



Rapport qualité 2024

Spitalzentrum
Centre hospitalier
Biel-Bienne



Table des matières

La qualité au Centre hospitalier Bienne

Introduction	3
Convention qualité H+: un nouveau cap pour la qualité	5
→ Historique et fondements de la Convention de qualité H+	5
→ Les champs d'action de la convention	5
→ Mise en œuvre des exigences pour les hôpitaux suisses	6
Culture de la qualité	6
→ Système de déclaration des incidents critiques (CIRS)	6
Le CIRS est-il une déclaration ou un système de déclaration?	7
→ Initiative Qualitätsmedizin (IQM)	8
Description	8
Résultats des indicateurs	8
→ Réadmissions non-planifiées	8
Sécurité des patient-e-s	9
→ La gestion des processus et des risques cliniques	9
→ Le système de vigilance de Swissmedic	9
→ Chutes et escarres	9
Système centré sur le/la patient-e	10
→ Espace Dialogue & Médiation (EDM)	10
Champs d'action de l'EDM	10
Un nouveau logiciel au service du développement de la qualité du CHB	11
Défis	12
Déroulement d'un échange type	12
Types de demandes et doléances	12
Manque d'égards et communication déficiente: une thématique récurrente	12
Conclusion	14
→ Mise en place de questionnaires de récolte de l'expérience patient-e-s (Patient Reported Experience Measures ou PREMs)	14
→ Mise en place de Patient Reported Outcome Measures (PROMs)	14
→ Distinction «Hôpital favorable à l'entraide»	15
Les certifications et accréditations	16
La gestion des documents ou Document Management System (DMS)	16

L'amélioration de la qualité: une préoccupation quotidienne de notre personnel

Des couleurs pour améliorer la sécurité dans l'administration de médicaments (médecine intensive)	17
→ Contexte	17
→ Mesure d'amélioration	17
Visite médico-soignante: un concept de coopération interdisciplinaire (clinique de médecine)	18
→ Contexte	18
→ Mesure d'amélioration	18
Un ensemble de mesures pour le centre vasculaire	18
→ Malformations vasculaires	18
→ Consultation interdisciplinaire du pied	19
→ Engagement pour les maladies sous-diagnostiquées	19
Discussion d'objectifs interprofessionnels pour les patient-e-s de longue durée en médecine intensive (ZILI)	20

Références

Annexes: Résultats des mesures nationales (indicateurs)

	21
Swissnoso: Infections du site chirurgical (période de relevé: octobre 2023 – septembre 2024)	22
ANQ: Chutes et escarres	23
ANQ: Réadmissions non-planifiées (2022)	23

La qualité au Centre hospitalier Bienne

Introduction

Le développement de la qualité reste une priorité essentielle pour le Centre hospitalier Bienne (CHB). En 2024, cette démarche prend une nouvelle dimension avec la mise en œuvre de la convention qualité H+, qui ancre et formalise les exigences légales (Art. 58a LAMal) en matière de transparence, de sécurité et d'amélioration continue pour les hôpitaux en Suisse. Cette convention a l'avantage qu'elle permet d'harmoniser les démarches qualité, de structurer les évaluations et d'améliorer la comparabilité des résultats entre établissements. Elle encourage également une dynamique d'échange et de collaboration entre hôpitaux, en formalisant les meilleures pratiques et en facilitant le partage d'expériences. Le défi maintenant pour les hôpitaux consiste à intégrer ces évolutions législatives de manière pragmatique, en veillant à ce que la cohérence avec leur stratégie soit garantie.

Ce rapport vise à exposer, avec transparence, les résultats obtenus et les ajustements stratégiques mis en place en réponse à cette nouvelle dynamique. Il illustre comment le CHB intègre la convention qualité H+ dans son système de gestion de la qualité (SGQ) et comment cette évolution contribue à renforcer notre culture de l'amélioration continue. Si cette convention impose un cadre plus structuré, elle constitue également une opportunité pour repenser nos pratiques et garantir, à long terme, des soins encore plus sûrs et efficaces pour nos patientes et patients.

Convention qualité H+: un nouveau cap pour la qualité

Historique et fondements de la Convention de qualité H+

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur le 1^{er} avril 2021, visait à renforcer la qualité et l'économicité des prestations de santé en Suisse. Lors de cette modification, l'article 58a a été introduit. Ce dernier impose aux fédérations de fournisseurs de prestations et aux assureurs de conclure des conventions de qualité valables sur l'ensemble du territoire suisse. Ces conventions ont pour objectif d'établir des règles uniformes et contraignantes pour le développement de la qualité dans le système de santé. Pour répondre à cette exigence, l'association H+ Les Hôpitaux de Suisse, en collaboration avec les fédérations Santésuisse et Curafutura, a élaboré une première convention de qualité. Le Conseil fédéral a approuvé cette convention le 22 mai 2024, marquant ainsi une étape importante pour l'amélioration continue des soins hospitaliers en Suisse.

Les champs d'action

Les cinq domaines d'action issus de la stratégie de développement de la qualité de l'assurance-maladie (Stratégie-Qualité) de la Confédération ont été intégrés dans la convention qualité de H+:

Governance: L'objectif est de structurer et de standardiser les processus hospitaliers afin d'assurer une prise en charge optimale. Les hôpitaux doivent formaliser leurs démarches qualité, définir des indicateurs de suivi et réaliser des autoévaluations régulières. Des audits permettront d'identifier les écarts et d'initier des actions correctives. Cette approche vise à garantir une amélioration continue et une meilleure transparence des résultats.

Culture de la qualité: Une véritable culture de la qualité repose sur l'engagement des professionnel-le-s de santé à tous les niveaux. Les hôpitaux doivent organiser des formations continues, favoriser les retours d'expérience et encourager une approche de collaboration dans l'amélioration des prestations. La déclaration et l'analyse des événements indésirables doivent être intégrées dans une dynamique d'apprentissage et non de sanction.

Sécurité des patient-e-s: Dans ce champs d'action il est question de réduire les risques associés aux traitements et d'assurer un environnement sécurisé pour les patient-e-s. Les hôpitaux doivent notamment mettre en place des processus concernant l'analyse des événements indésirables ou des non-conformités. L'analyse systématique des incidents critiques et la mise en œuvre de plans d'amélioration doivent permettre de diminuer les événements indésirables.

Prise de décision fondée sur des données probantes: Pour ce champs d'action, il est attendu des hôpitaux qu'ils mettent en place des mesures d'amélioration de la qualité en tenant compte des recommandations scientifiques et d'indicateurs permettant de réaliser des benchmarks.

Système centré sur le/la patient-e: L'amélioration de la qualité passe aussi par une meilleure prise en compte des attentes et besoins des patientes et patients. Les hôpitaux devront développer différents moyens de rapporter l'expérience patient à des fins d'amélioration ainsi que de les impliquer dans le cadre des décisions médicales. Des enquêtes de l'expérience patient et des dispositifs de retour d'expérience devront être mis en place pour adapter les services aux attentes des usagers et usagères. Cette approche vise à garantir une prise en charge au plus près des besoins des patient-e-s.

Mise en œuvre des exigences pour les hôpitaux suisses

La convention impose aux hôpitaux suisses la mise en place de mesures dans les différents champs d'action ci-dessus avec un calendrier de mise en œuvre échelonné:

Dès 2024: Les hôpitaux doivent établir un système de gestion de la qualité conforme aux critères définis dans la convention. Un concept qualité décrivant les différents champs d'actions doit être formalisé. Ils sont également tenu d'avoir un Critical Incidents Reporting Systems (CIRS) pour la déclaration d'incidents critiques.

2025: Les hôpitaux doivent mettre en œuvre au moins 3 mesures d'amélioration de la qualité dans le domaine «Sécurité des patients».

2026: Mise en œuvre des exigences relatives aux champs d'action «prise de décision fondée sur des données probantes» et «Système centré sur le/la patient-e». Une mesure d'amélioration de la qualité dans chacun de ces deux domaines doit être mise en œuvre.

Durant la période d'introduction de deux ans (de mai 2024 à mai 2026), aucune sanction ne sera appliquée en cas de non-conformité, permettant ainsi aux établissements de santé de s'adapter progressivement aux nouvelles exigences.

Afin de garder une certaine cohérence avec les champs d'actions de cette convention, la structure de ce rapport a été adaptée par rapport à l'année 2023.

Culture de la qualité

La culture de la qualité représente l'engagement collectif pour l'amélioration continue, la sécurité des patient-e-s et la collaboration interprofessionnelle. Cette culture repose sur la transparence et l'apprentissage organisationnel, notamment par la mise en place de mesures structurées telles que le CIRS, les *peer reviews* ou les cercles de qualité. Elle se développe également en s'appuyant sur des comparaisons entre institutions afin de comparer les pratiques et d'identifier des axes d'amélioration.

Système de déclaration des incidents critiques (CIRS)

Un système de déclaration CIRS est un outil important permettant de signaler des erreurs, des incidents et des événements critiques. Actuellement, ces systèmes sont considérés comme une mesure volontaire visant à améliorer la sécurité des patient-e-s. Dans le cadre de la convention qualité H+, elle devient une mesure obligatoire d'amélioration de la qualité à l'échelle nationale.

Le CIRS est-il une déclaration ou un système de déclaration?

Le CIRS est les deux: un système et un processus. Dans le langage courant, l'expression «un CIRS» est souvent assimilée à la déclaration d'un incident critique. Au Centre hospitalier Bienne, de nombreuses équipes décident ensemble si un incident critique devrait être signalé et qui en fera la déclaration. Pour environ un tiers des signalements, les personnes déclarantes indiquent volontairement leur nom. Cela peut faciliter le traitement ultérieur, permettant aux groupes d'analyse CIRS de mieux cerner rapidement l'événement concerné. À ce stade, nous remercions toutes les personnes déclarantes, anonymes ou non, pour leurs contributions.

Le terme CIRS désigne aussi bien le système complet de déclaration que d'apprentissage. L'exploitation de ce type de système de déclaration volontaire, courant dans de nombreux secteurs à haut risque, repose sur une approche systémique. Celle-ci part du principe que l'erreur humaine est involontaire et que, dans un système aussi complexe qu'un hôpital, des erreurs, des événements indésirables peuvent survenir. Les erreurs sont donc comprises comme des enchaînements de causes et de facteurs dits contributifs, et non comme la faute individuelle de la personne se trouvant à l'extrémité de la chaîne d'erreurs. Parmi les facteurs contributifs fréquents figurent par exemple les distractions, le stress élevé, une communication insuffisante, des processus flous, etc.

C'est pourquoi, après un signalement, l'objectif est de comprendre les causes systémiques profondes afin d'éviter à l'avenir des conditions, risques et dangers similaires. Dans le cadre de la gestion des erreurs et des risques, un cours sur l'analyse des cas a eu lieu à l'automne 2024 au CHB: Ce cours, en allemand et en français, a été animé par des expert-e-s de la Fondation pour la sécurité des patients et des Hôpitaux Universitaires de Genève. Une vingtaine de collaboratrices et collaborateurs expérimenté-e-s dans les domaines des soins, de la médecine et de la pharmacie ont participé à ce cours de deux jours.

Par ailleurs, nous avons accumulé de nombreuses expériences l'année dernière dans le cadre de la réorganisation des cercles de déclaration et des groupes d'analyses. Toutefois, les ressources nécessaires aux analyses de cas n'étaient pas toujours disponibles en quantité suffisante. Cela a conduit au fait qu'une partie de ces déclarations n'ont pu être traitées que de manière plus superficielle.

Ainsi, afin de soulager les équipes d'analyse, un système de triage est à l'étude et fera l'objet d'un projet pilote et d'une évaluation. Les expériences de l'année 2025 serviront à déterminer comment améliorer le processus de traitement des événements indésirables afin que les responsables d'analyses puissent se concentrer sur les événements qu'ils estiment prioritaires.

En 2024, un total de 356 signalements ont été enregistrés. Avec un temps moyen de 2 à 5 minutes par signalement, cela correspond à un total de 1,5 à 4 jours de travail consacrés uniquement à la déclaration.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

Description

Le Centre hospitalier Bienne est un membre actif de l'Initiative Qualitätsmedizin (IQM), tout comme plus de 500 hôpitaux en Allemagne et en Suisse. Cette initiative repose sur deux piliers complémentaires: l'utilisation d'indicateurs de qualité standardisés permettant un benchmark entre établissements, ainsi que la réalisation d'évaluations entre pairs (*peer reviews*), dans une démarche volontaire d'amélioration continue.

Le CHB participe activement aux deux volets de l'initiative. À ce jour, trois collaborateurs et collaboratrices du CHB sont formé-e-s en tant que pairs IQM. Cela permet à notre institution non seulement de bénéficier d'analyses externes, mais aussi de contribuer à l'amélioration de la qualité dans d'autres hôpitaux, en partageant notre expérience et nos compétences tout en prenant part activement à des évaluations entre pairs dans d'autres hôpitaux.

Résultats des indicateurs

Parmi plus de 35 indicateurs de qualité, seuls quatre s'écartaient des valeurs attendues en comparaison avec les autres hôpitaux qui participent à l'initiative. L'ensemble de ces indicateurs est présent sur notre MIS (Tableau) afin que les responsables des différents domaines puissent avoir accès aux indicateurs de leur discipline. Ces résultats (en particulier la mise en évidence d'anomalies) ont l'avantage de pouvoir être disponibles près de une année avant la publication des indicateurs qualité de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), permettant ainsi un pilotage de la qualité plus précis.

Réadmissions non-planifiées

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) analyse les données transmises à l'Office fédéral de la statistique (OFS) afin d'identifier les réadmissions non-planifiées. Pour ce faire, elle s'appuie sur un algorithme initialement conçu et publié par la Yale School of Medicine, puis adapté aux spécificités du système de santé suisse. Depuis 2022, le taux de réadmissions non planifiées a légèrement reculé, passant de 7,4 % à un peu moins de 7,1 %. Pour ces trois années, les taux sont dans la moyenne des autres hôpitaux.

Graphique 1:
Evolution des réadmissions non-planifiées



Sécurité des patient-e-s

La gestion des processus et des risques cliniques

La gestion des processus est l'une des tâches du développement de la qualité. La convention de qualité H+ formalise les exigences en matière de gestion des processus et de gestion des risques. Ce travail se base sur les recommandations de H+. Celles-ci soulignent notamment l'importance de s'appuyer sur le cycle Plan-Do-Control-Act (PDCA) afin de garantir l'amélioration continue des mesures. Deux autres éléments centraux à cette gestion concernent l'identification systématique et l'évaluation des risques ainsi que les processus de traitement des non-conformités et des événements indésirables.

Le système de vigilance de Swissmedic

En 2024, le CHB a entrepris une mise à niveau de l'ensemble de son système de vigilance (matérovigilance, hémovigilance, pharmacovigilance), ceci dans le but de toujours s'assurer de répondre aux exigences de Swissmedic et d'optimiser la traçabilité des événements liés aux produits thérapeutiques. Cette démarche a permis d'adapter et de formaliser nos processus ce qui nous permet de garantir une gestion rigoureuse des déclarations d'incidents.

Étant donné qu'un tel système national de déclaration n'est efficace que si tous les établissements de santé y participent activement, une formation a également été mise en place pour l'ensemble du personnel du CHB. Elle permet ainsi de s'assurer que toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs connaissent les procédures et le cadre législatif autour de ce système de vigilance, ce qui est en soi une exigence légale. D'autre part, elle vise à stimuler les déclarations d'incidents dans notre hôpital afin de signaler les événements indésirables dans ces différents domaines. Grâce à ces ajustements, le CHB garantit non seulement de répondre aux exigences réglementaires, mais également d'accroître la sécurité des patient-e-s. L'ensemble des formulaires ainsi que les processus sont disponibles sur la page intranet du développement de la qualité.

Chutes et escarres

L'évolution des taux de chutes et d'escarres depuis 2022 sont présentés dans les graphiques ci-dessous. Ce taux est calculé par rapport au nombre de sorties de l'hôpital.

Le système de comptage et de suivi des chutes et des escarres a été complètement revu dans le courant de l'année 2024 afin d'être totalement digitalisé. Ces données sont maintenant automatiquement extraites des données des patient-e-s (KIS) et actualisées chaque jour. Cette automatisation a deux avantages principaux. D'une part, elle permet d'économiser des précieuses ressources en personnel pour la saisie de ces statistiques. D'autre part, elle réduit considérablement les risques d'erreurs manuelles. Cependant, cette modification de la saisie de ces événements crée une rupture méthodologique par rapport aux chiffres publiés précédemment, ce qui explique les écarts observés par rapport à d'autres publications.

Au CHB, le groupe thématique «Chutes et escarres» s'engage activement dans l'amélioration des soins infirmiers en mettant l'accent sur l'identification et la prise en charge optimale liée à ces risques. Un screening systématique et complet de l'état cutané dès l'admission des patients et patientes est désormais une pratique institutionnalisée, permettant une intervention précoce dans la prévention des escarres. L'évaluation rigoureuse des risques de chutes et la mise en place de mesures adaptées contribuent à réduire le nombre de chutes évitables et à renforcer la sécurité des patient-e-s.

Graphique 2:
Evolution des chutes et des escarres



Grâce aux données du KIS, il est possible d'identifier les patient-e-s qui ont développé un escarre ou ont chuté lors de leur séjour au CHB. Nous pouvons donc séparer les cas où la plaie de pression était déjà présente avant l'hospitalisation de ceux chez qui les plaies se sont développées au cours de l'hospitalisation. Le graphique 2 présente le taux des patient-e-s qui ont développé un escarre durant leur séjour. Depuis 2022, ce taux est resté stable autour de 1%.

Le graphique 2 met également en lumière le succès des mesures de prévention des chutes depuis 2022. Les mesures liées à la détection et au suivi des patient-e-s à risque de chutes ont permis de diminuer le taux de chutes de 25% en trois ans.

Il est également possible d'identifier la proportion de chutes ayant entraîné des blessures. Ainsi cette proportion a légèrement augmenté sur cette période passant de 21% en 2022 à 26% en 2024.

Systeme centré sur le/la patient-e

Espace Dialogue & Médiation

L'année 2024 a été créée l'Espace Dialogue & Médiation (EDM) qui a pour mission de permettre aux différents acteurs en conflit (patient-e-s, proches et personnel hospitalier) de renouer le dialogue. L'EDM a également pour objectif de recueillir et classer l'ensemble des demandes qui lui parviennent, ceci en vue d'une amélioration de la qualité au sein du CHB. Il est rattaché au département du développement de la qualité.

A l'origine, l'EDM a été conçu pour répondre aux doléances des patient-e-s et de leurs proches. Le temps passant, il s'est également ouvert aux membres du personnel rencontrant des difficultés d'ordre interpersonnel.

Champs d'action de l'EDM

L'Espace Dialogue & Médiation offre une plateforme aux personnes en désaccord/ conflit pour se rencontrer et discuter de leurs divergences de points de vue. Le cadre offert par la médiation permet aux différentes parties d'échanger de façon respectueuse sur les motifs qui les ont amené au conflit, d'exposer leurs émotions et leurs besoins respectifs, ainsi que de trouver des solutions pour sortir de la crise. A ce propos, il n'est pas rare qu'un « je vous ai entendu-e » ou encore « je suis désolé-e de ce qui est arrivé » suffisent pour apaiser les tensions.

En médiation, le 'juste' et le 'faux' n'existent pas. Les médiatrices et médiateurs sont impartiaux (ils et elles ne prennent pas parti), indépendant-e-s (n'ont pas de relations proches avec les personnes impliquées dans le conflit), neutres (elles et ils n'ont pas d'avis sur l'objet du conflit) et sont soumis-es au secret professionnel. Les médiateurs et médiatrices ne sont ni juges, ni arbitres du conflit.

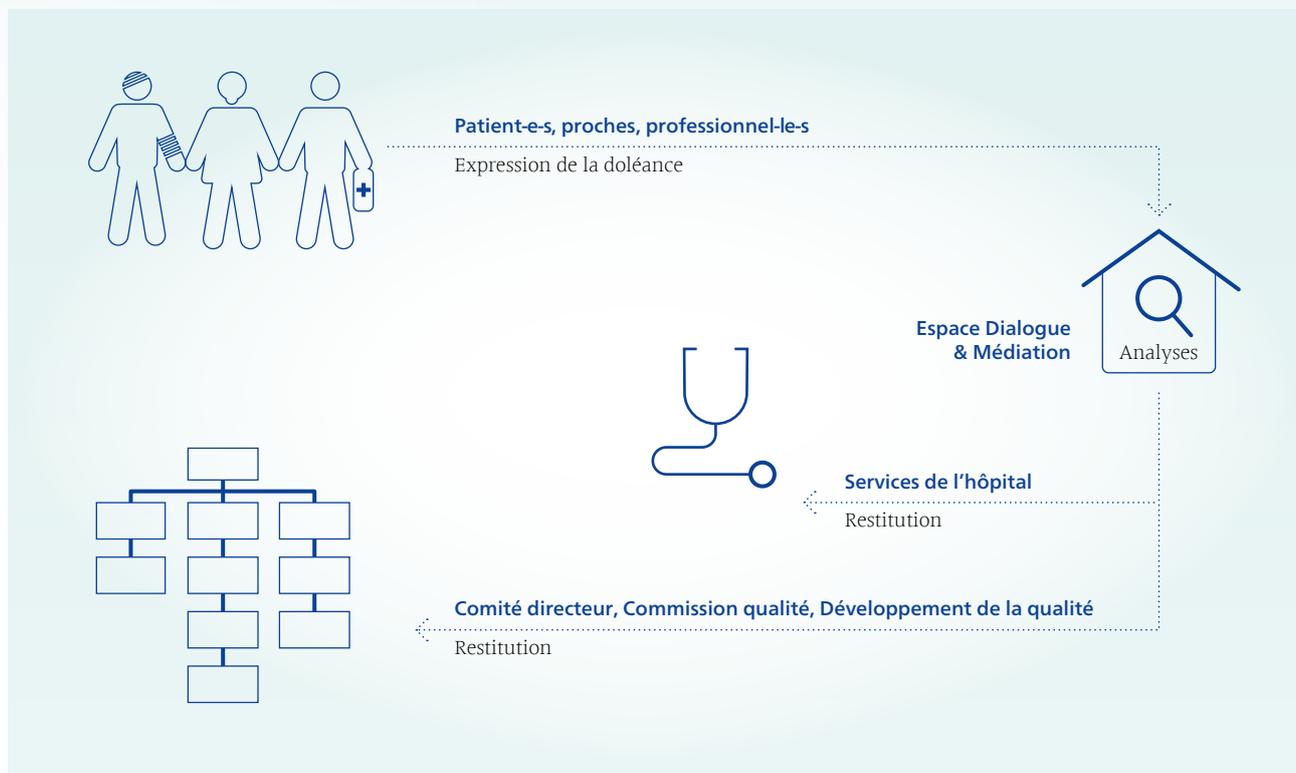
Il est important de noter que l'EDM ne traite pas des erreurs médicales, qui sont gérées par le service juridique du CHB, ni des cas de harcèlement (sexuel ou moral) qui sont du ressort des ressources humaines (P&C).

Un nouveau logiciel au service du développement de la qualité du CHB

La médiation contribue à apaiser les tensions au sein de l'institution, mais elle est également une précieuse source d'information pour le département du développement de la qualité, auquel l'EDM est rattaché: « Les demandes de médiation constituent donc, au même titre que les plaintes, un indicateur de qualité qui peut être intégré dans le management du service » (Schaad B., 2020).

Pour ce faire, le CHB a fait l'acquisition d'un système de classification des demandes développé par les médiatrices et médiateurs du CHUV. Ce logiciel permet de recenser toutes les demandes qui parviennent à l'EDM de façon structurée et détaillée; il permet également l'élaboration de statistiques anonymisées, qui seront régulièrement communiquées aux services concernés.

Figure 1:
Accueil et restitution des doléances à l'Espace Dialogue & Médiation



Défis

Développer un nouveau service dans une structure telle que le CHB et faire connaître la médiation aux différent-e-s partenaires requiert un grand travail de vulgarisation. Il s'agit notamment d'expliquer les objectifs de cette discipline, ses principes, ainsi que le rôle de la médiatrice, qui n'est l'avocate ou la porte-parole ni du personnel hospitalier ni des patient-e-s ou de leurs proches. La mise en place de ce nouveau service et de la médiation nécessite un important travail d'information et de sensibilisation.

Déroulement d'un échange type

Les personnes qui font appel à l'EDM ont un niveau de stress généralement élevé. Il n'est pas rare que le premier échange dure près de 45 minutes, ces dernières ayant un grand besoin de 'déposer'. Lors de cet échange initial, il est capital que les patient-e-s, proches et/ou personnel hospitalier se sentent entendu-e-s dans leur souffrance.

C'est seulement dans un deuxième temps que les besoins de ces derniers sont clarifiés. La plupart des interlocutrices et interlocuteurs n'ont pas d'autres besoins que de parler à la médiatrice: « J'avais juste besoin de pouvoir vous parler, de vous raconter ce qui m'est arrivé afin que cela n'arrive pas à d'autres patients ». Certain-e-s patient-e-s demandent toutefois à être remis en lien avec le personnel hospitalier et une minorité souhaite une médiation.

Types de demandes et doléances

85 demandes (= prises de contact avec l'EDM) ont été comptabilisées entre le 1^{er} avril 2024 (installation du logiciel) et le 31 décembre 2024, dont 10 étaient internes.

Les personnes qui prennent contact avec l'EDM ont généralement plusieurs doléances (= type de récrimination) à partager. Plusieurs tendances se dégagent:

- 42 récriminations avaient trait à une communication déficiente ou à un manque d'égards de la part du personnel envers les patient-e-s ou leurs proches. Ce thème sera l'objet du prochain chapitre.
- 37 doléances concernaient la qualité de la prise en charge et la sécurité des patient-e-s. Dans ce chiffre, 11 doléances concernaient le manque (perçu) de compétences et/ou des manquements (perçus) dans la conduite du personnel médical et soignant.
- 11 réclamations portaient sur des questions de factures (perçues généralement comme étant trop élevées au regard des soins reçus).
- 7 P&P (patient-e-s & proches) ont également reproché au CHB des temps d'attente trop longs.

Manque d'égards et communication déficiente: une thématique récurrente

Près de la moitié des patient-e-s et proches qui se sont adressé-e-s à l'EDM avaient le sentiment que leurs besoins d'égards et/ou d'informations n'avaient pas été remplis. Les raisons qui ont conduit à ce sentiment de frustration, voire de colère, étaient variées. A noter que dans d'autres établissements hospitaliers ayant également développé cette systématique de classification des doléances, le manque de communication et d'information est également très souvent thématiqué.

Les reproches portaient notamment sur:

- **le manque d'empathie témoigné par le personnel infirmier et les médecins.**
- **le fait que les médecins n'avaient pas suffisamment pris de temps pour discuter de l'état de santé des patient-e-s ou de leurs proches. Les P&P ont également fait grief à certains médecins de n'être plus revenus les voir, alors que l'inverse leur aurait été communiqué.**
- **le fait que certains secrétariats médicaux étaient injoignables, ou encore que ces derniers aient annulé/déplacé des rendez-vous sans informer les P&P en conséquence.**
- **le manque de maîtrise de l'allemand ou du français de la part du personnel qui empêchait une bonne communication.**

Voici quelques témoignages qui illustrent ce qui précède. Les noms des collaborateurs, collaboratrices et services ont été anonymisés.

- *«L'infirmière n'était pas sympa, vraiment pas cool».*
- *«(...) ce qui m'a le plus perturbé lors de cet appel n'est pas l'erreur de votre part, mais plutôt l'attitude de la personne qui m'a contacté. Elle n'a fait preuve d'aucune empathie, ni même exprimé le moindre mot de sympathie pour la perte de ma mère. Sa seule préoccupation semblait être de savoir où envoyer des factures.»*
- *«Je vous écris car nous nous faisons beaucoup de soucis pour mon papa qui est hospitalisé à l'hôpital de Bienne et nous nous sentons un peu démunis face au peu de retour de la part du personnel de soin de l'hôpital de Bienne. (...). Nous sommes démunis face à cette situation. Le dimanche j'ai téléphoné et expliqué pourquoi, pour pouvoir parler à un responsable ou à un médecin et on m'a dit qu'on allait les informer pour qu'ils me rappellent... mais personne n'a pris la peine de nous téléphoner.»*
- *«Nachtpersonal möchte kein Deutsch sprechen. (...).»*
- *(...) Als Angehörige fühlte ich mich nicht ausreichend abgeholt und informiert. Es wirkte auf mich, als ob die rechte Hand nicht wüsste, was die Linke tut. (...). Ich verstehe, dass der Gesundheitsbereich unter immensem Kostendruck steht und der Fachkräftemangel eine grosse Herausforderung darstellt. Dennoch hätte ich mir eine transparente Kommunikation über die Testergebnisse, eine Diagnose (die bis heute fehlt) und eine ärztliche Ansprechperson gewünscht.»*
- *«Herr XXX (Patient) stellt sich am 20.1 kurz vor 9 Uhr vor. Sein Termin wird nicht gefunden, ich weise darauf hin, dass ich ein E-Mail am 16. geschickt habe. Die Frau am Empfang im 4. Stock, die das Telefon bedient erklärt, dass die neue Terminvergabe aufgrund der Angaben der Ärztin erfolgte, weil der Januar zu früh sei. Ich weise nochmals darauf hin, dass ich ein E-Mail geschrieben habe, das interessiert sie aber nicht und sagt, dass sie das E-Mail jetzt sehe, aber bis jetzt (20.1.) nicht gelesen habe. Sie sei sehr beschäftigt, sie könne nicht alle Mails lesen.»*

La plupart des P&P qui s'adressent à l'EDM sont irrité-e-s, attristé-e-s, en colère, mais courtois et en mesure de faire la part des choses (des remerciements et compliments à l'égard du personnel sont également transmis). Il y a toutefois des exceptions. Voici la réponse reçue lorsque nous avons proposé de remettre une patiente en lien avec une infirmière incriminée:

→ *«Je ne dialogue pas avec des personnes nulles et inhumaines. Je ne descends pas dans la merde. Elle ne vaut pas la peine.»*

Conclusion

En une année, grâce à l'appui du service « Communication & Marketing » et des différentes cliniques, l'EDM a gagné en visibilité au sein du CHB et à l'externe. Beaucoup de patient-e-s ou proches se disent heureux que l'EDM existe et expriment leur reconnaissance d'avoir pu bénéficier de ses services. Voici le témoignage d'un patient très âgé:

→ *«Die Wut ist raus ... Vielen Dank für den Anruf. Das war sehr angenehm, ich hätte nie gedacht, dass das Spitalzentrum mich anrufen würde.»*

La prochaine étape est maintenant d'élaborer une systématique et une stratégie de restitution des doléances à l'interne. L'objectif étant pour les cliniques concernées d'obtenir une synthèse des doléances les concernant (sous forme anonymisée) afin de s'appuyer sur ces sources d'insatisfaction pour mettre en place des mesures d'amélioration de la qualité.

Mise en place de questionnaires de récolte de l'expérience patients (Patient Reported Experience Mesures ou PREMs)

Le CHB développe la mise en place de questionnaires PREMs afin de récolter l'expérience des patient-e-s et d'identifier les processus qui pourraient être améliorés. Il est primordial que la récolte de ces questionnaires ne crée pas une charge de travail pour le personnel de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle cela doit passer par une digitalisation de l'ensemble du processus de récolte des données.

En 2024, un questionnaire de satisfaction PREMs a été lancé avec la maternité de l'hôpital. Il s'agit d'une première étape vers une généralisation de ce type de questionnaires. En s'appuyant sur l'expérience qui va être développée avec la mise en place de PROMs (voir ci-dessous), nous souhaitons développer une récolte de PREMs à l'horizon 2025-2026.

Mise en place de Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

Le CHB poursuit son engagement dans le projet OpenPROMS, initié par la Berner Fachhochschule Technique et Informatique, visant à intégrer la récolte de PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) pour améliorer la qualité des prestations hospitalières. Ce projet innovant permettra de recueillir directement auprès des

patient-e-s des informations précieuses sur leur état de santé et leur qualité de vie, afin d'adapter les traitements à leur situation. Il offrira également la possibilité de comprendre comment ils perçoivent leur prise en charge, de manière à individualiser et optimiser les soins, dans une approche centrée sur les patientes et patients.

En 2024, une phase d'analyse de sécurité et de mise en conformité avec les exigences légales, notamment la nouvelle loi sur la protection des données (nLPD), a dû être lancée. Ce travail a permis de garantir que la mise en œuvre de cette solution PROMs soit conforme au cadre légal et garantisse à nos patientes et patients un respect total de la confidentialité de leurs données. Le lancement opérationnel du projet est désormais prévu pour 2025, avec une première phase d'implémentation en chirurgie spinale. Une fois cette phase validée et les processus ajustés, le déploiement se poursuivra en cardiologie, permettant ainsi d'étendre progressivement l'utilisation des PROMs à d'autres disciplines. L'objectif à long terme est d'offrir aux différentes cliniques du CHB un instrument standardisé et scientifiquement validé, permettant une prise en charge individualisée et centrée sur les patientes et les patients.

Le CHB est convaincu de l'importance des PROMs dans un système qui s'oriente toujours plus sur la notion de valeur pour les patient-e-s. Cette thématique de «Value Based Health Care» (VBHC) sera toujours plus présente dans le cadre législatif qui s'applique aux prestataires de soins en Suisse.

Distinction «Hôpital favorable à l'entraide»

Depuis 2022, le Centre hospitalier Bienne travaille en étroite collaboration avec Info-Entraide Suisse ainsi que Info-Entraide BE afin de promouvoir l'entraide autogérée. Cette collaboration a permis au CHB d'être le premier hôpital de Suisse à recevoir la distinction «Hôpital favorable à l'entraide» pour l'ensemble de l'institution. Cette dernière est décernée par la fondation Info-Entraide Suisse, lorsqu'un hôpital s'engage activement à promouvoir et soutenir l'entraide autogérée parmi ses patient-e-s et leurs proches. Cette reconnaissance atteste que l'établissement collabore étroitement avec des groupes d'entraide, facilite leur intégration dans le parcours de soins et met en œuvre des mesures concrètes pour encourager les échanges d'expériences entre personnes concernées.

Pour obtenir cette distinction, l'hôpital doit satisfaire à certains critères de qualité, notamment la désignation d'une personne de contact dédiée aux questions d'entraide, la mise à disposition d'informations sur les offres d'entraide et la collaboration avec des centres régionaux Info-Entraide ainsi que les groupes d'entraide. Cette approche favorise une prise en charge globale des patient-e-s, en valorisant leurs ressources personnelles et en améliorant leur qualité de vie grâce au soutien mutuel.

En 2024, le Centre hospitalier Bienne a collaboré étroitement avec Info-Entraide Suisse afin de faire valider cette distinction en tant que mesure officielle d'amélioration de la qualité selon la convention qualité H+. Il est attendu que cette distinction soit confirmée début 2025.

Les certifications et accréditations

Après une année 2023 marquée par l'obtention de nouvelles certifications, l'année 2024 a été une année de pérennisation et de maintien des standards de qualité acquis. Le maintien de ces certifications est un travail de fond qui implique une surveillance continue des processus, des indicateurs et des exigences. En 2024, ces efforts ont permis de garantir que chaque centre certifié du CHB passe avec succès les processus d'audits internes et externes, justifiant à nouveau de leur niveau d'excellence au bénéfice des patientes et patients. Toutes les certifications ci-dessous ont ainsi pu être conservées.

Certification et distinctions		
Centre / Clinique / Certification		
Centre du sein 	Chirurgie et gynécologie 	Centre de l'intestin 
Stroke Unit 	Centre de la prostate 	Médecine intensive 
Centre du plancher pelvien 	Centre Hospitalier Bienne 	Clinique de gynécologie et obstétrique 

La gestion des documents ou Document Management System (DMS)

L'année 2024 marque une nouvelle étape dans la digitalisation du CHB avec le développement de la gestion électronique des documents (DMS). Après la réussite de la migration des documents sur le nouvel environnement intranet en 2023, l'enjeu est désormais d'optimiser l'utilisation de cet outil afin d'en tirer pleinement les bénéfices. Pour y parvenir, une ressource dédiée à cette tâche rejoindra l'équipe du développement de la qualité dès 2025 afin d'accompagner activement les cliniques et services dans la structuration et l'intégration de leurs documents au sein du DMS.

Grâce à cet accompagnement, les équipes disposeront d'un soutien direct pour organiser, uniformiser et optimiser la gestion documentaire, garantissant ainsi une meilleure accessibilité et fiabilité des informations. Cette démarche vise à assurer que le DMS atteigne pleinement ses objectifs, à savoir une centralisation efficace des documents et que ces derniers soient disponibles et actualisés. Cette nouvelle dynamique permettra d'harmoniser les pratiques, d'améliorer la gestion des contenus et de renforcer la qualité et la sécurité des informations à l'échelle institutionnelle.

L'amélioration de la qualité: une préoccupation quotidienne de notre personnel

Les mesures institutionnelles présentées ci-dessus sont la pointe de l'iceberg de tous les efforts fournis quotidiennement par le cœur de métier afin d'améliorer la qualité de nos prestations et la satisfaction de nos patientes et patients. Cette section a pour but d'en présenter certaines et montre la dynamique et l'implication de toutes et tous au service des patient-e-s.

Des couleurs pour améliorer la sécurité dans l'administration de médicaments (médecine intensive)

Contact:

Thomas Minnig
Expert en soins intensifs dipl. NDS, afs
Médecine intensive

Contexte

Ces dernières années, plusieurs signalements CIRS ont été enregistrés en soins intensifs en raison d'erreurs de médication liées à la confusion entre le *Propofol* 1 % et 2 % dans les pompes à seringue.

Ces médicaments sont déjà pré-enregistrés dans le système des pompes à seringue. Au début de l'administration du traitement médicamenteux, il est programmé dans la pompe afin qu'il soit intégré au système de documentation PDMS (Patient Data Management System). Il est arrivé que la mauvaise concentration de Propofol (1 % au lieu de 2 %, ou inversement) ait été sélectionnée, entraînant ainsi une administration d'un dosage différent de celui qui était prescrit. Ces événements se sont produits malgré la sensibilisation préalable du personnel à cette problématique spécifique à travers des formations et des discussions sur des cas CIRS antérieurs.

Dans le cadre du traitement de ces signalements CIRS, l'ensemble du processus d'administration du Propofol a été analysé. Il est apparu que les étiquettes utilisées pour identifier les seringues des pousse-seringues avaient exactement la même couleur, ce qui les rendait difficile à distinguer.

Mesure d'amélioration

En collaboration avec la pharmacie hospitalière, plusieurs vérifications ont été effectuées. Il a été décidé de différencier visuellement les étiquettes préimprimées des médicaments. Désormais, la concentration du Propofol 1 % est indiquée en chiffres noirs, tandis que celle du Propofol 2 % est imprimée en rouge. Parallèlement, la sensibilisation du personnel a été renforcée par des formations supplémentaires. Depuis l'introduction des nouvelles étiquettes, aucun signalement CIRS lié aux dosages de Propofol n'a été relevé.

La mise en place d'une différenciation visuelle, suite aux signalements d'événements indésirables a donc ici permis d'améliorer la sécurité des patientes et patients en matière d'administration de médicaments.

Visite médico-soignante: un concept de coopération interdisciplinaire (clinique de médecine)

Contact:

Tizianna Passarelli
Infirmière de pratique avancée
Clinique de médecine

Contexte

Dans les unités de soins stationnaires de la clinique de médecine, la durée de la visite médico-soignante était perçue par le personnel soignant comme trop longue, avec un résultat insuffisant. Cela a conduit, en 2021, à ce que les infirmiers et infirmières ne participent plus aux visites médico-soignantes, ce qui a eu un impact négatif sur la sécurité et l'expérience des patientes et patients.

Mesure d'amélioration

En conséquence, le médecin-chef de la clinique de médecine et la directrice des soins ont créé un groupe de travail interdisciplinaire, dirigé par l'infirmière de pratique avancée de la clinique, dans le but d'élaborer et de mettre en œuvre un concept pour la visite médico-soignante.

Basé sur les expériences pratiques et en tenant compte de la littérature, notamment de l'étude de Becker et al. (2021), le concept « Visite interdisciplinaire médecins-soignantes » a été développé grâce à une collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle et a été mis en application à partir de septembre 2023. Lors de cette visite, il s'agit de discuter des préoccupations des patientes et patients, d'élaborer leur plan de traitement, ainsi que d'établir les prescriptions y relatives. Grâce à ce concept, nous avons pu structurer le déroulement, ce qui contribue à la sécurité et à la satisfaction des patientes et patients. Auparavant, la plupart des médecins et des infirmiers et infirmières ont suivi une formation afin de pouvoir appliquer les exigences du concept. Ces formations se poursuivent encore aujourd'hui.

De plus, le groupe de travail a élaboré divers outils d'aide, tels que des checklists pour la préparation des visites médico-soignantes et des supports visuels structurants afin de faciliter la mise en œuvre du processus.

En février/mars 2024, l'état de l'implémentation a été évalué à l'aide d'observations structurées et les premiers résultats se sont révélés encourageants. Ces observations ont été répétées en décembre 2024 et l'analyse des données est en attente. Malgré les résultats prometteurs des observations de 2024, l'implémentation n'est pas encore terminée et, en raison du taux de rotation du personnel, elle ne le sera probablement jamais totalement.

Un ensemble de mesures pour le centre vasculaire

Contact:

Dr med. Lea Alina Attias-Widmer
Médecin-chef
Centre vasculaire

Malformations vasculaires

En Suisse, il existe une sous-offre de soins dans le domaine des maladies rares (*orphan diseases*), et une initiative nationale vise à améliorer spécifiquement cette situation grâce à un réseau de centres spécialisés (réseau KOSEK VASC-RN, Coordination nationale des maladies rares). En 2024, le centre vasculaire du CHB a postulé pour devenir un centre associé dans le domaine des malformations vasculaires.

Ce sujet est particulièrement important pour le centre dans sa pratique clinique quotidienne, notamment pour les enfants. Afin de mieux exploiter les synergies avec la chirurgie pédiatrique, le centre a mis en place en 2024 une consultation interdisciplinaire des malformations (angiologie et chirurgie pédiatrique) destinée aux enfants présentant des malformations vasculaires. L'objectif est de réduire le nombre de consultations pour les enfants et leurs parents, en permettant une prise en charge conjointe par tous les spécialistes concernés lors d'un même rendez-vous. Cela favorise également une meilleure coordination des éventuelles hospitalisations ou interventions, en impliquant directement les spécialistes et les familles.

Consultation interdisciplinaire du pied

Un modèle similaire de collaboration existe depuis quatre ans au sein du centre vasculaire avec la consultation interdisciplinaire du pied. Cette consultation est menée conjointement par l'angiologie, l'orthopédie du pied, la chirurgie vasculaire et un orthoprothésiste externe. Le/la patient-e bénéficie d'une prise en charge optimisée en voyant tous les spécialistes lors d'une seule consultation, ce qui réduit considérablement le nombre de rendez-vous nécessaires.

Les spécialistes assurent également une coordination directe des hospitalisations et des interventions invasives (revascularisation, gestes chirurgicaux tels que le débridement ou l'amputation) avec le ou la patiente. Le suivi post-opératoire est également assuré de manière interdisciplinaire. En 2024, grâce à cette collaboration étroite, au Centre hospitalier Bienne, nous avons pu réduire de manière significative le taux d'amputations chez les patient-e-s atteint-e-s du pied diabétique. La renommée du centre vasculaire dans ce domaine (plaies, pied diabétique) contribue également à sensibiliser les médecins généralistes à cette pathologie, ce qui pourrait favoriser des orientations plus précoces et ainsi réduire le nombre d'amputations nécessaires.

Engagement pour les maladies sous-diagnostiquées

Le centre s'investit également activement dans la prise en charge des maladies sous-diagnostiquées, telles que le *syndrôme de congestion pelvienne*, un syndrome chronique caractérisé par des douleurs du bassin souvent invalidantes. Cette pathologie est souvent diagnostiquée très tardivement, les patientes n'étant pas toujours prises au sérieux ou voyant leurs symptômes attribués à des causes psychologiques.

En 2024, nous avons réalisé une émission d'information pour les patientes, diffusée sur *TeleBilingue* et largement visionnée sur *YouTube*. Suite à cette diffusion, le groupe national d'entraide français nous a sollicités pour rejoindre leur réseau, car de nombreuses patientes romandes les contactaient, faute de points de référence en Suisse.

Au sein du CHB, le centre a également mis en place un réseau de soins comprenant deux gynécologues spécialisées dans cette pathologie ainsi qu'un parcours patient-e structuré. Une bonne orientation diagnostique permet d'obtenir un soulagement significatif, voire une disparition complète des symptômes, chez 80 % des patientes traitées, ce qui est extrêmement encourageant compte tenu du caractère parfois invalidant de cette douleur chronique, pouvant mener à une incapacité de travail.

Discussion d'objectifs interprofessionnels pour les patient-e-s de longue durée en médecine intensive (ZILI)

Contact:

Charlotte Schwab
Physiothérapeute
Médecine intensive

Les patient-e-s en soins intensifs sont pris-e-s en charge par plusieurs professions (médecin, infirmier-ère-s diplômé-e-s, physiothérapeutes, logopédistes, ergothérapeutes). La collaboration interprofessionnelle est particulièrement importante chez les patient-e-s dits « de longue durée » (patient-e-s hospitalisé-e-s pendant une longue période) afin de synchroniser les efforts de tous les groupes professionnels dans l'intérêt des patientes et patients (Donovan et al., 2018). C'est dans ce but qu'a été mise en place, en 2023 au Centre hospitalier Bienne, la plateforme ZILI – un processus en cinq phases.

Entre janvier et avril, les quatre premières phases ont été réalisées: l'idée du projet, la collecte d'informations, la rédaction d'une directive et une phase pilote. Le lancement officiel a eu lieu le 13 avril 2023. Une évaluation par questionnaire a été menée trois mois plus tard. Étant donné que 100 % des réponses étaient positives, le ZILI a été définitivement adopté.

Le ZILI a lieu chaque jeudi à 13 h dès qu'il y a des patient-e-s de longue durée. L'inscription est faite par écrit par les physiothérapeutes des soins intensifs, le mardi précédent, par e-mail. Toutes les professions impliquées dans la prise en charge – médecins, soignant-e-s, physiothérapeutes, logopédistes et ergothérapeutes – y participent.

L'objectif est de faire, en un maximum de 30 minutes, un point de situation sur les patient-e-s et de définir un objectif interprofessionnel pour leur prise en charge sur les sept jours suivants.

Il n'est pas possible, en l'absence de données disponibles au CHB, de documenter objectivement si les patient-e-s sont mieux pris-e-s en charge grâce au ZILI et s'ils ou elles séjournent moins longtemps en soins intensifs. Cependant, la littérature montre clairement qu'une approche interprofessionnelle est un élément central des soins prodigués aux patient-e-s gravement malades (Donovan et al. 2018). De plus, la poursuite d'un objectif commun améliore la qualité des soins prodigués aux patient-e-s, accélère leur transfert vers un service normal et leur sortie de l'hôpital (Schaller et al., 2016).

De manière subjective, le ZILI est perçu comme positif – tant pour la prise en charge des patient-e-s, l'optimisation du temps de travail, que pour l'énergie organisationnelle au sein des soins intensifs.

Le ZILI, avec son échange interprofessionnel hebdomadaire, représente une réelle plus-value – tant pour les patient-e-s que pour les professionnel-le-s (Benmachiche, Gertsch, Giordano & Claivaz, 2022).

Références

Becker, C., Gamp, M., Schuetz, P., Beck, K., Vincent, A., Hochstrasser, S., ... BEDSIDE-OUTSIDE Study Group (2021). Effect of Bedside Compared With Outside the Room Patient Case Presentation on Patients' Knowledge About Their Medical Care: A Randomized, Controlled, Multicenter Trial. *Annals of internal medicine*, 174(9), 1282–1292.

<https://doi.org/10.7326/M21-0909>

Benmachiche, M., Gertsch, M., Giordano, F., & Claivaz, V. (2022, November 23). Patients in complex situation in internal medicine intermediate care unit: An example of interprofessionality. *Rev Med Suisse*, pp. 2213-2217.

Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., . . . Lipshutz, A. K. (2018, Juni). Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Crit Care Med*, pp. 980-990.

Schaad, B. (2020). *(In)hospitalités hospitalières* (p. 166). CHUV

Schaller, S., Anstey, M., Blobner, M., Edrich, T., Grabitz, S., Gradwohl-Matis, I., . . . Eikermann, M. (2016, October). Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. *Lancet*, pp. 1377-1388.

Annexes: Résultats des mesures nationales (indicateurs)

Swissnoso: Infections du site chirurgical (période de relevé: octobre 2023 – septembre 2024)

Intervention	Nombre d'opérations	Infections observées N (%)	Infections attendues N (%)	SIR* (CI 95%)
Appendicectomie Enfants (<16 ans)	38	2 (5,3%)	1,3 (3,4%)	1,5 (0,2-5,6)
Césariennes	212	6 (2,8%)	6,1 (2,9%)	1,0 (0,4-2,1)
Chirurgie du côlon	68	9 (13,2%)	8,7 (12,7%)	1,0 (0,5-2,0)
Laminectomie / hernie discale sans implant	107	2 (1,9%)	1,6 (1,5%)	1,3 (0,1-4,7)
Laminectomie / hernie discale avec implant	21	0 (0,0%)	1,1 (5,3%)	0,0 (-,-)

*Interprétation du ratio standardisé d'infection (SIR): Un SIR avec une valeur supérieure à 1.0 signifie que l'on a identifié (dans l'hôpital analysé) plus d'infections que celles auxquelles on devrait s'attendre dans cette population pour autant que l'intervalle de confiance (IC95%) n'inclut pas le 1.0. Inversement, un SIR < à 1.0 signifie que l'hôpital a observé moins d'infections que dans la population de référence pour autant que l'intervalle de confiance (IC95%) n'inclut pas le 1.0.

Conclusion: L'analyse du ratio standardisé d'infection (SIR) montre que les taux d'infections au CHB pour toutes ces interventions sont dans la moyenne.

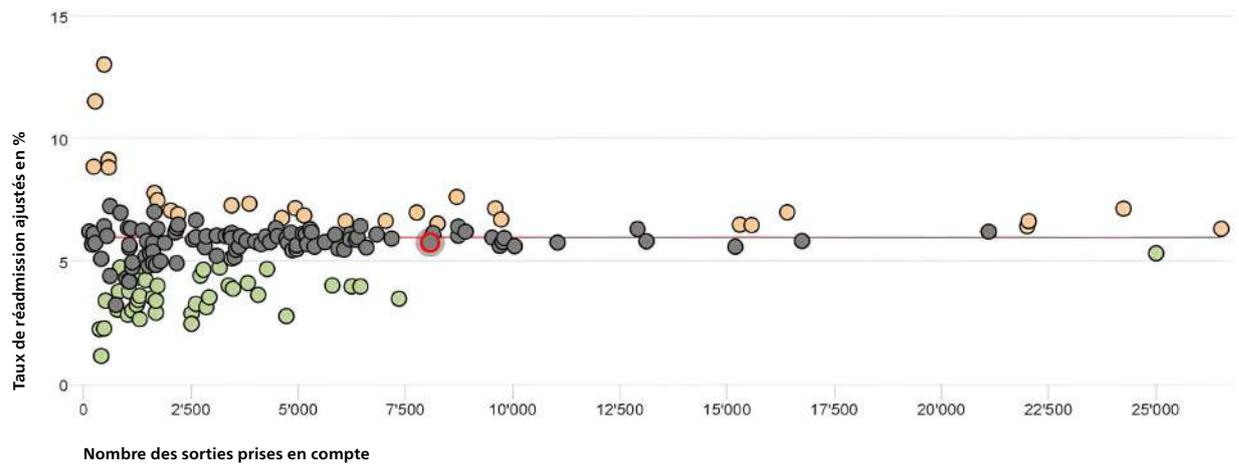
Evolution depuis la dernière mesure (octobre 2022 à septembre 2023):

- le SIR pour les appendicectomies pour les enfants (<16 ans) était supérieur à la moyenne attendue. Suite à ce constat et à la mise en place de mesures par le service d'infectiologie, ce taux est revenu comparable à la moyenne des autres hôpitaux.
- Les infections liées à des césariennes, en comparaison à la période précédente ont diminué de près de moitié passant de 5,3% à 2,8% grâce aux efforts de prévention mis en place.

ANQ: Chutes et escarres

Ces mesures ont été suspendues par l'ANQ depuis 2023 jusqu'à nouvel ordre.

ANQ: Réadmissions non-planifiées (2022)



- Le résultat est inférieur à la valeur comparative ●
- Le résultat est dans la norme ●
- Le résultat est supérieur à la valeur comparative ●

Taux de réadmission moyen ajusté de tous hôpitaux et toutes cliniques (valeur comparative)

Remarque:

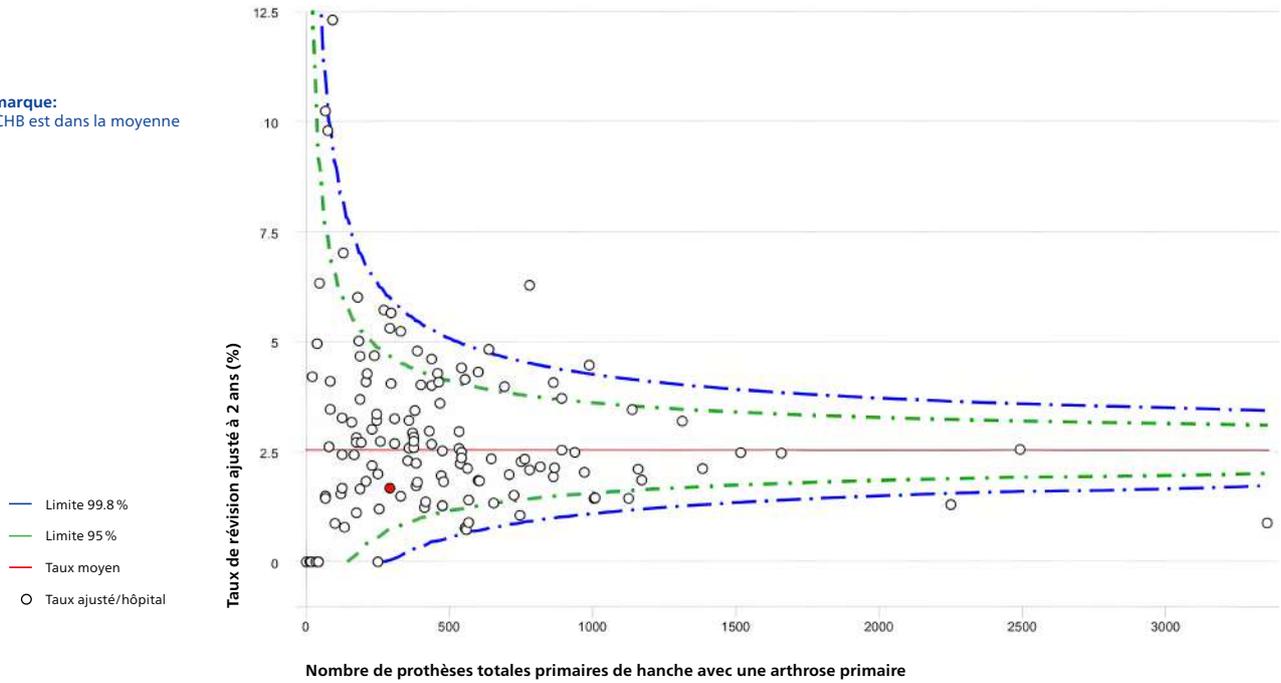
Le CHB (en rouge) est dans la moyenne pour les réadmissions à l'échelle de l'hôpital. Cette conclusion est identique pour les mesures spécifiques aux domaines, à savoir pour les cohortes:

- Chirurgico-gynécologique
- Cardiorespiratoire
- Cardiovasculaire
- Neurologique
- Autre cohorte médicale

Registre des implants SIRIS (CHB en rouge)

Taux de révision à 2 ans pour prothèses de la hanche
(période d'analyse: 2018–2021)

Remarque:
Le CHB est dans la moyenne



Taux de révision à 2 ans pour prothèses du genou
(période d'analyse: 2018–2021)

Remarque:
Le CHB est dans la moyenne

