

Rapport sur la qualité 2024

conforme aux directives de H+

Validé le:
par:

Frédéric Schaffner, Responsable Qualité

Version 1

Berner Klinik Montana

www.bernerklinik.ch



réadaptation

Mentions légales

Le présent rapport sur la qualité a été réalisé sur la base du modèle de H+ Les Hôpitaux de Suisse. Ce modèle permet de rendre compte de manière unifiée de la qualité pour les domaines des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation pour l'année 2024.

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

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

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

Une interprétation et une comparaison correctes des résultats de la mesure de la qualité nécessitent de tenir compte des données, de l'offre et des chiffres-clés des hôpitaux et des cliniques. Les différences et les modifications de la typologie des patients et des facteurs de risques doivent être, elles aussi, prises en considération. En outre, les derniers résultats disponibles sont publiés pour chaque mesure. Par conséquent, les résultats contenus dans ce rapport ne sont pas forcément de la même année.

Public cible

Le rapport sur la qualité s'adresse aux professionnels du domaine de la santé (management des hôpitaux et collaborateurs du domaine de la santé, membres des commissions de la santé et de la politique sanitaire, assureurs, etc.) ainsi qu'au public intéressé.

Personne à contacter pour le Rapport sur la qualité 2024

Impasse Palace Bellevue 1
Frédéric Schaffner
Responsable Qualité
027 485 53 96
frederic.schaffner@bernerklinik.ch

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

Le modèle de rapport sur la qualité de H+ permet de faire état de manière uniforme et transparente des nombreuses activités en la matière. En outre, ces dernières peuvent être publiées grâce au rapport dans chaque profil d'hôpitaux sur la plateforme info-hopitaux.ch. Par leur grand engagement et des mesures ciblées, les hôpitaux et les cliniques suisses contribuent de manière déterminante au développement de la qualité.

Les défis demeurent nombreux pour les hôpitaux et les cliniques. Ils doivent assurer un équilibre permanent entre la rentabilité et la qualité. La pénurie de personnel et des tarifs qui ne couvrent pas les coûts sont toujours un grand sujet de préoccupation pour H+ et ses membres. Début novembre 2024, le système tarifaire global pour l'ambulatoire a été soumis pour approbation au Conseil fédéral. Nombreux sont les hôpitaux et les cliniques qui ont démarré le projet et franchi les premières étapes.

Le 22 mai 2024, le Conseil fédéral a approuvé la convention de qualité (CQ58a) entre cura futura, santésuisse et H+ (lire le [communiqué de presse du Conseil fédéral](#)), ce qui l'a fait entrer immédiatement en vigueur. La CQ58 pose des règles claires pour un développement obligatoire et transparent de la qualité. Elle s'applique à tous les hôpitaux et cliniques dans l'ensemble de la Suisse. H+ a conclu une convention similaire avec la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM). Vous trouverez davantage d'informations sur la convention de qualité sur le site Web de H+ ([hplus.ch – qualité – convention de qualité](https://hplus.ch-qualite-convention-de-qualite)). La plateforme info-hopitaux.ch a été désignée comme support de publication. Jusqu'à la fin 2024, les hôpitaux et les cliniques ont effectué leur première auto-déclaration. Dès le modèle 2025, ces données relatives au développement de la qualité seront intégrées automatiquement dans le rapport sur la qualité de H+.

Le rapport sur la qualité 2024 est à nouveau divisé en domaines typologie : soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie. Dans la « Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité », les hôpitaux et les cliniques ont la possibilité de rendre compte des Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). À noter que, dans la présente édition, il est possible pour la première fois de faire état des procédures de Peer Review IQM.

L'actuelle mesure de prévalence des chutes et des escarres sera supprimée à l'avenir. À l'initiative des hôpitaux et des cliniques, l'ANQ examine et perfectionne d'autres méthodes de relevé. L'objectif consiste à pouvoir exploiter des données cliniques de routine, et ainsi celles des documentations électroniques des patients, afin que les mesures nationales de la qualité soient moins onéreuses.

Outre les mesures propres à chaque hôpital, celles de l'ANQ, obligatoires et uniformes au niveau national, peuvent être consultées dans le rapport sur la qualité de H+. Vous trouverez des explications détaillées sur ces mesures nationales sous www.anq.ch.

H+ remercie tous les hôpitaux et cliniques participants pour leur grand engagement qui garantit une qualité élevée des soins grâce à leurs nombreuses activités en faveur de la qualité. Avec leur publication transparente et exhaustive, ces activités reçoivent l'attention et l'estime qu'elles méritent.

Avec nos meilleures salutations



Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice H+

Table des matières

Mentions légales	2
Avant-propos de H+ Les Hôpitaux de Suisse sur la situation en matière de qualité	3
1 Introduction	6
2 Organisation de la gestion de la qualité	7
2.1 Organigramme	7
2.2 Informations sur la personne à contacter pour la gestion de la qualité.....	7
3 Stratégie de qualité	8
3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2024	8
3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2024	9
3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir.....	9
4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité	10
4.1 Participation aux mesures nationales	10
4.2 Exécution de mesures prescrites par le canton	
Notre établissement n'est pas soumis à des mesures imposées par le canton.	
4.3 Réalisation de mesures supplémentaires propres à l'hôpital.....	11
4.4 Activités et projets relatifs à la qualité	12
4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents	17
4.5 Aperçu des registres	18
4.6 Vue d'ensemble des certifications.....	19
MESURES DE LA QUALITE	20
Enquêtes de satisfaction	21
5 Satisfaction des patients	21
5.1 Enquête nationale satisfaction patients réadaptation – adultes	21
5.2 Enquêtes à l'interne	22
5.2.1 Satisfaction MECON	22
5.3 Service des réclamations	23
6 Satisfaction des proches.....	24
6.1 Enquêtes à l'interne	24
6.1.1 Satisfaction MECON	24
7 Satisfaction du personnel	25
7.1 Enquête à l'interne	25
7.1.1 Satisfaction MECON	25
8 Satisfaction des référents	26
8.1 Enquête à l'interne	26
8.1.1 Satisfaction.....	26
Qualité des traitements.....	27
Mesures en soins somatiques aigus	27
9 Réhospitalisations	
Une mesure dans ce domaine n'est pas pertinente pour notre établissement.	
10 Opérations	
Une mesure dans ce domaine n'est pas pertinente pour un traitement en réadaptation.	
11 Infections	27
11.1 Mesure interne	27
11.1.1 Surveillance épidémiologique	27
12 Chutes	28
12.1 Mesure interne	28
12.1.1 Chutes.....	28
13 Escarres	29
13.1 Mesure interne	29
13.1.1 Saisie des escarres.....	29
Mesures en psychiatrie.....	0

14	Mesures limitatives de liberté	
	Notre établissement ne dispose pas d'un mandat de prestations pour cette spécialité.	
15	Intensité des symptômes psychiques	
	Une mesure dans ce domaine n'est pas pertinente pour notre établissement.	
	Mesures en réadaptation	30
16	Qualité de vie, capacité fonctionnelle et de participation	30
16.1	Mesures nationales par domaines spécifiques en réadaptation	30
	Activités qualité supplémentaires	0
17	Autres mesures de la qualité	
	Notre établissement n'a pas effectué d'autres mesures durant l'année de référence.	
18	Détails des projets	33
18.1	Projets actuels en faveur de la qualité	33
18.1.1	Création d'une Commission qualité des soins et sécurité au patient	33
18.1.2	Révision du système de management de la qualité	33
18.1.3	Nomination d'un responsable Qualité	34
18.1.4	Développement et intégration d'un nouveau système d'annonce qualité	34
18.2	Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2024	35
18.2.1	Réalité Virtuelle	35
18.2.2	Intégration des scores médicaux/thérapeutiques dans le dossier soins	35
18.2.3	Nouveau système de commande de repas	36
18.2.4	Certification SWISS LEADING HOSPITALS	36
18.3	Projets de certification en cours	37
18.3.1	REKOLE®	37
19	Conclusions et perspectives	38
	Annexe 1: Vue d'ensemble sur l'offre de l'institution	39
	Réadaptation	39
	Editeur	42

1 Introduction

La Clinique Bernoise Montana est une fondation créée en 1946 par le canton de Berne. L'objectif de la fondation est le traitement médical des patients. En particulier, la mise à disposition d'une offre complète de réadaptation dans le cadre de la planification des soins du canton de Berne.

Depuis sa création, la Clinique Bernoise Montana est passée du statut de sanatorium classique, pratiquement exclusivement dédié à la tuberculose, à celui d'une clinique de réadaptation spécialisée et moderne dans les domaines suivants:

- **réadaptation musculosquelettique**
- **réadaptation neurologique**
- **réadaptation en médecine interne et oncologique**
- **réadaptation psychosomatique**

La Clinique Bernoise Montana est inscrite sur les listes hospitalières des cantons de Berne, du Valais, de Lucerne, de Fribourg et du Jura. Elle est membre de SWISS REHA (avec certification SWISS REHA) et de Plateforme-Reha, certifiée ISO 9001:2015 et labellisée SWISS LEADING HOSPITALS.

La Clinique répond aux critères de la FMH pour la reconnaissance de la formation continue de catégorie D2 en neurologie (2 ans), en médecine physique et réadaptation (2 ans) et en médecine interne (1 an).

Chaque année, environ 1300 patients sont traités dans tous les domaines spécialisés de la Clinique, l'accent étant mis sur la réadaptation neurologique (sclérose en plaques, Parkinson, réadaptation après un accident vasculaire cérébral/hémorragie cérébrale) et musculosquelettique.

La Clinique Bernoise Montana dispose d'un haut niveau de compétences professionnelles interprofessionnelles qui se complètent efficacement dans les différents domaines d'expertise. Les patients admis en réadaptation sont accompagnés par une équipe interprofessionnelle hautement qualifiée et engagée, composée de spécialistes de différentes disciplines, les accompagnant sur le chemin du retour à la vie quotidienne.

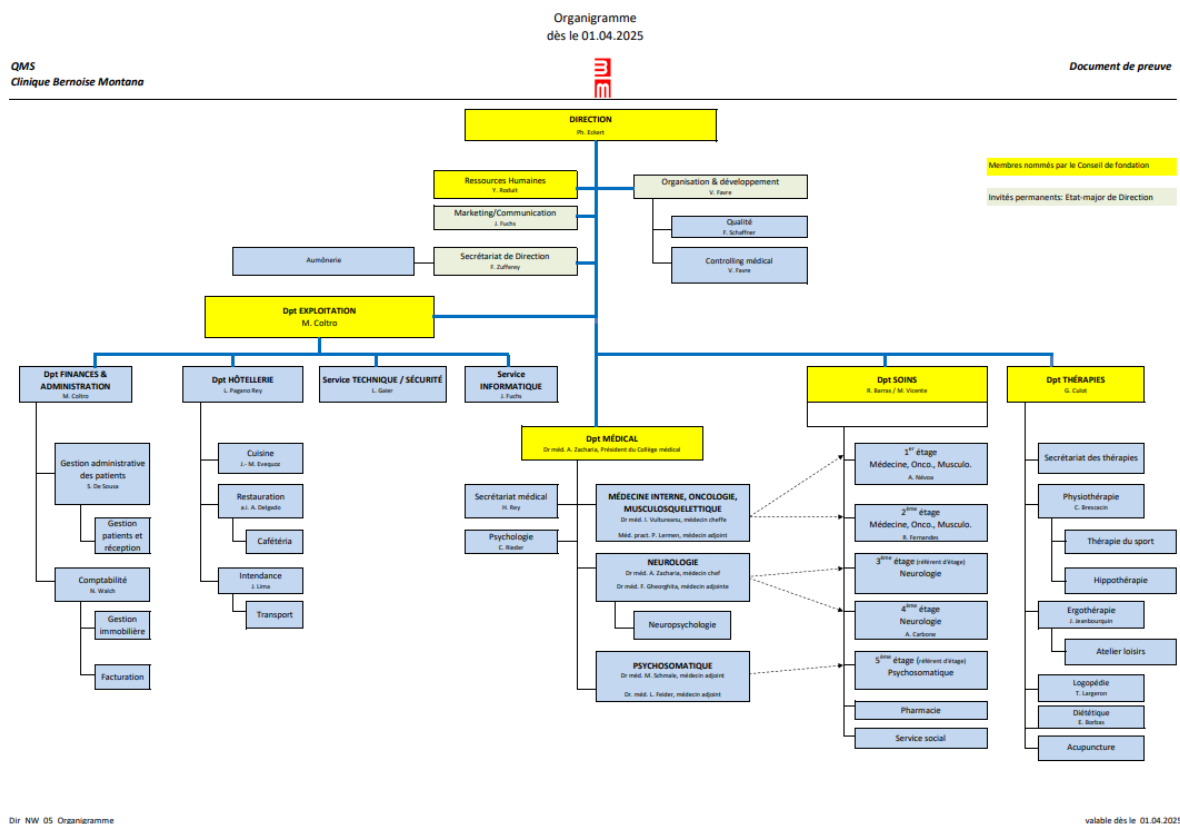
Le programme de réadaptation est adapté aux objectifs de traitement et à la situation personnelle en accord avec le patient.

Pendant le séjour, nous accordons une grande importance à une atmosphère agréable et à une bonne cuisine servie avec convivialité, que ce soit au restaurant ou à l'étage.

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

2 Organisation de la gestion de la qualité

2.1 Organigramme



Toutes les activités importantes dans le domaine de la gestion de la qualité sont traitées bimensuellement par la Direction et l'État-major de la clinique ou sur demande.

La Commission Qualité des Soins et Sécurité des Patients de la Clinique se réunit 6 fois par an pour traiter les sujets relatifs à la qualité.

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

Pour l'unité de qualité indiquée ci-dessus, un pourcentage de travail de **80%** est disponible.

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

Monsieur Frédéric Schaffner
Responsable Qualité
027 485 53 96
frederic.schaffner@bernerklinik.ch

Madame Franziska Zufferey
Assistante de direction
027 485 50 39
franziska.zufferey@bernerklinik.ch

3 Stratégie de qualité

La Clinique Bernoise Montana est l'un des principaux prestataires de services de réadaptation en Suisse romande et dans le canton de Berne. Dans notre stratégie qualité, le patient est au centre de nos activités. La sécurité des patients et des collaborateurs est une préoccupation majeure.

La stratégie qualité de la Clinique Bernoise Montana est décrite dans la stratégie d'entreprise ainsi que dans les objectifs opérationnels.

Nous nous concentrons sur les besoins de nos patients et sur les processus afin de garantir l'efficacité et l'efficience des traitements et d'atteindre un haut niveau de satisfaction de la patientèle.

Les offres de prestations et la coordination des différents aspects des prestations proposées au sein de la Clinique créent les conditions nécessaires à une prestation de services efficiente.

La gestion de la qualité est basée sur la norme ISO 9001:2015. Les résultats et les analyses comparatives entre cliniques sont communiqués activement en interne.

L'amélioration et le développement sont soutenus par des audits internes et externes. Les écarts constatés et les suggestions sont intégrés dans l'amélioration continue.

La qualité est solidement ancrée dans la stratégie d'entreprise / dans les objectifs de l'entreprise, et ce de manière explicite.

3.1 2-3 points essentiels en matière de qualité pour l'année de référence 2024

- Mise en place d'une Commission de qualité des soins et de sécurité des patients en remplacement du Prozess Ausschuss
- Nomination d'un responsable qualité
- Planification globale du déménagement de la Clinique (rénovation dans le bâtiment de la Clinique) dans un nouvel établissement avec adaptation des visites et rapports interdisciplinaires
- Révision des rapports interdisciplinaires hebdomadaires
- Suivi systématisé des demandes médicales de la part des assurances
- Systématisation des prescriptions des thérapies lors du séjour avec indications médicales spécifiques de prise en charge pour le thérapeute
- Processus interdisciplinaire en cas d'isolement avec amélioration de la détection d'épidémie émergente
- Analyse de la prise en charge en cas de réanimation avec adaptation de la chaîne d'alarme pour une meilleure coordination des intervenants
- Réorganisation des cours BLS donnés à l'ensemble du personnel de la Clinique et formation de nouveaux formateurs
- Mise en place de chemins thérapeutiques pour le domaine de la PSK
- Accréditation et instauration d'une prise en charge infirmière spécialisée en diabétologie
- Prise en charge systématique des patients avec une évaluation diététique personnalisée
- Élaboration et mise en oeuvre d'un nouveau système CIRS plus facilement accessible pour les utilisateurs

3.2 Objectifs atteints en matière de qualité pour l'année de référence 2024

- Obtention du label SLH
- Lettre de sortie médicale avec scores chiffrés entrée /sortie
- Intégration de scores médicaux / thérapeutiques dans le dossier de soins des patients
- Nouveau système de commande de repas pour les patients permettant d'éviter de leur planifier des aliments auxquels ils sont allergiques
- Introduction de nouvelles thérapies par Réalité virtuelle applicable à tous nos domaines de réadaptation

3.3 Evolution de la qualité pour les années à venir

- Renforcer les mesures en lien avec le suivi de la satisfaction des patients par la Commission de Qualité Soins et Sécurité des Patients (CQSSP)
- Renforcer notre système d'annonces et d'analyse des chutes, repérage précoce des patients à risque de chutes
- Projet de suivi des scores fonctionnels et interprofessionnels
- Mise en place d'une stratégie de prise en charge coordonnée et interdisciplinaire (médecins, thérapies et soins) pour les patients présentant des troubles de la personnalité, permettant d'assurer une réponse unifiée face à leur souffrance et un alignement optimal des actions des différents soignants.

4 Vue d'ensemble des différentes activités relatives à la qualité

4.1 Participation aux mesures nationales

L'association nationale des hôpitaux H+, les cantons, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), l'association faîtière des assureurs maladie santésuisse, curafutura et les assurances sociales fédérales sont représentés au sein de la l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Le but de l'ANQ est de coordonner la mise en œuvre unifiée des mesures de la qualité des résultats dans les hôpitaux et cliniques, avec pour objectif de documenter, de développer et d'améliorer la qualité. Les méthodes de réalisation et d'évaluation sont les mêmes pour tous les établissements.

D'autres informations sont disponibles dans les sous-chapitres «Enquêtes nationales», resp. «Mesures nationales» et sur le site de l'ANQ www.anq.ch/fr.

Notre institution a participé comme suit au plan de mesures national:
<i>réadaptation</i>
▪ Enquête nationale satisfaction patients réadaptation – adultes
▪ Mesures spécifiques des domaines pour la
– Réadaptation musculo-squelettique
– Réadaptation neurologique
– Réadaptation en médecine interne
– Réadaptation oncologique
– Réadaptation psychosomatique

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

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

Notre institution a exécuté les enquêtes suivantes propres à l'hôpital:	
Satisfaction des patients	
▪ Satisfaction MECON	
Satisfaction des proches	
▪ Satisfaction MECON	
Satisfaction du personnel	
▪ Satisfaction MECON	
Satisfaction des référents	
▪ Satisfaction	
Notre institution a exécuté les mesures suivantes propres à l'hôpital:	
Infections	
▪ Surveillance épidémiologique	
Escarres	
▪ Saisie des escarres	

4.4 Activités et projets relatifs à la qualité

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

Recertification SW!SS Reha

Objectif	Recertification SW!SS Reha
Domaine dans lequel le projet est en cours	Clinique dans son ensemble, réadaptation musculosquelettique, en neurologie, en médecine interne et oncologie, en psychosomatique
Projet: période (du... au...)	2023-2026
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Les critères de qualité de SW!SS Reha sont des critères de valeurs distinguant une réadaptation exigeante
Méthodologie	Management de projet
Groupes professionnels impliqués	Management, Soins, Médecins, Thérapies
Evaluation de l'activité / du projet	Certification réussie

Satisfaction des patients

Objectif	Amélioration de la satisfaction des patients
Domaine dans lequel le projet est en cours	Clinique dans son ensemble
Projet: période (du... au...)	Continuellement
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Positionnement de la Clinique
Méthodologie	Enquête de satisfaction externe
Evaluation de l'activité / du projet	Résultats MECON

Feu et réanimation

Objectif	Les collaborateurs maîtrisent les comportements à adopter en situation d'urgence
Domaine dans lequel le projet est en cours	Tous les domaines
Projet: période (du... au...)	Continuellement
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Assurer la sécurité des patients selon les critères SWISS Reha
Méthodologie	Formation continue pour tous les collaborateurs
Groupes professionnels impliqués	Tous

Formation introductions des nouveaux collaborateurs

Objectif	Transmission de la stratégie, des objectifs et de la mission de l'entreprise. Formation des nouveaux collaborateurs sur l'organisation en cas d'urgence et d'autres sujets en lien avec la sécurité au travail.
Domaine dans lequel le projet est en cours	Tous les nouveaux collaborateurs à leur prise de fonction
Projet: période (du... au...)	Continuellement
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.

Gestion des plaintes

Objectif	Identification des potentiels d'amélioration
Domaine dans lequel le projet est en cours	Comité de direction, Chefs de service
Projet: période (du... au...)	Continuellement
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Méthodologie	Interview semi-structuré, questionnaires de satisfaction, lettres
Groupes professionnels impliqués	Tous

Controlling médical

Objectif	Controlling stratégique et opérationnel
Domaine dans lequel le projet est en cours	Direction
Projet: période (du... au...)	Continuellement
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Surveillance de la conformité de la Clinique aux structures tarifaires en vigueur et aux valeurs des données médicales officielles
Groupes professionnels impliqués	Direction, Finances, Médecine, Qualité, Informatique

Formation des cadres

Objectif	Formation continue des cadres pour une intégration active des cadres dans le système de management
Domaine dans lequel le projet est en cours	Direction
Projet: période (du... au...)	Continuellement
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Développement d'une culture de management commune
Méthodologie	Workshops et présentations

Recertification Rekole®

Objectif	Recertification Rekole® réussie
Domaine dans lequel le projet est en cours	Finances
Projet: période (du... au...)	2022-2026
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Démontrer la conformité de la tenue de la comptabilité de la Clinique, confirmer la grande fiabilité des données relatives aux coûts, faciliter l'analyse comparative entre les hôpitaux avec REKOLE®.
Groupes professionnels impliqués	Finances
Evaluation de l'activité / du projet	Recertification réussie

Satisfaction des prescripteurs

Objectif	Evaluation de la satisfaction des prescripteurs
Domaine dans lequel le projet est en cours	Clinique dans son ensemble, réadaptation musculosquelettique, en neurologie, en médecine interne et oncologie, en psychosomatique
Projet: période (du... au...)	Continuellement
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	L'évaluation de la satisfaction des prescripteurs est un élément important dans l'amélioration des prestations
Méthodologie	Questionnaires, interviews
Groupes professionnels impliqués	Direction, Admissions, Médecine, Soins, Thérapies

EBP (evidence based practice)

Objectif	Amélioration des indicateurs de qualité des traitements
Domaine dans lequel le projet est en cours	Thérapies et Soins
Projet: période (du... au...)	Continuellement
Expliquer les raisons	Amélioration des indicateurs de qualité et de traitement des interventions
Méthodologie	Management de projet
Groupes professionnels impliqués	Thérapies et Soins
Evaluation de l'activité / du projet	L'influence de la mise en pratique des EBP doit être vérifiée par le Patient-Outcome

SWISS LEADING HOSPITALS

Objectif	Recertification SLH réussie
Domaine dans lequel le projet est en cours	Clinique dans son ensemble, Hôtellerie
Projet: période (du... au...)	2024-2027
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Expliquer les raisons	Certifier de notre niveau d'excellence dans tous les domaines de la Clinique
Méthodologie	Management de projet
Groupes professionnels impliqués	Management, Soins, Médecins, Thérapies, Hôtellerie
Evaluation de l'activité / du projet	Recertification réussie

Recertification ISO 9001:2015

Objectif	Recertification réussie
Domaine dans lequel le projet est en cours	Clinique dans son ensemble
Projet: période (du... au...)	2024-2027
Expliquer les raisons	Les critères de qualité ISO représente la base des critères de valeurs distinguant une entreprise exigeante

PREMS Projet pilote ANQ

Objectif	Evaluation d'un nouveau questionnaire de satisfaction des patients en vue de l'évaluation satisfaction ANQ
Domaine dans lequel le projet est en cours	Clinique dans son ensemble
Projet: période (du... au...)	01.09-31.10.2024
Type de projet	Il s'agit là d'un projet interne.
Groupes professionnels impliqués	Toute la Clinique dans son ensemble
Evaluation de l'activité / du projet	Récolte satisfaisante des données selon ANQ

4.4.1 CIRS (Critical Incident Reporting System) – Apprendre des incidents

Le CIRS (Critical Incident Reporting System) est un système d'annonce des erreurs, dans lequel les collaborateurs peuvent saisir les événements ou les erreurs qui, dans l'activité quotidienne, ont failli conduire à des dommages. Le CIRS contribue ainsi à identifier les facteurs de risques dans l'organisation et les processus de travail et à améliorer la culture de la qualité. Des mesures d'amélioration de la sécurité peuvent être entreprises à partir de ces notifications d'incidents.

Notre établissement a introduit un CIRS en 2014 .

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

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

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

Remarques

Tous les nouveaux collaborateurs sont formés à l'utilisation du CIRS et sensibilisés à son application au quotidien. Une refonte du système d'annonce a été effectuée en 2024 afin de faciliter l'annonce d'incidents par les collaborateurs et rendre les annonces compatibles avec le système CIRNET.

Les annonces CIRS sont traitées selon modèle du London Protocol.

Rapport CIRS 2024

Au cours de l'année 2024, 64 événements considérés comme critiques ont été signalés au total, soit 2 de moins que l'année précédente (66).

Erreur de médication

23 notifications d'erreurs de médication (préparation et distribution) ont été enregistrées.

Dans l'analyse individuelle des incidents signalés, 6 cas sont classés comme des erreurs de communication, de prescription ou d'interprétation de la prescription. Malgré la diminution du nombre de signalements, on peut en conclure que le contrôle des prescriptions et des délivrances fonctionne. Néanmoins, ces annonces montrent que les problèmes liés à la prescription ou à la communication entre les médecins et le personnel soignant ont été moins souvent signalés. La visite quotidienne Kardex, introduite en 2024, a un effet positif sur la communication entre les médecins prescripteurs et le personnel soignant.

Humain et organisation

Au total, 32 événements ont été signalés, dont 9 ne pouvant pas être classés dans cette catégorie, s'agissant d'avis de chutes pour lesquels il existe un processus de notification distinct.

Le nombre d'avis concernant des problèmes avec des patients dysphagiques et des problèmes de communication entre la cuisine et le service de conseil nutritionnel est passé de 12 en 2023 à 1 en 2024 démontrant l'amélioration du processus de communication entre ces deux entités.

En 2024, 6 messages concernant un comportement suspect ou agressif de la part des patients ont été signalés. En raison de l'anonymat du système de signalement CIRS, il n'est pas possible de déterminer si ces annonces concernent toujours le même patient. Cependant, l'intervalle de temps entre les signalements laisse supposer qu'il s'agit de patients différents. Ce point est à surveiller en 2025.

Les autres messages concernent des cas isolés qui ne révèlent aucune erreur inhérente au système.

Humain et technique

Les six notifications conforme aux critères CIRS concernent des cas isolés de problèmes techniques et ont été résolus avec les instances concernées, telles que le service informatique et le service technique.

4.5 Aperçu des registres

Les registres et monitoring peuvent contribuer au développement de la qualité et à l'assurance qualité à plus long terme. Des données anonymisées portant sur les diagnostics et les procédures (p. ex. opérations) de plusieurs établissements sont collectées au plan national pendant plusieurs années, puis analysées afin de pouvoir identifier des tendances à long terme et suprarégionales.

Les registres énumérés sont annoncés officiellement à la FMH: www.fmh.ch/fr/themes/qualite-asqm/registres.cfm

Durant l'année de référence, notre institution a participé aux registres suivants:			
Norme appliquée	Discipline	Organisation responsable	Depuis / à partir de
MS Statistique médicale des hôpitaux	Toutes les disciplines	Office fédéral de la statistique www.bfs.admin.ch	1998
Registre de la sclérose Registre suisse de la sclérose en plaques	Neurologie	Institut d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention de l'Université de Zurich www.ms-register.ch	2018

4.6 Vue d'ensemble des certifications

Notre institution a obtenu les certifications suivantes:				
Norme appliquée	Domaine qui travaille avec la norme / le standard	Année de la première certification	Année de la dernière recertification	Commentaires
DIN EN ISO 9001:2015	Toute la Clinique	2000	2024	Certificat valable jusqu'au 01.02.2027
SWISS REHA	Toute la Clinique	2012	2024	Critères généraux, toute l'institution ainsi que réadaptation en Médecine interne et Oncologie, en Neurologie, en Musculosquelettique, en Psychosomatique
REKOLE®	Finances et administration	2014	2022	Recertification avancée à 2025 sur les comptes 2024, en raison du déménagement de la Clinique dans un autre établissement dans le cours de l'année 2025, pour la durée des travaux (2025-2027).
SWISS LEADING HOSPITALS	Toute la Clinique	2024	2024	Certificat valable jusqu'au 26.11.2027

MESURES DE LA QUALITE

Enquêtes de satisfaction

5 Satisfaction des patients

Des enquêtes complètes auprès des patients constituent un élément important dans le management de la qualité car elles donnent des indications sur la satisfaction des patients et sur les potentiels d'amélioration.

5.1 Enquête nationale satisfaction patients réadaptation – adultes

L'appréciation des patients sur la qualité des prestations d'un hôpital est un indicateur de qualité important et reconnu (satisfaction des patients). Le questionnaire court pour l'enquête nationale auprès des patients a été élaboré par l'ANQ en collaboration avec un groupe d'experts.

Le questionnaire comprend six questions centrales et peut être aisément inclus dans des enquêtes plus larges auprès des patients. Deux questions sont pratiquement semblables à celles du questionnaire de la somatique aiguë alors que les quatre autres ont été adaptées aux conditions de la réadaptation. Des questions liées à l'âge, au sexe, à la classe d'assurance et à l'évaluation subjective de l'état de santé complètent les six questions sur le séjour à l'hôpital.

Résultats des mesures

Questions	Valeurs des années précédentes			Satisfaction mesurée (moyenne) 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2022	
Berner Klinik Montana				
Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge par l'équipe (personnel médical et thérapeutique, personnel infirmier, service social)?	4.07	4.15	4.20	4.00 (3.85 - 4.17)
Au début de votre séjour de réadaptation, avez-vous été informé-e de manière compréhensible sur le déroulement et les objectifs de votre réadaptation?	4.19	4.12	4.14	4.20 (4.02 - 4.38)
Durant votre séjour de réadaptation, avez-vous été suffisamment impliqué-e dans les décisions?	4.10	3.92	4.11	4.00 (3.84 - 4.21)
Avez-vous reçu des réponses compréhensibles à vos questions?	4.39	4.07	4.33	4.20 (4.03 - 4.33)
Les thérapies ont-elles répondu à vos attentes (portée, déroulement, etc.)?	4.44	4.31	4.21	4.20 (4.09 - 4.41)
Comment était l'organisation des principales mesures prises pour vous et vos proches pour la période après votre séjour de réadaptation (accompagnement, aide et soins à domicile, thérapies, etc.)?	3.79	3.70	3.77	3.70 (3.49 - 3.85)
Nombre de questionnaires envoyés en 2024				206
Nombre de questionnaires analysés	110	Retour en pourcent		53.00 %

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

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

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

Les enquêtes de satisfaction des patients prévues en 2020 en psychiatrie et en réadaptation ont été

reportées à 2021 en raison de la pandémie. Par la suite, le rythme désormais bisannuel sera à nouveau en vigueur - soit lors des années paires dans ces domaines pour l'ANQ. Seules sont présentées les années précédentes lors desquelles des enquêtes ont eu lieu et pour lesquelles des résultats sont disponibles.

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

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	Unisanté, Lausanne

Indications sur le collectif examiné		
Ensemble des patients à examiner	Critères d'inclusion	Le questionnaire a été envoyé à tous les patients (≥ 16 ans) traités en stationnaire (min. 24 heures) qui sont sortis d'une clinique de réadaptation ou d'un service de réadaptation d'un hôpital de soins aigus, en avril et en mai 2024.
	Critères d'exclusion	▪ Patients sans domicile fixe en Suisse, à l'exception de la Principauté du Liechtenstein. ▪ Patients décédés à l'hôpital. ▪ Les patients hospitalisés à plusieurs reprises n'ont été interrogés qu'une seule fois.

5.2 Enquêtes à l'interne

5.2.1 Satisfaction MECON

Il s'agit d'une enquête de satisfaction réalisée bi-mensuellement par le biais d'un questionnaire écrit, organisé en 5 secteurs qui nous permettent de mieux cibler les mesures d'amélioration à entreprendre en fonction des résultats:

1. entrée
2. thérapie/médecine/soins
3. organisation
4. atmosphère infrastructure/confort
5. sortie

Nous avons mené cette enquête auprès des patients durant l'année 2024.

L'enquête a été menée dans tous les services et toutes les spécialités. Cela concerne la réadaptation en médecine interne et oncologique, musculosquelettique, neurologique et psychosomatique.

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

Les résultats sont utilisés dans le cadre de la gestion de l'activité de la Clinique.

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	Mecon
Méthode / instrument	PZ Benchmark

5.3 Service des réclamations

Notre établissement propose un service des réclamations / de médiation.

Berner Klinik Montana

Direction

Franziska Zufferey

Assistante de direction

027 485 50 39

franziska.zufferey@bernerklinik.ch

08h30-12h00

13h00-17h00

6 Satisfaction des proches

La mesure de la satisfaction des proches fournit aux établissements de précieuses informations sur la manière dont les patients se sont sentis dans l'hôpital et dont ils ont ressenti l'assistance. L'évaluation de la satisfaction des proches est judicieuse pour les enfants et les patients dont l'état de santé n'autorise pas une mesure directe de la satisfaction du patient.

6.1 Enquêtes à l'interne

6.1.1 Satisfaction MECON

Il s'agit d'une enquête de satisfaction réalisée bi-mensuellement par le biais d'un questionnaire écrit, organisé en 5 secteurs:

1. entrée
2. thérapie/médecine/soins
3. organisation
4. atmosphère infrastructure/confort
5. sortie

Nous avons mené cette enquête auprès des proches durant l'année 2024.
Tous les domaines de la Clinique sont concernés par cette enquête.

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

Les résultats sont utilisés dans le cadre de la gestion de l'activité de la Clinique.

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	Mecon
Méthode / instrument	PZ Benchmark

7 Satisfaction du personnel

La mesure de la satisfaction du personnel fournit aux établissements des informations précieuses sur la manière dont les collaborateurs et collaboratrices ont perçu l'hôpital en tant qu'employeur et ressenti leur situation de travail dans celui-ci.

7.1 Enquête à l'interne

7.1.1 Satisfaction MECON

La Clinique accorde une grande importance au bien-être des collaborateurs afin qu'ils puissent mener à bien leur mission de manière efficiente et qualitative.

La Clinique participe donc tous les trois ans à l'enquête de satisfaction dans le but d'identifier les leviers d'amélioration dans les domaines suivants:

1. Conditions de travail (tâches, mission)
2. Conditions salariales
3. Prestations complémentaires
4. Horaires de travail
5. Formations professionnelles et continues
6. Collaborations interdisciplinaires
7. Équipes
8. Management
9. Places de travail

Nous avons mené cette enquête auprès du personnel durant l'année 2024.

Tous les Collaborateurs de la Clinique Bernoise Montana sont concernés par cette enquête.

De manière synthétisée, la Clinique Bernoise Montana a obtenu un indice de satisfaction moyen de 62,7 lors de son enquête menée auprès de ses collaborateurs, cette moyenne portant sur les 9 domaines évalués (voir ci-dessus). Ce résultat se situe légèrement au-dessus du benchmark habituel.

Les résultats détaillés sont étudiés à l'interne par le service RH, en lien étroit avec la Direction et les équipes, pour définir et mettre en oeuvre les actions d'amélioration les plus pertinentes en lien avec la stratégie RH.

Indication sur la mesure	
Institut national d'enquête	Mecon
Méthode / instrument	PZ Benchmark

8 Satisfaction des référents

Les référentes et les référents externes (médecins de famille, médecins spécialistes installés) jouent un rôle important dans le choix de l'hôpital. Nombre de patientes et de patients se font soigner dans un hôpital qui leur a été recommandé par leur médecin.

8.1 Enquête à l'interne

8.1.1 Satisfaction

Il s'agit d'une enquête de satisfaction réalisée par courrier lors de l'envoi des lettres de sortie aux prescripteurs. Le questionnaire est disponible online par simple scan du QR-Code.

Nous avons mené cette enquête auprès des référents durant l'année 2024.

Tous les Prescripteurs sont concernés par cette enquête.

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

Les résultats sont utilisés dans le cadre de la gestion de l'activité de la Clinique.

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

Qualité des traitements

Mesures en soins somatiques aigus

11 Infections

11.1 Mesure interne

11.1.1 Surveillance épidémiologique

L'hygiène hospitalière prend toutes les mesures nécessaires pour empêcher la propagation d'infections par des germes multirésistants.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2024.
Cette mesure a été réalisée dans tous les services de la Clinique.

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

Les résultats sont traités en interne.

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

12 Chutes

Remarque sur la mesure Chutes et escarres: Pas de mesure en 2023 - remplacement de la méthode de mesure

En novembre 2022, l'ANQ a décidé de remplacer la méthode de mesure de l'Université de Maastricht LPZ en vigueur depuis 2011. Pour les hôpitaux et les cliniques, la mesure de la prévalence des chutes et des escarres impliquait un gros investissement en personnel. De sa propre initiative, l'ANQ a décidé d'examiner d'autres méthodes de relevé des données. L'objectif est de rendre les données cliniques de routine (issues du dossier électronique du patient) utilisables pour des mesures de qualité nationales moins coûteuses.

Compte tenu des modifications méthodologiques à venir, l'ANQ a décidé de suspendre la mesure nationale en 2023. Les indicateurs de qualité Chutes et escarres continueront néanmoins de faire partie du plan de mesure de l'ANQ.

Afin de disposer à moyen terme d'une mesure reposant sur des données de routine, l'ANQ investit dans le perfectionnement et soutient en conséquence le projet Vis(q)ual Data de la HES bernoise (BFH).

Vous trouverez ici davantage d'informations sur la mesure Chutes et Escarres:

<https://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/informations-sur-les-mesures-en-soins-aigus/chutes-et-escarres/>

12.1 Mesure interne

12.1.1 Chutes

Saisie des Chutes

Les risques de chute sont mesurés dès l'entrée du patient à la Clinique et des mesures appropriées sont mises en place grâce aux évaluations des risques effectuées lors de l'admission.

Les chutes sont systématiquement enregistrées selon les critères suivants :

- Nombre de chutes
- Nombre de chutes multiples
- Heure et lieu
- Conséquences

L'analyse et l'évaluation par la CQSSP permettent de prendre des mesures pour garantir une mobilité plus sûre.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2024.

La saisie des chutes est réalisée dans tous les domaines de réadaptation de la Clinique.

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

Les données sont traitées en interne. Globalement le nombre de saisie reste stable.

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

13 Escarres

Remarque sur la mesure Chutes et escarres: Pas de mesure en 2023 - remplacement de la méthode de mesure

En novembre 2022, l'ANQ a décidé de remplacer la méthode de mesure de l'Université de Maastricht LPZ en vigueur depuis 2011. Pour les hôpitaux et les cliniques, la mesure de la prévalence des chutes et des escarres impliquait un gros investissement en personnel. De sa propre initiative, l'ANQ a décidé d'examiner d'autres méthodes de relevé des données. L'objectif est de rendre les données cliniques de routine (issues du dossier électronique du patient) utilisables pour des mesures de qualité nationales moins coûteuses.

Compte tenu des modifications méthodologiques à venir, l'ANQ a décidé de suspendre la mesure nationale en 2023. Les indicateurs de qualité Chutes et escarres continueront néanmoins de faire partie du plan de mesure de l'ANQ.

Afin de disposer à moyen terme d'une mesure reposant sur des données de routine, l'ANQ investit dans le perfectionnement et soutient en conséquence le projet Vis(q)ual Data de la HES bernoise (BFH).

Vous trouverez ici davantage d'informations sur la mesure Chutes et Escarres:

<https://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/informations-sur-les-mesures-en-soins-aigus/chutes-et-escarres/>

13.1 Mesure interne

13.1.1 Saisie des escarres

Évaluation des risques

Le risque de développer un escarre est évalué à l'admission à l'aide de l'échelle de Braden.

Recensement des escarres :

Les escarres sont consignées dans le registre des plaies. Une distinction est faite entre les patients présentant des escarres à leur admission et ceux ayant développé des escarres pendant leur séjour à la clinique.

Nous avons mené cette mesure durant l'année 2024.

La mesure est effectuée dans tous les domaines spécialisés.

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

La mesure est communiquée régulièrement en interne.

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

Mesures en réadaptation

16 Qualité de vie, capacité fonctionnelle et de participation

16.1 Mesures nationales par domaines spécifiques en réadaptation

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

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

L'instrument **FIM**[®] (Functional Independence Measure) et l'Indice de Barthel élargi (**EBI**) sont des méthodes de mesure distinctes (instruments d'évaluation externe) permettant de déterminer la capacité fonctionnelle pour les activités quotidiennes dans les domaines moteur, relationnel et cognitif. En réadaptation gériatrique, en médecine interne, musculo-squelettique, neurologique et oncologique, chaque institution recourt à un des deux instruments. Afin de pouvoir comparer la qualité des résultats de l'ensemble des hôpitaux, indépendamment de l'instrument utilisé (FIM[®] oder EBI), un algorithme de conversion du FIM[®], resp. de l'EBI vers un score ADL commun (Activities of Daily Life) a été élaboré.

En réadaptation psychosomatique sont relevés et différenciés d'une part les problèmes somatiques - au moyen du Patient Health Questionnaire 15 (**PHQ-15**) - et d'autre part l'anxiété et la dépression - au moyen de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (**HADS**), qui se distingue entre le HADS-A pour les troubles anxieux et le HADS-D pour les troubles dépressifs.

Résultats des mesures

En plus des mesures ci-dessus, les objectifs de participation (objectif principal et atteinte des objectifs) sont également relevés. Comme aucune mesure classique indirecte de l'évolution indirecte n'est possible, les résultats sont présentés à l'échelon national de manière uniquement descriptive.

En réadaptation psychosomatique et paraplégologique, des données transparentes ont été fournies pour la première fois en 2021. Actuellement, il n'y a pas encore de présentation transparente des résultats à ce sujet. Il n'y a pas d'obligation de mesure en réadaptation pédiatrique.

Réadaptation musculo-squelettique	2020	2021	2022	2023
Berner Klinik Montana				
Valeur comparative* (CI** = 95%), score ADL	2.110 (0.870 - 3.360)	0.540 (-0.580 - 1.650)	-0.080 (-1.730 - 0.190)	-0.800 (-1,690.000 - 0.090)
Nombre de cas exploitables en 2023				350
Taux en pourcent				90.2%

Réadaptation neurologique	2020	2021	2022	2023
Berner Klinik Montana				
Valeur comparative* (CI** = 95%), score ADL	2.750 (1.330 - 4.160)	3.560 (2.220 - 4.890)	0.900 (-0.320 - 2.120)	0.290 (-0.970 - 1.550)
Nombre de cas exploitables en 2023				446
Taux en pourcent				89.4%

Réadaptation en médecine interne	2020	2021	2022	2023
Berner Klinik Montana				
Valeur comparative* (CI** = 95%), score ADL	2.270 (0.370 - 4.180)	1.080 (-0.810 - 2.980)	-1.580 (-3.250 - 0.090)	-2.210 (-4.080 - -0.350)
Nombre de cas exploitables en 2023				111
Taux en pourcent				84.7%

Réadaptation oncologique	2022	2023
Berner Klinik Montana		
Valeur comparative* (CI** = 95%), score ADL	-2.510 (-5.500 - 0.470)	-0.750 (-4.400 - 2.900)
Nombre de cas exploitables en 2023		23
Taux en pourcent		79.3%

Réadaptation psychosomatique	2021	2022	2023
Bernier Klinik Montana			
Valeur comparative* (CI** = 95%), PHQ-15	0.260 (-0.760 - 1.270)	-0.010 (-0.850 - 0.820)	0.420 (-0.390 - 1.220)
Nombre de cas exploitables en 2023			228
Taux en pourcent			93.4%
Valeur comparative* (CI** = 95%), HADS-A	0.260 (-0.710 - 1.230)	-0.180 (-0.930 - 0.570)	0.530 (-0.210 - 1.270)
Nombre de cas exploitables en 2023			228
Taux en pourcent			93.4%
Valeur comparative* (CI** = 95%), HADS-D	0.440 (-0.530 - 1.410)	-0.130 (-0.930 - 0.660)	0.470 (-0.320 - 1.250)
Nombre de cas exploitables en 2023			228
Taux en pourcent			93.4%

* Valeur comparative: Pour chaque clinique est calculée la différence entre le paramètre de qualité de cette clinique et la valeur moyenne des paramètres de qualité des autres cliniques pondérée en fonction du nombre de cas. Une valeur positive signifie que le résultat de la mesure est supérieur à la valeur attendue compte tenu de la structure des patients de l'institution. Une valeur négative indique au contraire que le résultat est inférieur à la valeur attendue.

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

être interprétées comme de véritables différences.

La mesure de l'ANQ est conçue pour comparer les hôpitaux par année. Les résultats d'un hôpital ou d'une clinique et les comparaisons par rapport à l'année précédente ne sont que partiellement pertinents. L'ANQ publie les résultats des mesures sous forme de comparaisons sur son site: www.anq.ch/fr/domaines/readaptation/resultats-des-mesures-readaptation/.

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

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

18 Détails des projets

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

18.1 Projets actuels en faveur de la qualité

18.1.1 Création d'une Commission qualité des soins et sécurité au patient

Type de projet

Politique d'amélioration continue et sécurité au patient

Objectifs du projet

- Répondre aux objectifs stratégiques définis par le comité de direction et le conseil de fondation dans le domaine de la qualité
- Elaborer, définir et mettre en oeuvre les objectifs annuels de qualité et de sécurité
- Respecter les normes légales et réglementaires
- Optimiser les processus de prise en charge des patients et d'administration des soins
- Planifier les audits internes, de certification et de maintien
- Soutenir et vérifier l'efficacité des mesures d'amélioration
- Assurer la sécurité des patients en minimisant les risques et les erreurs
- Planifier et promouvoir les formations liées à la qualité

Déroulement du projet

1. Réalisation du concept pour la création et la mise en oeuvre d'une Commission qualité des soins et sécurité au patient (CQSSP)
2. Validation de la création de la CQSSP par le Comité de direction
3. Mise en oeuvre

Groupe de personnes impliquées

Comité de direction, Responsable qualité, membres de la commission

18.1.2 Révision du système de management de la qualité

Type de projet

Projet d'accompagnement

Objectif du projet

- Renforcer l'adhésion des collaborateurs
- Faciliter l'utilisation du Quality Management System (QMS)

Déroulement du projet

1. Analyse des besoins des collaborateurs
2. Nomination et formation des personnes ressources par secteur
3. Révision de la documentation Qualité

Groupe de professionnels impliqués

Comité de direction, responsable Qualité, responsables de secteur d'activité

18.1.3 Nomination d'un responsable Qualité

Type de projet

Projet organisationnel

Objectifs du projet

La Direction a souhaité structurer sa démarche qualité et sécurité, en réponse à des exigences réglementaires et à une volonté d'amélioration continue. Suite à un départ, ce poste a été repourvu ad interim. A compter du 01.04.2025, un responsable qualité a été nommé, démontrant l'importance accordée à ce thème par la Direction de la Clinique.

Nomination du responsable qualité

Le responsable qualité a été désigné pour coordonner et mettre en œuvre les actions relatives à la politique d'amélioration continue. Il agit en lien direct avec la direction et en collaboration avec les différents services et commissions relatives.

18.1.4 Développement et intégration d'un nouveau système d'annonce qualité

Type de projet

Projet interne

Objectif du projet

- Disposer d'un système d'annonces plus performant et répondant aux besoins de la Clinique et des collaborateurs

Déroulement du projet

1. Développer des outils informatiques
2. Tester le nouveau système
3. Former les utilisateurs
4. Adapter le système aux propositions d'amélioration reçues en retour

18.2 Projets en faveur de la qualité achevés durant l'année de référence 2024

18.2.1

Réalité Virtuelle

Type de projet

Projet interne

Objectifs du projet

Amélioration de l'offre thérapeutique au patient

Déroulement du projet

1. Analyse des besoins
2. Test de ce système
3. Validation et interprétation dans la prise en charge selon l'angle médical, soignant, thérapeutique et informatique

18.2.2 Intégration des scores médicaux/thérapeutiques dans le dossier soins

Type de projet

Projet de développement interne

Objectifs du projet

- Regrouper les tests et scores réalisés aux patients dans son dossier de manière structurée
- Garantir la transparence et la traçabilité des tests et scores réalisés

Organisation

- Développement des scores et tests en fonction des besoins des différents secteurs
- Formation à l'utilisation de ces scores
- Adaptation quand nécessaire

Groupe de professionnels concernés

Service médical thérapie, responsable Qualité

18.2.3 Nouveau système de commande de repas

Type de projet

Projet de développement interne

Objectifs du projet

- Augmenter la sécurité des patients avec un système qui prend en charge les allergies et intolérance
- Remplacement d'un système de commande ancien par un système plus rapide et plus efficient

Organisation

- Groupe de travail interprofessionnel pour gérer ce projet
- Définition des besoins et des spécificités et des contraintes
- Test du système par les professionnels concernés
- Adaptation du système, correction des "bugs"
- Formations spécifiques aux différents groupes d'utilisateurs
- Intégration dans la pratique du nouveau système de commande

Groupe de professionnels concernés

Cuisine, diététique, soins, service restauration, logopédie, service informatique, responsable Qualité

18.2.4 Certification SWISS LEADING HOSPITALS

Type de projet

Certification

Objectif du projet

Pouvoir certifier de la qualité de nos prestations et faire valoir notre haut niveau de prestations médico-soignantes, thérapeutiques et surtout hôtelières.

Déroulement du projet

1. Décision du Comité de direction d'asseoir notre réputation de meilleure Clinique de Suisse (PME 2023 et 2024)
2. Dépôt de candidature auprès de SWISS LEADING HOSPITALS
3. Audit via un organisme indépendant
4. Certification

Groupe de professionnels impliqués

Direction, responsable qualité, responsable hôtellerie, personnel médico-soignant, thérapeutes,

18.3 Projets de certification en cours

18.3.1 REKOLE®

Type de projet

Recertification

Objectifs du Projet

Renouvellement de la certification REKOLE afin de maintenir notre niveau d'excellence en matière de gestion financière et administrative de la Clinique Bernoise Montana

Déroulement du projet

Audit

Groupe de professionnels impliqués

Finances et administration

19 Conclusions et perspectives

La Clinique Bernoise Montana poursuit activement sa démarche qualité, en atteste le nouveau certificat "Swiss Leading Hospital" obtenu cette année. Différents projets ont aboutis tandis que d'autres sont en phase de développement pour les années à venir dans la perspective de renforcer l'interdisciplinarité autour du patient et de lui apporter une rééducation qualitative et durable.

Les besoins de nos patients sont au centre de nos préoccupations; au travers du développement de la qualité nous œuvrons à contribuer à une prise en charge interprofessionnelle et collaborative tenant compte des attentes de nos patients ainsi que de leurs besoins cliniques. Nos collaborateurs sont impliqués dans l'élaboration de la démarche qualité, ce qui contribue à leur offrir un cadre de travail où la qualité des soins apportés et la sécurité des patients est une source d'attention et d'intérêts quotidiens.

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

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

Des informations supplémentaires sur l'offre de l'institution sont disponibles sur le portail des hôpitaux et cliniques info-hopitaux.ch et dans le rapport annuel.

Ce dernier peut être téléchargé au moyen du lien suivant: [Rapport annuel](#)

Réadaptation

Offre de prestations en réadaptation

Domaines de réadaptation	
Réadaptation en médecine interne	s
Réadaptation musculo-squelettique	s
Réadaptation neurologique	s
Réadaptation oncologique	s
Réadaptation psychosomatique	s

a = ambulatoire, s = stationnaire

Chiffres-clés de la réadaptation stationnaire

Le **nombre de sorties** et le **nombre de jours** de soins en 2014 additionnés fournissent une indication de l'ampleur de l'expérience dans un domaine spécialisé et de la complexité des traitements dispensés aux patientes et patients. Deux cliniques ayant à peu près la même taille (nombre de jours de soins) peuvent afficher un nombre de sorties tout à fait différent dès lors que les patientes et patients souffrent de maladies ou de traumatismes de gravité variable. Les personnes souffrant de graves traumatismes ont besoin de plus de temps jusqu'à ce qu'elles retrouvent une certaine autonomie dans la vie de tous les jours. Il en découle des séjours plus longs et un nombre de sorties moins élevé pour le même nombre de jours de soins.

Au moyen du nombre de traitements / séances par jour et par patient, il est possible d'estimer l'**intensité thérapeutique** à escompter en moyenne pour un patient dans la clinique du domaine spécialisé correspondant.

La référence à cet égard est le document [«DefReha© version 3.0. Réadaptation stationnaire: définitions et exigences minimales»](#), qui décrit les prestations et les types de réadaptation stationnaire.

Offre stationnaire de domaines spécialisés	Nombre moyen de traitements / séances par jour et patient	Nombre de sorties	Jours de soins dispensés
Réadaptation en médecine interne	3.00	132	3337
Réadaptation musculo-squelettique	3.00	381	10259
Réadaptation neurologique	4.00	531	16446
Réadaptation psychosomatique	4.00	289	6886

Collaboration dans le réseau de soins

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

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

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

Hôpital le plus proche, lieu	Offre de prestations / Infrastructure	Distance (km)
Berner Klinik Montana		
Hôpital du Valais, Sion	Unité de soins intensifs dans un hôpital de soins somatiques aigus	19 km
Hôpital du Valais, Sion	Service des urgences dans un hôpital de soins somatiques aigus	19 km

Ressources en personnel de réadaptation

Spécialisations disponibles	Dotations en pourcent
Berner Klinik Montana	
Spécialiste en médecine physique et réadaptation	1.00%
Spécialiste en neurologie	2.00%
Spécialiste en gériatrie / médecine interne	2.00%

Des médecins spécialistes sont indispensables à une thérapie adéquate. Les traitements complexes sont précisément rendus possibles grâce à la complémentarité des diverses spécialités.

Personnel soignant et thérapeutique, conseillers	Dotations en pourcent
Berner Klinik Montana	
Infirmiers	31.00%
Physiothérapie	13.00%
Logopédie	3.00%
Ergothérapie	5.00%
Diététique	2.00%
Neuropsychologie	1.00%
Assistance sociale	2.00%
Thérapies du sport	5.00%
Massage médical	3.00%
Psychologie	4.00%
Médecins assistants et Chefs de clinique	8.00%

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

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

Editeur



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

Voir aussi:

www.hplus.ch/fr/qualite/rapportsurlaqualite/



Les symboles utilisés dans ce rapport, qui font référence aux domaines d'hôpitaux soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation, ne figurent que lorsque les modules concernent des domaines spécifiques.

Instances impliqués et partenaires

Le modèle continue à être développé en collaboration avec la Commission technique Qualité (**FKQ**), divers cantons et sur mandat des fournisseurs de prestations.

Voir aussi:

www.hplus.ch/fr/portrait/commissionstechniques/



La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (**CDS**) recommande aux cantons d'imposer aux hôpitaux de rendre compte de la qualité de leurs traitements et de les inciter à utiliser le modèle de rapport sur la qualité de H+ et à le publier sur la plateforme de H+ www.info-hopitaux.ch.

Autres instances



L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (**ANQ**) coordonne et met en œuvre des mesures de qualité dans différents domaines (médecine somatique aiguë, réadaptation et psychiatrie).

Voir aussi: www.anq.ch



La **fondation Sécurité des patients Suisse** est une plateforme nationale dédiée au développement et à la promotion de la sécurité des patients en Suisse. Elle travaille sous forme de réseaux et de coopérations. Son objectif est de tirer des enseignements des erreurs commises et de favoriser la culture de la sécurité dans les établissements de santé. Pour ce faire, elle fonctionne sur un mode partenarial et constructif avec des acteurs du système sanitaire.

Voir plus: www.securitedespatients.ch



Le modèle de rapport sur la qualité repose sur les recommandations «Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux » de l'Académie suisse des sciences médicales (**ASSM**): www.samw.ch.