit de certification*.

La norme «*QuaTheDA – Qualité Thérapie Drogue Alcool*»³⁶ de l'Office fédéral de la santé publique (OFAS) est utilisée dans le domaine des addictions. Elle est également appliquée en dehors de la psychiatrie, par exemple dans les services psychosomatiques des hôpitaux de soins aigus et dans les institutions spécialisées pour les jeunes et les personnes toxicodépendantes.

4.6.2 Activités permanentes

Les cliniques recourent à divers outils pour contrôler la qualité des prestations, pour l'améliorer et la documenter. Les établissements utilisent en moyenne quatre à sept instruments, certains davantage. Les plus fréquents sont:

Cercles de qualité

Quatre cliniques mentionnent des *cercles de qualité* structurés, étendus à l'ensemble de l'institution. Ces derniers peuvent concerner une seule institution ou impliquer une collaboration avec d'autres cliniques. Ils servent à l'échange de connaissances et aux comparaisons effectuées à l'aide de divers *indicateurs*, et de discussions de cas anonymisés.

Identification des risques

Les cliniques disposant d'une procédure structurée de gestion des risques identifient les risques potentiels liés à l'entreprise ou aux soins (risques cliniques). Divers instruments sont disponibles pour l'identification des risques:

- + Recherche des risques à l'admission du patient.
- + Inventaire de l'intensité des *symptômes* (y compris évaluation des risques de *suicide*, d'*agression*, de *fugue*, etc.) à l'admission, en cours de traitement, à la sortie.
- + Enquêtes continues.

Dans les cliniques suisses, le traitement des situations à risque correspond aux standards de qualité de l'*Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie (ASMP)*³⁷.

³⁵ SanaCERT englobe huit standards dans les centres psychiatriques: standard de base pour la gestion de la qualité, hygiène, avis du patient, CIRS, processus de soins, situations à risque, mesures de contraintes et collaboration interdisciplinaire.

³⁶ www.quatheda.ch

³⁷ www.psychiatrie.ch

Gestion des plaintes

La *gestion* des plaintes offre la possibilité aux patients et à leurs proches d'exprimer leurs réclamations et leurs propositions d'amélioration au sujet du traitement ou du séjour. Les cliniques analysent régulièrement les plaintes reçues. Les plaintes sont évaluées systématiquement selon leur fréquence et leur gravité et des mesures d'amélioration sont décidées. Certaines cliniques mettent à disposition un ombudsman à qui les plaintes sont adressées.

Formation postgraduée et continue

Des offres *interdisciplinaires* dans le cadre de la formation postgraduée et continue³⁸ sont disponibles pour toutes les catégories de collaborateurs dans les domaines spécialisés et sociaux. La *FMH*³⁹, par exemple évalue la qualité de la formation postgraduée médicales en interrogeant les médecins concernés.

Commission d'hygiène / EKAS / HACCP

La commission d'hygiène vérifie le respect des prescriptions d'hygiène dans l'ensemble de toute la clinique. Certains secteurs particuliers sont également contrôlés dans le cadre de la solution de branche de H+ pour la *sécurité* et la santé au travail (*EKAS*), par exemple les cuisines, la cafeteria, l'hôtellerie. Le système de prévention *HACCP* (analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise) a pour objectif d'assurer la sécurité des denrées alimentaires et des consommateurs.

CIRS – Critical Incident Reporting Systems

Au moyen des *CIRS* (systèmes de déclarations d'incidents critiques), les collaborateurs des hôpitaux annoncent les incidents, les fautes, les erreurs d'appréciation qui, sous certaines conditions, auraient pu entraîner un dommage pour le patient. Les cliniques recourent aussi aux *CIRS* pour évaluer systématiquement ces déclarations et, dans la mesure du possible, en temps réel afin de mettre en œuvre des mesures d'amélioration. 19 cliniques sur 24 disposent d'un *CIRS*. Les *chutes*, les erreurs de médication, les tentatives de fugue notamment sont saisies. Deux cliniques utilisent des *CIRS* selon le modèle st-gallois⁴⁰. Plusieurs établissements utilisent des banques de données *CIRS* communes⁴¹. Une telle solution pourrait être introduite au niveau national pour la psychiatrie.

Gestion des agressions

Trois cliniques exercent une **gestion conséquente des agressions** depuis des années. Un comportement professionnel face aux agressions et à la violence est enseigné et répété en permanence. L'objectif est, si possible, de ne pas devoir recourir à des *mesures de contrainte* et de restriction de la liberté (voir aussi chapitre 4.4.1, «Indicateurs»).

³⁸ La formation postgraduée désigne l'acquisition de nouveaux savoirs ou compétences. La formation continue désigne le rafraîchissement des connaissances.

³⁹ www.fmh.ch

⁴⁰ www.meldeportal.ch

⁴¹ OSIRIS. www.osiris-portal.ch

4.6.3 Projets qualité ponctuels

Outre les activités qui sont menées en permanence, les cliniques poursuivent aussi des programmes spécifiques d'amélioration. Ces derniers concernent pour la plupart la totalité de l'établissement, alors que d'autres visent des améliorations dans des secteurs particuliers (pédopsychiatrie et psychiatrie pour les adolescents, géro-psycho-atrie) ou dans un secteur isolé (traitement des dépendances). Il s'agit par exemple de:

Intervention préventive en cas de psychose	Dépistage précoce des troubles psychotiques et amélioration de la prévention.
Nouvelle installation de communication	Améliorer l'accessibilité du personnel médico-thérapeutique et garantir l'alerte médico-technique.
Centre psychiatrique de crise	Création d'un service d'intervention en cas de crise.
Révision du <i>standard</i> de médication	La <i>sécurité</i> en cas de prise de médicament par le patient lui-même s'accroît avec la révision la révision du <i>standard de soins</i> «Médication».
Check-list <i>interdisciplinaire</i> pour les admissions	Optimisation des flux d'information (à l'admission), augmentation de la satisfaction du patient et soutien au nouveau personnel <i>soignant de référence</i> (collaborateurs).
Optimisation des interfaces externes	Information et intégration des partenaires, en particulier le prestataire assignant en pédopsychiatrie et en psychiatrie pour adolescents, afin d'optimiser l'ensemble du <i>processus</i> de traitement du patient.
Clinique de jour pour les patients souffrant d'addictions	Un élargissement de l'offre thérapeutique pour les personnes souffrant d'addictions est prévu et mis en œuvre sur la base de nouvelles connaissances livrées par la recherche et la pratique.
<i>Ambulatoire</i> plutôt qu' <i>hospitalier</i>	Développement des soins <i>ambulatoires</i> .
Création de centres de compétences	Renforcement des capacités: création de trois centres de compétences «Dépression et angoisse», «Burn-out et crise existentielle», «Psychosomatique».

5 Réadaptation

5.1 Introduction

13 cliniques de *réadaptation*, comprenant au total 16 sites, ont remis leurs rapports qualité. 8 cantons sont représentés. 4 sites appartenant à un groupe de cliniques se situent sur deux cantons. 8 rapports proviennent de cliniques privées, 5 de cliniques publiques ou subventionnées par les pouvoirs publics.

La plupart des cliniques font de la réadaptation tant hospitalière qu'*ambulatoire*. Le groupe de cliniques privées répartit son offre sur 4 sites avec de la réadaptation hospitalière et 5 sites supplémentaires au titre de centres *ambulatoires* de thérapie et de réadaptation. Quelques établissements gèrent également des cliniques de jour.

L'offre de prestations des différentes cliniques est multiple. A côté des *catégories de réadaptation* mentionnées par les différentes cliniques figurent explicitement de nombreux domaines spécialisés: la réadaptation hautement spécialisée pour les patients paraplégiques et souffrant de traumatismes crânio-cérébraux, mais aussi la médecine du sommeil, la réadaptation des troubles de la déglutition, la réadaptation en cas de sclérose multiple, la thérapie de la douleur, le traitement de la colonne vertébrale cervicale, la médecine traditionnelle chinoise, l'hydrothérapie et l'unité consacrée au coma vigile.

5.1.1 Importance accordée à la qualité

Certaines cliniques pratiquent depuis dix ans déjà une *gestion* structurée de la qualité, qui fait de plus l'objet d'une *certification*. D'autres sont membres de *SWISS REHA*⁴², qui impose le respect de *standards* de qualité élevés.

La relation patient – prestataire et la *satisfaction des patients* sont au centre des préoccupations des cliniques. Une grande importance est accordée à l'interdisciplinarité et aux réseaux. Un certain nombre de cliniques associe directement ces deux éléments à l'expression de leur objectif, à savoir permettre au patient de retrouver son autonomie.

5.1.2 Structure de qualité

Dans la plupart des cliniques, la gestion de la qualité est directement rattachée à la direction, sous la forme d'un poste d'état-major ou d'une fonction hiérarchique. Quelques cliniques comptent plusieurs «managers qualité» se situant au même niveau hiérarchique (par ex. responsable qualité, chargés de la qualité, commission qualité). En règle générale, des commissions sont constituées qui se consacrent à des aspects spécifiques de la qualité des prestations. Certaines cliniques comptent jusqu'à neuf commissions de ce type qui dépendent du responsable qualité.

⁴² www.swiss-reha.com

5.2 Données chiffrées

5.2.1 Vue d'ensemble par domaine

Les principaux chiffres en un coup d'œil.

5.2.2 Sorties par domaine

Un groupe de cliniques n'indique pas où sont dirigés les patients à leur sortie. On constate néanmoins qu'une large majorité des patients sont renvoyés à domicile au terme de leur *réadaptation*. La part des personnes transférées à une institution de soins de longue durée ou à un hôpital est nettement plus élevée, si elles ont accompli un programme de réadaptation *neurologique* – et cela en raison avant tout de la complexité de la maladie et du *processus* de guérison.

Vue d'ensemble par domaine / Sorties par domaine

Domaine	Nombre de cliniques	Nombre de lits	Nombre de cas	Ø durées de séjours
Musculo-squelettal	10	664	9528	21.0 jours
Gériatrie et neuroréadaptation, y. c. réadaptation précoce	8	392	3786	34.5 jours
Réadaptation pulmonaire	2	(40) ⁴³	1357	20.3 jours
Réadaptation cardiaque	2	114	1702	22.0 jours
Traitement des patients polymorbides ⁴⁴ - Réadaptation postopératoire (e. a. oncologie) - Réadaptation psychosomatique	1	11 21	163 302	23.7 jours 22.8 jours
Pédiatrie	2	ambulatoire	---	---

Sorties par domaines	Total sorties	Dont retours à domicile	Dont vers la longue durée	Dont autres ⁴⁵	Non précisé
Musculo-squelettal	9'461	6'654	108	202	2'497
Neurologie	3'650	2'105	322	194	1'029
Pulmonaire	1'351	457	4	60	830
Cardiaque	1'702	1'665	0	37	0
Postopératoire	159	131	6	22	0
Psychosomatique	294	286	1	7	0

⁴³ Nombre de lits obtenu uniquement d'un seul établissement

⁴⁴ Patients en médecine interne et souffrant de plusieurs maladies (polymorbides)

⁴⁵ 367 transferts dans un autre hôpital ou une autre clinique (191 domaine musculo-squelettal, 176 neurologique), 23 destination non précisée et 6 cas mortels

5.2.3 Offre de traitements selon les disciplines et la fréquence

10 cliniques fournissent des indications sur les traitements proposés selon la discipline, la fréquence et l'intensité de ces derniers. 2 cliniques individuelles et un groupe n'apportent pas de précision sur ce point parce que leurs relevés ne sont pas achevés.

Le dépouillement des données indique la répartition suivante de l'offre thérapeutique: physiothérapie 67.7% (732'806 cas), ergothérapie 22.6% (24'292 cas), logopédie 9.1% (9'741 cas), consultation nutritionnelle 0.6% (706 cas). En outre, des thérapies et consultations sont offertes au niveau psychosocial (9'059 cas), la consultation sociale faisant état de 1'344 cas. Pour ces deux domaines, une consultation dure en moyenne 3 heures.

5.2.4 Offre de traitements les week-ends et jours fériés

Toutes les cliniques de **réadaptation** proposent des traitements les samedis, partiellement limités, par exemple aux admissions et aux urgences. Si 11 cliniques dispensent des prestations le dimanche. 5, en revanche, y renoncent. 14 cliniques offrent des prestations les jours fériés. 2 ne le font pas.

5.2.5 Durée des traitements

Quelques cliniques mentionnent les durées des traitements selon leur gravité. Le tableau ci-dessous présente la répartition en fonction de la gravité et de la catégorie.

Intensité de traitements des thérapies selon la gravité et le domaine

Intensité de traitements des thérapies selon la gravité et le domaine	Nombre d'heures minimales de thérapie / jour				Nombre d'heures moyenne de thérapie / jour			
	faible	moyen	fort	Ø	faible	moyen	fort	Ø
Musculo-squelettal	1.2	1.4	1.7	1.4	2.1	2.1	2.1	2.1
Neurologie	2.0	2.5	2.5	2.3	3.0	3.2	3.0	3.1
Pulmonaire *	2.0							
Cardiologie *	1.25	1.25	1.0	1.25	3.5	2.0	1.5	2.3
Angiologie *						3.4		
Programme douleur *						5		
Médecine interne / oncologie * / **						2.4		
Psychosomatique * / **						3.45		

* ces domaines ne comprennent que les données d'une clinique

** Ces durées comprennent la part thérapeutique des soins de réadaptation (mobilisation, instructions, mise en œuvre des recommandations de traitement). Si ces prestations ne sont pas prises en considération, les durées de la thérapie diminuent d'environ une heure.

5.2.6 Personnel

Si l'on souhaite connaître le personnel à disposition dans une clinique à un moment donné, on doit se baser actuellement sur la dotation par catégorie de *réadaptation*. Des comparaisons sur la durée ne pourront être proposées par H+ qu'au cours des prochaines années. Elles permettront de tirer des enseignements intéressants, si l'évolution des dotations en personnel.

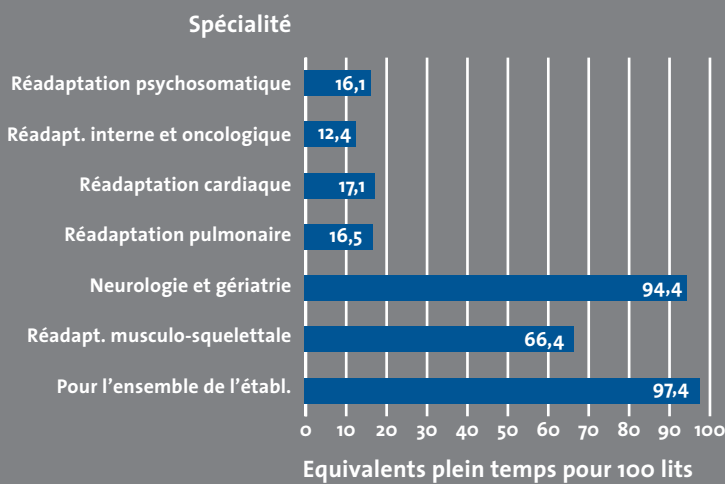
8 cliniques ont livré des données sur le nombre de postes EPT. 6 d'entre elles se sont basées sur la statistique officielle du personnel de l'Office fédéral de la statistique (OFS). 2 cliniques effectuent leurs propres relevés de données. 5 cliniques n'ont pas fourni d'information concernant la statistique du personnel.

Postes EPT pour 100 lits en service et selon le domaine
Les données présentées dans le diagramme ci-dessous se rapportent aux postes EPT concernant le personnel soignant, médical, médico-technique, médico-thérapeutique et les fonctions de direction dans les différents domaines de la réadaptation.

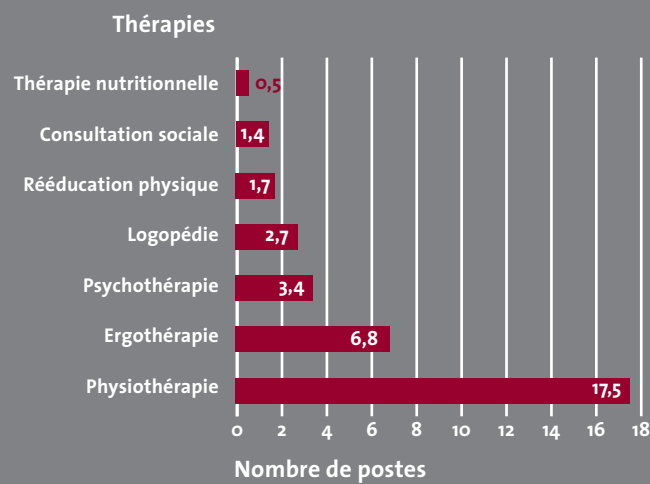
Nombre moyen de postes à plein temps par offre thérapeutique

La plupart des cliniques ne font pas de distinction entre les domaines (*musculo-squelettal, neurologique/gériatrique, etc.*), mais indiquent le nombre moyen de postes à plein temps par offre thérapeutique pour l'ensemble de la clinique.

Postes EPT pour cent lits en service selon le domaine



Nombre moyen de postes EPT par offre thérapeutique



5.3 Instruments

5.3.1 Instruments de la qualité

Les 13 rapports citent au total 36 instruments de la qualité. Les principaux sont les suivants:

Gestion des risques

L'objectif principal consiste à minimiser et éviter les dommages lors du traitement des patients, pour les collaborateurs et pour le fonctionnement de la clinique. A cette fin, les cliniques élaborent des analyses de risques, mettent au point des mesures préventives et disposent de marches à suivre en cas d'urgence.

CIRS

Le *CIRS* est l'instrument le plus connu en relation avec le traitement des patients. Les incidents médicaux potentiellement évitables, qui auraient pu entraîner un dommage pour le patient, sont systématiquement répertoriés, documentés et analysés. Des incidents similaires à ceux répertoriés devraient ainsi être évités à l'avenir.

Gestion des plaintes / boîte à idées

La *gestion des plaintes* règle le traitement des réclamations des patients. Les réclamations peuvent viser le secteur médico-infirmier, le secteur médico-thérapeutique, l'hôtellerie voire l'ensemble de la clinique. La clinique enregistre systématiquement les plaintes et les analyse, afin d'en tirer des leçons et des améliorations.

La boîte à idées permet aux collaborateurs de formuler des propositions pour la résolution de problèmes et pour apporter des améliorations au quotidien. Les suggestions sont traitées en continu. Quelques cliniques récompensent les meilleures idées, afin de stimuler le recours à la boîte à idées.

5.3.2 Instruments d'évaluation/assessment

Durant le déroulement du traitement, on recourt constamment aux instruments d'évaluation, afin d'évaluer, de planifier et de mettre en oeuvre une procédure assurant une intégration professionnelle rapide et durable. Les instruments sont nombreux et peuvent être très spécifiques.

Réadaptation musculo-squelettale

L'instrument principal est l'échelle *SF-36*. Cette dernière est utilisée pour l'*assessment* lors de l'entrée, de la sortie et du traitement en cours. Elle permet de saisir dans quelle mesure le patient parvient à accomplir les activités de base de la vie quotidienne. 7 cliniques utilisent l'échelle *SF-36*, dont l'une en lien avec un projet de l'ANQ. 3 cliniques utilisent l'instrument Tinetti pour l'évaluation continue, en cas de risque de *chute* et pour les tests de marche de trois minutes. D'autres instruments servent à l'évaluation continue du traitement, parfois aussi de manière spécifique pour les différentes parties du corps et de manière générale pour l'évaluation de la douleur.

Réadaptation neurologique

L'instrument principal est l'*Indice de Barthel* étendu. Il est utilisé également pour l'*assessment* lors de l'entrée, de la sortie et le traitement en cours. 8 cliniques l'utilisent. 3 cliniques recourent à Tinetti pour l'entrée, la sortie et le traitement en cours. D'autres instruments sont utilisés pour évaluer le *processus* de guérison en cas d'attaque cérébrale ou dans la *réadaptation* précoce.

Réadaptation pulmonaire et cardiaque

Les deux domaines de traitement pulmonaire et cardiaque travaillent avec des instruments de mesure de la qualité de vie, des tests d'effort (*ECC*), des mesures de la fonction pulmonaire, de l'équilibre, de l'aplomb, des aptitudes aux fonctions quotidiennes et de tests de mobilité.

Réadaptation interne médicale

2 cliniques évaluent la réadaptation interne médicale grâce à la Mesure d'indépendance fonctionnelle *MIF* et l'échelle visuelle analogue (ou *VAS* visual analog scale). Avec la réadaptation postopératoire et oncologique, la clinique réalise également des tests de marche de trois minutes.

Réadaptation psychosomatique

La réadaptation psychosomatique recourt aux instruments suivants: questionnaire *HADS* (évaluation de l'anxiété et de la dépression), test de marche de trois minutes, *MIF* et *VAS*. Une clinique, qui compte aussi la réadaptation cardio-vasculaire dans son offre, transmet régulièrement ses données au Groupe suisse de travail pour la réadaptation cardio-vasculaire (*GSAC*)⁴⁶.

⁴⁶ www.sakr.ch

5.4 Enquêtes de satisfaction

A côté des chiffres techniques et scientifiques, l'évaluation subjective des divers groupes est également importante. Comme pour les soins somatiques aigus (chapitre 3.2, «Enquêtes de satisfaction»), les cliniques mènent des enquêtes de satisfaction au moyen de questionnaires soigneusement élaborés, d'ampleur et à intervalles variables. La présentation des taux de satisfaction diverge selon les groupes cibles. Dans ce rapport, 0% signifie une totale insatisfaction et 100% une parfaite satisfaction.

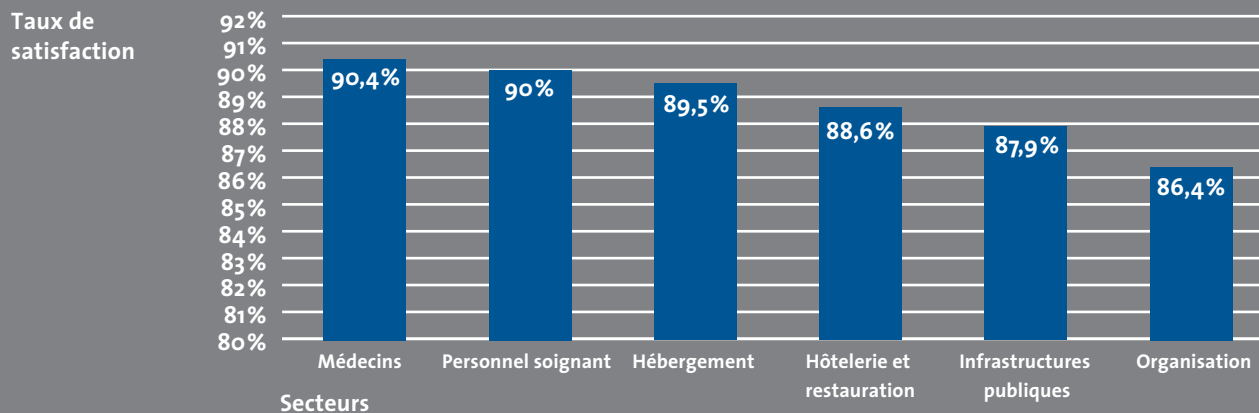
5.4.1 Satisfaction des patients

10 des 13 cliniques mesurent la *satisfaction des patients*. Deux d'entre elles recourent à des enquêtes internes et externes. Une clinique a mis au point son propre instrument de mesure.

Les cliniques utilisent des questionnaires *standards* sous forme écrite, ou effectuent des interviews téléphoniques. Les deux méthodes peuvent être utilisés de manière complémentaire. Le questionnaire le plus utilisé est celui de la société *Mecon*. La fréquence des enquêtes est très variable. Le rythme est mensuel pour certaines institutions, plus espacé pour d'autres, voire même triennal. La dernière enquête remonte en moyenne à 8.8 mois, à compter du 31.12.2008.

Les traitements médicaux remportent la palme de la satisfaction. L'organisation récolte en moyenne les moins bons scores, qui restent néanmoins très élevés, avec 86.4 % de satisfaction!

Satisfaction des patients en réadaptation par secteur



5.4.2 Satisfaction des collaborateurs

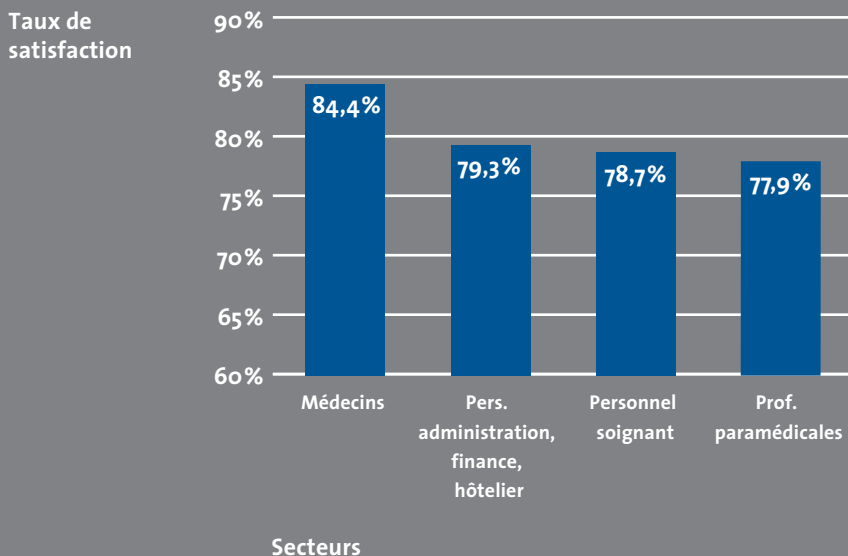
10 cliniques sur 13 mesurent la satisfaction des collaborateurs, Une clinique qui renonce aux mesures systématiques estime que son faible taux de rotation du personnel témoigne d'une satisfaction élevée. En règle générale, les enquêtes ont lieu tous les 2 à 3 ans; deux cliniques ont opté pour un rythme annuel. La dernière enquête remonte en moyenne à 15.3 mois, à compter du 31.12.2008.

La présentation détaillée donne les résultats suivants (voir le tableau ci-dessous): les médecins affichent la plus grande satisfaction, les professions médico-thérapeutiques la plus faible (moyenne des données des cliniques, entre 0 à 100%). Compte tenu du caractère restreint de l'échantillon, les résultats sont à interpréter avec prudence.

5.4.3 Satisfaction des prestataires assignants

8 cliniques sur 13 mesurent la satisfaction des *prestataires assignants*, 4 avec un instrument interne, 4 de manière externe. Une clinique utilise les deux modes. La fréquence des mesures est très variable, de trimestrielle à tous les cinq ans. La dernière enquête remonte en moyenne à 32.6 mois, à compter du 31.12.2008. Une seule clinique fournit des résultats détaillés, 86% de satisfaction pour les médecins, 88% pour les soignants et 100% pour les services sociaux.

Satisfaction des collaborateurs de la réadaptation par secteur



5.5 Efforts d'amélioration

5.5.1 Normes et standards utilisés

Un grand nombre de *normes* et de *standards* sont utilisés dans les activités d'amélioration. Les principaux sont:

Systèmes de gestion de la qualité

SWISS REHA

EFQM

ISO 9001: 2000 à 9001:2008

BSV IV 2000

Directives structurelles strictes pour les cliniques de *réadaptation*.

Système européen global de *gestion* de la qualité, reposant sur 9 *critères* et 32 sous-critères, beaucoup plus utilisé qu'ISO.

Système international de gestion de la qualité mondialement répandu.

Base normative destinée aux institutions pour personnes handicapées.

Normes thématiques ou spécifiques à un département

HPH – Health Promoting Hospital

QUALAB

Hôpital promoteur de la santé.

Standards de qualité pour les laboratoires médicaux.

5.5.2 Activités permanentes d'assurance qualité

Un grand nombre de ces activités concernent, dans les cliniques de réadaptation, des départements ou des secteurs isolés. Les principales sont les suivantes:

A l'échelle de la clinique

Gestion des risques

CIRS – mesure des incidents critiques

Prévention ou minimisation des dommages.

En phase d'introduction ou déjà en place dans 5 cliniques, avec la *sécurité* des patients pour objectif principal, en tirant les enseignements des incidents critiques.

Monitoring des chutes

4 cliniques recensent les *chutes* de manière suivie et effectuent une *surveillance* systématique des chutes, dans un but préventif.

Gestion des plaintes

Les réclamations des patients sont traitées de manière systématique et en permanence.

Promotion du personnel

Promotion des collaborateurs grâce à une supervision technique interne, une évaluation annuelle et une classification professionnelle, promotion des activités sportives, organe de médiation, etc.

Autres activités: prévention des *escarres*, analyse des risques, gestion des urgences.

Activité propre à un secteur

Les principales activités sont menées dans les secteurs de la gestion des données électroniques, de l'amélioration de la qualité des résultats (CIQ) et de l'élaboration de *standards* thérapeutiques. Quelques cliniques sont actives sur plusieurs de ces fronts simultanément.

Dossier patient électronique	2 cliniques introduisent le dossier patient électronique: amélioration de la gestion des données et de la documentation, codage des prestations aux patients.
Standards thérapeutiques	2 cliniques élaborent des standards thérapeutiques, effectuent à cette fin différentes évaluations liées aux résultats et améliorent ainsi leur transmission.
Hôtellerie	Création de nouveaux concepts d'optimisation de l'offre (infrastructure, <i>processus</i> , cuisine de saison, etc.).

5.5.3 Projets d'amélioration de la qualité

3 cliniques travaillent de manière continue à la conception, la réalisation et l'optimisation d'un système de management de la qualité. Elles souhaitent uniformiser leurs structures, revoir les processus et améliorer la convivialité.

Sélection de projets spécifiques:

Gestion des risques / <i>sécurité</i> des patients	Introduction d'un <i>CIRS</i> , recensement systématique et prévention des <i>chutes</i> , <i>monitoring</i> des <i>escarres</i> .
Relation médecin-patient	Optimisation avec fixation claire des objectifs entre patient et médecin.
Gestion des données électroniques	2 cliniques travaillent à l'introduction ou à l'optimisation d'un système d'information clinique (<i>SIC</i>), à la mise au point du dossier patient électronique et à son accès pour les soignants. L'écran multi-média est introduit à cet effet au lit du patient.
Domaine médico-thérapeutique et soins Standards thérapeutiques	Différents projets visent l'amélioration des standards thérapeutiques. Par exemple : des lignes directrices permettent d'informer le patient lors de son admission sur le calendrier des traitements.
Projets de recherche	Orientés notamment sur le développement de la thérapie de la douleur et en faveur de patients victimes d'une attaque cérébrale. Un jardin des sens est par exemple aménagé (action bienfaitrice des senteurs, couleurs et surfaces).
Formation continue et postgraduée	Check-lists et cours à l'intention du personnel médical contribuent à l'amélioration des concepts d'action. La formation dans la gestion des plaintes en fait partie.

6 Soins de longue durée

14 homes ont remis leurs rapports qualité. Parmi eux, dix centres de soins qui font partie d'un même groupe. La synthèse des 5 rapports n'est bien sûr pas représentative pour l'ensemble de la Suisse. Les cinq rapports proviennent de cantons alémaniques (AG, GR, SG, SH, ZH).

Il n'est pas possible de tirer des conclusions générales pour la branche, mais les indications fournissent néanmoins un aperçu révélateur.

6.1 Introduction

La palette de prestations va des soins somatiques et psychiques de longue durée, en passant par les soins de transition pour les patients sortant d'un séjour *hospitalier*, jusqu'aux soins et à la prise en charge de personnes atteintes de démence. Les institutions de soins s'inscrivent pleinement dans des réseaux, et sont, pour une part, gérées comme divisions d'un complexe hospitalier.

Diverses formes de logement coexistent, par exemple appartements ou chambres pour personnes âgées, résidences, appartements protégés pour personnes atteintes de démence. Les formes de séjour sont également variables, elles vont de deux semaines «à l'essai» à des séjours de longue durée, en passant par des périodes de vacances.

Un certain nombre de homes insistent, en introduction de leurs rapports, sur l'importance du respect, de l'autonomie et de la qualité de vie de leurs résidents. Un home suit explicitement les lignes directrices d'éthique professionnelle «Qualité dans les soins», «soins sécuritaires» et «soins équitables».

6.2 Structures de la qualité

6.2.1 Organisation

Tous les homes n'affichent pas le même état d'avancement dans l'élaboration de structures pour la qualité. Celle développée par le groupe de centres de soins est la plus complète : un comité de *gestion* de la qualité pilote le *développement de la qualité* pour les 10 sites, un service spécialisé dans la gestion de la qualité est chargé de la mise en œuvre opérationnelle et chaque centre de soins dispose d'un comité de gestion de la qualité. Tous les centres ont au moins un responsable qualité, un chef qualité et un responsable des données.

6.3 Données chiffrées

L'hétérogénéité est importante, tant en ce qui concerne les durées moyennes de séjour que les *coûts* moyens des soins par jour. Les futurs rapports de branche, basés sur un plus grand nombre de homes et de rapports qualité par hôpital fourniront une image plus pertinente.

Le taux moyen d'occupation de chaque home est élevé puisqu'il va de 89% à 102%. Un taux de suroccupation est possible si une chambre simple est occupée par une deuxième personne, par ex. le conjoint.

6.3.1 Admissions et sorties

La majorité des résidents (63.3%) ont été adressés au home à la sortie de l'hôpital ou d'une autre institution. Environ 28% habitaient chez eux ou dans un autre home avant leur admission.

53% des résidents sont décédés dans une institution de soins et 28% ont pu retourner chez eux après un séjour dans le home, 19% sont parties pour une autre institution.

6.3.2 Statistique selon les âges

Conformément au modèle de rapport sur la qualité pour les soins de longue durée de H+ qualité®, l'âge des résidents doit être consigné par tranches de 5 ans. Certains homes répartissent les âges des résidents par tranches de 10 ans. C'est donc cette dernière répartition qui est retenue pour la statistique générale des 14 homes.

26% des femmes et 12% des hommes ont 90 ans ou plus. La catégorie des 80-89 ans est de loin la plus représentée, pour les deux sexes: femmes (49%), hommes (46%). 8% des résidentes et 18% des résidents ont moins de 70 ans.

Données chiffrées

Données chiffrées	Valeur moyenne	Ecart
Durée moyenne de séjour en jours	266.1	Maximum: 649.0 Minimum: 66.9
Taux moyen d'occupation	95 %	Maximum: 101.5% Minimum: 88.8%
Coûts moyens des soins par jour en CHF	195.18	Maximum: 307.46 Minimum: 99.18

6.3.3 Ressources humaines

Les données de 13 homes sont disponibles.

Le taux de rotation du personnel s'élève, à 18.1%. Il n'est pas précisé si les départs à la retraite et/ou les engagements pour une durée limitée sont compris dans ces chiffres. Le nombre de collaborateurs étrangers approche les 30%, soit quasiment le même taux moyen que celui de l'ensemble des homes *hospitaliers* en Suisse.

Ressources humaines

Données chiffrées	Valeur	Remarques
Nombre total de collaborateurs	1'674 équivalents plein temps	+133 personnes (sans indication des équivalents plein temps)
Nombre de collaborateurs pour 100 journées de soins facturées	0.25 EPT	Données de 12 homes (moyenne arithmétique)
Nombre de médecins employés ou sous contrat	35.7 EPT	Médecins accrédités, médecins chefs, chefs de clinique, médecins assistants, médecins consultants
Nombre de personnels soignants employés ou sous contrat	1'019 EPT *	En outre +83 personnes ** (sans indication des équivalents plein temps), +21.3 EPT ***
Taux de rotation du personnel	18.1%	Maximum: 27.9%, minimum: 10.1%
Statistique des absences	10.3 jours	Pour 100 EPT (moyenne arithmétique); maladie et accident seulement
Collaborateurs étrangers	29%	Taux de collaborateurs avec passeport étranger Maximum: 41%, minimum: 7%
Nombre de personnes en formation (apprentissage, formation de base et et postgraduée)	274 EPT *	En outre +9 personnes / +12.7 EPT
Nombre de jours de formation postgraduée par poste et par année	4.18 jours	Maximum: 6.29, minimum: 1.72

* 10 homes, appartenant tous au groupe de centres de soins

** 2 homes; y. c. chefs d'unités, soignants, thérapeutes d'activation, sans les aides-soignants

*** 1 home; seulement les personnes ayant les niveaux de diplôme DN I, II, ES, AS-CRS, ASSC

Part des groupes professionnels

Les 10 homes faisant partie du même groupe emploient 1'019 équivalents plein temps pour les soignants, ce qui représente 65.7% des collaborateurs. Les 34.3% restants sont répartis entre l'intendance (11.9%), La cuisine et la cafétéria (8.5%), l'administration (7.0%), le secteur médical (4.5%) et les services techniques (2.4%). Les autres homes ne précisent pas la répartition des groupes professionnels en pour cent.

6.4 Offre thérapeutique

12 homes font état de l'offre thérapeutique suivante:

Physiothérapie

L'offre est vaste et l'infrastructure appropriée: Massages, gymnastique, thérapie manuelle, thérapie d'entraînement, méthode Pilates, drainages lymphatiques, exercices contre l'incontinence et électrothérapie. D'autres offres sont encore plus spécialisées

Thérapie occupationnelle

L'offre est vaste et l'infrastructure appropriée. La thérapie d'activation est principalement citée. Elle est réalisée en individuel ou en groupes.

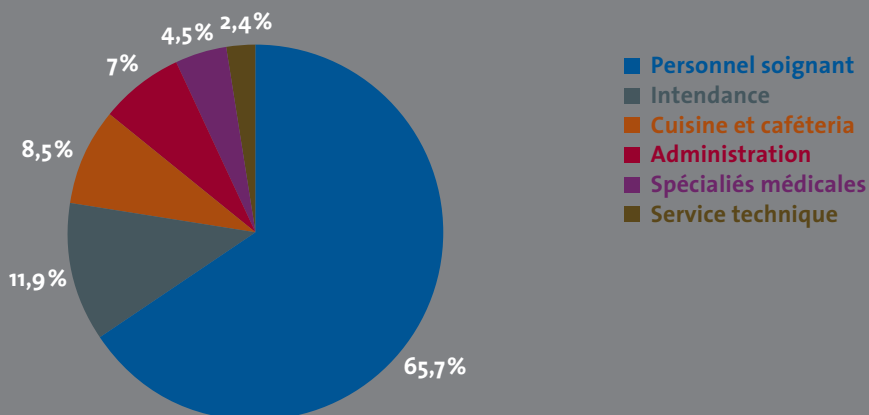
Ergothérapie

L'offre est vaste et l'infrastructure appropriée: Elle englobe la neurologie/gériatrie, la thérapie motrice fonctionnelle, les exercices de stimulation sensorielle, le fitness mental, les auto-soins, la mise à disposition de moyens auxiliaires, l'intégration au quotidien et la thérapie de la main.

Autres offres

Les autres offres concernant la logopédie (à la demande) et les massages, à titre de compléments ponctuels.

Part des groupes professionnels par rapport à l'ensemble du personnel



6.5 Enquêtes de satisfaction

6.5.1 Satisfaction des résidents

13 des 14 homes mesurent la satisfaction des résidents⁴⁷. Suivant les cliniques, les enquêtes sont réalisées, annuellement ou tous les 2-3 ans. Pour chaque résident, les enquêtes sont effectuées à **plusieurs moments** de leur séjour: à leur admission, après dix semaines environ (oralement/par téléphone), puis à leur sortie, sous forme de questionnaire écrit (taux de retour d'environ 35%).

Valeurs

12 homes présentent les résultats de ces enquêtes appliquant des méthodes différentes. Converti en pour cent, **la satisfaction générale dans tous les homes dépasse les 90%** (entre 91.9% et 93%).

6.5.2 Satisfaction des collaborateurs

13 des 14 homes mesurent la satisfaction des collaborateurs, un d'entre eux seulement lors d'événements actuels et lors de l'entretien de qualification du personnel.

3 homes mesurent la satisfaction des collaborateurs avec leur propre instrument, un home utilise l'outil externe NPO Plus. Les mesures sont faites sur la base d'un questionnaire fermé et à choix multiple. 2 homes sondent leur personnel chaque année, un tous les 2 ans. 1 home analyse les résultats à l'interne, 2 autres sous-traitent le dépouillement.

Valeurs

Selon les homes, l'enquête est réalisée soit tout au long de l'année (échantillons), soit durant une certaine période auprès de tous les employés qui quittent le home. Le taux de réponse est de 28%. **La satisfaction des collaborateurs envers leur institution s'élève à 73%**.

⁴⁷ Le groupe de 10 centres de soins compte comme une institution, car les données fournies concernent l'ensemble des centres.

6.6 Indicateurs de qualité

Trois homes fournissent des données sur les *indicateurs* de qualité. Tous les homes se réfèrent en outre aux directives éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM).

Selon le système d'analyse des *besoins* en soins des patients, il existe plusieurs sets d'indicateurs. Le système RAI propose de nombreux indicateurs très détaillés. Il est compréhensible qu'un home ayant adopté un système complet n'entreprenne pas de surcroît des recensements individuels séparés, alors que les thèmes importants figurent déjà dans le set d'indicateurs.

6.6.1 Directives sur le comportement à adopter avec les résidents

13 homes font état de directives concernant le comportement à adopter avec les résidents. Les principales sont:

<i>Processus de soins standardisé</i>	A l'admission, le processus de soins standardisé prévoit un entretien avec le résident et ses proches. Il en va de même pour la planification des soins.
Traitement des plaintes	La <i>gestion</i> des plaintes régit la manière de traiter les réclamations des résidents et/ou de leurs proches.
Concepts spécifiques	Des concepts spécifiques existent pour certains domaines: par ex. pour la kinesthésie, les plaies, les <i>escarres</i> ou pour une procédure relative au norovirus, etc.
Résidents quittant l'institution	Des directives règlent l'accompagnement lors d'un départ définitif vers une autre institution (par ex. vers un hôpital de soins aigus) ou lors d'un retour à domicile. De telles directives définissent aussi le comportement à adopter en cas de décès.

6.6.2 Mesures restrictives de liberté

En règle générale, les résidents ont toute liberté de mouvement à l'intérieur du home, dans les limites de leur propre mobilité. En cas de danger pour eux-mêmes ou pour autrui, des mesures de limitation de leur liberté (de mouvement) peuvent être indiquées (par exemple: barreaux de lit, enveloppement du résident dans un drap *Zewi*, fixations proches du corps). De telles mesures sont prises dans chaque cas avec circonspection et d'entente avec les proches. Certaines sont appliquées à la demande explicite du résident.

6.6.3 Chutes

Trois homes rapportent le nombre de *chutes* au total des résidents. En moyenne plus de deux-tiers des résidents (69%) font des chutes. Ce phénomène n'est guère étonnant au vu de l'âge avancé de ces personnes et il requiert des mesures systématiques, en raison du risque particulièrement élevé de blessures. L'inventaire et la prévention des chutes sont décrits au chapitre 3.3.5, «Taux de chutes» pour les soins somatiques aigus ; ces explications sont également valables pour les homes.

6.6.4 Escarres (ulcères de décubitus)

Les *escarres* (plaie de lit ou ulcères de décubitus) sont décrites au chapitre 3.3.6, «Escarres» (plaies de décubitus) pour la *somatique aiguë*. Les explications sont valables également pour les homes. Les ulcères de décubitus sont subdivisés en quatre stades, selon la gravité des lésions de tissus (de l'œdème cutané aux lésions osseuses). Les homes distinguent également entre les escarres développés au sein et hors de l'institution. Les deux types sont documentés systématiquement et électroniquement par un spécialiste infirmier. Les homes font état des cas suivants: 79 ulcères de décubitus étaient déjà présents à l'admission ou ont été constatés après la réadmission, ils sont donc survenus hors de l'institution. 18 sont apparus durant le séjour dans le home. La majorité – 58% des cas externes et 55% des cas internes – concernaient le stade le plus bénin. Au stade II, le taux était de 32% d'escarres acquises à l'extérieur et 39% à l'interne. A partir du stade III, les cas deviennent rares. Un seul est recensé au stade 4, survenu hors de l'institution.

Nombre d'escarres selon la gravité

	Total		Stade I		Stade II		Stade III		Stade IV	
	externes	internes	externes	internes	externes	internes	externes	internes	externes	internes
Nombre d'escarres	79	18	46	10	25	7	7	1	1	0
En %	100%	100%	58%	55%	32%	39%	9%	6%	1%	0%

6.7 Efforts d'amélioration

6.7.1 Normes et standards utilisés

11 homes utilisent la *norme ISO 9001:2000*. Un home a obtenu par ailleurs le label HPH de l'OMS. Les normes employées ont été certifiées – ou recertifiées – entre 2003 et 2009. En moyenne la dernière *certification* – recertification – remonte à 3 ans. En 2008, 11 homes ont procédé à des *audits* sur la qualité pour certains secteurs ou à des *audits* de suivi de la *certification* de l'ensemble de l'établissement.

6.7.2 Activités permanentes d'assurance qualité

13 des 14 homes font état d'activités et objectifs concrets. Un home évoque, sans fournir plus de précisions, des objectifs en matière de *processus* et indique que ceux-ci ont été formulés et évalués à l'occasion de la réunion annuelle des cadres.

Gestion

Introduction du *TQM / EFQM*

L'introduction du *TQM* a pour objectif d'intégrer au niveau de la direction d'un home tous les processus, procédures et instructions relatifs à la qualité. Ce processus est en cours et fonctionne depuis plusieurs années.

Gestion des opportunités

L'amélioration de la gestion des opportunités vise à mieux prendre en compte les réclamations, suggestions et incidents critiques. Cet instrument et les *audits* servent à l'amélioration continue.

Processus de soins

Il est fait état de plusieurs activités régulières (par ex. mensuelles) qui sont menées de manière continue:

Série de conférences

Une série de conférences sur la gériatrie assure la transmission du savoir et l'échange d'expériences.

Formation continue

La formation continue du personnel infirmier effectuée en interne permet de maintenir les connaissances et d'introduire de nouvelles mesures.

Mesures d'hygiène

Le groupe hygiène génère des connaissances dans ce domaine et coordonne les procédures. Un catalogue de mesures est à la disposition de toutes les unités.

6.7.3 Projets d'amélioration de la qualité

Treize homes citent des projets concrets, avec fixation d'objectifs:

Concept pour le laboratoire

Professionnalisation du laboratoire au moyen d'un concept dédié.

Travail auprès des proches

Amélioration des relations avec les proches.

Prévention des *chutes*

Tous les résidents, proches et soignants sont informés des risques de chutes touchant chacun des résidents. Le risque de chute est répertorié dans ce but. Il s'agit d'un processus d'évaluation sur deux ans.

7 Annexe 1: catégories d'hôpitaux selon l'OFS

Annexe 1: catégories d'hôpitaux selon l'OFS

L'Office fédéral de la statistique (OFS) classe les hôpitaux selon leur taille et parle de «*Typologie des hôpitaux*»⁴⁸ en distinguant plusieurs niveaux de prestations. Ceux-ci se présentent comme suit, sous forme simplifiée (chiffres 2008):

⁴⁸ Voir le Rapport de H+ sur la qualité de la branche. Edition 2007, Annexe 2, page 36 (version française)

Catégories d'hôpitaux selon l'OFS

Hôpitaux de soins généraux («hôpitaux»)	Définition ⁴⁹	Nombre d'établissements	
		publics	privés
Niveau de prestations 1: prise en charge centralisée	5 hôpitaux universitaires	5	0
Niveau de prestations 2: prise en charge centralisée	Hôpitaux avec 9000 à 30000 cas hospitaliers	22	2
Niveau de prestations 3: soins de base	Hôpitaux avec 6000 à 9000 cas hospitaliers	17	5
Niveau de prestations 4: soins de base	Hôpitaux avec 3000 à 6000 cas hospitaliers	28	13
Niveau de prestations 5: soins de base	Hôpitaux avec 0 à 3000 cas hospitaliers	22	16
Cliniques spécialisées: psychiatrie	Définition		
Niveau de prestations 1	Plus de 50'000 jours de soins	24	2
Niveau de prestations 2	Moins de 50'000 jours de soins	24	12
Cliniques spécialisées: réadaptation	Définition		
Cliniques de réadaptation	Pas de subdivision	26	27
Cliniques spécialisées: cliniques de taille inférieure	Définition		
Cliniques spécialisées: cliniques avec au max. deux domaines d'activité	Chirurgie	4	27
	Gynécologie / néonatalogie	0	6
	Pédiatrie (hôpitaux de l'enfance)	3	1
	Gériatrie	9	1
	Diverses cliniques spécialisées	8	18

⁴⁹ Seul le critère principal est indiqué ici. Les définitions sont plus complexes.

8 Remerciements / Impressum

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement tous les hôpitaux, cliniques et institutions de soins qui ont dûment rempli les «rapports de qualité par hôpital», grâce auxquels le présent rapport H+ sur la qualité de la branche 2008 a été rendu possible.

Nos partenaires nous ont fourni un soutien précieux avec la relecture de la version allemande et la traduction en français et lors de la réalisation des graphiques. L'ensemble de l'équipe de H+ a également participé à la réalisation de ce rapport en apportant son soutien à de maintes reprises durant les diverses phases de sa réalisation.

Impressum

Édité par H+ Les Hôpitaux de Suisse
Lorrainestrasse 4 A, 3013 Berne (2010)
© H+ Les Hôpitaux de Suisse 2010

Equipe de H+

Direction générale de projet	Stefan Steccanella
Saisie des données	Stefan Berger, Janina Linder, Caroline Piana, Stefan Steccanella, Markus Tschanz, Martina Zweiacker
Synthèse et rédaction	Stefan Berger, Christa Leutert, Stefan Steccanella
Relecture technique	Urs Schönenberger, Markus Tschanz
Relecture en allemand et en français	Pascal Besson, Stefan Steccanella, Bernhard Wegmüller, Martina Zweiacker
Layout	Claudia Bigler

Partner

Relecture de la version allemande	Erika Schumacher
Traduction allemand-français	Marlyse und Laurent Aubert-Cuagnier
Traduction français-allemand	Sandra Lo Curto
Graphiques et diagrammes	Carlo Piller (Burson-Marsteller)

