



RAPPORT ANNUEL / RAPPORT DE QUALITÉ 2011/12

QUAND CHAQUE GESTE COMPTE
GROUPE DE CLINIQUES PRIVÉES HIRSLANDEN

hirslanden 

RAPIDE SURVOL

Le Groupe de cliniques privées Hirlanden en chiffres

14 cliniques dans 10 cantons
1 561 médecins
6 050 collaborateurs de 92 pays, 4 649 postes à plein temps
80 588 patients, stationnaires
469 347 jours de soins*
6 112 nouveau-nés
750 fournisseurs

Les cliniques du Groupe Hirlanden en quelques mots clés

Prestataire de système
Une qualité médicale de premier ordre
Un réseau d'instituts spécialisés et de centres de compétence
Leadership technologique
Des soins qualifiés dans un cadre bienfaisant
Des cliniques à caractère individuel
Des spécialistes hautement qualifiés, forts d'une longue expérience

Le Groupe de cliniques privées Hirlanden en quelques étapes historiques

2010	Reprise de la Klinik Stephanshorn à St-Gall
2010	Premier rapport de qualité détaillé
2010	Obtenu certification ISO
2008	Changement et extension de la direction exécutive
2007	Reprise par le groupe hospitalier sud-africain Mediclinic International
2005	Reprise d'une autre clinique privée
2002	Reprise par le groupe d'investisseurs BC Partner Funds
1997–2002	Reprise de sept cliniques privées
1990	Fusion de cinq cliniques: le Groupe de cliniques privées Hirlanden est né

* Patients adultes et accouchées selon H+

SOMMAIRE

1	Éditorial
4	Rapport de la direction exécutive
7	Les principaux chiffres
8	Conseil d'administration
9	Organigramme
10	Politique sanitaire
14	Satisfaction des patients
20	Benchmarks
26	Hygiène hospitalière
34	Gestion de la qualité
40	Faits, chiffres et données
48	Infrastructure des cliniques
50	Spécialités par clinique
51	Partenariats stratégiques
52	Sites Hirlanden en Suisse

ÉDITORIAL

Chers amis de Hirslanden,
Mesdames, Messieurs,

Le dernier exercice du Groupe de cliniques privées Hirslanden avait été marqué par les changements les plus conséquents intervenus dans le système de santé suisse depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996. Le 1^{er} janvier 2012, la facturation des prestations au moyen des forfaits par cas (DRG) a été introduite dans le sillage du nouveau système de financement et de planification des hôpitaux. Objectif: renforcer la concurrence afin d'améliorer la qualité et la rentabilité du système de santé. Entreprise gérée selon les principes de l'économie privée, Hirslanden était préparé au mieux à ces mutations structurales. Même s'il subsiste des points flous et quelques incohérences dans certains cantons au moment de l'impression de ce rapport annuel, la direction choisie a été la bonne.

L'amélioration de la qualité des traitements est l'un des principaux objectifs des réformes de la LAMal. Une concurrence et un marché plus libres conduiront à une concentration des prestations chez les fournisseurs très expérimentés du fait qu'ils ont traité un nombre élevé de cas. Cette concurrence ne peut pas fonctionner dans les cantons dont les directions de la santé veulent lier la nouvelle planification hospitalière à une limitation du nombre de lits ou de cas. Dans tous les domaines où il est concerné, le Groupe de cliniques privées Hirslanden défend ses intérêts légitimes, œuvrant par là-même pour le bien des patients et des contribuables.

Le Groupe de cliniques privées Hirslanden réaffirme cette année son engagement pour la qualité en publiant dans le présent rapport des mesures qualitatives complètes. A part les grands hôpitaux universitaires, rares sont les fournisseurs de prestations qui publient des données de qualité aussi transparentes. Bien plus qu'un outil facilitant la décision des patients et des médecins adresseurs, le rapport de qualité entend aussi et surtout apporter une contribution substantielle à l'intense débat public sur la qualité du système de santé.

Nonobstant les grands défis qu'ont dû relever celles et ceux qui, des médecins aux collaborateurs en particulier, ont participé à la préparation au nouveau financement hospitalier dans le système de santé, le Groupe de cliniques privées Hirslanden a pu poursuivre sa croissance au cours du dernier exercice. De plus en plus de patients nous confient leur santé chaque année. En outre, les 14 cliniques et le Head Office à Zurich ont entrepris de nombreux projets d'investissement – extensions, renouvellements, maintenance et nouvelles technologies – qui ont eu un impact positif très direct sur la qualité et la force innovante du Groupe. Nous remercions cordialement toutes celles et tous ceux qui nous ont aidés à surmonter ces défis.

Dr Edwin de la H. Hertzog
Président du Conseil d'administration

Dr Ole Wiesinger
Chief Executive Officer





«LA QUALITÉ,
C'EST QUAND
UNE PERSONNE
ATTENTIONNÉE
S'OCCUPE AVEC
SOLLICITUDE
DE TOUS MES
PROBLÈMES.»

LILIANE LÜTHI

Patiente, Klinik Hirslanden Zurich

Propriétaire de la boutique «Lu Möbel, Geschenke, Accessoires», Zurich

RAPPORT DE LA DIRECTION EXÉCUTIVE

Malgré les changements profonds survenus dans le paysage hospitalier suisse et les défis qu'ils nous posent, le Groupe de cliniques privées Hirslanden est parvenu, durant l'exercice en revue, à garder le cap sur la croissance. Du 1.4.2011 au 31.3.2012, les prestations de nos cliniques ont été sollicitées par 80'588 patients, ce qui représente une croissance de 3.8 pour cent. Dans le même temps, le nombre de jours d'hospitalisation a augmenté de 2.2 pour cent pour atteindre 469'347, ce qui correspond à un raccourcissement de la durée moyenne d'hospitalisation de 5.9 à 5.8 jours. Ces chiffres reflètent l'efficacité et l'efficacité des services médicaux des 14 cliniques Hirslanden. Le Groupe de cliniques privées Hirslanden boucle son dernier exercice avec un chiffre d'affaires de 1270 millions de francs, en hausse de 4.3 pour cent. La croissance du chiffre d'affaires a été de 3.9 pour cent pour les prestations hospitalières et de 4.6 pour cent dans le domaine ambulatoire. Durant l'exercice en revue, Hirslanden s'est à nouveau fortement investi dans la formation: Durant l'exercice 2011/12, Hirslanden comptait 703 apprentis et étudiants en formation dans 27 groupes professionnels (niveaux: certificat fédéral de capacité, école professionnelle supérieure, haute école spécialisée et études post-diplôme); 599 suivaient une formation dans les métiers de la santé et 89 étaient médecins-assistants. S'y ajoutaient aussi de nombreux stagiaires.

Nouveau financement des hôpitaux

L'entrée en vigueur du nouveau régime de financement hospitalier le 1^{er} janvier 2012 introduit un changement historique des structures du système suisse de santé. Hirslanden a été très absorbé par la préparation à la nouvelle réglementation. La facturation des prestations à l'assurance de base (LAMal) a dû être entièrement revue dans de longues négociations tarifaires avec les assureurs, et ce dans un laps de temps très court, vu qu'il avait fallu attendre longtemps

la clarification de nombreuses conditions cadres au niveau cantonal (listes des hôpitaux) et fédéral (transmission de données). Hirslanden a pu conclure des contrats avec la plupart de ses partenaires. Ils n'ont cependant encore été approuvés dans pratiquement aucun canton, ce qui a contraint Hirslanden à fixer presque partout des tarifs de travail provisoires. Dans les rares cas où aucun accord n'a pu être trouvé, le canton a ouvert une procédure de fixation des tarifs. Toutes les cliniques du Groupe – à l'exception de la Klinik Im Park à Zurich – ont été admises sur les listes des hôpitaux, bien que parfois avec des contrats de prestations incomplets. Le Groupe de cliniques privées Hirslanden a intenté une action en justice contre ces restrictions et surtout contre la non-prise en compte de la Klinik Im Park, parce qu'il est d'avis que les décisions cantonales visées sont contraires à l'intention de la nouvelle LAMal.

L'inscription sur la liste des hôpitaux permet non seulement d'atteindre le nombre de cas escomptés, mais supprime aussi et surtout le désavantage concurrentiel des hôpitaux conventionnés vis-à-vis des hôpitaux listés. C'est notamment le cas depuis l'introduction du nouveau financement des hôpitaux, qui instaure enfin des mêmes règles pour le financement des hôpitaux listés, qu'ils soient publics ou privés. En revendiquant le leadership de qualité, Hirslanden se positionne en tête des fournisseurs de prestations dans le segment des assurances complémentaires. C'est dans ce contexte qu'a été introduit en 2009 le programme Hirslanden Privé, qui est extrêmement bien accueilli par les patients.



Dr Ole Wiesinger
CEO

Investissements et projets de construction

Pour affirmer son leadership de qualité et s'assurer une croissance solide, Hirslanden investit en moyenne 10 pour cent de son chiffre d'affaires dans la maintenance, le remplacement et l'acquisition de bâtiments, les projets d'extension et les nouvelles constructions. C'est ainsi que d'importants investissements ont été consentis durant l'exercice en revue. La Klinik St. Anna à Lucerne, qui fêtait son 100^e anniversaire en 2011, a ouvert son centre de compétence «St. Anna im Bahnhof» à la gare de Lucerne le 1^{er} avril 2011. Outre le traitement de l'appareil locomoteur, ce centre offre des services de soins de santé et de prévention. Les investissements de la Klinik Beau-Site à Berne comprenaient trois sous-projets. Ceux déjà réalisés sont le nouveau bâtiment des médecins (automne 2011) et l'extension de l'unité de soins intensifs (décembre 2011). Le troisième sous-projet est celui de la Villa Ruffy, qui rouvrira en automne 2012. La Klinik Stephanshorn à St-Gall construit un centre de santé, en chantier depuis mars 2012 et dont l'ouverture est prévue en septembre 2012. Il comprendra quatre cabinets (orthopédie, chirurgie de la colonne vertébrale, médecine interne et gynécologie) tenus par des spécialistes accrédités, ainsi qu'un cabinet de consultation sans rendez-vous qui permettra à la clinique d'admettre des patients en urgence.

A la Klinik Hirslanden de Zurich, une nouvelle aile est en construction depuis novembre 2010. L'aile Enzenbühl abritera des cabinets médicaux et de nouvelles chambres pour patients en division privée et semi-privée. S'y ajouteront une unité élargie de soins intensifs, un bloc opératoire et divers locaux techniques et locaux de stockage. Le chantier a pu être poursuivi sans incident durant l'exercice en revue. L'achèvement de tout le gros-œuvre est prévu pour juillet 2012 et la mise en service du bâtiment, pour juillet 2013.

Extension et maintien des structures

Les investissements dans le maintien des structures et l'extension des cliniques sont également très importants pour l'amélioration continue de tous les services et processus. Le 1^{er} juillet 2011, pour délester son service d'urgences, la Hirslanden Klinik Aarau a ouvert un centre de traumatologie. C'est là que les patients accidentés non polytraumatisés reçoivent maintenant les premiers soins ainsi que les traitements postopératoires. La Clinique Bois-Cerf à Lausanne a ouvert son nouvel institut de radiologie le 17 janvier 2012. Son offre de radiologie musculosquelettique est destinée à renforcer notamment les domaines de l'orthopédie et de la médecine sportive. Dans ses nouvelles salles de traitement, le professeur Nicolas Theumann propose entre autres le traitement sous guidage CT des prolapsus discaux. L'ouverture du nouveau Centre de radiothérapie, également à la Clinique Bois-Cerf, est prévue pour fin 2012. La clinique entend ainsi renforcer sa position dans le domaine de l'oncologie. En mars 2012, la Clinique Cecil à Lausanne a reçu un scanographe de dernière génération qui permet de réaliser des CT-scans de meilleure qualité pour des doses très inférieures de radiations. Ceci étend par exemple le spectre des indications au dépistage des maladies cardiaques. Enfin, le Groupe a également investi dans des équipements pour l'Institut de radiologie et de médecine nucléaire de la Klinik Hirslanden de Zurich. Outre les examens SPECT, l'institut offre depuis mai 2012 des examens PET/CT (tomographie par émission de positrons couplée à la scanographie).



Magnus Oetiker
Chief Hospital Services Officer



Andreas Kappeler
CFO



André Steiner
COO Région Est



Adrian Dennler
COO Région Ouest

RAPPORT DE LA DIRECTION EXÉCUTIVE

Une formule prometteuse:

le Public Private Partnership

Dans le cadre d'un Public Private Partnership (PPP) avec l'hôpital de Männedorf, Hirslanden y prévoit la création d'un centre de radiothérapie pour le traitement ambulatoire des patients cancéreux. En mars 2012, les délégués de l'hôpital de Männedorf ont approuvé le contrat de superficie conclu avec Hirslanden. L'ouverture du centre est prévue pour 2014. Ce type de collaboration partenariale entre un hôpital public et Hirslanden présente des avantages pour les deux parties. Hirslanden est ouvert à d'autres projets de partenariat public-privé et cherche des possibilités de collaboration.

Introduction des SwissDRG

L'exercice en revue a été marqué par les préparatifs à l'introduction des forfaits par cas (SwissDRG). Ces préparatifs comprenaient des analyses et des simulations basées sur les catalogues de prestations actuels et la création d'un système de controlling médical. Parallèlement, il s'agissait de réadapter les systèmes IT pour la documentation des prestations, le codage, la facturation et le controlling. Auparavant, il fallait préparer les processus et structures de codage, ce qui incluait la mise en place d'un service central de codage pour certaines cliniques. Enfin, les contrats avec les médecins accrédités ont dû être réadaptés, ainsi que les processus d'achats, toujours en conformité avec les directives des listes des hôpitaux.

Leadership en qualité

Le Groupe de cliniques privées Hirslanden entretient depuis des années un programme de gestion systématique de la qualité, qu'il développe en continu. A cette fin, il relève chaque année de nombreuses données cliniques. Ces mesures sont publiées pour la troisième année consécutive dans un rapport qualité détaillé (cf. pages 14ss.). Elles ont montré, et c'est heureux, que des améliorations significatives ont été obtenues notamment pour les infections associées aux dispositifs médicaux dans les unités de soins intensifs. C'était la première fois que les programmes de mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) faisaient partie des indicateurs établis.

La gestion de la qualité chez Hirslanden est fortement axée sur des processus. En fait partie aussi la documentation médicale des patients, qui n'existera plus que sous forme numérique à l'avenir. Celle-ci est basée sur le système intégré d'information hospitalière, le «Klinik-Informationssystem» (KIS), introduit à la Hirslanden Klinik Aarau en février 2011 dans le cadre du projet pilote Hirslanden Phare.

Un groupe hospitalier national et international

Sous la devise «Du groupe d'hôpitaux au groupe hospitalier», Hirslanden poursuit l'objectif d'exploiter les avantages d'une plus forte intégration au sein d'un groupe. Cette intégration comprend la régionalisation ou la centralisation de services de soutien dans les domaines des RH, des finances, de la logistique, du marketing et des services cliniques. La plus-value de cette division des tâches au sein du Groupe réside dans la diminution de la charge de travail des cliniques. Toutefois, l'intégration implique aussi que Hirslanden se positionne en qualité de prestataire de système associant le régime d'accréditation des médecins à des prestations de service centrales, qui devraient être proposées par les cliniques elles-mêmes. Celles-ci pourraient comprendre à l'avenir l'anesthésie, la médecine interne, la médecine d'urgence et au besoin la radiologie.

Dans cette perspective, le Groupe de cliniques privées Hirslanden s'est donné au cours de l'exercice en revue une nouvelle structure de direction qui est opérationnelle depuis décembre 2011. Les 14 cliniques sont désormais regroupées en deux régions, Est et Ouest, sous l'égide de directeurs régionaux (COO) nommés à plein temps. Chaque région comprend sept hôpitaux; les cliniques situées dans les mêmes villes sont appelées à intensifier leur collaboration à l'avenir. C'est ainsi qu'à Zurich, les RH et les finances des deux cliniques et du Head Office ont d'ores et déjà été regroupées.

Les objectifs nationaux de Hirslanden sont aussi les objectifs internationaux de Mediclinic International. C'est ce qui a motivé le lancement du projet «One Mediclinic» en été 2011. Celui-ci visait à identifier les niveaux où une collaboration plus étroite entre les trois plates-formes Mediclinic Switzerland, Mediclinic Middle East et Mediclinic Southern Africa était susceptible de générer des synergies.

LES PRINCIPAUX CHIFFRES

Les principaux chiffres consolidés pour 2011/12 avec, pour comparaison, les valeurs correspondantes des exercices précédents

	2007	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	Variation en % par rapport à 2010/11
Patients						
Patients, accouchées ¹	69 642	73 167	73 582	77 643	80 588	3.8%
Jours de soins ²	416 988	433 737	435 240	459 289	469 347	2.2%
Durée du séjour ³	6.0	5.9	5.9	5.9	5.8	-1.5%
Chiffre d'affaires						
Chiffre d'affaires (en mio CHF)	983	1 091	1 134	1 218	1 270	4.3%
Chiffre d'affaires prestations hospitalières (en mio CHF)	748	821	859	929	965	3.9%
Chiffre d'affaires prestations ambulatoires (en mio CHF)	184	216	218	230	241	4.6%
Autres produits d'exploitation (en mio CHF)	52	54	56	59	64	9.4%
Effectif du personnel						
Moyenne des emplois à plein temps ⁴	3 764	4 069	4 167	4 392	4 649	5.9%

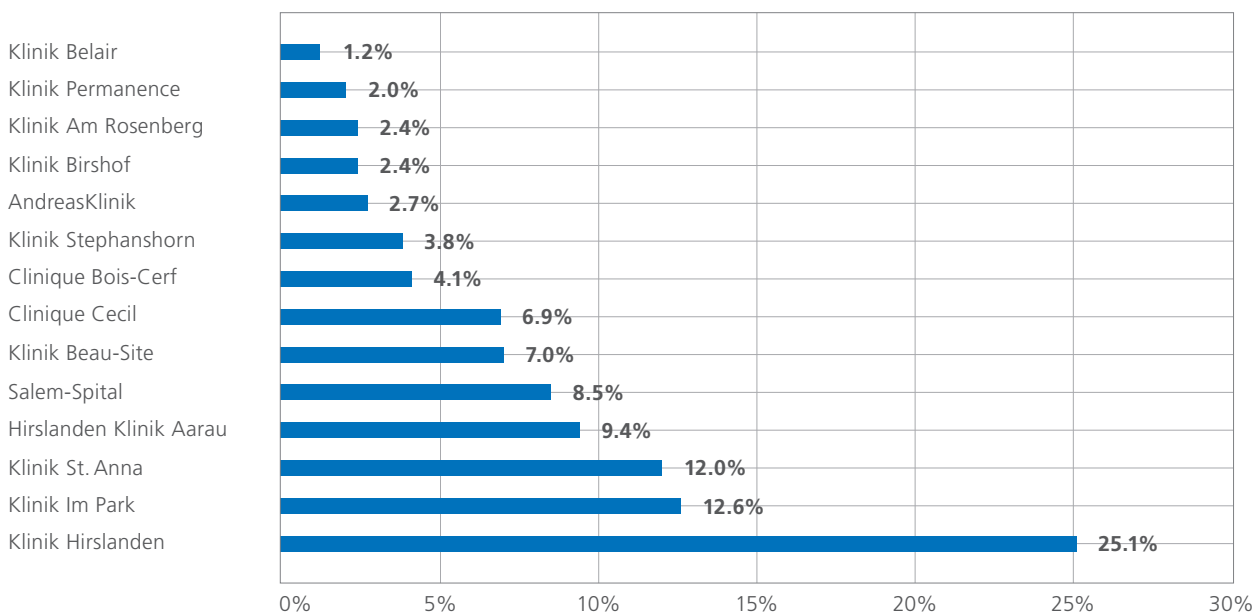
1 hospitalisés

2 patients adultes et accouchées selon H+

3 moyenne en jours selon H+

4 selon H+, sans médecins

Produits d'exploitation par clinique sur le total 2011/12



CONSEIL D'ADMINISTRATION



Président
Dr Edwin de la H. Hertzog
Mediclinic International



Vice-président
Dr Robert Bider
Rhino Partners AG



Dr Ole Wiesinger
Groupe de cliniques
privées Hirslanden



Prof. Dr Robert E. Leu
Université de Berne,
Département de l'instruction
de l'économie politique



Danie Meintjes
Mediclinic International

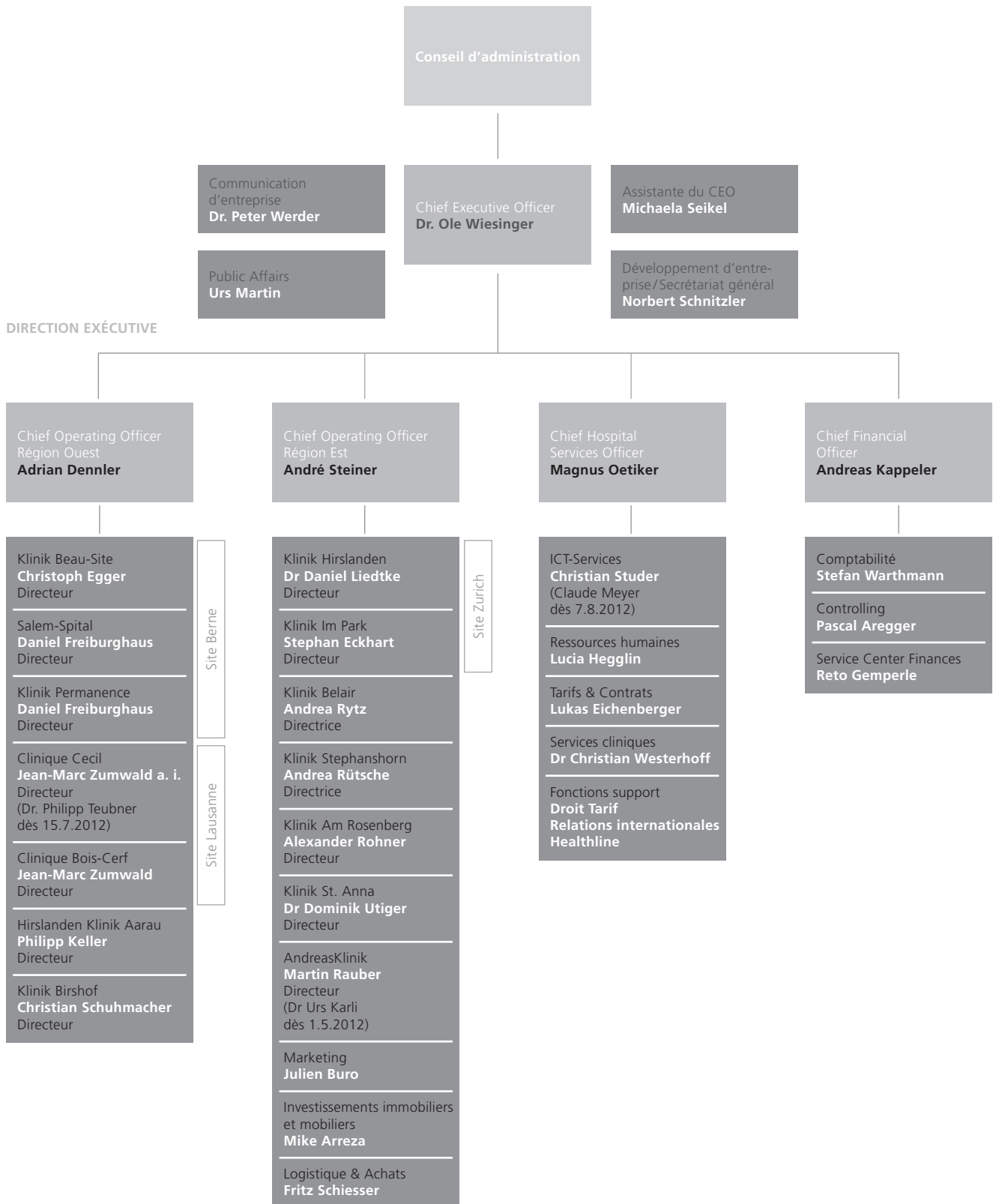


Craig Tingle
Mediclinic International



Alan Grieve
Compagnie Financière
Richemont SA

ORGANIGRAMME



QUAND LES ENJEUX POLITIQUES DOMINENT LE DÉBAT SUR LA SANTÉ

Le nouveau financement des hôpitaux – première réforme majeure de la LAMal depuis sa promulgation en 1996 – est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Plusieurs cantons ne cachent pas que la coexistence d’acteurs du marché publics et privés leur pose problème. Le rôle multiple de certains cantons, qui cumulent entre autres les fonctions de régulateur, d’auteur de listes d’hôpitaux, d’exploitant d’hôpitaux publics, d’autorité tarifaire et de co-financier de prestations hospitalières, pose aux cliniques privées – et notamment au Groupe de cliniques privées Hirslanden, premier exploitant de cliniques privées de Suisse – un défi formidable.

Trois innovations – ainsi le veut le législateur – sont censées conduire à une amélioration de la qualité et de la rentabilité du système de santé suisse: le nouveau financement des hôpitaux, la facturation aux forfaits par cas (DRG) et la nouvelle planification hospitalière, qui crée un marché intérieur des hôpitaux assortie du libre choix pour les patients. Le Groupe de cliniques privées Hirslanden a décidé en 2011 d’obtenir l’inscription de toutes ses cliniques sur les listes des hôpitaux. Quelques mois ont suffi pour montrer que cette stratégie était la bonne. Sur nos 14 cliniques, 13 sont inscrites sur les listes d’hôpitaux, c’est positif en soi. Pourtant, il ne suffit pas qu’une clinique soit listée pour qu’elle aille bien: les tarifs et les conditions cadres légales, très différentes d’un canton à l’autre, jouent également un rôle important.

Les cantons avec et sans liste

De nombreux cantons ont achevé leur planification hospitalière ou sont sur le point de le faire. C’est le cas d’Appenzell-Rhodes extérieures, de Bâle-Campagne et de Lucerne, où Hirslanden et les directions de la santé sont parfaitement d’accord. Les cantons d’Argovie et de Zoug ne posent pas davantage de problèmes; des décisions sont encore attendues sur certaines restrictions, mais sur le fond, la collaboration est caractérisée par une similitude des idées sur la planification hospitalière cantonale. Dans les cantons de St-Gall et de Schaffhouse, les processus de planification n’ont pas encore abouti ou les listes n’ont pas encore été adoptées à l’heure de la mise sous presse du présent rapport annuel. Il n’y a toutefois pas de grands désaccords à prévoir. Dans le canton de Vaud, Hirslanden a pu parvenir à un accord en vue d’une admission partielle sur la liste de ses deux cliniques lausannoises. Il reste à vérifier comment cet accord se traduira dans la pratique.

Berne et Zurich exercent un contrôle caché

Dans les cantons de Berne et de Zurich, Hirslanden est actuellement confronté à des défis énormes. La liste dressée par Berne en 2011 présentait de telles insuffisances qu’elle a dû être complètement revue par le canton. Or, même la liste des hôpitaux revue et corrigée du 1^{er} mai 2012 est aujourd’hui attaquée par les cliniques privées de Berne devant le Tribunal administratif fédéral. La liste des hôpitaux de 2010 ayant été invalidée par ce même Tribunal administratif fédéral, seule la liste de 2005 reste pour le moment en vigueur. Le problème clé que pose cette nouvelle liste est que la direction de la santé veut, par le biais de la liste des hôpitaux, retirer aux cliniques privées les cas hautement spécialisés pour les transférer exclusivement à l’hôpital universitaire, et ce bien que de nombreux domaines de la médecine hautement spécialisée (MHS) n’aient encore fait l’objet d’aucune planification par l’organe intercantonal compétent. Or, seul cet organe est compétent pour le faire, et non les différents cantons. Le canton prend donc ici une décision politique qui est préjudiciable aux cliniques privées, ce qui contrevient à la LAMal. Cette dernière, en effet, stipule expressément une prise en compte équitable des prestataires privés dans la planification hospitalière. Cela fait des années que sans le soutien des hôpitaux privés, le canton aurait été incapable d’assurer la couverture médicale de la population bernoise. Même aujourd’hui, il est douteux que l’hôpital universitaire réussisse à mobiliser les ressources et les capacités nécessaires. La situation du canton de Zurich est encore plus complexe: la Klinik Im Park est la seule des 14 cliniques Hirslanden à n’avoir pas été listée. La direction de la santé a motivé cette décision en invoquant des coûts prétendument trop élevés. Cet argument est contesté par le Groupe

de cliniques privées Hirslanden, qui a fait recours au Tribunal administratif fédéral. Les coûts ne sont plus censés jouer aucun rôle dans le cadre de la nouvelle planification hospitalière. Le prix est le critère central de la mesure de la rentabilité. Autre point délicat: le canton de Zurich a fixé certains tarifs provisoires en faisant fi des négociations entre les parties contractantes. Ceci rend impossible la tenue de véritables négociations tarifaires.

Fonds hospitalier

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que le 17 juin 2012, l'électorat zurichois a accepté la loi sur la planification et le financement des hôpitaux, mais a rejeté le projet du fonds dit «de placement et de soutien» ainsi que le contre-projet. Hirslanden se réjouit que, grâce au rejet de ce fonds, il n'y aura pas de redistribution injustifiable des ressources de l'assurance complémentaire vers l'assurance de base. Ces fonds restent disponibles pour des investissements dans des infrastructures propres. On peut aussi se réjouir que le canton ne recevra aucun instrument qui lui permettrait de protéger ses propres structures et surtout – mais pas seulement – de désavantager les institutions privées.

Une médecine hautement spécialisée

Aucun représentant de la médecine privée ne siège dans l'organe intercantonal déjà évoqué qui coordonne l'attribution de la MHS au niveau national. Conséquence: les représentants et les propriétaires des hôpitaux publics peuvent définir à eux seuls, à l'exclusion des prestataires privés, ce qu'est la MHS et où il est permis de la pratiquer. En d'autres termes, ils peuvent définir librement les domaines de la médecine où ils détiendraient le monopole.

Ce mode d'attribution des MHS montre qu'en Suisse, les institutions privées et publiques ne luttent pas encore tout à fait à armes égales. Le mode de financement des fournisseurs de prestations le montre clairement aussi. Le risque est grand qu'en dépit de la révision de la LAMal, les prestataires publics bénéficient de subventions indues pour leurs frais d'exploitation. Hormis les indemnités admissibles pour des prestations de service public et des subsides de formation de base et continue, les cantons doivent, en vertu de la LAMal révisée, s'abstenir de couvrir les déficits d'exploitation des hôpitaux, car les déficits doivent être supportés par les tarifs. Si les cantons passent outre, on peut déjà prévoir, compte tenu du rôle multiple qu'ils exercent, que les cliniques privées seront désavantagées une fois de plus.

Liberté de contracter

Suite aux votations du 17 juin 2012 (fonds, managed care) se pose la question fondamentale de la direction dans laquelle le système de santé est appelé à évoluer. Une nouvelle initiative populaire reprenant le projet de la caisse unique a déjà été soumise. L'exigence de la suppression de l'obligation de contracter est également remise sur le tapis. Hirslanden s'est toujours prononcé pour un système de santé qui soit le plus possible orienté au marché et rejette par conséquent l'idée de la caisse unique et celle d'une réintroduction du moratoire sur les cabinets médicaux. En revanche, la suppression de l'obligation de contracter pourrait être un moyen d'infléchir l'évolution des coûts.

Urs Martin, Responsable Public Affairs



«LE SOUCI DE QUALITÉ
ET DE SÉCURITÉ DES
PATIENTS DOIT GUIDER
LES DÉCISIONS POLI-
TIQUES. IL PERMET
AUSSI UN CONTRÔLE
DES COÛTS. LA QUALITÉ
EST LA CONDITION
NÉCESSAIRE D'UNE
JUSTE RÉMUNÉRATION
DES PRESTATIONS.»

DR MÉD. YVONNE GILLI

*Conseillère nationale, Les Verts, SG
Spécialiste en médecine générale FMH, Wil SG
Co-fondateur du réseau de médecins xundart*

SATISFACTION DES PATIENTS

C'est la troisième fois que le Groupe de cliniques privées Hirslanden publie, avec le présent rapport, les résultats de ses mesures de la qualité dans tous les domaines. A part les grands hôpitaux universitaires, rares sont les fournisseurs de prestations qui publient des données de qualité aussi transparentes. D'autant plus que chez Hirslanden, l'enquête sur la qualité ne couvre pas que le traitement médical et les soins infirmiers, mais toute la période dès l'admission à l'hôpital jusqu'après la sortie. Pour donner non seulement un compte-rendu chiffré, mais aussi une perception concrète de la haute qualité de la prise en charge thérapeutique et infirmière des patients du Groupe de cliniques privées Hirslanden, le rapport de qualité est complété de récits d'expériences de patients de la Klinik Hirslanden à Zurich.

DU DIA- GNOSTIC À L'ADMIS- SION

MON EXPÉRIENCE
DE LA KLINIK
HIRSLANDEN (1/4)

Pouvoir se remettre à danser à 72 ans, Hans-Peter Meier n'y aurait jamais cru il y a encore une année. Il lui fallait cinq minutes rien que pour se lever, tellement la hanche gauche lui faisait mal. Les soirées dansantes au Jazz Club de Wädenswil? Les «Blues Brunches» à Klosters? Il en avait fait son deuil. Jusqu'à ce que sur les conseils de sa femme, M. Meier se décide enfin à aller voir son médecin. Tout indique qu'il souffre d'une arthrose de la hanche. Le retraité sait déjà dans quelle clinique spécialisée il veut subir les examens complémentaires: la Klinik Hirslanden à Zurich. Il a gardé un excellent souvenir d'un premier séjour, son médecin de famille et un de ses amis la lui recommandent également. Une semaine plus tard, Meier a rendez-vous chez le Dr Ulrich Steiger à l'Endoclinic, au centre de compétences de prothétique articulaire de la Klinik Hirslanden. Les radiographies confirment l'existence d'une coxarthrose. Il faudra opérer. Certains aspects encore mystérieux pour Meier – le fonctionnement d'une hanche artificielle et la procédure «minimale invasive» prévue pour la pose de la prothèse – lui sont expliqués en détail par le médecin spécialiste. «Ces explications ont dissipé la plus grande partie de mes inquiétudes», se souvient le patient.

«J'AIME AUTANT M'ÉPARGNER DES SURPRISES SUPPLÉMENTAIRES AVANT UNE OPÉRATION.»

Hans-Peter Meier a tout juste le temps de lire la brochure d'accueil de la Klinik Hirslanden qu'il est déjà convoqué. Et c'est le 6 juillet 2011 qu'il entre à la clinique, accompagné de sa femme. Une vieille connaissance l'attend à la réception: Doris Cairati, des Guest Relations, s'est déjà occupée de toutes les affaires non médicales de Hans-Peter Meier lors de son premier séjour, un service offert par la Klinik Hirslanden à ses patients assurés complémentaires depuis 2005. Cairati conduit le patient à sa chambre, plus précisément à la même chambre qu'il avait occupée la première fois. «J'aime autant m'épargner des surprises supplémentaires avant une opération», dit Meier. Il s'assied sur le bord du lit – le matelas est extra-dur, comme il l'avait souhaité. On a apporté des fleurs, un nécessaire de toilette, et déjà on frappe à la porte: le Dr Steiger vient discuter de l'opération du lendemain.

Stratégie de qualité

La qualité d'un fournisseur de prestations tel que le Groupe de cliniques privées Hirslanden s'exprime en plusieurs dimensions, d'où la grande diversité des systèmes d'indicateurs utilisés pour la mesurer. Ces systèmes ont été développés sur plusieurs années et ont fait leurs preuves dans la pratique. Hirslanden les utilise non seulement pour comparer entre elles ses 14 cliniques, mais aussi pour confronter ses résultats aux valeurs moyennes de référence pour la Suisse et aux benchmarks européens.

Effectuer des mesures de la qualité pour en publier les résultats n'est pas une fin en soi, mais sert un objectif qui est l'amélioration continue du bénéfice pour le patient. Cela se traduit par des mesures concrètes d'optimisation du travail quotidien de la clinique sur la base des connaissances acquises. Pour cela, il faut que la saisie des paramètres de qualité soit intégrée dans un système qui soutient le processus d'amélioration continu. A cet effet, les 14 cliniques Hirslanden ont désigné ensemble des instances compétentes pour définir et développer la gestion de la qualité. Ainsi,

en plus d'une commission de qualité de composition inter-professionnelle, chaque site possède une commission d'hygiène et une autre pour le traitement des quasi-accidents, lesquels sont saisis par un système de rapport systématique d'erreurs critiques. L'évaluation de la capacité de travail de ces commissions fait partie des indicateurs-clé (Key Performance Indicators – KPI) mesurés chez Hirslanden. Chaque clinique rédige tous les douze mois un rapport interne sur la qualité qui renseigne sur les progrès accomplis dans les domaines couverts (gestion de la qualité, hygiène, système de rapport des quasi-accidents). Afin d'exploiter les synergies à l'échelle du groupe et d'encourager l'adhésion aux «meilleures pratiques», Hirslanden a institué plusieurs structures de gestion de la qualité. C'est ainsi que les «services cliniques» du Head Office pratiquent à différents niveaux des échanges soutenus et organisent régulièrement des rencontres avec les spécialistes des cliniques. Aux instances déjà mentionnées s'ajoutent le groupe des codeurs et celui des responsables de la formation professionnelle de base et continue. Ce processus de consensus au sein du groupe est une condition essentielle à une démarche uniforme concertée. Chaque groupe de travail a la possibilité d'adresser des propositions à la direction du Groupe, qui décide de leur adoption et les transmet alors aux cliniques pour application. Les cadres des structures et des processus de gestion de la qualité du Groupe Hirslanden et de ses cliniques sont définis par la norme ISO 9001:2008. L'orientation processus qui lui est liée est à la base du choix par le Groupe et ses cliniques du modèle de Business Excellence de l'European Foundation for Quality Management (EFQM).

En publiant les résultats des mesures et leur explication, Hirslanden offre une base de décision solide aux patients et aux médecins adresseurs. Au-delà de ce seul aspect, le rapport entend aussi contribuer substantiellement au débat public intense actuellement mené en Suisse sur la qualité dans le système de santé.

LA MESURE DE LA QUALITÉ DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ

En Suisse, la haute qualité du système de santé a longtemps été considérée comme une évidence. Les choses ont bien changé au cours des dernières années et le public s'intéresse toujours plus aux résultats obtenus par les prestataires de santé. Il éprouve aussi davantage le besoin de mesurer la qualité de leurs prestations en termes quantitatifs pour les rendre comparables. Sur l'agenda politique aussi, la question de la qualité revient au premier plan maintenant que l'on a reconnu qu'une bonne qualité des soins de santé a un effet modérateur sur l'évolution des coûts. Sans compter que dans sa version révisée, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) entend aussi renforcer la concurrence sur la qualité et pas seulement sur les prix. Le libre jeu de la concurrence améliore le rapport qualité/prix au sens d'une meilleure qualité au même prix ou d'une qualité égale à meilleur prix; en aucun cas, la rentabilité du système de santé ne saurait être augmentée au détriment de la qualité.

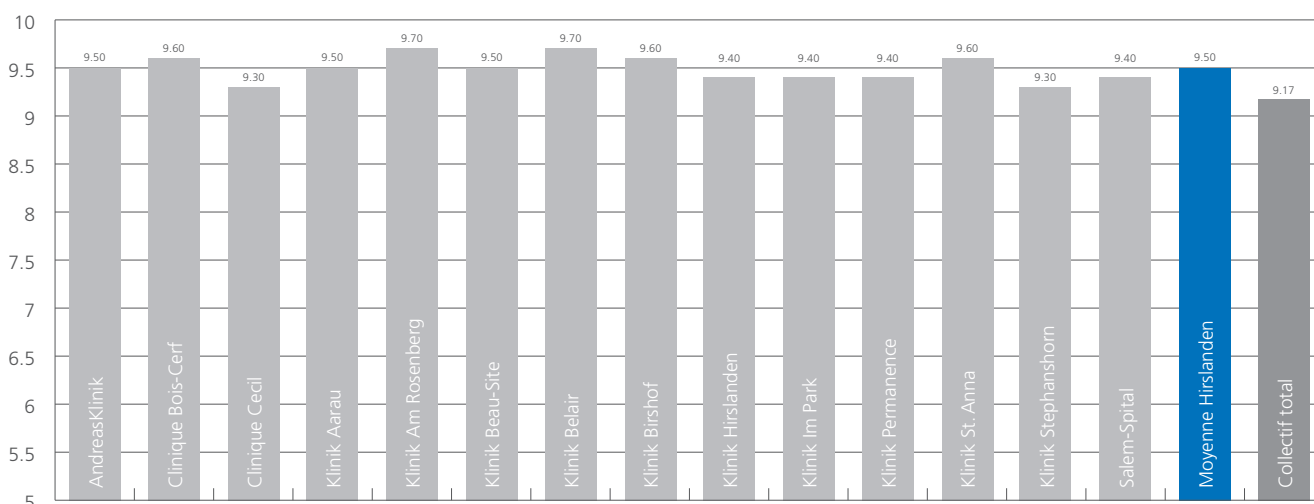
La stratégie de qualité publiée par le Conseil fédéral en 2009 s'inscrit dans cette optique. Elle prévoit la création d'un institut national de la qualité chargé d'évaluer et de représenter la qualité des prestations médicales sous une forme comparable, et celle d'un centre fédéral d'évaluation des nouvelles méthodes et technologies médicales. Ces deux entités compléteront les institutions d'assurance-qualité existantes, dont l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), parrainée par H+ Les Hôpitaux de Suisse, les cantons, l'organe faitier des assureurs santésuisse et les assureurs sociaux fédéraux. L'ANQ coordonne, aux fins de documentation et d'amélioration de la qualité, les mesures uniformes de la qualité des résultats dans les hôpitaux. Hirslanden participe au programme de mesures de qualité de l'ANQ, comme l'exigent du reste les contrats de prestations pour le traitement des assurés de base. Ce programme complète le vaste plan de mesures de la qualité appliqué spontanément par Hirslanden dans toutes ses cliniques depuis des années. En revendiquant le leadership de la qualité, Hirslanden soutient les efforts en vue d'améliorer la qualité du système de santé; le Groupe est convaincu que les mesures de résultats se laissent bien intégrer dans son concept actuel de gestion de la qualité.

Enquête nationale auprès des patients

La création de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a été l'occasion d'introduire toute une série de mesures de la qualité pour tous les hôpitaux suisses. On dispose déjà des résultats de l'enquête nationale auprès des patients. Celle-ci a évalué la satisfaction des patients sur la base de cinq questions:

1. Reviendriez-vous dans cet hôpital pour le même traitement?
2. Quelle est votre appréciation de la qualité du traitement que vous avez reçu?
3. Quand vous posiez des questions à un médecin, receviez-vous des réponses intelligibles?
4. Quand vous posiez des questions au personnel infirmier, receviez-vous des réponses intelligibles?
5. Avez-vous été traité(e) avec respect et dignité pendant votre séjour à l'hôpital?

REVIENDRIEZ-VOUS DANS CET HÔPITAL POUR LE MÊME TRAITEMENT?

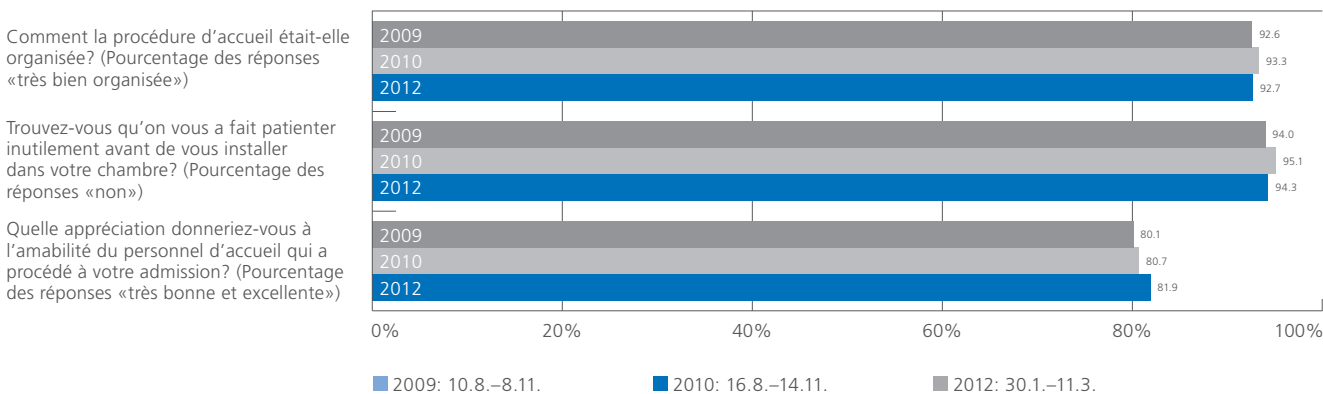


Ces questions ont été posées à 4034 patients Hirslanden en novembre et en décembre 2011. Le taux de réponses a été de 61 pour cent. Le graphique suivant présente l'analyse des réponses à la première de ces cinq questions. Elle porte sur le taux de recommandation, un bon indicateur de la satisfaction globale d'un patient.

Satisfaction des patients à l'admission

Chez Hirslanden, la détermination de la satisfaction des patients va bien au-delà des cinq questions de l'ANQ. Depuis 2005 (2011 pour la Klinik Stephanshorn), Hirslanden participe aux enquêtes de l'institut externe Picker, une organisation internationale indépendante. La satisfaction des patients y est évaluée dans neuf dimensions totalisant plus de 90 questions. Les parturientes ont leur propre variante du questionnaire. Les questions concernent l'ensemble du séjour à l'hôpital et vont du soutien émotionnel, du niveau d'information du patient et de l'implication de membres de la famille jusqu'à l'organisation de la sortie de clinique. Nous disposons déjà des réponses aux questions sur l'admission à l'hôpital. Leur analyse est présentée dans le graphique qui suit. Notons à ce propos que les résultats sont présentés ici dans un mode inverse du format habituel des rapports d'enquête de Picker, à savoir que les résultats supérieurs sont indiqués par des valeurs plus élevées.

ENQUÊTE PICKER SUR LA SATISFACTION DES PATIENTS



En 2011, le Groupe de cliniques privées Hirslanden a décidé de surseoir à l'enquête Picker pour mener une enquête ANQ.

Ces résultats – comme toutes les données de mesure – sont analysés avec précision pour en tirer des possibilités d'amélioration, comme cela a déjà été fait antérieurement. A l'époque, Hirslanden a formé dans chaque clinique une équipe de Guest Relations dont le rôle est de s'occuper des demandes particulières des patients en division privée et semi-privée. Hirslanden a également décidé que chaque patient recevrait un guide riche en informations utiles pour la préparation de son séjour à la clinique.



**«LA QUALITÉ, C'EST
METTRE LE PATIENT
AU PREMIER PLAN.
EN MATIÈRE DE
SOINS INFIRMIERS,
LE PROFESSIONNA-
LISME SE RECON-
NAÎT À L'ADOPTION
DES STANDARDS
LES PLUS RÉCENTS.»**

ISABEL ZÜRCHER

Infirmière, Klinik Beau-Site, Berne

RÉADMISSIONS, RÉOPERATIONS NON PLANIFIÉES, CHUTES

L'International Quality Indicator Project (IQIP) est un instrument utilisé par les cliniques et hôpitaux pour mettre au point des mesures d'amélioration des prestations cliniques et infirmières. Il offre aussi aux organisations de santé la possibilité de comparer leurs valeurs aux benchmarks européens.

PREMIERS PAS APRÈS L'OPÉRATION

MON EXPÉRIENCE DE LA KLINIK HIRSLANDEN (2/4)

Hans-Peter Meier s'est réveillé de la narcose. Une infirmière accourt vers lui et l'informe que le Dr Steiger est très satisfait du déroulement de l'opération, la prothèse de hanche a pu être posée sans complications. «Bien», répond Meier, «mais m'a-t-il aussi opéré du bon côté?» Il plaisante: à plusieurs reprises et même immédiatement avant la narcose, on est venu lui pincer la hanche gauche en lui demandant si c'était bien la bonne – la sécurité des patients a une priorité absolue à la Klinik Hirslanden.

Deux heures plus tard, Meier est ramené dans sa chambre. Le soleil de l'après-midi inonde de lumière la chambre revêtue de lambris. On frappe. La physiothérapeute entre dans la chambre avec un déambulateur. Sous sa direction, Hans-Peter Meier tente ses premiers pas avec la nouvelle prothèse articulaire. C'est époustouflant de facilité! Dans les jours qui suivent, il aura deux séances quotidiennes de physiothérapie et recevra de précieux conseils – tout aussi importants pour un rétablissement durable – sur la bonne manière de mettre en charge son articulation et les possibilités d'améliorer par lui-même sa mobilité articulaire tout en renforçant sa musculature. Il allongera progressivement ses trajets de marche, montera et descendra des escaliers, d'abord accompagné, puis tout seul. «Les chutes et les surcharges doivent être évitées absolument», dit Anne Bärtels, responsable de service à l'Institut de physiothérapie de la Klinik Hirslanden. «Dans le même temps, le patient doit retrouver son assurance et son autonomie dans la vie quotidienne.»

«A LA CLINIQUE, LE PATIENT RETROUVE SON ASSURANCE ET SON AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE.»

Le Dr Steiger se renseigne chaque jour sur les progrès de son patient. Et où veut-il partir en réadaptation? Hans-Peter Meier connaît l'excellente réputation de la Klinik Schloss Mammern, une clinique partenaire de Hirslanden. Il opte néanmoins pour une solution ambulatoire. Le deuxième jour, des amis du Jazz Club viennent pour l'apéro; grâce à Doris Cairati (Guest Relations) et à la brigade de cuisine de Hirslanden, un repas pour huit personnes est organisé le soir même avec potage pomme et gingembre, loup de mer sauté et champagne pour fêter le succès de l'opération. M. Meier en aurait presque oublié d'être dans une clinique. Puis on frappe à nouveau. Un invité surprise? «Je passais vite vous dire bonsoir», dit le Dr Maurus Huber, cardiologue à la Klinik Hirslanden. Il avait opéré Hans-Peter Meier en 2008 pour une maladie autrement plus grave.

International Quality Indicator Project

Toutes les cliniques Hirslanden participent depuis 2008 (les premières depuis 2005) à l'International Quality Indicator Project (IQIP). La Klinik Stephanshorn, intégrée dans le Groupe de cliniques privées Hirslanden en 2010, y participait pour la première fois durant l'exercice en revue. Développé aux États Unis et comptant aujourd'hui près de 250 indicateurs de performance (groupés sous 16 indicateurs principaux), IQIP est devenu le plus important projet de recherche mondial et la principale méthode d'évaluation de la qualité des résultats en médecine. Plus de 2000 organisations

de santé, dont 200 en Europe, participent au programme de mesures IQIP. En Suisse Hirslanden est la seule entreprise hospitalière à y prendre encore part.

Les mesures IQIP sont prises selon des standards définis. Ainsi, les cliniques sont tenues de relever les indicateurs principaux suivants: chutes documentées, retour non planifié en salle d'opération, réadmission non planifiée à l'hôpital, mortalité et taux d'escarres. Les graphiques suivants montrent l'évolution des trois premiers de ces indicateurs sur ces dernières années.

Dans le projet, le benchmark européen est calculé par ajustement de divers paramètres structuraux des cliniques. Les groupes de comparaison étant définis de manière relativement grossière, une comparaison avec le benchmark respectif n'a bien sûr qu'une valeur limitée. Mais de toute façon, ce qui compte bien plus pour Hirslanden est la comparaison au sein du Groupe et l'évolution des valeurs de chaque clinique, car l'analyse de ces paramètres donne d'importants éléments pour identifier des mesures d'amélioration possibles. On n'oubliera pas à ce propos qu'il faut en général près de deux ans de mesures avant qu'un indicateur nouvellement introduit puisse être validé, comme l'ont montré une série d'études dans le cadre du projet IQIP global. Etant donné que plusieurs cliniques n'ont commencé à recenser les indicateurs qu'en 2008, voire l'année passée pour la Klinik Stephanshorn, les données existantes n'autorisent que des conclusions limitées sur leur évolution. C'est notamment le cas de l'indicateur «réadmission non planifiée en 15 jours», qui n'est mesuré que depuis trois ans.

Les différences entre les cliniques doivent aussi être évaluées dans le contexte de l'étendue respective de leurs prestations. Les résultats présentés incluent tous les cas de traitement stationnaire pour chacune des années civiles.

L'indicateur «réadmission non planifiée en 15 jours» pour l'ensemble du Groupe est légèrement supérieur au benchmark européen. Ce paramètre pose des exigences considérables aux cliniques. C'est ainsi que, selon la définition du relevé d'un indicateur, chaque réadmission doit être examinée sous l'angle de la relation avec un cas précédent afin d'éviter que les réadmissions planifiées ne soient comptabilisées par erreur, par exemple lors de l'administration de plusieurs cycles de chimiothérapie. A l'heure actuelle, ces cas ne sont pas encore proprement séparés des réadmissions non planifiées dans toutes les cliniques, ce qui explique les valeurs supérieures au benchmark. Ces faits ont été découverts lors des audits de saisie réalisés dans toutes les cliniques en 2011. Les autres cliniques non mentionnées ici évaluent

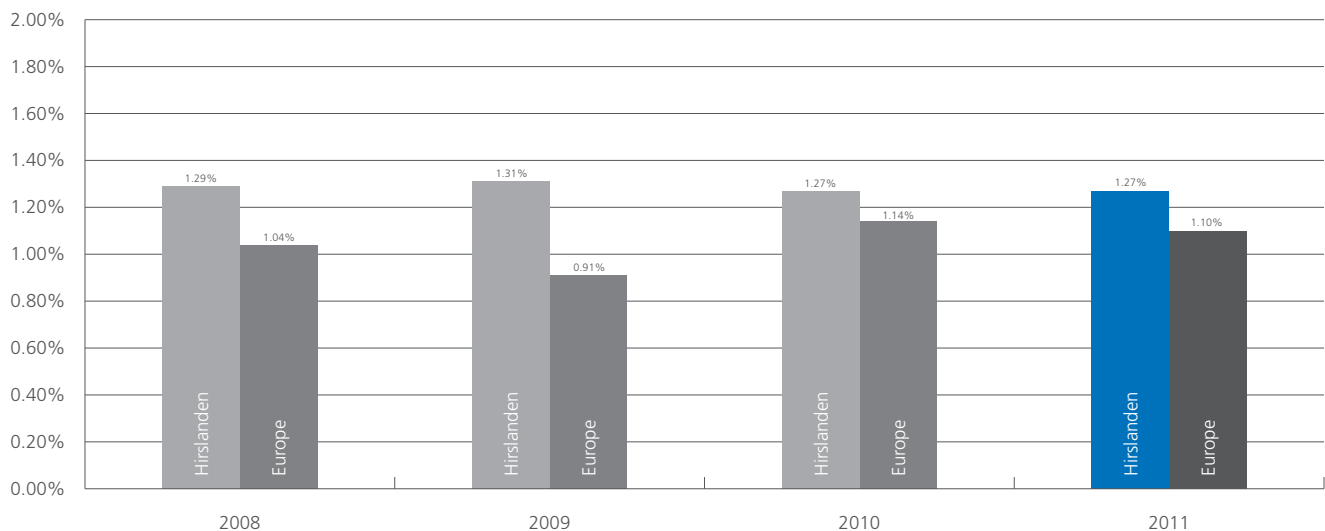
AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Berne
PM Klinik Permanence, Berne

SA Salem-Spital, Berne
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden

BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Lucerne
BI Klinik Birshof, Münchenstein Bâle

BE Klinik Belair, Schaffhouse
SH Klinik Stephanshorn, St-Gall
HI Klinik Hirslanden, Zurich
IP Klinik Im Park, Zurich

Indicateur 7.1: réadmission non planifiée (< = 15 jours)
(2008–2011)



Réadmission non planifiée (< = 15 jours), données 2011	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	Total
Nombre de sorties	4 729	4 357	2 603	7 146	3 689	2 932	2 573	3 157	10 102	1 730	1 146	3 090	15 212	62 466
Nombre de réadmissions non planifiées	6	17	3	7	78	25	26	55	185	4	17	13	356	792
														1.27%

l'indicateur de la réadmission non planifiée sur une période de 31 jours, un délai également fixé par IQIP.

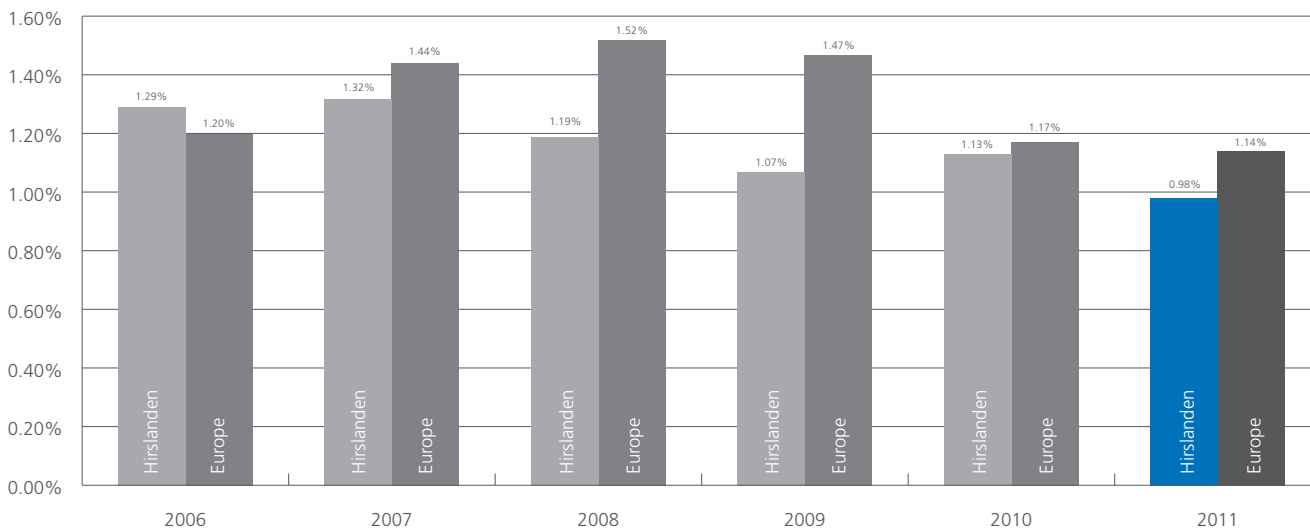
Considérées isolément, ces données – comme en principe toute mesure des seuls résultats – n'apportent qu'une information limitée. Leur interprétation requiert au préalable une analyse complète de l'hôpital qui, outre les caractéristiques des patients, prend en compte des paramètres supplémentaires tels que la distribution des spécialités et le type d'opérations effectuées. Au-delà du relevé des indicateurs, la description exhaustive de la qualité d'une clinique reste une tâche formidable pour le système de santé.

Le nombre de chutes documentées dans les cliniques Hirslanden a reculé durant l'exercice en revue. En 2011, nos cliniques ont enregistré 862 événements de chute

en 408194 jours de traitement, une bonne valeur pour la moyenne du Groupe par rapport au benchmark européen.

Les chutes et les blessures qu'elles entraînent mettent les capacités des cliniques à rude épreuve, celles des soins infirmiers en particulier. C'est parce que les chutes ont une multitude de causes possibles, raison pour laquelle les mesures de prévention des chutes doivent être axées sur le risque individuel du patient. A cela s'ajoute que le risque de chute d'un patient doit être constamment réévalué pendant son séjour en clinique. Les mesures de sécurité les plus courantes sont par exemple une barrière au lit du patient ou une veillée. Chaque événement de chute doit par contre être soigneusement analysé pour en déduire éventuellement de nouvelles mesures préventives.

Indicateur 10.1: retour non planifié en salle d'opération (2006–2011)



Retour non planifié en salle d'opération, données 2011	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	Total
Nombre d'opérations	5473	5179	4181	8776	2754	2915	2389	2441	6456	2326	1105	2670	10271	5578	62514
Nombre de retours non planifiés en salle d'opération	12	90	6	25	1	19	7	46	61	9	7	40	231	58	612
															0.98%

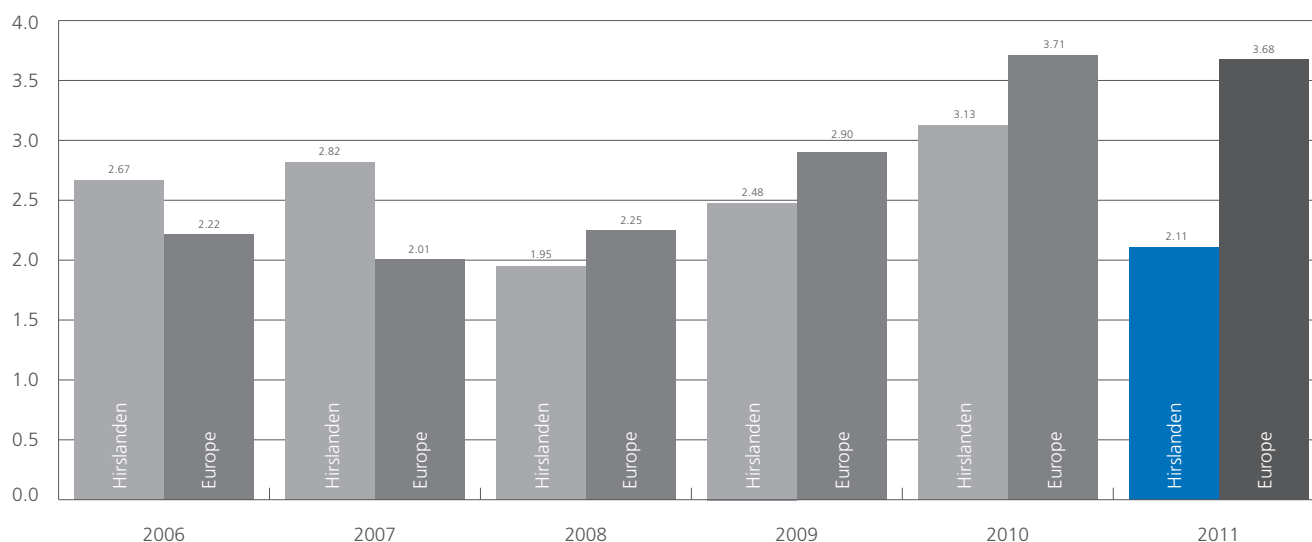
L'indicateur «Retour non planifié en salle d'opération» s'est amélioré par rapport à l'exercice précédent. Dans le benchmark européen, les cliniques du Groupe Hirslanden rapportent moins de réopérations non planifiées, ce qui est positif. Pour cet indicateur aussi, la possibilité d'une réopération planifiée doit être vérifiée pour chaque valeur mesurée. C'est par exemple le cas des remplacements réguliers de pansements en salle d'opération.

MESURER POUR AMÉLIORER

Les mesures IQIP servent en premier lieu à soutenir le processus continu d'amélioration interne dans les cliniques. A cet effet, les résultats sont analysés dans un premier temps par les instances compétentes des cliniques. Sur cette base, celles-ci définissent dans un deuxième temps des mesures d'optimisation et de prévention qui seront finalement implémentées dans les cliniques. Les connaissances ainsi acquises sont échangées au sein du Groupe afin d'exploiter les synergies et d'encourager l'adhésion aux «meilleures pratiques».

Toute mesure d'un indicateur a par conséquent vocation à servir de base à des mesures d'amélioration. Cependant, toutes les mesures dans le système de santé ne visent pas cet objectif. Elles sont parfois motivées par des considérations économiques. En mesurant la fréquence des chutes, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) cherche par exemple à savoir si les hôpitaux économisent sur les soins infirmiers par suite de l'introduction des forfaits pas cas (SwissDRG). Pour cela, tous les patients sont interrogés à une date précise sur les chutes dont ils ont été personnellement victimes durant leur séjour. Ce genre de mesure instantanée de la situation réelle, à laquelle ne participent en général qu'un faible nombre de patients, n'est toutefois guère utile aux cliniques. Celles-ci attachent bien plus d'importance à des mesures en continu, qui permettent de déceler des tendances et contribuent ainsi au processus d'amélioration. Enfin, la saisie des réadmissions non planifiées exigée par SwissDRG repose également sur une considération économique: la période choisie de 18 jours est un compromis entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie.

Indicateur 13.1: chutes documentées
Cas pour 1000 jours de traitement (2006–2011)



Chutes documentées, données 2011	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	Total
Nombre de jours de traitement	19234	30172	10625	46229	20856	16373	13865	19817	63387	14222	4837	17700	93698	37179	408194
Nombre de chutes	31	100	26	77	35	15	32	34	208	23	8	26	189	58	862
Cas pour 1000 jours de traitement															2.11%



«LA SÉCURITÉ EN
MÉDECINE INTENSIVE,
CE N'EST PAS TRAITER
LES SEULS ORGANES,
C'EST PRENDRE EN
CHARGE LE PATIENT
DANS SON INTÉGRALITÉ.
LA PRATIQUE DE LA
MÉDECINE INTENSIVE
ASSOCIE DE HAUTES
QUALIFICATIONS ET
DES TECHNIQUES
ULTRAMODERNES.»

PROF. DR MÉD. RETO STOCKER

*Directeur de l'Institut de médecins anesthésistes et intensivistes
Klinik Hirslanden, Zurich*

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

La sécurité des patients dans les hôpitaux est essentiellement une affaire d'hygiène. C'est surtout vrai pour les unités de soins intensifs, où le risque d'infection est particulièrement élevé.

BIEN EN-TOURÉ AUX SOINS INTENSIFS

MON EXPÉRIENCE DE LA KLINIK HIRSLANDEN (3/4)

Du temps où sa hanche gauche lui faisait moins mal, Hans-Peter Meier aimait les promenades. Comme ce jour d'été 2008, où il est soudainement saisi d'une douleur perçante dans la poitrine. Il est pris de vertige, et c'est dans un état d'obnubilation qu'il est admis 35 minutes plus tard au centre des urgences de la Klinik Hirslanden. Diagnostic: infarctus du myocarde.

Meier n'en saura d'abord rien, car il est déjà sous anesthésie générale. Le Dr Maurus Huber, cardiologue à la Klinik Hirslanden, opte pour la réouverture de l'artère bouchée à l'aide d'un cathéter à ballonnet. En conditions rigoureusement stériles, il pousse le cathéter à l'endroit obstrué, gonfle le ballonnet avec du liquide et implante un support vasculaire (stent) pour stabiliser le vaisseau. L'opération réussit parfaitement.

Quand, transféré aux soins intensifs, Meier revient à lui plusieurs heures plus tard, il est d'abord confus. Il entend des bips partout, sent un tube dans sa bouche, voit des gens s'affairer autour de lui qu'il ne connaît pas. Il est complètement à leur merci. Voilà qui est étrange: une infirmière note quelque chose dans un carnet. Mme Meier lit: «Au pied de votre lit se trouve une machine qui émet un bruit saccadé. D'autres patients trouvent que cela ressemble au bruit d'un moteur hors bord. J'aimerais bien connaître votre avis.»

«LE CARDIOLOGUE DILATE L'ARTÈRE OBSTRUÉE À L'AIDE D'UN CATHÉTER À BALLONNET.»

Dirk Knück, infirmier en soins intensifs à la Klinik Hirslanden, a développé un journal spécialement destiné aux patients en USI. Il est rédigé par leurs proches et les membres de l'équipe soignante. L'idée est de permettre aux patients en USI de combler plus tard les lacunes de leur perception consciente grâce aux observations de tiers. Selon certaines études, jusqu'à 64 pour cent des patients en USI souffrent psychiquement des conséquences d'une altération de leur capacité de perception plus tard.

Mais pas Hans-Peter Meier. Il a conservé son journal des soins intensifs. Il lui rappelle que parfois, la vie ne tient qu'à un fil. Quant à Dirk Knück, son journal lui a valu le Hirslanden Project Award 2010 au titre de contribution à la promotion de la qualité.

Mesurer les paramètres d'hygiène clinique

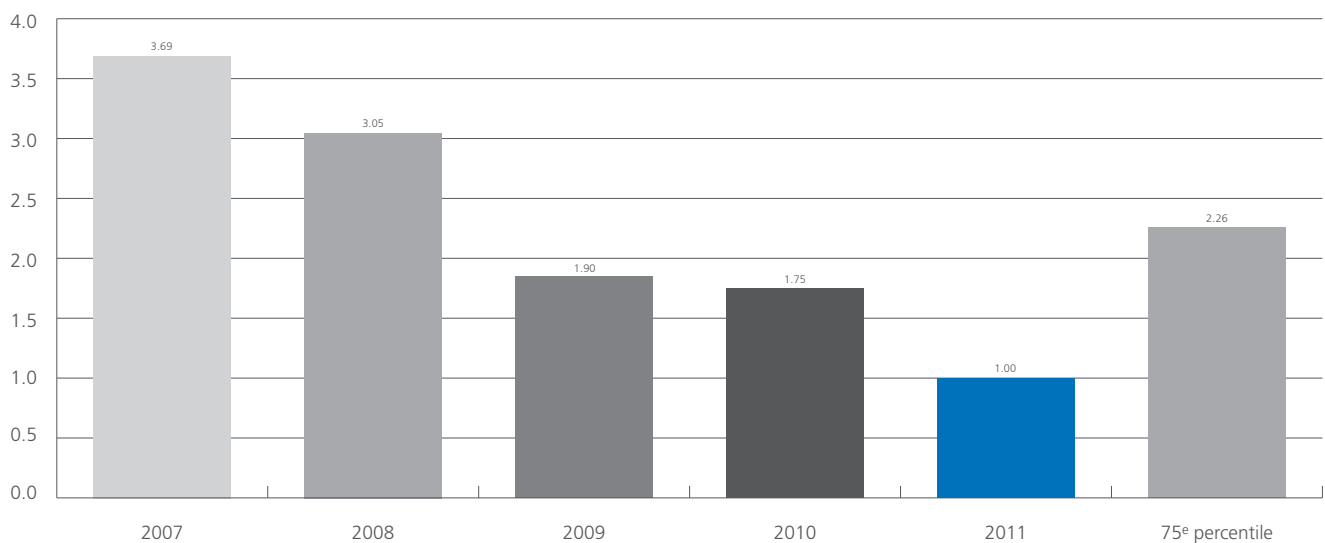
Le relevé des infections dites «nosocomiales» (contractées à l'hôpital) dans les cliniques Hirslanden est basé sur le KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) du centre de conseils sur l'hygiène (BZH) à Fribourg en Brisgau. Le système est la plus grande banque de données mondiale des infections nosocomiales et garantit ainsi de solides possibilités de comparaison. Toutes les cliniques Hirslanden y participent depuis 2008. La saisie se fait en deux parties: d'une part, elle considère la fréquence d'utilisation de cathéters et de ventilations dans les services de soins intensifs et les infections qui leur sont liées, et d'autre part, elle mesure les incidences d'infections dans des interventions typiques de routine. Le domaine de mesure «Infections associées aux dispositifs médicaux en unité de soins intensifs», représenté

ici, considère les indicateurs suivants: nombre d'infections des voies urinaires liées aux sondes vésicales, nombre de maladies septiques liées aux cathéters veineux centraux et nombre de pneumonies liées aux ventilations. Le nombre de jours d'utilisation y est mis en relation avec le nombre de patients atteints d'infections. Les valeurs se comparent au 75^e percentile. Cela signifie que 75 pour cent des cliniques obtiennent un résultat similaire. Le choix de la valeur de comparaison pour chaque cathéter est déterminé par la fréquence d'utilisation de ce dernier dans le groupe de patients considéré.

Les données présentées montrent qu'une gestion conséquente de l'hygiène a permis d'atteindre des résultats clairement positifs dans la réduction des infections associées

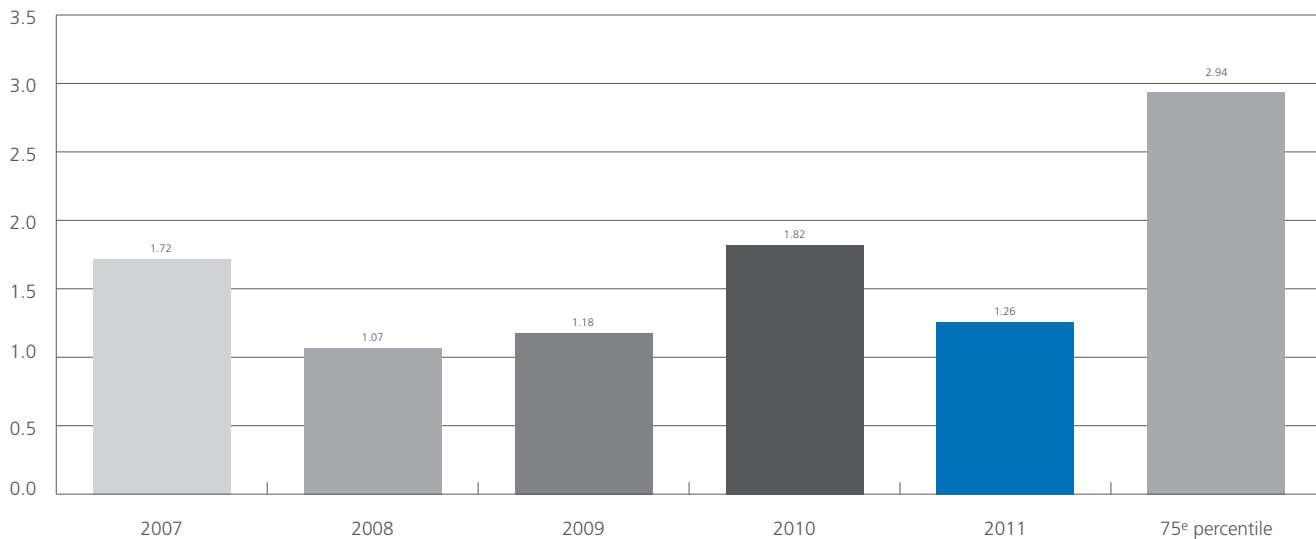
aux dispositifs médicaux. Au cours des dernières années, les valeurs se sont continuellement rapprochées du 75^e percentile du groupe de comparaison ou sont même tombées sous ce seuil. Parmi les mesures qui ont contribué à cette évolution réjouissante, on compte par exemple la révision des prescriptions d'hygiène dans la pose d'un cathéter et les formations sur site par des professionnels de l'hygiène. La gestion de l'hygiène n'en reste pas moins un défi de tous les instants: les hygiénistes viennent voir chaque jour les patients qui ont reçu un cathéter et les examinent pour déceler d'éventuels signes d'infection. Ce faisant, ils vérifient aussi comment le cathéter a été implanté et s'il est entretenu correctement. Parallèlement, les médecins doivent aussi décider chaque jour si le cathéter est encore indiqué. Tous les cathéters retirés sont soumis à un examen bactériologique en laboratoire. Les données collectées par les hygiénistes sont analysées et discutées dans les commissions d'hygiène des cliniques. Celles-ci informent les services concernés et les médecins des résultats et des décisions quant aux mesures supplémentaires à prendre.

Septicémie associée à la présence d'un cathéter
Cas pour 1000 jours de traitement (2007–2011)



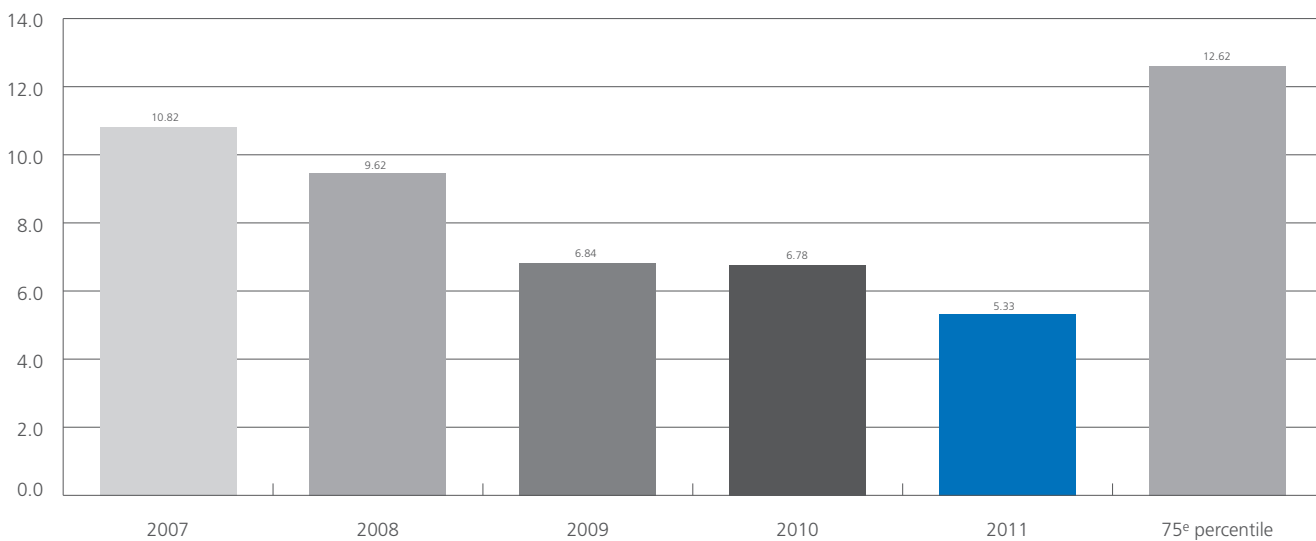
Septicémie associée à la présence d'un cathéter, données 2011	AA	BS	CC	ST	HI	IP	Total
Nombre de jours d'utilisation	1 284	2 269	620	742	3 311	1 705	9 931
Nombre de cas de septicémie	2	0	0	0	3	6	11
Taux d'infections	1.56	0.00	0.00	0.00	0.91	3.52	1.00

Infection associée aux sondes urinaires
Cas pour 1000 jours de traitement (2007–2011)



Infection associée aux sondes urinaires, données 2011	AA	BS	CC	ST	HI	IP	Total
Nombre de jours d'utilisation	1476	2262	894	1282	3603	1906	11423
Nombre de cas d'infection des voies urinaires	1	3	3	0	6	1	14
Taux d'infections	0.68	1.33	3.36	0.00	1.67	0.52	1.26

Pneumonie associée à la ventilation assistée
Cas pour 1000 jours d'utilisation (2007–2011)



Pneumonie associée à la ventilation assistée, données 2011	AA	BS	CC	ST	HI	IP	Total
Nombre de jours d'utilisation	690	693	80	269	1358	728	3818
Nombre de cas de pneumonie	5	3	0	1	4	10	23
Taux d'infections	7.25	4.33	0.00	3.72	2.95	13.74	5.33

Ces relevés ne sont pas encore inclus dans le programme de mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), mais il serait souhaitable qu'ils le soient étant donné leur caractère éminemment pertinent. Hirslanden a déposé une demande en ce sens, rejoignant ainsi le projet «High 5s» lancé en 2006 par l'OMS pour l'amélioration de la sécurité des patients.

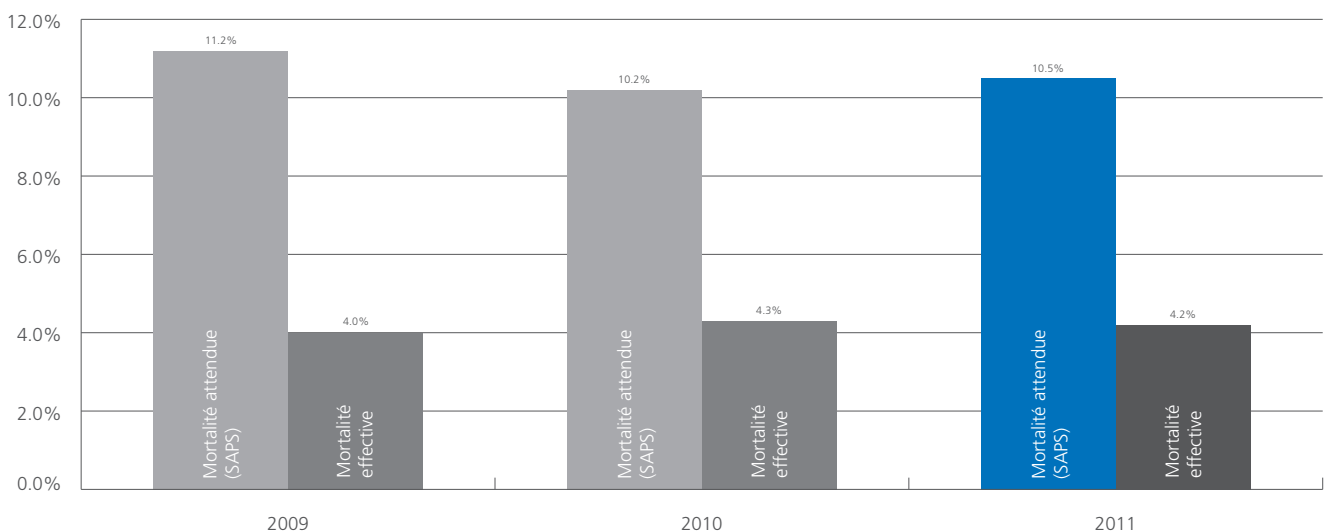
La mortalité dans les unités de soins intensif

Des résultats de mesures ne sont comparables que si les indicateurs sont ajustés aux risques. La mortalité en unité de soins intensifs est l'un des rares indicateurs qui remplissent cette condition. A l'admission en USI, le status physiologique de chaque patient est établi à l'aide de différents paramètres. On se sert notamment du Simplified Acute Physiology Score (SAPS) qui permet de déterminer le risque de mortalité individuel. La somme des risques de mortalité de tous les patients donne la «mortalité théorique». L'indice de mortalité est déterminé par comparaison de la mortalité

théorique avec la «mortalité observée». Cette dernière devrait être au maximum de 50 pour cent de la mortalité théorique dans une unité dont la qualité thérapeutique est élevée.

La comparaison de la mortalité théorique avec la mortalité observée donne un résultat très positif pour les unités de soins intensifs des cliniques Hirslanden. La mortalité observée y est nettement inférieure à la mortalité théorique. Ces résultats sont d'autant plus remarquables qu'à la différence de la comparaison pour l'ensemble de la Suisse, Hirslanden ne se contente pas de mesurer la mortalité observée dans les USI, mais mesure celle-ci sur la durée totale d'hospitalisation des patients ayant transité dans ces unités.

La mortalité dans les unités de soins intensifs (2009–2011)



La mortalité dans les unités de soins intensifs, données 2009–2011	Hirslanden 2009	Suisse 2009	Hirslanden 2010	Suisse 2010	Hirslanden 2011	Suisse 2011
Mortalité attendue (SAPS)	11.2%	7.0%	10.2%	9.0%	10.5%	10.0%
Mortalité effective (tous pat. en soins intensifs)	4.0%		4.3%		4.2%	
Mortalité effective (décès en soins intensifs)	2.9%	4.0%	2.8%	4.0%	2.6%	4.0%
Indice de mortalité	0.36		0.42		0.40	
Age moyen des patients en soins intensifs	67.3	61.0	66.4	64.0	67.9	62.0
Durée de séjour moyenne en soins intensifs (jours)	2.4	2.5	2.4	3.6	2.3	2.5
Sévérité du cas (valeur moyenne SAPS)	25.3	27.0	25.5	29.0	26.1	29.0
Proportion de patients ventilés	44.5%	31.0%	40.8%	32.0%	37.9%	32.0%
Nombre de cas	5056		5753		5427	

Données de mortalité selon la méthode Helios

Des données de mortalité figurent également dans le rapport sur la qualité publié par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Celles-ci sont obtenues par la méthode de relevé définie par le groupe allemand de cliniques privées Helios. Hirslanden publie pour la deuxième fois un aperçu groupé des données de mortalité ainsi obtenues et les compare aux données de l'Hôpital universitaire de Bâle. Ces dernières sont basées sur des chiffres plus récents que les nombres de cas sur lesquels s'appuie le rapport de l'OFSP. Les indicateurs sont déterminés à l'aide d'un algorithme à partir de la statistique des hôpitaux établie annuellement.

L'ajustement des données aux risques ne faisant intervenir que l'âge et le sexe des patients, toute comparaison

doit être interprétée avec la plus grande prudence. Sans compter que lorsque le nombre de cas est bas, un seul décès suffit à faire grimper le taux de mortalité. Enfin, un regard critique s'impose aussi quand on compare deux cliniques qui diffèrent par leur taille et leur orientation médicale. Force est donc de conclure que les données laissent bien des questions sans réponse et ne fournissent que peu d'éléments permettant de se prononcer sur la qualité d'un hôpital. Hirslanden soutient néanmoins les efforts de l'OFSP, notamment parce que le Groupe a récemment rejoint l'«Initiative Qualitätsmedizin (IQM)», un projet regroupant des hôpitaux d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse qui s'impliquent pour une plus grande qualité médicale. L'initiative compare les données d'Helios et évalue ensuite les résultats dans le cadre d'une «peer review».

	Nombre de cas	Décès	Mortalité	Mortalité HUB 2011	Nombre de cas HUB 2011
Infarctus du myocarde	558	24	4.30%	6.5%	695
Insuffisance cardiaque	419	26	6.21%	7.3%	425
Cas de traitement avec cathétérisme cardiaque gauche	4731	19	0.40%	2.7%	2002
Pontage aorto-coronarien isolé, avec circulation extracorporelle	1184	12	1.01%	4.7%	301
Appareillage par pacemaker et défibrillateur implantable	799	4	0.50%	1.5%	334
Accident vasculaire cérébral (AVC)	156	17	10.90%	8.1%	594
Pneumonie	416	24	5.77%	5.9%	454
Cancer du poumon (carcinome bronchique)	320	32	10.00%	6.2%	564
Ablation de la vésicule biliaire (cholécystectomie)	784	2	0.26%	0.0%	128
Opération de hernie inguinale, fémorale et ombilicale (herniotomie)	2264	2	0.09%	0.6%	160
Interventions majeures sur le côlon et le rectum (opérations colorectales)	686	8	1.17%	12.6%	135
Anéurysme de l'aorte abdominale	210	3	1.43%	3.6%	56
Interventions vasculaires extracrâniennes artère carotide	113	1	0.88%	0.0%	85
Accouchement	4925	1	0.02%	0.0%	2299
Exérèse de l'utérus (hystérectomie) lors d'affections bénignes	1034	1	0.10%	0.0%	119
Cancer du sein (carcinome mammaire)	1022	16	1.57%	1.8%	340
Erysipèle	113	1	0.88%	1.2%	85
Prothèse totale de hanche	1774	1	0.06%	0.7%	143
Prothèse totale de genou	1846	0	0.00%	0.6%	156
Fracture du col fémoral	139	3	2.16%	5.8%	137
Ablation totale du rein (néphrectomie)	93	0	0.00%	0.0%	43
Ablation de la prostate par résection transurétrale (RTUP)	1045	1	0.10%	0.0%	192
Carcinome prostatique	777	13	1.67%	3.2%	281
Septicémie	262	31	11.83%	9.6%	513
Opération de la cataracte	513	0	0.00%	0.0%	0
Chirurgie de la colonne vertébrale (excepté traumatologie)	2807	4	0.14%	0.2%	823
Opération de l'œsophage	29	2	6.90%	0.0%	0
Opération du pancréas	102	4	3.92%	0.0%	0

APPRENDRE DE NOS ERREURS

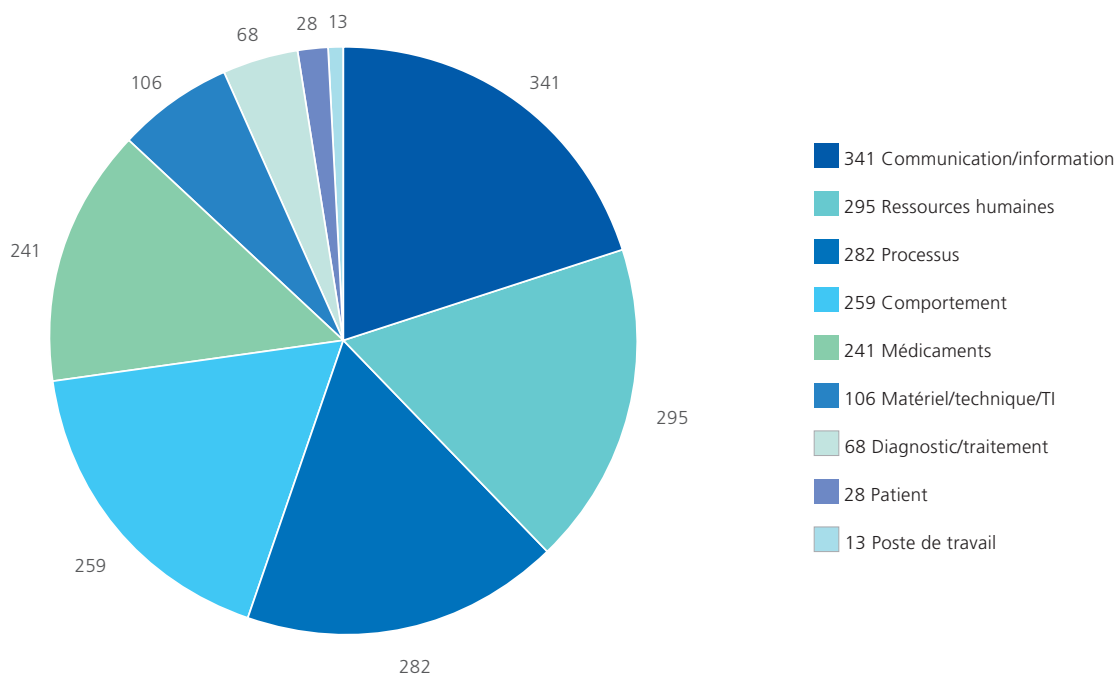
Les données de mortalité comptent indéniablement parmi les plus importants indicateurs qualitatifs d'un hôpital. Comme pour tous les indicateurs se pose ici, plus que toute autre, la question des améliorations possibles. C'est pourquoi toutes les cliniques Hirslanden organisent régulièrement des «Mortality and Morbidity Conferences» où sont analysés tous les décès survenus en dépit de ce que laissait prévoir le risque de mortalité théorique. Il s'agit avant toute chose de définir des mesures qui pourront contribuer à l'identification précoce et à la correction de processus non désirés. Cela implique une profonde remise en question culturelle de notre relation à l'erreur, le premier objectif étant d'empêcher que la même erreur se reproduise.

Le système d'informations de sécurité introduit en 2006 et instauré depuis 2008 dans toutes les cliniques Hirslanden s'inspire également de cette relation à l'erreur. Il permet aux collaborateurs de tous les corps de métiers de signaler de manière anonyme toute erreur qui aurait pu provoquer des incidents dommageables. Basé sur une solution logicielle commune, ce système d'annonce aide les cliniques à tirer les enseignements de l'expérience d'autrui et de la documentation de quasi-accidents. On estime en effet à quelques centaines le nombre de quasi-accidents ayant précédé tout événement dommageable réellement survenu. Le concept a été emprunté à l'aéronautique, qui utilise de tels systèmes depuis plusieurs décennies.

Ces «incidents critiques», comme il est convenu de les appeler, sont classés en catégories, puis analysés et traités par une commission interdisciplinaire dans chaque clinique. Les questions auxquelles elle doit répondre sont «Pourquoi le système a-t-il laissé passer ce quasi-accident?» et «Comment le système peut-il être organisé de telle manière que l'erreur ne se produise plus?» Grâce à ce système d'annonce, à l'instauration de mesures de prévention et à la publication mutuelle par les cliniques des cas traités, la sécurité des patients ne cesse de s'améliorer.

Durant l'exercice en revue, 1222 incidents critiques de ce type ont été signalés. Dans plusieurs cas, des mesures concrètes ont pu être prises pour éviter à l'avenir des événements similaires. La figure montre la distribution par catégories des incidents critiques rapportés en 2011. Environ un quasi-accident sur cinq concernait la médication.

Catégories de quasi-accidents





**«L'ÉLÉMENT CARDI-
NAL DE LA QUALITÉ
EST LA SÉCURITÉ DES
PATIENTS.**

**DANS TOUT TRAVAIL
OÙ INTERVIENT LE
FACTEUR HUMAIN,
DES ERREURS SONT
POSSIBLES. LA
QUALITÉ, C'EST
APPRENDRE DE SES
ERREURS.»**

DR MÉD. MARC-ANTON HOCHREUTENER

Directeur de la Fondation pour la sécurité des patients

LA QUALITÉ TOUS AZIMUTS

Toutes les mesures qualitatives chez Hirslanden font partie d'un système de gestion intégrale de la qualité qui s'appuie sur des normes et des modèles de référence internationale. C'est une garantie que les résultats serviront à mettre au point des mesures d'amélioration concrètes.

RETOUR À LA MAISON

MON EXPÉRIENCE DE LA KLINIK HIRSLANDEN (4/4)

Six jours après l'opération de la hanche, le médecin responsable Dr méd. Ulrich Steiger et son patient sont d'accord:

Hans-Peter Meier peut rentrer chez lui – à pied. Bien sûr, il a encore besoin de béquilles pour marcher, mais la hanche artificielle fait déjà remarquablement bien son travail.

Aidé par sa femme, Meier fait ses bagages, puis s'assied à table pour refaire un bilan de la semaine écoulée: une opération qui s'est très bien passée et l'a vite remis d'aplomb sur ses jambes, un personnel qui répondait promptement à ses désirs, une cuisine exquise – bref: il s'est vraiment senti comme un être humain et pas seulement comme un patient. Il écrit tout cela dans la «lettre à la Direction» jointe au formulaire de sortie. A la question s'il recommanderait la Klinik Hirslanden à des amis ou à des proches, Meier coche la réponse «Oui, très certainement».

«PENDANT SON SÉJOUR À LA CLINIQUE, HANS-PETER MEIER S'EST VRAIMENT SENTI COMME UN ÊTRE HUMAIN ET PAS SEULEMENT COMME UN PATIENT.»

Une personne passe ensuite le voir qui a beaucoup contribué à ce que Meier se sente comme chez lui: Doris Cairati, des Guest Relations, qui a joué ces jours-ci un rôle très important à ses côtés. Meier a pu lui confier toutes ses craintes, ses joies et ses interrogations. Car cet ancien manager s'est aussi posé des questions critiques – par exemple, pourquoi on lui a refait une prise de sang avant l'opération alors qu'il en avait déjà subi une lors des examens préliminaires. Meier avoue que les piqûres lui font peur comme à un gamin. Doris Cairati avait transmis sa question au service de gestion des feed-backs de la Klinik Hirslanden – et voici qu'elle a pour Meier une réponse écrite de la direction: la première prise de sang a servi aux analyses, tandis que la deuxième était nécessaire pour effectuer un test croisé avec la réserve de sang mise à disposition pour l'opération. Pour des raisons de sécurité, on garde toujours des conserves de sang prêtes à l'emploi pour des interventions orthopédiques majeures – le test croisé garantit que la conserve de sang sera bien tolérée.

Aujourd'hui, Hans-Peter Meier peut à nouveau marcher sans souffrir. Son cœur aussi s'est bien rétabli après l'intervention en urgence de 2008. Son groupe préféré «Jazz Burgers» doit bientôt animer un bal. Meier compte bien inviter alors sa femme Annegret à se «déhancher» avec lui sur la piste de danse.

Précieux feed-backs des patients

Les feed-backs des patients sont d'une immense utilité pour Hirslanden, car ils peuvent être l'élément moteur d'importantes améliorations. Naturellement, cela vaut surtout pour les feed-backs négatifs, mais les avis positifs aussi sont utiles à la gestion de la qualité. Ils montrent lesquelles des mesures d'amélioration déjà introduites sont efficaces. L'objectif va de soi: augmenter continuellement la part de feed-back positif, qui atteint d'ores et déjà près de 80 pour cent.

Chez Hirslanden, les feed-backs des patients s'intègrent dans un processus systématique défini par le Customer

Relationship Management (CRM), un gestionnaire de relation clientèle spécialement développé pour Hirslanden: tous les feed-backs concernant une clinique parviennent d'abord à son directeur. Après un tri des aspects positifs et négatifs, les messages sont transmis aux domaines concernés. Ceux-ci doivent répondre aux critiques et réclamations des patients par un commentaire écrit qui sera repris dans la lettre de réponse au patient. Si le feed-back du patient suggère des améliorations concrètes, le patient en est également informé. Tous les feed-backs sont enfin réunis pour traitement statistique et obtention d'un tableau général.

Avec tous les systèmes d'indicateurs décrits dans les chapitres précédents, la gestion des feed-backs de Hirslanden participe à l'assurance-qualité, qu'il s'agisse d'un produit ou d'un résultat. Mais les connaissances qu'elle permet d'acquérir ne peuvent créer les bases d'une amélioration continue que si elles sont assimilées dans un système professionnel de gestion des processus. Le cadre adéquat à cet effet au sein du Groupe de cliniques privées Hirslanden est la norme de processus pour entreprises de services ISO 9001:2008. La gestion des processus selon cette norme est elle-même une étape intermédiaire dans l'orientation de toute la gestion de la qualité au modèle de Business Excellence de l'EFQM (European Foundation for Quality Management). Ce modèle assiste Hirslanden dans l'évaluation, la localisation dans les cliniques et le développement coordonné et axé sur les résultats de toutes les activités de l'entreprise.

International Standard Organisation

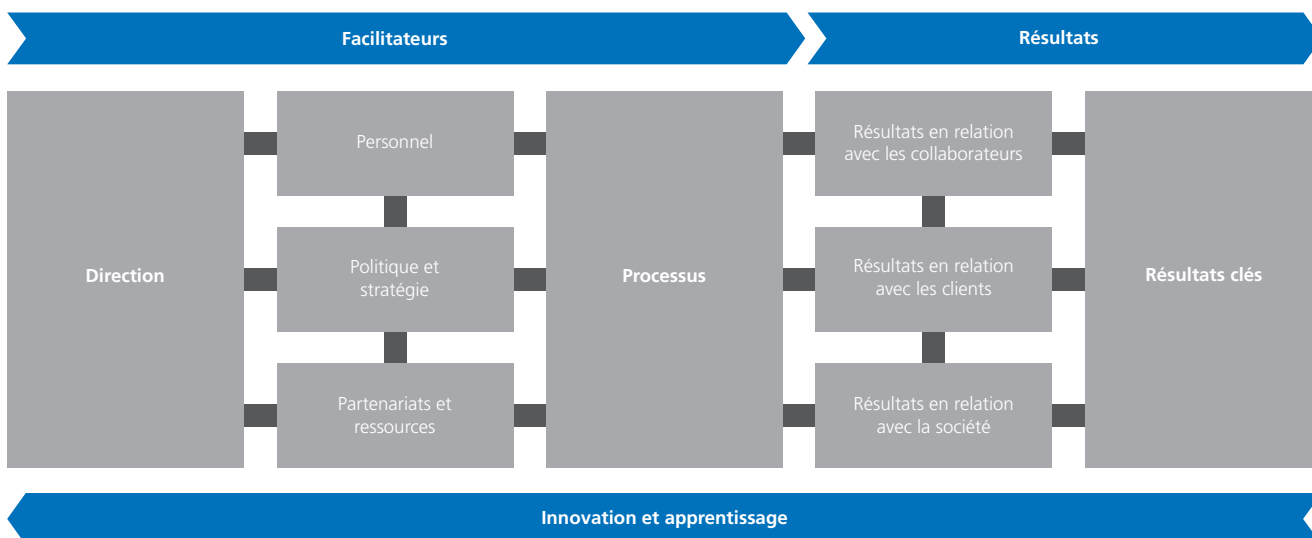
Pour leur orientation résolue au système de management selon la norme ISO 9001:2008, le Head Office et toutes les cliniques Hirslanden ont reçu la certification correspondante. Une exception est la Klinik Stephanshorn, pour laquelle le projet de première certification a démarré avec son intégration dans le Groupe de cliniques privées Hirslanden. La certification de cette clinique est prévue dans le courant de cette année. La préparation à la certification demande en général plus de 12 mois, au cours desquels tous les processus commerciaux sont analysés, documentés et mis en relation les uns aux autres. Il se crée ainsi un calque orienté vers les processus de la clinique. D'autres points essentiels, au-delà de la simple description, sont l'établissement et la documentation du processus d'amélioration continue. La norme ISO 9001:2008 suit en cela les principes du cycle (ou «roue») de Deming, du nom du statisticien Edward Deming qui l'a développé. Un processus est d'abord planifié (plan), puis exécuté (do). Puis l'on en vérifie (check) les résultats et, si nécessaire, on agit (act) pour réadapter le processus.

La certification à la norme ISO 9001:2008 est vérifiée chaque année par un audit externe. Celui-ci fournit – avec les audits internes – des renseignements importants sur les potentiels d'optimisation dans les cliniques, renseignements qui sont à leur tour intégrés dans le processus d'amélioration continu. Toutes les cliniques s'appuient sur un système unifié de gestion des processus. Cette solution logicielle apporte une transparence illimitée dans les processus de toutes les cliniques. Elle constitue la manière idéale de mettre en œuvre des concepts comme «apprendre des meilleurs».

European Foundation for Quality Management

L'EFQM (European Foundation for Quality Management) a été créée en 1998. Dès 2004, les premières cliniques du Groupe ont conduit des auto-évaluations sur le modèle de Business Excellence développé par cette fondation. Un modèle adopté depuis lors par tout le Groupe et composé de neuf critères répartis en deux catégories, les critères facilitateurs et les résultats. Les relations entre ces critères se présentent comme suit: les excellentes performances clés, la haute satisfaction du client, la satisfaction des collaborateurs et les résultats en relation avec la société sont atteints par une direction dotée d'une orientation stratégique claire qui s'appuie sur les collaborateurs, les partenariats et les processus conduits. La figure illustre le modèle et ses liens. Elle fait ressortir l'importance centrale de la gestion des processus, un défi que Hirslanden a déjà relevé avec succès avec la certification ISO des cliniques. Toutefois, le modèle EFQM va nettement au-delà des contenus de la norme ISO 9001:2008, car il favorise la compréhension globale des liens de cause à effet. Un autre axe prioritaire est la preuve de durabilité. Le modèle se base ici sur une systématique particulière qui montre de manière transparente le degré de sa mise en œuvre: démarche planifiée, exécution, évaluation, contrôle et résultats. Il s'agit en somme d'une extension du cycle de Deming.

Une entreprise adhérant au modèle EFQM peut, dans un premier temps, procéder à une auto-évaluation basée sur cette systématique pour déterminer dans quelle mesure les critères sont remplis. Dans un deuxième temps s'offre la possibilité d'une évaluation tierce par des assesseurs externes formés à l'utilisation du modèle. Hirslanden est convaincu que l'adoption du modèle de Business Excellence selon l'EFQM assurera durablement à l'entreprise un succès tous azimuts – que ce soit dans l'atteinte des objectifs qualitatifs et économiques ou celle d'une haute satisfaction des clients et des collaborateurs, ou encore – un autre aspect qui a son importance – dans l'exercice de sa responsabilité sociale.



LA QUALITÉ DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ

La qualité globale d'un fournisseur de prestations tel que le Groupe de cliniques privées Hirslanden s'exprime en plusieurs dimensions, que l'on peut diviser en deux groupes: les qualités objectives et les qualités subjectives. Outre la qualité des résultats, saisie par les systèmes d'indicateurs décrits, figure également dans le groupe des qualités objectives la qualité des processus telle que définie par la norme ISO 9001:2008 et le modèle de Business Excellence de l'EFQM. Le groupe des qualités subjectives comprend tous les aspects que l'on assimile à la notion de satisfaction du patient. Il est évident que les qualités objectives influencent de manière déterminante leur perception subjective par les patients. Cela dit, la satisfaction du patient dépend aussi beaucoup de ses attentes, qui varieront elles-mêmes en fonction de son statut d'assurance. Dans ce contexte, on peut faire une distinction entre la qualité de base, la qualité des prestations et la qualité de l'enthousiasme (modèle de Kano). La qualité de base concerne des attentes perçues comme on ne peut plus évidentes. En Suisse, on y compte par exemple le haut niveau de prise en charge médicale. La qualité des prestations comprend tout ce qu'un patient n'attend pas automatiquement, mais apprécie d'autant plus quand on le lui fournit. On pense par exemple aux brefs temps d'attente et aux efforts faits pour épargner les douleurs au patient ou répondre à ses souhaits individuels. La qualité de l'enthousiasme, enfin, concerne le domaine des choses que le patient n'aurait jamais osé espérer et qui créent donc la surprise, par exemple la visite du directeur de l'hôpital ou du service pendant la durée du séjour hospitalier. Ce qui caractérise la qualité de l'enthousiasme est qu'elle est perçue très différemment d'un individu à l'autre. Parce qu'il revendique le leadership de la qualité, le Groupe de cliniques privées Hirslanden a pour objectif de maintenir et d'augmenter non seulement le haut niveau de la qualité de base, mais aussi celui de la qualité des prestations et de la qualité de l'enthousiasme.

La Suisse mène depuis un certain temps un débat soutenu sur la qualité dans le système de santé. La question de la mesure et de l'amélioration de la qualité est au premier plan de ce débat. Il n'a cependant pu aboutir qu'à un début de consensus sur la définition d'indicateurs homogènes et transparents de la qualité. On y compte notamment le programme de mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), auquel participent toutes les cliniques Hirslanden. Pour bienvenue que soit cette initiative, une certaine expérience de la saisie des indicateurs doit encore être acquise avant que des comparaisons sérieuses deviennent possibles. De plus, Hirslanden considère que les indicateurs doivent encore être affinés et complétés de paramètres supplémentaires. Par exemple, cinq questions pour mesurer la satisfaction des patients sont tout simplement trop peu s'il s'avère au dépouillement des réponses que tous les hôpitaux suisses sont notés entre 9 et 10 sur une échelle de 1 à 10. Enfin, il convient de poursuivre le développement du programme de mesures de l'ANQ au sens où il serait souhaitable que les résultats motivent les cliniques non seulement à mesurer, mais aussi et surtout à améliorer la qualité de leur prise en charge thérapeutique et infirmière.



«EN TANT QUE MÉDECIN, JE SAIS À QUEL POINT LA CONFIANCE EST IMPORTANTE POUR LA GUÉRISON. POUR CELA, UNE PRISE EN CHARGE INFIRMIÈRE ET MÉDICALE DE PREMIER ORDRE ET UNE INFRASTRUCTURE DE HAUTE QUALITÉ SONT INDISPENSABLES. DANS NOTRE SYSTÈME DE MÉDECINS ACCRÉDITÉS, LE PATIENT GARDE TOUJOURS LE MÊME INTERLOCUTEUR.»

DR MÉD. OLE WIESINGER

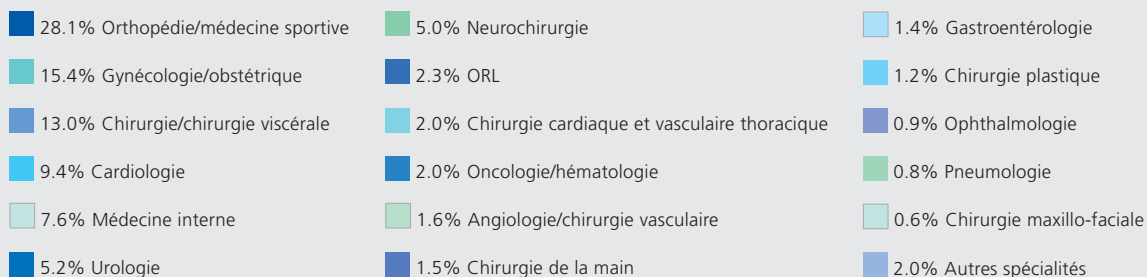
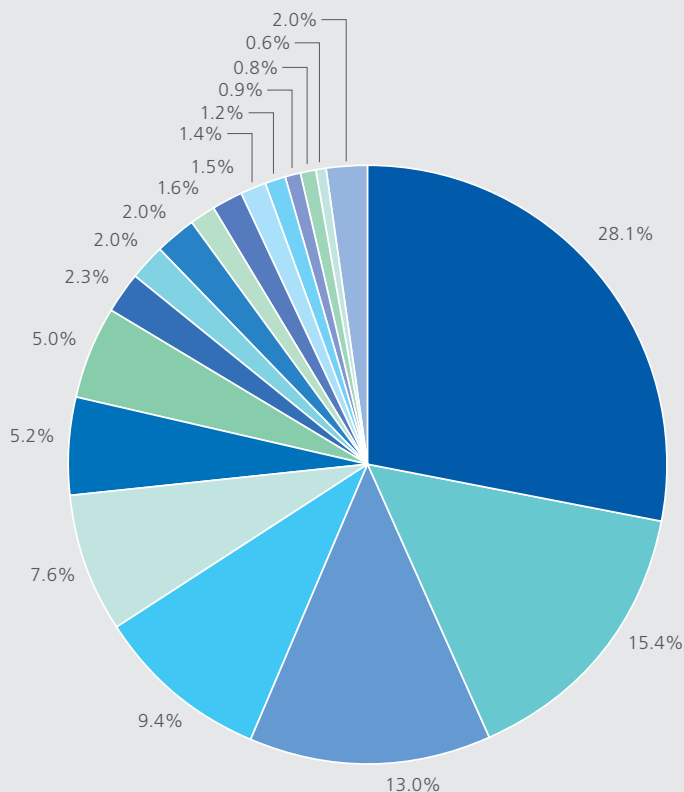
CEO Groupe de cliniques privées Hirslanden

NOS PRESTATIONS

Spécialités

De toutes les spécialités du Groupe de cliniques privées Hirslanden, l'orthopédie a été une fois de plus la spécialité dominante dans l'exercice en revue. L'ordre de primauté des autres spécialités – gynécologie/obstétrique, cardiologie et médecine interne – reste également inchangé. Le diagramme synoptique montre que ces spécialités de la médecine représentent une part importante des prestations des cliniques qui les offrent. C'est particulièrement vrai pour la

chirurgie cardiaque et les neurosciences, avec leur éventail complet de prestations de neuroradiologie interventionnelle et de neurochirurgie. A l'examen du nombre total de cas pour 2011, on constate que les soins de base constituent aujourd'hui comme hier une part majeure de l'offre de prestations médicales.



L'ANNÉE 2011/12 EN CHIFFRES

Nombres de cas stationnaires et spécialités par clinique¹

L'interprétation des nombres de cas doit tenir compte du fait que dans certaines spécialités, les traitements requérant une hospitalisation sont très rares. Le classement des cas par spécialité s'effectue actuellement en fonction de la spécialité du médecin traitant. Ce mode de représentation ne tient pas compte des transferts pendant une hospitalisation, de même qu'il ne rend pas compte de l'activité d'un médecin dans plusieurs disciplines. Ceci explique en partie les faibles nombres de cas dans certaines régions. Mentionnons à titre d'exemple les médecins internistes qui ont une formation complémentaire en oncologie. Les données sont celles de l'exercice 2011/12.

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Berne
PM Klinik Permanence, Berne

SA Salem-Spital, Berne
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden

BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Lucerne
BI Klinik Birshof, Münchenstein Bâle

BE Klinik Belair, Schaffhouse
SH Klinik Stephanshorn, St-Gall
HI Klinik Hirslanden, Zurich
IP Klinik Im Park, Zurich

Clinique	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2011
Orthopédie/médecine sportive	1912	193	2430	3770	1255	2528	1835	4	2018	1717	629	1081	2203	1045	22620
Gynécologie/obstétrique	1527	1	19	2316	863		5	1176	1295	19	53	1414	2538	1197	12423
Chirurgie/chirurgie viscérale	1084	1603	202	848	823	25	37	514	774	56	247	427	2600	1248	10488
Cardiologie	630	1827						360	954				1804	1963	7538
Médecine interne	1043	673	413	1298	129		158	275	849			11	1150	95	6094
Urologie	479	596	81	246	118		214	335	541		50	418	834	267	4179
Neurochirurgie	274	171	34	944	203	47		220	1143	50	81	443	462	189	4058
Oncologie/hématologie	386	315		18	112		26	31	240			21	288	163	1600
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	308	7	143		57	12	105	7	299	257		124	482	58	1859
Chirurgie de la main	302		106			346	68	26		141		29	57	152	1227
Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	141	449						74					666	244	1574
Angiologie/chirurgie vasculaire	114				26			19	464				307	386	1290
Gastroentérologie	29	115		68	61			14	348			25	382	92	1134
Pneumologie	32	10		282				11	299					8	642
Ophthalmologie	3		25		5		37		47		70		268	303	758
Chirurgie plastique	119		61	38	25	49	28	51	181	50	14	224	139	26	1005
Anesthésiologie/ traitement de la douleur						13	11	49	10			2	14		99
Chirurgie maxillo-faciale	177	47	56				59	3	10	29			4	102	487
Rhumatologie/médecine physique et réadaptation	4			80					72	7			124	11	298
Chirurgie thoracique		81						74					199	12	366
Neurologie	22							2	68				283	22	397
Autres spécialités	13				79				66		9	7	26	10	210
Néphrologie	13	16		31				2	13					64	139
Radiologie/neuroradiologie	4	23										1	47		75
Radio-oncologie/ radiothérapie	28														28
Total	8644	6127	3570	9939	3527	3020	2583	3247	9691	2326	1153	4227	14877	7657	80588

¹Sorties d'hospitalisation, exercice 2011/12, sans nouveau-nés

INTRODUCTION DES FORFAITS PAR CAS (SWISSDRG) DANS TOUS LES HÔPITAUX SUISSES

Nouveau financement des hôpitaux

Un élément central du nouveau financement des hôpitaux, en vigueur dans toute la Suisse depuis le 1^{er} janvier 2012, est l'introduction d'une nouvelle forme de rémunération des prestations hospitalières prises en charge par l'assurance de base obligatoire (LAMal), où le principe du remboursement des coûts est remplacé par un système de prix forfaitaires. Jusqu'alors, les hôpitaux pouvaient facturer dans le détail chaque intervention et chaque jour d'hospitalisation. Ils perçoivent désormais une rémunération forfaitaire pour chaque cas traité – quelle que soit la durée de séjour effective du patient.

Des systèmes de forfaits par cas ont déjà été utilisés en Suisse par le passé, mais seulement dans certains cantons, et sans le degré de différenciation des prestations atteint par le système actuel. La caractéristique principale d'un forfait par cas est qu'en règle générale, aucune autre prestation ne peut être facturée en plus de ce forfait. Cela signifie qu'outre les prestations infirmières, les frais d'infrastructure hospitalière et de diagnostic, les consommables et le matériel d'implantation utilisés, le forfait par cas indemnise aussi les prestations des médecins. Le passage aux forfaits par cas a deux objectifs: d'une part, la généralisation à toute la Suisse d'un système uniforme et transparent qui permette une juste comparaison entre les hôpitaux afin d'encourager la concurrence des prix et de la qualité, et d'autre part, l'instauration d'une rémunération conforme aux prestations pour les différents cas grâce aux SwissDRG.

Diagnosis Related Groups (DRG)

Les forfaits par cas sont basés sur ce qu'on appelle les Diagnosis Related Groups (DRG). Les systèmes de DRG répartissent tous les traitements stationnaires dans les hôpitaux de soins somatiques aigus en des groupes de cas homogènes, tant sur le plan du coût économique que de l'effort médical. Le critère le plus important d'attribution d'un patient à un DRG est son diagnostic principal à sa sortie. D'autres critères sont les diagnostics supplémentaires et les procédures, le degré de sévérité, la durée de séjour ainsi que l'âge et le sexe du patient, auxquels s'ajoute le poids à la naissance chez les nouveau-nés. La classification d'une hospitalisation dans un DRG s'effectue à l'aide d'un logiciel de groupement (Grouper). Ceci nécessite la saisie de tous les diagnostics et procédures avec leurs codes correspondants. Ce codage est effectué selon des règles fixes par le personnel spécialisé (codeurs).

Le système DRG introduit en Suisse pour être utilisé dans ses hôpitaux s'appelle SwissDRG. Il constitue une adaptation à la Suisse du modèle tarifaire DRG allemand et fait l'objet

d'améliorations périodiques en fonction des progrès de la médecine et des techniques. Ainsi, on est certain que les SwissDRG reflètent toujours la situation des soins hospitaliers dans sa réalité actuelle. L'organisation responsable des SwissDRG est la société SwissDRG SA, une structure cofinancée par les assureurs-maladie, les cantons et les hôpitaux.

«SwissDRG@Hirslanden»

Comme tous les hôpitaux suisses, le Groupe de cliniques privées Hirslanden s'est intensément préparé durant l'exercice en revue à l'introduction des SwissDRG comme nouveau système de rémunération des prestations hospitalières remboursées par la LAMal. Pour Hirslanden, cela implique une transition de l'emploi des DRG comme de simples instruments de controlling et de gestion vers un mode d'action à visée résolument opérationnelle. En plus des nombreuses activités menées dans chaque clinique, une Task Force «SwissDRG@Hirslanden» a été chargée de coordonner les réadaptations et les changements de processus au niveau du Groupe. Pour le codage, Hirslanden a créé des structures ad hoc dans chaque clinique, les codeurs étant regroupés dans une entité commune à toutes. Celle-ci a élaboré des normes conformes aux directives de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour le codage des cas, ce qui garantit une procédure uniforme permettant une comparaison future des coûts et de la qualité des 14 cliniques. La fiabilité du codage est validée chaque année par une révision externe bénévole.

MDC

Le premier niveau de description des différents groupes de traitement dans les systèmes DRG est celui des «Major Diagnostic Categories» (MDC). Les DRG y sont classés en général par systèmes d'organes ou par entités pathologiques. Le tableau suivant donne un aperçu des MDC les plus fréquentes dans les cliniques Hirslanden. On y retrouve cette année encore une prépondérance impressionnante des cas d'orthopédie (MDC 8), d'obstétrique (MDC 14 et 15) et de médecine vasculaire (MDC 5). Les évaluations pour 2011 sont basées sur le système APDRG en vigueur en Suisse jusqu'au 31 décembre 2011. Les versions de catalogue des systèmes DRG sont généralement remises à jour à la fin de chaque année civile. De ce fait, les évaluations suivantes se rapportent à l'année civile 2011.

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Berne
PM Klinik Permanence, Berne

SA Salem-Spital, Berne
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden

BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Lucerne
BI Klinik Birshof, Münchenstein Bâle

BE Klinik Belair, Schaffhouse
SH Klinik Stephanshorn, St-Gall
HI Klinik Hirslanden, Zurich
IP Klinik Im Park, Zurich

CMD	Désignation	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2011
8	Affections de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	2 599	429	2 423	4 508	1 580	2 659	1 851	262	2 952	1 806	649	1 629	3 373	1 758	28 478
5	Affections de l'appareil circulatoire	1 273	2 342	79	589		78	41	607	1 484	90	57	83	3 038	2 580	12 341
6	Affections de l'appareil digestif	692	1 123	145	559	321	4	15	368	1 006	15	166	287	1 627	573	6 901
14	Grossesses, accouchements et post-partum	851		1	1 122	581			570	777		2	997	1 235	703	6 839
15	Nouveau-nés	785			1 058	531			489	745			855	1 060	609	6 132
13	Affections de l'appareil reproducteur féminin	505	24	10	856	213		10	379	331	12	30	290	743	405	3 808
9	Affections de la peau, du tissu sous-cutané et des seins	295	46	71	340	136	44	55	156	414	34	28	407	611	222	2 859
11	Affections des reins et des voies urinaires	288	263	56	215	70		228	191	308	2	27	152	606	169	2 575
3	Affections des oreilles, du nez, de la bouche et de la gorge	457	67	205	39	76	16	166	20	358	297		129	488	169	2 487
1	Affections du système nerveux	287	38	30	300	54	72	40	83	339	47	12	31	652	210	2 195

DIAGNOSTICS ET OPÉRATIONS

CIM et CHOP

Comme nous l'avons mentionné, la détermination d'un DRG passe par un codage des diagnostics et des procédures. Le codage des diagnostics principaux et supplémentaires s'effectue d'après le catalogue CIM (Classification Internationale des Maladies, angl. ICD), et celui des opérations et des traitements sur la base du catalogue CHOP (classification suisse des opérations). L'aperçu qui suit montre la répartition des diagnostics principaux dans les cliniques Hirslanden. A nouveau, les diagnostics décrivant une naissance ou le nouveau-né y tiennent les premières places. L'analyse des codes CHOP donne un tableau similaire: leur évaluation, contrairement au codage des diagnostics, prend en compte toutes les procédures documentées. Sont exclues les procédures qui ne sont pas effectuées en salle

d'opération ou ne constituent pas une intervention. La plupart des opérations et autres interventions concernent deux disciplines, l'orthopédie et la cardiologie. Le haut degré de différenciation des catalogues, qui se reflète dans la classification des cas de traitement, complique déjà à ce stade la vérification des sommes établies par catégories. A titre d'exemple, on s'aperçoit aisément que le nombre de cas désignés par le code de diagnostic principal Z38.0 ne correspond pas au nombre de nouveau-nés indiqué ci-dessus, vu qu'un nouveau-né est décrit sous plusieurs autres diagnostics. Pour une meilleure clarté, nous avons choisi de représenter certains codes à cinq chiffres par trois chiffres seulement. L'analyse des données montre que nous ne sommes pas encore parvenus au stade d'un codage absolument comparable d'un site Hirslanden à l'autre.

CIM	Désignation	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2011
Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital	634			486	506			387	598			748	816	490	4 665
S83*	Arthropathies traumatiques du genou	128		592	215	261	214	217		104	215	33	61	414	194	2 495
I25*	Cardiopathie artérioscléreuse	161	527						126	305				744	556	2 419
M23	Lésions du ménisque	219	28	326	320	179	322	69		100	167	32	177	345	126	2 231
M17	Gonarthrose	145	46	180	358	136	167	143		101	148	105	75	232	85	1 798
M16	Coxarthrose	147	43	89	310	120	134	123	0	144	119	93	56	175	124	1 571
M51.1	Atteintes d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie	115	52	25	355	45	33	12	107	438	15	8	96	85	41	1 427
K40	Hernia inguinale	143	144	59	121	100	2		92	165	6	74	122	322	169	1 419
M75	Lésions de l'épaule	121	36	121	173	99	65	38	0	102	169	55	124	126	108	1 337
O80	Accouchement unique et spontané	147			151				74	101			202	177	119	1 199

CHOP	Désignation	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2011
88.5	Angiocardographie avec substance de contraste	576	1 961						111	409			0	1 845	1 921	6 823
37.2	Techniques diagnostiques concernant le cœur et le péricarde	367	1 541						184	454				1 403	1 835	5 784
80.6	Menisectomie du genou	532	34	819	620	435	560	381		244	406	67	274	670	303	4 724
88.4	Artériographie avec substance de contraste	447	282							153			0	1 890	936	3 708
89.13.2	Traitement complexe de médecine intensive	344	632						58	514				1 114	527	3 189
03.09	Autre exploration et décompression des structures du canal rachidien	127	39	18	497	123	109	11	98	929	104	110	364	569	108	3 071
74.1	Césarienne isthmique basse	381			370	160			235	296			417	594	298	2 204
81.5	Prothèse totale de hanche	333	44	96	374	114	155	136		215	125	105	66	196	133	2 000
36.07	Insertion de stent(s) coronaire(s) à libération de substance médicamenteuse	38	402						87	155				674	398	1 754
80.26	Arthroscopie du genou	395		102	71	411	245	36			131	31	162	284	77	1 460

DIAGNOSIS RELATED GROUPS (DRG)

Fréquence des APDRG dans les cliniques Hirslanden

On retrouve typiquement en tête par ordre de fréquence les cas nombreux et relativement homogènes, en règle générale les naissances; c'est aussi le cas de Hirslanden. Elles sont suivies de près par les interventions sur l'articulation du genou, en général des arthroscopies. Le DRG du remplacement articulaire suit en troisième position. Le quatrième DRG par ordre de fréquence chez Hirslanden est celui des examens et traitements par cathétérisme cardiaque (DRG 112); notons à ce propos qu'il existe d'autres DRG couvrant ce domaine. Pour donner un tableau plus clair et plus complet, des regroupements ont été opérés en certains endroits.

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Berne
PM Klinik Permanence, Berne

SA Salem-Spital, Berne
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden

BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Lucerne
BI Klinik Birshof, Münchenstein Bâle

BE Klinik Belair, Schaffhouse
SH Klinik Stephanshorn, St-Gall
HI Klinik Hirslanden, Zurich
IP Klinik Im Park, Zurich

APDRG 2011	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP
Diagnostics par cas	4.0	3.5	2.2	2.8	2.9	4.0	2.3	3.1	4.0	2.9	2.4	1.9	3.5	3.1
Procédures par cas	3.3	3.6	2.1	2.6	3.5	3.2	2.3	2.5	2.4	2.7	3.5	2.0	2.9	2.3

DRG	Désignation	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2011
629	Nouveau-né, poids > 2 499 g, sans interventions significatives, diagnostic normal	742			934	506			435	678			802	974	560	5311
918, 1222	Opérations du genou	510	29	794	569	310	326	85		260	434	71	306	759	321	4774
112	Interventions cardiovasculaires percutanées, excepté pour infarctus aigu du myocarde, insuffisance/défaillance cardiaque ou choc	168	546						132	192				782	829	2834
209	Interventions sur les grandes articulations, rattachement des membres des extrémités inférieures, excepté pour complications	265	91	238	655	210	152	236		332	154	125	151	273	190	2765
373	Accouchement non compliqué, par voie vaginale	340			551	212			198	354			382	322	269	2553
371	Césarienne, sans cc	334			320	241			212	269			389	480	256	2501
1231	Excision et ablation locales d'implants de fixation internes, excepté hanche et fémur, avec interventions multiples	174	12	290	317	120	538	80		90	238	56	66	273	104	2244
125	Affections circulatoires, excepté infarctus aigu du myocarde, avec cathétérisme cardiaque, sans diagnostic complexe	218	694						85	285				543	404	2106
359	Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et affection bénignes, sans cc	262	5	3	463	108		6	206	171	2	20	141	301	193	1827

Case Mix Index¹

Dans les systèmes DRG, on attribue à chaque DRG, et donc à chaque cas de traitement hospitalier, un poids des coûts appelé «cost-weight». Celui-ci permet de comparer les différents DRG à l'aune de leurs besoins en ressources. En additionnant les cost-weights de tous les cas stationnaires sur une année et en divisant la somme par le nombre total de cas, on obtient ce qu'on appelle le «Case Mix Index» d'une clinique. Ce paramètre cumulé donne une première approximation de la sévérité des cas traités dans cet établissement. Toutefois, le seul critère de distinction est la charge économique, de sorte que des implants coûteux sont pondérés

au même niveau que les traitements lourds d'un patient en soins intensifs. A un niveau supérieur, le tableau ci-dessous donne aussi des indications sur la qualité du codage. Celle-ci s'est améliorée par rapport aux données de l'année précédente. On en déduit que la documentation des codes donne le reflet le plus exact possible de la réalité des traitements et permet des comparaisons détaillées et probantes entre les cliniques.

AA Hirslanden Klinik Aarau
BS Klinik Beau-Site, Berne
PM Klinik Permanence, Berne

SA Salem-Spital, Berne
AK AndreasKlinik Cham Zug
RO Klinik Am Rosenberg, Heiden

BC Clinique Bois-Cerf, Lausanne
CC Clinique Cecil, Lausanne
ST Klinik St. Anna, Lucerne
BI Klinik Birshof, Münchenstein Bâle

BE Klinik Belair, Schaffhouse
SH Klinik Stephanshorn, St-Gall
HI Klinik Hirslanden, Zurich
IP Klinik Im Park, Zurich

APDRG	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP
CMI	0.974	1.327	0.702	0.857	0.761	1.008	0.800	0.971	0.957	0.900	0.945	0.787	1.061	1.034

¹Sorties d'hospitalisation, année civile 2011, nouveau-nés inclus

SWISSDRG

Schéma de codage des SwissDRG

Chacun des DRG du catalogue SwissDRG – qui en compte un millier – est décrit par un code de quatre chiffres et une description en texte intégral. Le premier caractère fait référence aux MDC indiqués ci-dessus, les chiffres des MDC étant traduits en lettres alphabétiques (A à Z). Les deux caractères suivants sont des chiffres (01 à 99) et représentent les SwissDRG de base désignant les diagnostics et les procédures. Enfin, le quatrième caractère indique la catégorie de gravité du cas (A à H puis Z, A désignant le degré de gravité le plus élevé).

Exemple de SwissDRG: «I32E»

Code	Signification	Description en texte intégral
I32E	Code SwissDRG	Interventions sur le poignet et la main sans interventions complexes ni moyennement complexes
I	Principale catégorie diagnostique I (MDC)	Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
32	SwissDRG de base chirurgical «I32»	Interventions sur le poignet et la main
E	Catégorie de gravité des cas «E»	Sans interventions complexes ni moyennement complexes

Les SwissDRG les plus fréquents

DRG	Total	AA	BS	PM	SA	AK	RO	BC	CC	ST	BI	BE	SH	HI	IP	2011
I30Z	Interventions complexes sur l'articulation du genou	665	39	1255	891	437	790	658	1	341	516	91	367	982	461	6887
P67D	Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g	703			827	495			422	691			761	864	551	5314
O60D	Accouchement par voie basse sans diagnostic de complication	342			525	211			202	350			384	354	268	2636
F49F	Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu, un jour d'hospitalisation	252	773						99	65				553	485	2227
O01F	Césarienne sans diagnostic de complication	294			275	228			170	222			338	446	242	2215
I53Z	Autres interventions sur la colonne vertébrale sans CC extrêmement sévères	176	76	31	438	117	44	7	160	534	87	52	180	276	61	2152
I47Z	Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche sans diagnostic de complication	203	46	100	376	121	129	143		218	124	104	74	208	135	1857
I43B	Implantation ou changement complet d'une endoprothèse du genou	121	42	169	431	107	209	124		157	161	119	83	180	73	1815
I20E	Interventions sur le pied, sans intervention complexe	142	19	52	406	92	114	175	2	218	81	73	94	146	103	1636
I29Z	Interventions complexes sur l'articulation de l'épaule	173		102	220	119	163	94		92	157	48	112	131	162	1416

Certaines descriptions en mode texte sont abrégées.

Rémunération des prestations au moyen des forfaits par cas (SwissDRG)

Le montant qu'un hôpital peut facturer pour un cas traité est calculé en multipliant le cost-weight du SwissDRG correspondant par le taux de base.

Ce taux désigne la rémunération d'un cas de traitement (fictif) dont le cost-weight serait égal à 1.0. Il est négocié par les partenaires tarifaires (assureurs et fournisseurs de prestations) et doit être approuvé par l'autorité cantonale compétente. S'il n'y a pas d'accord, le taux de base est fixé par le canton.

Dans le canton de Zurich, par exemple, le taux de base provisoire fixé par le gouvernement pour les hôpitaux non universitaires listés est de 9500 francs pour 2012. Cela signifie par exemple qu'une opération de l'appendicite sans complication y coûte 5918.50 francs, soit 9500 francs multipliés par le cost-weight de 0.623. Par contre, le cost-weight d'une implantation bilatérale d'endoprothèses de hanche ou de genou s'élève à 3.325, ce qui fait grimper le forfait à 31587.50 francs. Ces coûts sont pris en charge à raison de 51% par le canton de Zurich et 49% par l'assurance de base du patient.

INFRASTRUCTURE DES CLINIQUES

HIRSLANDEN KLINIK AARAU

KLINIK BEAU-SITE, BERNE

KLINIK PERMANENCE, BERNE

SALEM-SPITAL, BERNE

ANDREASKLINIK CHAM ZUG

Lits en unités de lits (stationnaires)

Lits en chambres simples

Lits en chambres doubles

Lits en chambres à plusieurs lits

145

54

71

20

112

20

80

12

47

15

17

15

169

40

70

59

56

14

26

16

Lits en unités de soins spéciaux

Unité de soins intensifs

Unité de soins intermédiaires

Unité de soins coronariens

Salle de réveil

Hôpital de jour

Service des urgences

8

17

9

17

4

12

13

13

0

6

1

2

7

8

8

8

16

8

8

8

5

7

5

8

8

4

Salles d'opération et d'accouchement

Principales salles d'opération

Salles d'opération pour chirurgie de jour

Salles d'accouchement

7

2

4

4

3

3

7

3

4

3

3

Equipements médicaux

IRM (Imagerie par résonance magnétique)

CT (Scanographe)

Labo de cathétérisme

avec labo d'électrophysiologie

Médecine nucléaire

LINAC (accélérateur linéaire)

CyberKnife

Robots d'opération

Dialyse

2

2

2

x

1

1

1

1

6

1

1

2

x

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

10

	KLINIK AM ROSENBERG, HEIDEN	CLINIQUE BOIS-CERF, LAUSANNE	CLINIQUE CECIL, LAUSANNE	KLINIK ST. ANNA, LUCERNE	KLINIK BIRSHOF, MÜNCHENSTEIN BÄLE	KLINIK BELAIR, SCHAFFHOUSE	KLINIK STEPHANSHORN, ST-GALL	KLINIK HIRSLANDEN, ZÜRICH	KLINIK IM PARK, ZÜRICH	TOTAL	
	62	66	86	182	43	28	85	259	139	1479	
	14	18	44	62	13	3	10	163	31	501	
	39	48	42	84	26	22	60	96	108	789	
	9			36	4	3	15			189	
			7	6				14	8	55	
				2	4		5			49	
	3	11	10	7	10	6	4	16	10	23	
	6	16	10	10	8		9	15	14	103	
				8				10		135	
	4	5	4	6	4	2	4	10	6	70	
	1	1	2	1			1	2	2	10	
			2	3			4	3	2	22	
		1	1	3			2	5	3	19	
		1	1	1			1	4	2	14	
			2	1				6	3	16	
			x	x				x	x		
			1	2				1		4	
								2		3	
								1		1	
								1		2	
			23	10					12	61	

SPÉCIALITÉS PAR CLINIQUE

	HIRSLANDEN KLINIK AARAU	KLINIK BEAU-SITE, BERNE	KLINIK PERMANENCE, BERNE	SALEM-SPITAL, BERNE	ANDREASKLINIK CHAM ZUG	KLINIK AM ROSENBERG, HEIDEN	CLINIQUE BOIS-CERF, LAUSANNE	CLINIQUE CECIL, LAUSANNE	KLINIK ST. ANNA, LUCERNE	KLINIK BIRSHOF, MÜNCHENSTEIN BÄLE	KLINIK BELAIR, SCHAFFHOUSE	KLINIK STEPHANSHORN, ST-GALL	KLINIK HIRSLANDEN, ZÜRICH	KLINIK IM PARK, ZÜRICH
Anesthésiologie/ traitement de la douleur	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Angiologie/chirurgie vasculaire	x	x		x	x			x	x			x	x	x
Chirurgie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Gastroentérologie	x	x	x	x	x			x	x			x	x	x
Gynécologie/obstétrique	x		x	x	x			x	x		x	x	x	x
Chirurgie de la main	x		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	x	x						x	x				x	x
Médecine interne	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cardiologie	x	x	x	x	x			x	x			x	x	x
Chirurgie maxillo-faciale	x	x	x		x		x	x	x	x			x	x
Pédiatrie	x			x	x		x		x			x	x	x
Néphrologie	x	x		x				x	x				x	x
Neurochirurgie	x	x	x	x	x	x	x ¹	x	x	x	x	x	x	x
Neurologie	x	x	x	x	x			x	x				x	x
Neuroradiologie	x						x ²		x				x	x
Oncologie/hématologie	x	x		x	x		x	x	x			x	x	x
Ophthalmologie	x		x		x		x		x		x		x	x
Orthopédie/médecine sportive	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	x	x	x		x	x	x		x	x		x	x	x
Chirurgie plastique	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pneumologie	x	x		x			x	x	x				x	x
Radiologie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Radio-oncologie/radiothérapie	x												x	
Rhumatologie/ médecine physique et réadaptation	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Chirurgie thoracique	x	x		x				x	x				x	x
Urologie	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x
Chirurgie viscérale	x	x	x	x	x			x	x		x	x	x	x

¹Chirurgie de la colonne vertébrale, ²Radiologie interventionnelle

DES PARTENARIATS STRATÉGIQUES – POUR LE BIEN DE NOS PATIENTS

L'étroite collaboration entre le Groupe de cliniques privées Hirslanden et ses partenaires stratégiques a permis le développement de processus innovants et la création de nouveaux produits et services.



LES 14 CLINIQUES DU GROUPE DE CLINIQUES PRIVÉES HIRSLANDEN

Klinik Birshof

Service d'admission en chirurgie orthopédique
et traumatologique 7/24
Reinacherstrasse 28
CH-4142 Münchenstein
T +41 61 335 22 22
F +41 61 335 22 05
klinik-birshof@hirslanden.ch

Hirslanden Klinik Aarau

Centre d'urgences 7/24
(y c. urgences cardiaques)
Schänisweg
CH-5001 Aarau
T +41 62 836 70 00
F +41 62 836 70 01
klinik-aarau@hirslanden.ch

Salem-Spital

Centre d'urgences 7/24
Schänzlistrasse 39
CH-3000 Berne 25
T +41 31 337 60 00
F +41 31 337 69 30
salem-spital@hirslanden.ch

Klinik Permanence

Centre d'urgences 7/24
Bümplizstrasse 83
CH-3018 Berne
T +41 31 990 41 11
F +41 31 991 68 01
klinik-permanence@hirslanden.ch

Klinik Beau-Site

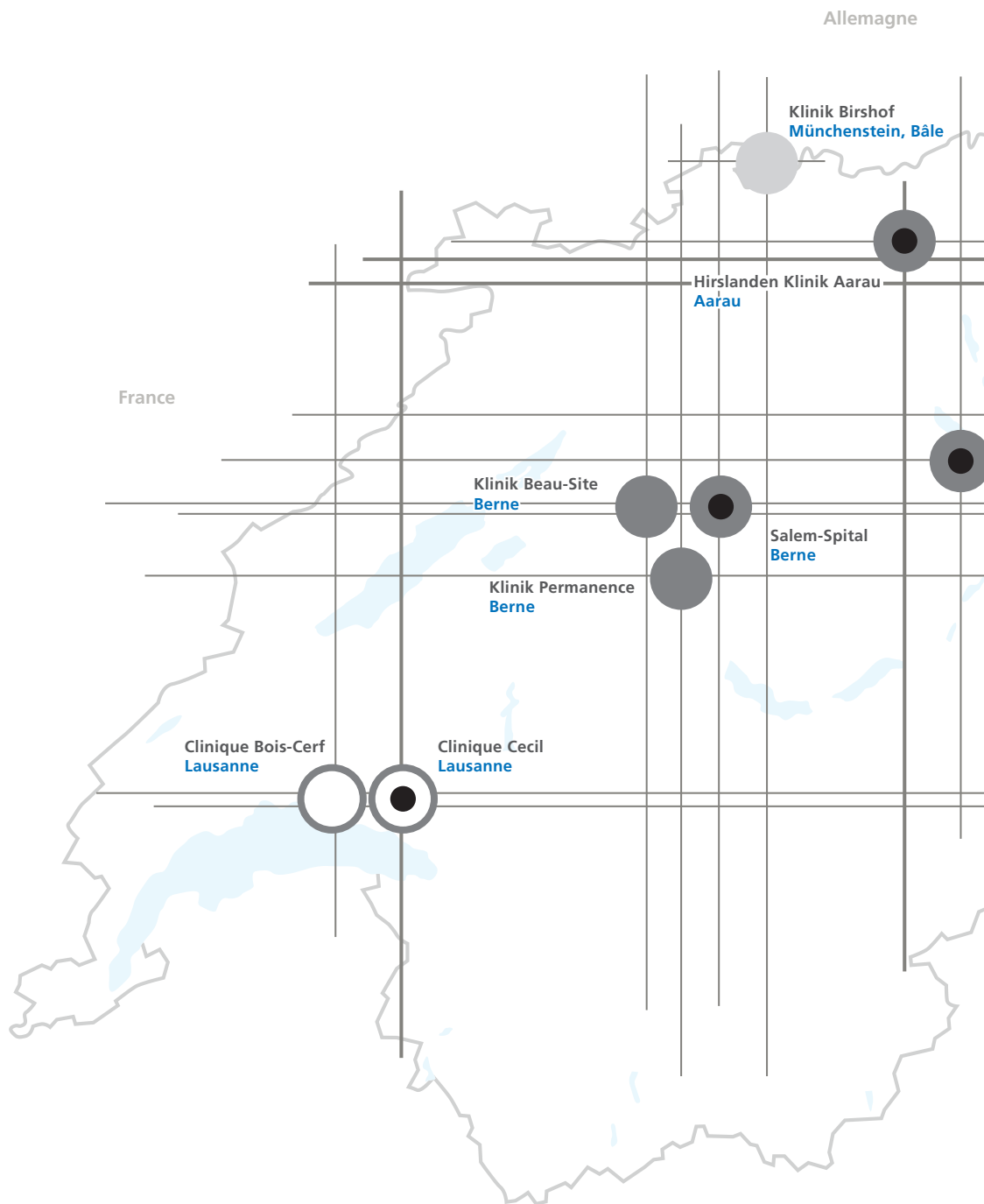
Centre d'urgences 7/24
(y c. urgences cardiaques)
Schänzlihalde 11
CH-3000 Berne 25
T +41 31 335 33 33
F +41 31 335 37 72
klinik-beausite@hirslanden.ch

Clinique Bois-Cerf¹

Avenue d'Ouchy 31
CH-1006 Lausanne
T +41 21 619 69 69
F +41 21 619 68 25
clinique-boiscerf@hirslanden.ch

Clinique Cecil¹

Avenue Ruchonnet 53
CH-1003 Lausanne
T +41 21 310 50 00
F +41 21 310 50 01
clinique-cecil@hirslanden.ch



Clinique Hirslanden



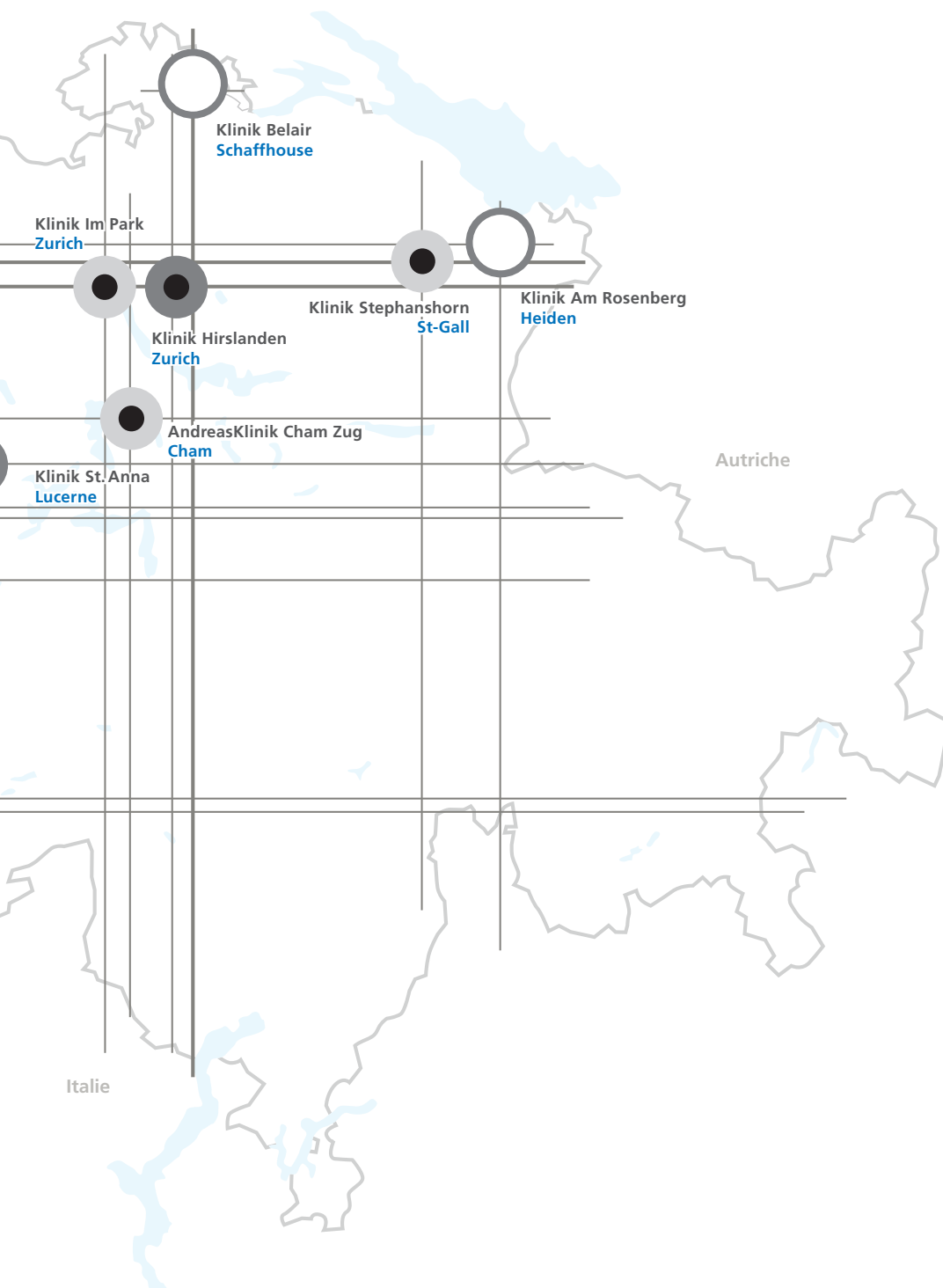
Clinique Hirslanden avec
centre d'urgences 7/24



Maternité



Clinique Hirslanden avec
service d'urgences 7/24



Klinik Im Park¹

Service d'urgences 7/24
 Seestrasse 220
 CH-8027 Zurich
 T +41 44 209 21 11
 F +41 44 209 20 11
 klinik-impark@hirslanden.ch

Klinik Hirslanden

Centre d'urgences 7/24
 (y c. urgences cardiaques)
 Witellikerstrasse 40
 CH-8032 Zurich
 T +41 44 387 21 11
 F +41 44 387 22 33
 klinik-hirslanden@hirslanden.ch

Klinik Belair

Rietstrasse 30
 CH-8201 Schaffhouse
 T +41 52 632 19 00
 F +41 52 625 87 07
 klinik-belair@hirslanden.ch

Klinik Stephanshorn

Service d'urgences 7/24
 Brauerstrasse 95
 CH-9016 St-Gall
 T +41 71 282 71 11
 F +41 71 282 75 30
 klinik-stephanshorn@hirslanden.ch

Klinik Am Rosenberg

Hasenbühlstrasse 11
 CH-9410 Heiden
 T +41 71 898 52 52
 F +41 71 898 52 77
 klinik-amrosenberg@hirslanden.ch

AndreasKlinik Cham Zug

Service d'urgences 7/24
 Rigistrasse 1
 CH-6330 Cham
 T +41 41 784 07 84
 F +41 41 784 09 99
 info.andreasklinik@hirslanden.ch

Klinik St. Anna

Centre d'urgences 7/24
 (y c. urgences cardiaques)
 St. Anna-Strasse 32
 CH-6006 Lucerne
 T +41 41 208 32 32
 F +41 41 370 75 76
 klinik-stanna@hirslanden.ch

Urgences

Dans nos services d'urgence, des médecins et un personnel infirmier spécialement formés sont à votre disposition 24 heures sur 24. Les patients très gravement blessés et les grands brûlés sont stabilisés aux urgences avant d'être transférés dans une clinique spécialisée. Certaines cliniques disposent en outre d'un service d'admission en urgence pour les hospitalisations urgentes.

¹Hospitalisation en urgence référée par un médecin traitant

«LA QUALITÉ, C'EST METTRE LE PATIENT AU PREMIER PLAN. EN MATIÈRE DE SOINS INFIRMIERS, LE PROFESSIONNALISME SE RECONNAÎT À L'ADOPTION DES STANDARDS LES PLUS RÉCENTS.»

ISABEL ZÜRCHER

«LE SOUCI DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES PATIENTS DOIT GUIDER LES DÉCISIONS POLITIQUES. IL PERMET AUSSI UN CONTRÔLE DES COÛTS. LA QUALITÉ EST LA CONDITION NÉCESSAIRE D'UNE JUSTE RÉMUNÉRATION DES PRESTATIONS.»

DR MÉD. YVONNE GILLI

«LA SÉCURITÉ EN MÉDECINE INTENSIVE, CE N'EST PAS TRAITER LES SEULS ORGANES, C'EST PRENDRE EN CHARGE LE PATIENT DANS SON INTÉGRALITÉ. LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE INTENSIVE ASSOCIE DE HAUTES QUALIFICATIONS ET DES TECHNIQUES ULTRAMODERNES.»

PROF. DR MÉD. RETO STOCKER

«LA QUALITÉ CRÉE DES LIENS.»

«EN TANT QUE MÉDECIN, JE SAIS À QUEL POINT LA CONFIANCE EST IMPORTANTE POUR LA GUÉRISON. POUR CELA, UNE PRISE EN CHARGE INFIRMIÈRE ET MÉDICALE DE PREMIER ORDRE ET UNE INFRASTRUCTURE DE HAUTE QUALITÉ SONT INDISPENSABLES. DANS NOTRE SYSTÈME DE MÉDECINS ACCRÉDITÉS, LE PATIENT GARDE TOUJOURS LE MÊME INTERLOCUTEUR.»

DR MÉD. OLE WIESINGER

«LA QUALITÉ, C'EST QUAND UNE PERSONNE ATTENTIONNÉE S'OCCUPE AVEC SOLLICITUDE DE TOUS MES PROBLÈMES.»

LILIANE LÜTHI

«L'ÉLÉMENT CARDINAL DE LA QUALITÉ EST LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. DANS TOUT TRAVAIL OÙ INTERVIENT LE FACTEUR HUMAIN, DES ERREURS SONT POSSIBLES. LA QUALITÉ, C'EST APPRENDRE DE SES ERREURS.»

DR MÉD. MARC-ANTON HOCHREUTENER

Hirslanden

Seefeldstrasse 214

CH-8008 Zurich

T +41 44 388 85 85

unternehmenskommunikation@hirslanden.ch

www.hirslanden.ch/rapportannuel

Impression

Editeur: Groupe de cliniques privées Hirslanden, communication d'entreprise

Concept: KSB Krieg Schlupp Bürge Werbeagentur AG

Photos: Gian Marco Castelberg, Michael Orlik

Réalisation: Detail AG

Impression: Kromer, Lenzburg

Ce rapport annuel est publié en allemand ainsi que dans sa traduction française.

Le rapport annuel du Groupe de cliniques privées Hirslanden 2011/12 couvre l'exercice du 1.4.2011 au 31.3.2012.

Les textes se réfèrent toujours aux personnes des deux sexes.



ISABEL ZÜRCHER
*Infirmière,
Klinik Beau-Site, Berne*



DR MÉD. YVONNE GILLI
*Conseillère nationale,
Les Verts, SG,
Spécialiste en médecine
générale FMH, Wil SG*



PROF. DR MÉD. RETO STOCKER
*Directeur de l'Institut
de médecins anesthésistes
et intensivistes,
Klinik Hirslanden, Zurich*

«LA QUALITÉ CRÉE DES LIENS.»



DR MÉD. OLE WIESINGER
*CEO
Groupe de cliniques privées
Hirslanden*



LILIANE LÜTHI
*Patiente,
Klinik Hirslanden, Zurich*



DR MÉD. MARC-ANTON
HOCHREUTENER
*Directeur de la Fondation
pour la sécurité des patients*