

Rapport de gestion 2014



Impressum

Editeur:

Centre hospitalier Bienne

Responsable de projet:

Marie-Pierre Fauchère

Collaboration rédactionnelle:

Karin Meier, text&bild, Berne

Images:

Marco Zanoni, Liebefeld

Traduction:

Muriel Baudat, Ravoire;

Aude Isoz, Penthéreaz;

Inter-Translations SA, Berne

Design:

artbeat graphic design, Berne

Impression:

Ediprim SA, Bienne

Centre hospitalier Bienne

Chante-Merle 84

Case postale

2501 Bienne

Téléphone 032 324 24 24

www.centre-hospitalier-bienne.ch

Imprimé sur du papier contenant
100% de fibres naturelles FSC



Table des matières

Préface	2
Management	5
Prestations et ressources	13
Qualité	33
Finances	47
Rapport de l'organe de révision	66

Préface

Une médecine digne de confiance

Chers lecteurs, chères lectrices

La vie ne nous laisse pas toujours disposer de notre libre arbitre. C'est un fait d'autant plus avéré dans le domaine de la santé, où nous n'avons parfois pas d'autre choix que de nous rendre à l'hôpital, que ce soit en raison d'une urgence aiguë ou sur recommandation de notre médecin de famille.

Dans ces moments-là, il est particulièrement important de savoir où s'adresser à proximité de notre lieu de résidence, et de pouvoir le faire en toute confiance. Dans la région de Bienne – Seeland – Jura bernois, la question ne se pose pas: le Centre hospitalier Bienne est votre hôpital public de confiance, et vous pouvez vous en remettre à la médecine qui y est pratiquée. Que vous soyez victimes d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral, que vous ayez besoin d'une dialyse ou d'un traitement oncologique, que vous ayez eu un accident ou ressentiez des contractions prématurément, nos médecins spécialistes, notre personnel soignant et bon nombre d'autres expertes et d'experts de notre hôpital sont à vos côtés et mettent leurs compétences au service de la population de la région, 24 heures sur 24, 365 jours par an.

En effet, le Centre hospitalier Bienne est toujours prêt à vous apporter ce dont vous avez besoin, en particulier dans les situations d'urgence: vous bénéficiez

chez nous d'une prise en charge rapide, compétente et personnalisée. Vous serez traités par les spécialistes les plus chevronnés, avec la garantie que votre bien-être et votre sécurité sont nos priorités – et ce, même lorsqu'il faut agir vite.

Ainsi qu'en attestent la certification en tant que «Stroke-Unit» pour le traitement des attaques cérébrales, obtenue par le Centre hospitalier Bienne en 2014, et le label de qualité de la fondation Sanacert Suisse décerné à notre système de gestion de la qualité en mars 2015, nos équipes qualifiées, interdisciplinaires et interprofessionnelles méritent votre confiance.

La longue histoire de l'hôpital public de Bienne, qui remonte à 1415, est aussi là pour le confirmer. Nous avons le plaisir de fêter en 2015 nos 600 ans d'existence. Voilà en effet six siècles que l'hôpital de Bienne est *für alle da, proche de chez moi*.

Nous vous souhaitons une bonne lecture, en vous invitant à découvrir l'univers fascinant du Centre hospitalier Bienne.

Dr Fredy Sidler
Président du conseil d'administration

Bruno Letsch
Président du comité directeur





La sécurité des patients en point de mire

L'erreur est humaine et n'est pas rare dans tous les domaines où l'homme est actif. Contrairement aux erreurs commises dans la vie courante, dans un hôpital de soins aigus, elles peuvent entraîner un danger immédiat pour les personnes concernées. Dans cet environnement, il est par conséquent essentiel d'être conscient des risques liés à sa propre pratique professionnelle, que cela concerne de simples gestes ou des procédures complexes impliquant de nombreux spécialistes et domaines de responsabilités. La sécurité des patients consiste à identifier le potentiel de risques dans la pratique et à éliminer ses sources par le biais de mesures simples mais efficaces.

Un engagement important de la part de tous

Pour le Centre hospitalier Bienne, la sécurité des patients est une préoccupation majeure. Après l'acquisition d'un scanner *low-dose* pour la radiologie en 2013, d'autres améliorations importantes ont été réalisées en 2014 dans ce domaine. A la clinique de chirurgie par exemple, où les collaborateurs travaillent depuis le mois de mai avec une checklist de l'OMS dans le cadre du programme «progress! La sécurité en chirurgie»; dans les différents services où un bracelet facilite désormais l'identification des patients, ou encore dans une unité pilote où la sécurité des médicaments a pu être renforcée grâce à un petit interdit organisationnel judicieux.

Les pages illustrées du rapport de gestion en offrent un aperçu.

«progress! La sécurité en chirurgie»
Lire le sujet en page 34.



Management

En étroite collaboration avec ses partenaires du réseau régional de soins, le Centre hospitalier Bienne assure la prise en charge médicale de la population de la région de Bienne – Seeland – Jura bernois. Ce faisant, notre hôpital central public s’efforce d’augmenter l’attractivité de son offre et de renforcer le site médical de Bienne.

Développer des visions et des innovations

Face à un environnement exigeant en termes de politique de santé et à la nécessité incontestée d’une meilleure rentabilité, le système hospitalier suisse est actuellement en pleine mutation. Aujourd’hui, il s’agit pour les hôpitaux de développer des visions fortes et de nouvelles formes d’organisation. Le Centre hospitalier Bienne relève le défi. En 2014, il est ainsi devenu l’un des premiers hôpitaux suisses à décider de tester dans le quotidien d’une unité de soins l’idée d’un *lean hospital*, qui repose sur les principes de la gestion allégée. Les premières expériences sont très prometteuses et les retours des patients démontrent que les principes d’un *lean hospital* permettent d’améliorer leur bien-être et d’augmenter leur satisfaction. De plus, grâce à une organisation mieux structurée et simplifiée, les procédures internes à l’hôpital peuvent être mises en œuvre de manière plus économique.

S’engager pour satisfaire nos patientes et patients

Grâce à sa capacité d’innovation et à la collaboration avec des partenaires régionaux, qui s’est encore intensifiée durant l’année écoulée, le Centre hospitalier Bienne est paré pour continuer à offrir à la population les soins médicaux de qualité qu’elle est en droit d’attendre. En effet, ce sont uniquement les institutions qui convainquent par des prestations de grande qualité qui parviendront à fidéliser leurs patientes et leurs patients.

Conseil d'administration



D.G.À D. Philippe Paroz, Manuel Fricker, Fredy Sidler, Urs Metzger, Thomas von Burg

Président

Fredy Sidler

DR OEC. HSG, BIEL-BIENNE

Président de la Conférence régionale des transports (Bienne-Seeland-Jura bernois) ainsi que de la fondation Suisse-Santé-Haïti; expert conseil pour l'accréditation et l'assurance qualité de différentes universités en Lituanie.

Vice-président

Philippe Paroz

DR SC. NAT., PÉRY

Vice-président exécutif d'une société spécialisée dans la lutte contre les maladies transmissibles du groupe Johnson & Johnson; responsable scientifique auprès du fabricant de vaccins PaxVax; président du conseil d'administration des Ambulances Région Bienne (ARB), membre du groupe de travail sur la thérapie génique de la Commission fédérale d'experts pour la sécurité biologique ainsi que de l'Académie des sciences de New York.

Membres

Manuel Fricker

DR MED., LENGNAU

Spécialiste en médecine interne générale, médecin de famille.

Urs Metzger

PROF. DR MED., WEGGIS

Membre du conseil d'administration ou de fondation dans différentes institutions scientifiques et médicales; membre de la commission éthique du canton de Zurich et du conseil d'experts du Swiss Medical Board; 1999-2010: directeur médical de l'Hôpital Triemli de la ville de Zurich.

Thomas von Burg

BIEL-BIENNE

Membre de la direction et responsable Innovation auprès de BANK-now SA (Crédit Suisse Group); vice-président du conseil d'administration de Swiss Bankers Prepaid Services AG; membre de différents conseils d'administration de la région, dont Sanu Future Learning SA, Bienne; président du conseil de la fondation de prévoyance du Centre hospitalier Bienne, à Bienne, et membre du conseil de fondation de Rütte-Gut à Sutz.

Comité directeur



D.G.À D. Fabian Schwab, Isabelle Spérisen, Urs Kellerhals, Bruno Letsch, Paul Saxer, Urban Laffer

Bruno Letsch

Président du comité directeur

Fabian Schwab

Direction des soins

Urban Laffer

PROF. DR MED.
Directeur médical

Isabelle Spérisen

Direction des ressources humaines

Urs Kellerhals

Direction des finances

Paul Saxer

Direction de l'exploitation



Un bracelet pour éviter toute confusion

En chambre ou sur le chemin de la salle d'opération: un simple bracelet au poignet garantit en tout temps l'identification du patient.

Rapport du comité directeur

En 2014, ce sont pour la première fois plus de 70 000 patientes et patients qui ont accordé leur confiance au Centre hospitalier Bienne (CHB). Avec la certification de son unité cérébrovasculaire, la certification décernée par la fondation Sanacert Suisse et sa participation dans localmed Biel-Bienne SA, le CHB renforce résolument à la fois son offre médicale et ses coopérations. La baisse des prix hospitaliers et l'adaptation préjudiciable de la structure tarifaire ambulatoire, décidée par le Conseil fédéral, ont cependant terni le résultat financier, qui s'est clôturé sur une légère perte.

Un vaste engagement au service de nos patients

Placer le bien-être de nos patientes et patients au premier plan signifie orienter notre action en permanence sur leurs besoins et mesurer la qualité de notre travail à l'aune de critères élevés. En 2014, le CHB a ainsi accompli avec succès le processus de certification pour le label de qualité de la fondation Sanacert Suisse, en examinant et optimisant à cette occasion des standards importants dans l'ensemble de l'hôpital.

Début 2014, le CHB a en outre été le premier hôpital du canton de Berne – après l'Hôpital de l'Île (en tant que «Stroke-Center») – à se voir décerner la certification comme «Stroke-Unit». Ce label de qualité atteste que notre hôpital de soins aigus répond aux plus hautes exigences de qualité et de sécurité dans le traitement des attaques cérébrales.

De plus, durant l'année sous revue, le CHB a été l'un des dix hôpitaux pilotes suisses à participer au projet «progress! La sécurité en chirurgie» de la fondation Sécurité des patients Suisse, dont l'objectif est d'accroître la sécurité en salle d'opération.

Dans le service des urgences, la création d'un nouveau poste de médecin-chef et des adaptations de processus ont permis de réduire les durées d'attente et de traitement.

Afin de mieux répondre aux besoins des patients, les prestations de soins ont, elles aussi, été améliorées en 2014, ceci, en remaniant les processus dans une première unité de soins. Désormais, le personnel soignant visite les patients plus souvent et à un rythme déterminé. Ces

derniers sont ainsi mieux pris en charge et se voient offrir une information correspondant davantage à leurs besoins.

Extension du réseau visant à renforcer les soins médicaux intégrés

Le CHB se considère comme un partenaire leader dans le développement du réseau de soins médicaux intégrés dans la région de Bienne-Seeland-Jura bernois. En 2014, les coopérations existantes ont été approfondies, notamment avec l'Hôpital de l'Île, à Berne, avec lequel le CHB entretient des conventions de collaboration dans 14 domaines médicaux différents, proposant ainsi à ses patients un accès aisé aux prestations d'un centre universitaire. Renforcée durant ces dernières années, la coopération avec l'Hôpital du Jura bernois s'est vue complétée par le domaine de l'oncologie en 2014.

De même, le CHB a intensifié sa collaboration avec ses partenaires de médecine ambulatoire, s'appuyant pour ce faire aussi bien sur des médecins de famille, des spécialistes installés, des réseaux de médecins et de nouveaux centres ambulatoires. Après la mise en place d'un cabinet d'urgences commun avec les médecins de famille de la région de Bienne en 2011 et d'une coopération avec le Centre médical Bienne (CMB) en 2013, le CHB s'est associé en 2014 à localmed Biel-Bienne SA, qui propose un centre médical près de la gare de Bienne.

De surcroît, le CHB a scellé une coopération d'avenir avec la Haute école spécialisée bernoise, Technique et Informatique, à Bienne, une institution leader dans l'informatique médicale en Suisse.

En 2014, ce sont pour la première fois plus de 70 000 patientes et patients qui ont accordé leur confiance au Centre hospitalier Bienne ainsi qu'à ses collaborateurs et collaboratrices. Tandis que la croissance s'est maintenue dans le secteur ambulatoire (57 685 patients, +2%), une consolidation s'est opérée dans le secteur stationnaire après la forte hausse de 2013 (12 729 patients, -1%). Cet attachement à notre hôpital nous conforte dans notre volonté de placer constamment nos patientes et patients au premier plan. Ce faisant, nous poursuivons nos efforts continus de développement et d'amélioration à la fois de la qualité des traitements et de la sécurité des patients.

Le nouveau site web est en ligne!

www.centre-hospitalier-bienne.ch



Un site web novateur

Depuis mai 2014, le Centre hospitalier Bienne se présente avec une plateforme dynamique et intuitive sur la Toile. Comprenant plus de 600 pages, le nouveau site répond aux besoins d'information spécifiques de ses utilisateurs et utilisatrices. Grâce aux technologies les plus modernes, www.centre-hospitalier-bienne.ch est un des premiers sites web hospitaliers de Suisse à offrir un design qui s'adapte à toutes les dimensions d'écran.

Ce partenariat vise la réalisation de projets communs. En 2014, le CHB a décerné pour la première fois le «Prix d'Excellence» à des diplômés du cursus en informatique médicale.

Nouveaux médecins-chefs et médecins-chefes

En 2014, quatre médecins-chefs ont pris leurs nouvelles fonctions au CHB: le professeur Daniel Genné, médecin-chef en médecine interne, Dr med. Philippe Liniger, médecin-chef en chirurgie pédiatrique (jusqu'ici chef de service), Dr med. Kirsten Stähler, médecin-chef en gynécologie et responsable du service de gynécologie et obstétrique (jusqu'ici co-médecin-chef) et Dr med. Sabine Thomke, médecin-chef du service des urgences.

Deux nouveaux médecins-chefs nous ont rejoints début 2015: Dr med. Sven Ballnus, médecin-chef des soins intensifs (succédant au Dr med. Claudio Jenni) et Dr med. Silke Michäelis, nouvelle médecin-chef en obstétrique. Le changement de génération en cours au CHB depuis 2012 est désormais largement achevé. Sur 16 postes de médecin-chef(fe)s, 12 ont été repourvus durant cette période. De nouvelles personnalités jeunes et compétentes viennent garantir le développement de l'offre médicale selon l'état des connaissances le plus récent.

Un bilan solide – des améliorations nécessaires au niveau de la marge

La somme du bilan se montait au 31 décembre 2014 à 255,4 millions de francs (année précédente: 263,6 millions de francs). Le ratio de fonds propres atteignait le chiffre élevé de 89%. Le CHB présente ainsi un bilan très solide qui revêt une grande importance dans un environnement toujours exigeant.

Les produits d'exploitation ont légèrement progressé de 0,7% à 185,5 millions de francs, grâce à une augmentation des prestations ambulatoires et en dépit d'une baisse des prix stationnaires et des effets négatifs amenés par les adaptations structurelles ordonnées par la Confédération à propos du tarif ambulatoire Tarmed. Les

charges d'exploitation ont augmenté de 2,6% à 176,4 millions de francs, menant à un bénéfice avant amortissements, intérêts et impôts (EBITDA) de 9,0 millions de francs (année précédente: 12,3 millions de francs). Se montant à 4,8%, cette marge est toutefois nettement inférieure au niveau nécessaire à un financement durable des investissements. Le compte de résultat 2014 se clôture sur une perte de -0,3 million de francs (année précédente: +3,6 millions de francs).

Sur la voie d'une rénovation totale des bâtiments

Dans la longue voie menant à la rénovation de ses bâtiments, le CHB a franchi des étapes supplémentaires en 2014. Portant sur un volume approchant les 125 millions de francs, le projet comprend la modernisation de différents bâtiments, la rénovation d'unités de soins et la rénovation complète des services ambulatoires. Après que le planificateur général ait été choisi fin 2013, les autres travaux de planification ont progressé en 2014, en particulier la planification d'exécution de la première étape de construction. Du fait de questions des autorités au sujet de la desserte en transports et de l'adaptation du plan de zone existant, la publication de la demande de permis de construire a été différée jusqu'en novembre 2014. Au vu des divers recours, l'autorisation de construire n'a pas encore été délivrée, ce qui pourrait conduire à d'autres retards.

Défis et perspectives

Le CHB évolue dans un environnement marqué par de nombreux défis. La politique pose de nouvelles exigences et intervient de manière croissante. Les prix continuent de baisser et le manque de personnel spécialisé s'accroît. Cette situation est encore aggravée par le fait que le canton de Berne met lui-même en concurrence ses propres hôpitaux.

Le CHB relève ces défis. Le Centre hospitalier Bienne est le premier hôpital de la région de Bienne – Seeland – Jura bernois et entend bien le rester. Il entend conserver et renforcer son statut de centre médical public offrant une vaste prise en charge médicale de haut niveau quali-

tatif. Dans les quatre domaines phares femme et enfant, appareil locomoteur, maladies tumorales ainsi que maladies cardiovasculaires et attaques, il vise un rayonnement suprarégional.

Fort d'une grande qualité de prestations et d'une orientation sur les patients, il entend rester à l'avenir l'hôpital privilégié de la population régionale et renforcer la confiance envers ses prestations et son personnel. Dans le même temps, il devra élargir ses marges de manœuvre financières au moyen de processus efficaces.

Désireux de continuer sur la voie de l'autodétermination, le CHB s'adapte aux nouveaux besoins et poursuit son chemin avec circonspection et clairvoyance. Notre succès repose sur nos collaborateurs et collaboratrices, qui sont jour et nuit au service de nos patients avec compétence, dévouement et engagement. Qu'ils en soient ici très sincèrement remerciés.

L'année 2015 est une année très particulière pour le CHB: c'est le 600^e anniversaire de la fondation du premier hôpital public à Bienne en 1415. Sous la devise «Für alle da. Proche de chez moi.», nous célébrons cet important anniversaire dans un esprit de gratitude envers le travail accompli durant des générations ainsi qu'avec satisfaction face à tout ce qui a pu être atteint au cours des six derniers siècles. Enfin, le CHB aborde l'avenir avec sérénité en 2015 également.

Bruno Letsch
Président du comité directeur

Chiffres clés	2014	2013
Patients ambulatoires (cas)	57 685	56 437
Patients stationnaires (cas)	12 729	12 864
Total patientes et patients	70 414	69 301
dont:		
au service des urgences*	19 579	19 858
au service des soins intensifs	1 037	1 056
Nuitées de séjour	74 286	76 171
Durée de séjour moyenne (nuits)	5,8	5,9
Nombre de lits	268	265
dont placés aux soins intensifs	8	8
Personnel (postes)	975	947
	<i>MIO CHF</i>	<i>MIO CHF</i>
Produits d'exploitation	185,5	184,3
dont produits des patients	178,4	175,4
Charges d'exploitation	176,4	172,0
dont charges de personnel	118,3	116,7
Bénéfice d'exploitation avant intérêts, impôts et amortissement (EBITDA)	9,0	12,3
Pertes / bénéfice de l'exercice	-0,3	3,6

* Nouvelle définition: nombre de cas au lieu du nombre de patients



**La compétence augmente
la sécurité**

Utilisées avec compétence et circonspection, les technologies radiologiques les plus récentes permettent de minimiser l'exposition des patients aux rayons.

Prestations et ressources

Au Centre hospitalier Bienne, les besoins de nos patientes et patients sont toujours au centre de nos préoccupations. Nous tenons à leur offrir des thérapies et des traitements optimaux, à tout âge et pour pratiquement toutes les questions de santé. Que ce soit au niveau de la médecine de soins aigus, d'une intervention chirurgicale complexe ou de la prise en charge dans une unité de soins: leur satisfaction, leur sécurité et leur confiance restent nos priorités.

En 2014, de nouvelles formes d'organisation ont été introduites au Centre hospitalier Bienne. Elles permettent entre autres d'améliorer le bien-être de nos patientes et patients durant leur séjour hospitalier. Au service des urgences, la mise en place d'une évaluation initiale en équipe comprenant des médecins cadres a permis de réduire considérablement les temps d'attente. Dans une première unité de soins désormais gérée selon les principes d'un *lean hospital*, la simplification de l'organisation dans les soins quotidiens a permis d'augmenter grandement le temps passé par le personnel soignant au chevet des patients.

Une médecine circonspecte se basant sur des données probantes

Au Centre hospitalier Bienne, cette nouvelle philosophie des soins s'accompagne d'une médecine circonspecte et de qualité élevée qui accorde la priorité au bien-être et à la sécurité des patients. Une médecine qui s'efforce de se baser sur des données probantes en se concentrant sur ce qui est essentiel et utile, tout en laissant le superflu de côté. Nos médecins spécialistes chevronnés déterminent une thérapie individuelle pour chaque patient et garantissent une prise en charge optimale et adéquate à la pointe des connaissances actuelles, tant pour les personnes âgées que pour les enfants.

Médecine interne

Le mieux est l'ennemi du bien

De nombreuses études démontrent que certains examens et traitements sont non seulement superflus, mais peuvent être nocifs pour la santé. En effet, ils engendrent des effets secondaires, augmentent l'exposition aux radiations ou conduisent à de faux diagnostics positifs. La Société suisse de médecine interne générale (SSMI) a donc publié une liste des cinq principales interventions auxquelles il vaudrait mieux renoncer. Le Prof. Dr Daniel Genné, médecin-chef en médecine interne, salue ces recommandations.



Prof. Dr Daniel Genné
Médecin-chef en médecine interne

A l'avenir, le patient qui consulte au Centre hospitalier Bienne pour une infection des voies respiratoires hautes sans que ses voies aériennes inférieures ne soient affectées ne devrait plus recevoir d'antibiotiques. De même, toute personne qui souffre de douleurs lombaires non-spécifiques depuis moins de six semaines ne devrait pas être soumise à un bilan radiographique pour établir un diagnostic. Ces recommandations sont émises par la Société suisse de médecine interne générale (SSMI). Dans le cadre de sa campagne «Smarter Medicine» lancée en 2014, la SSMI a publié une liste de cinq interventions en médecine ambulatoire dont le risque peut dépasser le bénéfice potentiel. Les recommandations se basent sur des études fiables qui démontrent scientifiquement que ces examens et ces traitements ne sont pas suffisamment efficaces au vu des risques qu'ils comportent.

Une médecine davantage basée sur des données probantes

Dans son travail, le professeur Daniel Genné, médecin-chef en médecine interne, est confronté quotidiennement aux conséquences des traitements excessifs. Il approuve par conséquent l'initiative de la SSMI. «Vingt à 30% de nos patientes et patients prennent un médicament pour réduire l'acidité de l'estomac, alors que la plupart d'entre eux n'en ont pas réellement besoin. Dans la majorité des cas, nous cessons donc de prescrire le médicament, ce qui nous permet d'éviter ses effets secondaires comme une infection intestinale ou une pneumonie. Certains patients

consultent même uniquement en raison des effets secondaires», explique-t-il. Le dépistage du cancer de la prostate peut également engendrer des effets indésirables: de nombreux faux diagnostics positifs conduisent à une biopsie qui est non seulement superflue, mais qui peut entraîner des infections ou d'autres complications. Les autres recommandations de la SSMI sont également entièrement justifiées. Le professeur Genné va même plus loin: «Il est grand temps de changer les paradigmes. Nous avons besoin d'une médecine davantage basée sur des données probantes. Seuls les traitements dont la nécessité est avérée devraient être proposés dans les cabinets médicaux et les hôpitaux», déclare-t-il.

Jusqu'ici, la médecine basée sur des données probantes était trop souvent mise de côté, ce qui explique entre autres pourquoi des interventions auxquelles nous renonçons aujourd'hui étaient autrefois pratiquées fréquemment. Les dernières études menées sur l'efficacité des traitements apportent un changement: elles démontrent en effet de plus en plus que les procédures apprises et pratiquées jusqu'à présent ne sont pas toujours optimales. Dans notre pays, certains médecins ont par ailleurs prescrit des examens pour se protéger contre toutes sortes d'éventualités, notamment juridiques, explique le professeur Genné: «De nombreux examens de laboratoire, bilans radiographiques ou prescriptions de médicaments apportent peu aux patients et peuvent même nuire à leur santé. Il faut toutefois reconnaître que dans certains cas, ces examens ont été utiles, car ils ont permis d'identifier ou de



soigner une maladie qui aurait pu passer inaperçue.»

Les mentalités doivent changer

Bien que le milieu médical approuve entièrement les recommandations de la SSMI, leur mise en œuvre est ardue. Cette difficulté s'explique d'une part par la réaction des médecins qui n'appliquent pas encore toutes ces recommandations, et d'autre part, par les patientes et patients qui se sentent un peu désécurisés. Comment faire comprendre au patient que les examens qu'il croit requis pour établir une cause à ses douleurs lombaires ne seront plus réalisés automatiquement et réservés en cas de signe d'alarme? Le refus de prescrire des antibiotiques n'est

pas non plus toujours bien perçu. «De nombreux patients cherchent simplement un nouveau médecin lorsqu'on ne répond pas à leurs attentes», explique le professeur Genné. D'autre part, il est difficile de justifier ces mesures auprès des patients. «Il est plus facile de faire une radiographie plutôt que d'expliquer pendant un quart d'heure au patient pourquoi il est préférable d'attendre avant de le soumettre à cet examen». le professeur Daniel Genné espère néanmoins que les mentalités vont rapidement évoluer pour qu'une médecine efficace puisse s'imposer à grande échelle. Avec ses collaborateurs et collaboratrices du Centre hospitalier Bienne, il va continuer de s'engager dans cette voie.

Smarter Medicine

Dans le cadre de sa campagne «Smarter Medicine», la Société suisse de médecine interne générale recommande de ne pas pratiquer les examens ni de prescrire les traitements suivants:

- 1. Un patient qui souffre de douleurs lombaires non-spécifiques depuis moins de six semaines ne devrait pas être soumis à un bilan radiologique. Ce dernier ne fait pas disparaître les douleurs, mais augmente l'exposition aux radiations.**
- 2. Le dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate devrait être proposé uniquement aux hommes âgés de moins de 75 ans et après avoir préalablement discuté des risques d'un sur-diagnostic et d'un traitement excessif.**
- 3. Aucun antibiotique ne doit être prescrit en cas d'infection des voies aériennes supérieures sans signe de gravité. Ces infections sont principalement des infections virales contre lesquelles les antibiotiques sont inefficaces.**
- 4. En l'absence de troubles cardiaques, les radiographies du thorax avant une opération ne sont pas nécessaires.**
- 5. Les médicaments pour diminuer l'acidité de l'estomac, qu'on appelle «inhibiteurs de la pompe à protons», sont souvent prescrits à trop long terme, à trop haute dose et trop fréquemment. En raison des effets secondaires potentiels, les risques et les avantages d'un tel traitement devraient être évalués régulièrement.**

www.smartermedicine.ch

Chirurgie pédiatrique



Dr Philippe Liniger
Médecin-chef en chirurgie pédiatrique

Les chirurgiens pédiatriques, des généralistes au service des enfants

La chirurgie pédiatrique diffère des autres disciplines de la chirurgie: contrairement à ces dernières, elle se consacre à une tranche d'âge au lieu de porter sur un seul organe. Premiers responsables des patients âgés de 0 à 16 ans, les chirurgiens pédiatriques sont donc des généralistes. Comme ils ne peuvent, à ce titre, couvrir tous les domaines, ils travaillent en étroite collaboration avec des spécialistes et conservent une vision du jeune patient dans son intégralité.

Alors que la plupart des chirurgiens qui opèrent des patients adultes sont spécialistes d'un organe, d'un système organique ou d'une partie de celui-ci, les chirurgiens pédiatriques effectuent de nombreuses interventions différentes sur les bébés, les enfants et les jeunes jusqu'à 16 ans. En tant que généralistes, ils doivent connaître pratiquement toutes les maladies et les blessures pouvant toucher les jeunes patients. Ils doivent par conséquent suivre une formation de longue durée: si théoriquement, le titre de spécialiste en chirurgie pédiatrique peut être obtenu après six ans, la majorité des médecins ont besoin d'une dizaine d'années pour y parvenir. Ils acquièrent des connaissances générales qui leur permettent d'établir des liens entre différents symptômes, susceptibles d'échapper aux spécialistes.

Une proximité appréciée

Si besoin, les chirurgiens pédiatriques échangent avec leurs collègues chirurgiens pour adultes, des chirurgiens pédiatriques spécialisés et des orthopédistes pédiatriques qui possèdent plus d'expérience dans l'un ou l'autre cas particulier. Ce type de collaboration a fait ses preuves, par exemple lors du traitement d'un pied bot. Le médecin-chef en chirurgie pédiatrique, le Dr Philippe Liniger, fait appel dans ce cas à un orthopédiste pédiatrique bernois qui consulte une fois par mois au Centre hospitalier Bienne et qui assiste si nécessaire les chirurgiens pédiatriques en salle d'opération. «Nos patientes et patients bénéficient de notre réseau, qui est bien ancré», déclare le Dr Philippe Liniger. Il faut savoir, que juste

après l'opération d'un pied bot, le patient doit suivre des séances de physiothérapie et que son plâtre doit être changé toutes les semaines. Les familles apprécient cette proximité entre les médecins et le fait de devoir se déplacer seulement jusqu'à Bienne pour les nombreux rendez-vous.

Le pied bot est un tableau clinique typique de la chirurgie pédiatrique, car cette discipline traite souvent des malformations pendant la période de développement. Le fait que les patients concernés soient en pleine croissance constitue également l'une des particularités de ce domaine. «Le corps possède un important potentiel de correction. Les chirurgiens pédiatriques doivent savoir si une fracture du bras se rectifiera seule ou si une intervention est nécessaire», explique

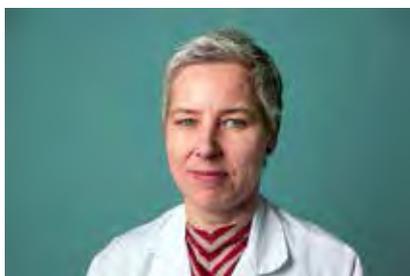
le Dr Liniger. Par ailleurs, les enfants et les jeunes doivent être particulièrement bien protégés contre les rayons. Les radiographies et les tomographies sont par conséquent prescrites uniquement en cas de suspicion fondée. Les chirurgiens pédiatriques sont également formés pour savoir comment gérer les douleurs qui font souvent grand peur à leurs patientes et patients: ils savent en effet comment reconnaître et maîtriser les douleurs chez les bébés et les enfants qui ne sont pas encore capables de s'exprimer oralement.



Service des urgences

Aux urgences, on est pris en charge plus rapidement

Un nouveau système de flux des patients pour les consultations ambulatoires a été introduit au service des urgences en mai 2014. Depuis, en l'espace de quelques minutes, un médecin cadre et une infirmière ou un infirmier examinent les patients qui se présentent. Cette «évaluation médicale rapide» permet de mettre en place plus rapidement des mesures diagnostiques et thérapeutiques. Les temps d'attente diminuent et la satisfaction des patients augmente. Selon la Dr Sabine Thomke, médecin-chef, la gestion du service des urgences reste toutefois un défi.



Dr Sabine Thomke
Médecin-chef des urgences



Dr Thomke, le Centre hospitalier Bienne est l'un des premiers hôpitaux suisses à avoir introduit au service des urgences un système de flux des patients comprenant une «évaluation médicale rapide» (*rapid medical evaluation, RME*). Que se passe-t-il désormais lorsqu'une patiente ou un patient se présente aux urgences?

Le patient est tout d'abord rapidement accueilli à la réception. Si un grand nombre de personnes arrivent en même temps, notre collaboratrice se contente dans un premier temps de demander à chaque patient son nom et sa date de naissance. Elle installe ensuite le patient dans l'un de nos deux nouveaux box de consultation et informe l'équipe RME. Cette dernière est composée d'une

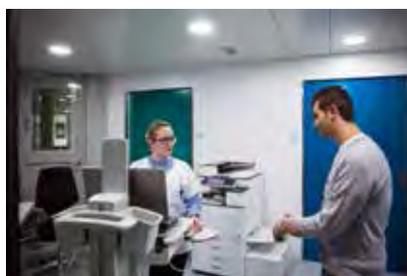
médecin cadre et d'une infirmière ou d'un infirmier, qui procèdent à un premier examen en l'espace de quelques minutes et qui initialisent, si nécessaire, des mesures thérapeutiques et diagnostiques. Après environ sept à dix minutes, le patient quitte déjà le box en question. S'il doit attendre des résultats, il patientera d'abord dans la salle d'attente. Sinon, selon le diagnostic, il est renvoyé à la maison ou pris en charge par l'équipe des urgences du service de médecine ou de chirurgie.

Nous avons recours à l'évaluation médicale rapide pendant la journée et lorsque le flux des patients est important. Le reste du temps, c'est le «cabinet d'urgencesbienne», exploité par les médecins de famille de la région, qui nous décharge au moins partiellement. Et ce sera alors,

comme jusqu'à présent, une infirmière ou un infirmier qui examine les patients ambulatoires qui arrivent chez nous. Ces derniers sont dirigés vers le médecin de garde ou le service des urgences. Quant aux patients qui arrivent en ambulance, la procédure n'a guère changé pour eux. Ils sont en effet toujours conduits directement aux urgences et pris en charge par l'équipe présente. Nous effectuons ensuite pour ainsi dire une évaluation médicale rapide sur le lit de consultation.

Pourquoi est-il si important qu'un médecin cadre soit présent dès le début de l'examen?

En Suisse, le nombre de patients qui se rendent aux urgences ne cesse d'augmenter. Le Centre hospitalier Bienne n'échappe pas à cette tendance. Pour



que nous puissions soigner au mieux tous les patients, nous devons pouvoir renvoyer ou rediriger le plus rapidement possible les patients qui ne nécessitent pas une prise en charge immédiate. C'est la seule façon de garantir suffisamment de personnel et d'infrastructures pour les patientes et patients qui sont moyennement ou gravement malades. C'est dans ce contexte que le système RME entre en jeu. Pour pouvoir établir rapidement un diagnostic correct, l'expérience est indispensable, et ceci est aussi valable pour des cas apparemment bénins tels que toux, rhume et enrouement. C'est pour cette raison que le premier examen est désormais effectué par l'une de nos trois médecins cadres.

Quelles sont les autres mesures d'amélioration que vous avez prises?

Nous avons conclu des conventions de coopération avec nos différents partenaires internes de la radiologie, du laboratoire et des cliniques. Elles précisent les temps de réaction que nous pouvons attendre de leur part et doivent permettre d'améliorer la collaboration interdisciplinaire.

Le nouveau système a-t-il fait ses preuves?

Avec le système RME, le temps d'attente jusqu'au premier contact avec le médecin spécialisé intervient en moins de cinq minutes dans 90% des cas. Le pourcentage de patients qui restent moins d'une heure aux urgences a doublé. Le nombre de patients qui ne restent qu'une à deux heures a également augmenté. A l'inverse, le pourcentage de patients qui ne peuvent quitter les urgences que quatre heures après leur admission a diminué. Le système RME a également permis de réduire le nombre de patients ambulatoires dits de «longue durée», c'est-à-dire ceux qui doivent rester plus de quatre heures aux urgences. Leur nombre a ainsi pu être diminué de moitié.

Ces améliorations ne constituent cependant qu'un premier pas dans la bonne direction. Il nous importe également d'améliorer la qualité des soins médicaux et la satisfaction des patients. Ces critères sont toutefois plus difficiles à saisir et à mesurer, si bien que, dans ces domaines, l'introduction de mesures requiert plus de temps.

Etes-vous suffisamment bien équipés avec le nouveau système de flux des patients pour l'avenir?

Chaque année, nous traitons environ 20 000 patients et jusqu'à douze personnes par heure. Notre service des urgences est donc de taille moyenne. Cependant, en comparaison avec des services plus grands, nous pouvons moins facilement atténuer les fluctuations du nombre de patients. L'occupation de nos lits de consultation est élevée. Le système RME constitue une aide importante et efficace, mais au vu de l'augmentation constante du nombre des patients, la gestion du flux des patients demeure un défi.



Susanne Fink
Responsable des soins et responsable
a.i. du département Chirurgie

Unité de soins

Dans un «lean hospital», la satisfaction des patients augmente

Dans l'une de ses unités de soins, le Centre hospitalier Bienne teste l'idée d'un *lean hospital*. Pour ce faire, il y a modifié les processus de travail selon les principes de la gestion dite *lean*. Depuis, le personnel soignant travaille par équipes de deux: chaque tandem se voit attribuer huit à neuf patients dont il doit s'occuper lors des rondes qu'il effectue toutes les heures. Toutes les informations importantes sont notées sur un tableau central appelé *huddle board* et sur des flipcharts placés dans les chambres et différentes zones du service. Dans l'interview, Susanne Fink, responsable ad intérim du département de Chirurgie et responsable des soins, explique pourquoi ce système, mis en place en octobre 2014, a d'ores et déjà fait ses preuves, tant auprès des patients que du personnel médical.

Madame Fink, qu'est-ce que l'introduction des principes *lean hospital* a changé pour les collaborateurs et collaboratrices?

Beaucoup de choses. Désormais, ils passent presque l'intégralité de leur temps de travail auprès des patientes et patients. Nous avons divisé l'unité en quatre zones pouvant accueillir 35 patients au maximum. Chaque zone est sous la responsabilité d'un tandem formé soit d'une infirmière diplômée et d'un assistant en soins et santé communautaire, soit d'une

étudiante et de son formateur professionnel. Ils vont voir les patients toutes les heures en faisant leur ronde. Selon les tâches planifiées, ils effectuent cette ronde seuls ou à deux. La structure des rondes est indiquée dans une checklist afin qu'aucune tâche importante ne soit oubliée. Par exemple, lors de la première ronde, le soignant définira l'objectif de la journée avec le patient et le notera sur un flipchart. Outre ces tâches ponctuelles, d'autres doivent être effectuées à chaque ronde. Nous demandons notam-

ment chaque fois au patient s'il a mal et relevons l'intensité de la douleur sur une échelle. Le personnel soignant fait sa ronde avec un chariot de soins contenant tout le matériel nécessaire, ainsi qu'un ordinateur portable qui lui permet de mettre à jour en continu les dossiers des patients. Nous avons ajouté une chaise dans chaque chambre afin qu'il puisse s'asseoir pour réaliser cette tâche administrative. Le bureau des soins n'est donc plus utilisé et a pu être réaffecté.

***Whiteboard, flow station, huddle board*: on dirait que *lean hospital* rime avec flipcharts, tableaux et autres panneaux fixés au mur. A quoi servent-ils?**

La communication visuelle est un des piliers d'un *lean hospital*. Elle permet de donner accès aux informations utiles en toute transparence aux membres des différents corps professionnels. Il ne faut toutefois pas oublier que ces informations sont aussi visibles pour les autres patients et leurs proches; nous devons donc veiller à ce que le secret professionnel soit respecté dans tout ce que nous inscrivons sur ces tableaux. Chaque patient possède un tableau blanc, sur lequel sont inscrits



ses objectifs du jour et de la semaine dans sa propre langue, ainsi que sa date de sortie. Il est ainsi toujours informé de ce qui l'attend. Le tableau blanc est placé de manière à être lisible depuis le lit.

Ce que nous appelons *flow station* est une sorte de grand flipchart; chaque zone de l'unité en possède un. C'est le lieu de rendez-vous où le tandem de soignants se retrouve avant sa ronde. Il récapitule quelles tâches doivent être effectuées dans quelle chambre et à quel moment. Si certaines tâches requièrent du matériel particulier, il peut le signaler avec des aimants et un assistant en soins et santé communautaire lui préparera le nécessaire. Enfin, le *huddle board* sert d'instrument de conduite pour l'ensemble de l'unité de soins. C'est sur ce tableau que nous indiquons par exemple le responsable du jour, la composition des tandems, les admissions, les sorties, les opérations et le déroulement des visites du médecin. Y figurent également le degré de satisfaction des patients comme celui des collaborateurs, qui sont relevés chaque jour.

Quels sont les avantages de cette nouvelle organisation des processus pour les patientes et les patients?

La satisfaction des patients a clairement augmenté. Il n'y a pas que nos évaluations qui le révèlent, mais aussi les réactions positives que nous obtenons lors des rondes et sur les tableaux blancs. Le temps que le personnel soignant passe désormais auprès des patients a

considérablement augmenté, ainsi que la fréquence des visites. Par conséquent, les patients ont moins souvent besoin d'appeler quelqu'un. Par ailleurs, nous répartissons les tandems de sorte que les patients aient affaire aux mêmes personnes le plus longtemps possible; les personnes hospitalisées apprécient beaucoup cette continuité.

Comment évaluez-vous votre expérience du *lean hospital*?

La mise en place des nouveaux processus a nécessité une préparation intense, dans laquelle il a fallu inclure les médecins, mais aussi les collaborateurs de l'intendance et de la logistique, car les processus doivent avoir un fonctionnement interprofessionnel. Mais nos efforts ont été payants, puisque le taux de satisfaction a augmenté, parmi les collaboratrices et collaborateurs comme chez les patients.

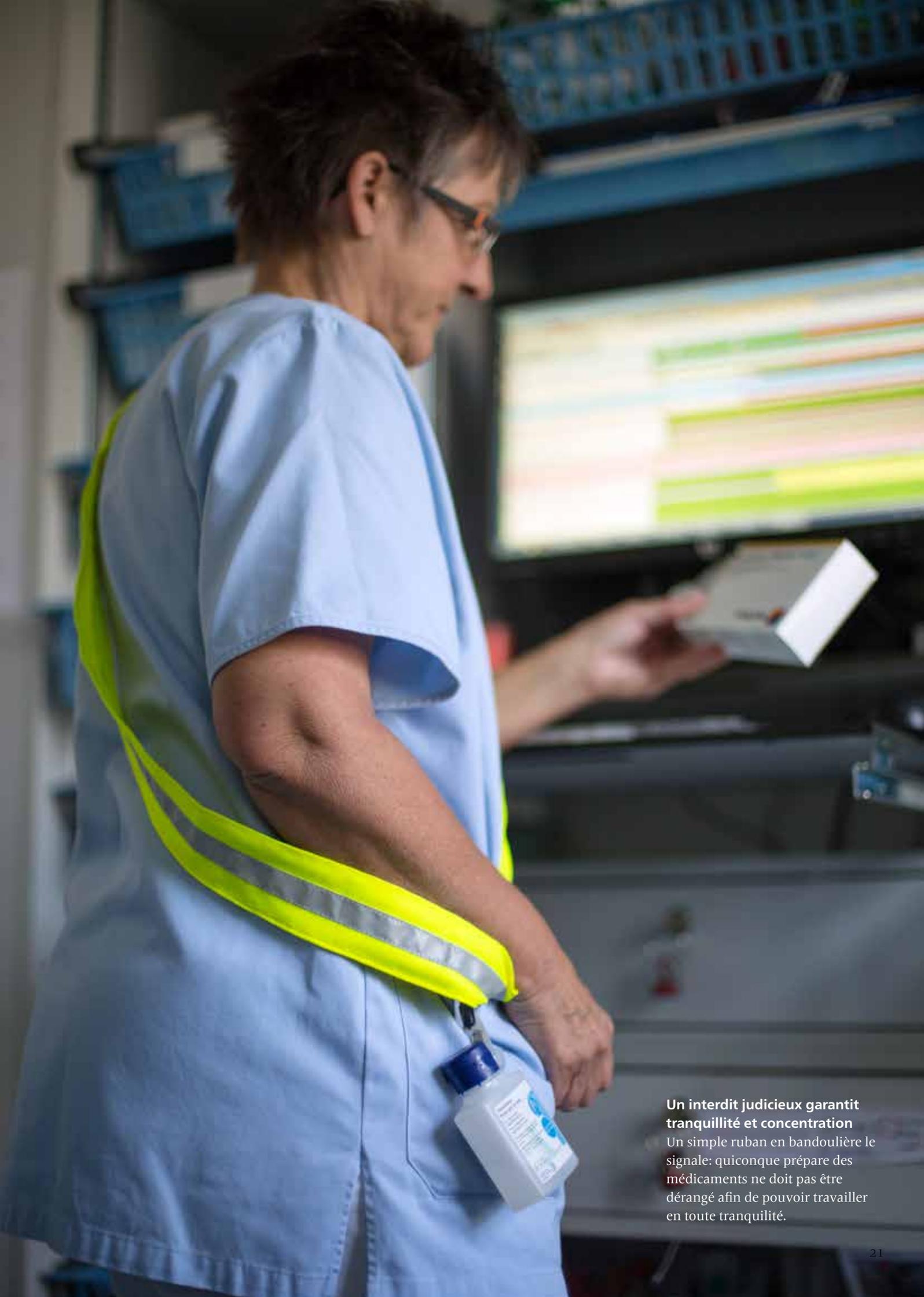
Quelle est l'avenir des pratiques *lean hospital* au sein du Centre hospitalier Bienne?

En 2015, le *lean hospital* sera introduit dans les départements Femme & enfant et Médecine, à raison d'une unité de soins dans chaque département. A long terme, ce seront cependant toutes les unités de soins de l'ensemble des départements qui adopteront les principes d'un *lean hospital*, le but étant que la satisfaction de nos patients continue d'augmenter à l'avenir également.

Lean Hospital

Littéralement, *lean hospital* signifie «hôpital svelte» ou «allégé». Aux Etats-Unis, c'est sous cette appellation qu'une nouvelle organisation du travail s'inspirant de la gestion *lean* s'impose de plus en plus dans le monde hospitalier.

A l'origine, la gestion dite *lean* est apparue au milieu du XX^e siècle chez le fabricant automobile japonais Toyota. D'abord appliquée uniquement dans l'industrie, elle s'est ensuite étendue à d'autres secteurs. Le principe de ce système de gestion est de coordonner au mieux tous les processus nécessaires tout en éliminant les processus superflus. Il poursuit un double objectif: optimiser l'orientation client tout en augmentant l'efficacité de l'entreprise. L'amélioration constante de la qualité, le travail d'équipe et la transparence des processus d'information constituent ses autres éléments principaux qui sont également mis en œuvre dans un hôpital fonctionnant selon la méthode de gestion *lean*.



Un interdit judicieux garantit tranquillité et concentration

Un simple ruban en bandoulière le signale: quiconque prépare des médicaments ne doit pas être dérangé afin de pouvoir travailler en toute tranquillité.



**Des conditions d'hygiène
irréprochables pour les
procédures pharmaceutiques
complexes**

Des locaux stériles offrent les dispositifs de sécurité requis pour exclure tout risque de contamination lors de la production de cytostatiques.

Organisation

Etat au 1.1.2015



Notre secteur Médecine

Etat au 1.1.2015

Département Chirurgie

Clinique de chirurgie

Médecin-chef: Prof. Dr Carsten Viehl

Chefs de service: Dr Antoine Oesch,
Dr Seline Voney, Dr Paul Martin Sutter

Médecins adjoints:

Dr Pierre Fitting, Dr Walther Keller

Clinique d'orthopédie

Médecin-chef: Dr Lorenz Büchler

Chefs de service: Dr Roland
Brantschen, Dr Daniel De Menezes

Médecins adjoints:

Dr Helen Segmüller, Dr Manfred Stucki

Urologie

Médecin-chef: PD Dr Roberto Casella

Chef de service: Dr Martin Daepf

Oto-rhino-laryngologie

Dr Daniel Althaus, Dr Ariane Baumann,
Dr Thomas Schweri, Dr Marcel Stampfli

Centre du dos

Dr Othmar Schwarzenbach,
Dr Rolf Busch



Directeur médical

Prof. Dr Urban Laffer



Direction du département

Economiste:

Solange Horvath

Responsable du département a.i./

Responsable des soins:

Susanne Fink

Responsable médical:

Prof. Dr Carsten Viehl

Département Médecine

Clinique de médecine

Médecin-chef: Prof. Dr Daniel Genné
Chefs de service: Dr Sandra Fatio,
 Dr Michael Grob, Dr Anne-Chantal
 Lambert, Dr Madeleine Rothen,
 Dr Martin Ulrich, Dr Thomas Widmer

Cardiologie

Médecin-chef: Dr Christian
 Röthlisberger
Chefs de service: Dr Andreas
 Indermühle, Dr Tomasz Kujawski
Médecins adjoints:
 Dr Pierre-Frédéric Keller, Dr Robert
 Küchler, Prof. Dr Beat J. Meyer, Dr Heinz
 Schläpfer, Dr Olivier Spycher

Néphrologie

Médecin-chef: Dr Anja Kruse
Cheffe de service:
 Dr Silvia Rüegger Borner

Neurologie

Médecin-chef: Dr Filippo Donati
Chef de service: Dr Hans Pihan
Médecins adjoints: Prof. Dr Kai Rösler,
 Dr Jindrich Strnad

Oncologie

Médecin-chef: Prof. Dr Markus Borner
Cheffes de service: Dr Annette Winkler
 Vatter, Dr Beatrice Zimmerli Schwab



Direction du département

Economiste:
 Mirjam Morgenthaler
Responsable du département a.i./
Responsable des soins:
 Alice Bart
Responsable médical a.i.:
 Dr Filippo Donati

Département Femme & enfant

Clinique de gynécologie et obstétrique

Médecin-chef: Dr Kirsten Stähler
Cheffes de service: Dr Caroline
 Eggemann, Dr Silke Johann
Médecin adjoint:
 Prof. Dr Uli Herrmann

Clinique pour enfants, chirurgie pédiatrique

Médecin-chef: Dr Philippe Liniger
Chef de service: Dr Benjamin Liniger
Médecin spécialiste: Dr Markus Bittel

Clinique pour enfants, pédiatrie

Médecin-chef: Dr Rodo von Vigier
Chef de service: Dr Mathias Gebauer
Médecin adjointe:
 Prof. Dr Christine Aebi
Médecins agréés:
 Dr Avihay Blumberg, Dr Jean Klingler



Direction du département

Responsable des soins:
 Damiana Hafner
Responsable du département a.i./
Responsable médical:
 Prof. Dr Urban Laffer
Economiste:
 Dominik Meier

Département Services médicaux

Anesthésie

Médecin-chef: PD Dr Karl Hampl
Chefs de service: Dr Peter Bigler,
 Dr Dariusz Kwiatkowski, Dr Markus
 Schily

Pharmacie

Pharmacien-chef:
 Dr pharm. Patrik Muff

Soins intensifs

Médecin-chef: Dr Claudio Jenni
Chef de service: Dr Marcus Laube

Laboratoire

Responsable: Barbara Erb

Urgences

Médecin-chef: Dr Sabine Thomke
Cheffe de service: Dr Monika
 Haberkern Schläpfer

Bloc opératoire

Responsable: Dr Angela Wolker

Physiothérapie

Responsable: George Pels

Radiologie

Médecin-chef: Dr Marianne
 Braunschweig
Chefs de service: Prof. Dr Zsolt Szücs,
 Dr Ursula Tesche



Direction du département

Responsable des soins/MTT:
 Manfred Kleist
Responsable du département/
Economiste:
 Luca Todeschini
Responsable médical:
 PD Dr Karl Hampl



**Les chaussettes antiglisse,
une mesure préventive efficace**

Un moyen très simple pour prévenir
des chutes aux conséquences
potentiellement graves.

Nos médecins-chefes et médecins-chefs

Etat au 1.1.2015



D.G.À D. Kirsten Stähler, Philippe Liniger, Daniel Genné, Carsten Viehl, Sabine Thomke, Filippo Donati, Marianne Braunschweig, Claudio Jenni, Markus Borner, Roberto Casella, Rodo von Vigier, Anja Kruse, Christian Röthlisberger, Patrik Muff

Dr Kirsten Stähler

Médecin-chef en gynécologie

Dr Philippe Liniger

Médecin-chef en chirurgie pédiatrique

Prof. Dr Daniel Genné

Médecin-chef en médecine interne

Prof. Dr Carsten Viehl

Médecin-chef en chirurgie

Dr Sabine Thomke

Médecin-chef des urgences

Dr Filippo Donati

Médecin-chef en neurologie

Dr Marianne Braunschweig

Médecin-chef en radiologie

Dr Claudio Jenni

Médecin-chef des soins intensifs

Prof. Dr Markus Borner

Médecin-chef en oncologie

PD Dr Roberto Casella

Médecin-chef en urologie

Dr Rodo von Vigier

Médecin-chef en pédiatrie

Dr Anja Kruse

Médecin-chef en néphrologie

Dr Christian Röthlisberger

Médecin-chef en cardiologie

Dr pharm. Patrik Muff

Pharmacien-chef

Absents sur l'image:

Dr Lorenz Büchler, médecin-chef en orthopédie, PD Dr Karl Hampl, médecin-chef en anesthésie.

Statistiques des patients

Patients stationnaires

Patients par discipline	2014	2013	2012	Δ 2014 / 2013	
Angiologie	49	36	32	13	36,1%
Médecine interne générale	3 251	3 280	3 056	-29	-0,9%
Gériatrie aiguë	166	120	110	46	38,3%
GFK * Médecine interne (dès 2014)	11	-	-	11	
Pneumologie	43	42	27	1	2,4%
Cardiologie invasive	93	83	130	10	12,0%
Néphrologie	232	185	159	47	25,4%
Rhumatologie	-	-	-	-	
Total Médecine (M 100)	3 845	3 746	3 514	99	2,6%
Chirurgie (y c. adipositas)	2 578	2 645	2 777	-67	-2,5%
GFK * Chirurgie (dès 2014)	6	-	-	6	
Orthopédie	1 012	958	981	54	5,6%
GFK * Orthopédie (dès 2014)	8	-	-	8	
Chirurgie de la main	24	27	17	-3	-11,1%
Urologie	595	505	408	90	17,8%
Chirurgie spinale	149	135	46	14	10,4%
Total Chirurgie (M 200)	4 372	4 270	4 229	102	2,4%
Gynécologie	508	631	713	-123	-19,5%
Obstétrique	1 039	1 189	1 091	-150	-12,6%
Nouveau-nés en bonne santé	878	991	889	-113	-11,4%
Total Gynécologie et obstétrique (M 300)	2 425	2 811	2 693	-386	-13,7%
Pédiatrie	876	773	762	103	13,3%
Chirurgie pédiatrique	531	546	469	-15	-2,7%
Total Clinique pour enfants (M 400)	1 407	1 319	1 231	88	6,7%
Ophthalmologie adultes	2	-	-	2	
Total Ophthalmologie (M 600)	2	-	-	2	-
ORL adultes	233	241	300	-8	-3,3%
ORL enfants	100	118	109	-18	-15,3%
Total ORL (M 700)	333	359	409	-26	-7,2%
Sous-total patients stationn. aigus	12 384	12 505	12 076	-121	-1,0%
Réadaptation gériatrique (M 950)	181	204	221	-23	-11,3%
Patients longue durée (M 950)	122	126	108	-4	-3,2%
Accompagnateur enfant	42	29	39	13	44,8%
Total patients stationnaires	12 729	12 864	12 444	-135	-1,0%

*GFK: traitement complexe de rééducation gériatrique précoce

Case-Mix Durée de séjour Journées de séjour

	2014	2013	2012
Case-mix-index patients aigus	0.927	0.908	0.884
Durée de séjour			
Ø Durée de séjour aigu (recensement des nuits)	5,7	5,7	5,6
Ø Durée de séjour total	5,8	5,9	5,8
Journées de séjour			
Aigu (recensement des nuits)	70 262	71 490	67 064
Journées de séjour total	74 286	76 171	72 586

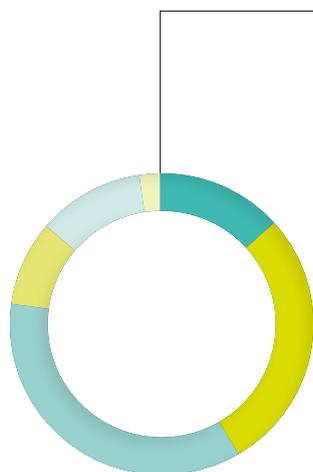
Patients ambulatoires

Patients par discipline	2014**	2013	2012	Δ 2014 / 2013	
Angiologie	627	85	87	542	
Médecine interne générale	4 753	4 758	4 354	-5	-0,1%
Médecine interne, infectiologie	428	325	283	103	31,7%
Médecine interne, service ambulatoire	430	486	485	-56	-11,5%
Médecine interne, serv. méd. p. personnel	86	56	62	30	53,6%
Médecine de voyage (dès 2014)	238	-	-	238	
Endocrinologie / diabétologie	675	640	535	35	5,5%
Pneumologie	583	554	456	29	5,2%
Cardiologie	2 579	2 530	1 376	49	1,9%
Insuffisance cardiaque	1	14	15	-13	-92,9%
Corfit	148	139	126	9	6,5%
Néphrologie	505	506	497	-1	-0,2%
Oncologie	921	818	769	103	12,6%
Gastroentérologie	49	129	119	-80	-62,0%
Rhumatologie	183	17	20	166	
Neurologie	1 433	1 298	1 578	135	10,4%
Le Drive	73	74	80	-1	-1,4%
Memory Clinic	245	198	174	47	23,7%
Gériatrie	-	4	2	-4	
Total Médecine (M 100)	13 957	12 631	11 018	1 326	10,5%
Chirurgie	6 908	6 482	6 064	426	6,6%
Adipositas	5	-	240	5	
Conseils en stomathérapie	178	188	159	-10	-5,3%
Orthopédie	2 897	1 824	2 214	1 073	58,8%
Chirurgie de la main	297	410	477	-113	-27,6%
Urologie	2 084	1 525	1 558	559	36,7%
Proctologie	296	358	301	-62	-17,3%
Fast-track	7	12	27	-5	-41,7%
Chirurgie spinale	115	295	73	-180	-61,0%
Total Chirurgie (M 200)	12 787	11 094	11 113	1 693	15,3%
Gynécologie/consult. gynécologiques	5 277	4 865	5 781	412	8,5%
Gynécologie planning familial *	1 677	2 038	2 098	-361	-17,7%
Obstétrique	1 366	1 378	1 382	-12	-0,9%
Nouveau-nés en bonne santé	23	15	6	8	53,3%
Total Gynécologie et obstétrique (M 300)	8 343	8 296	9 267	47	0,6%
Pédiatrie	5 308	5 472	4 599	-164	-3,0%
Chirurgie dentaire enfants	79	55	74	24	43,6%
Chirurgie pédiatrique	5 686	4 853	4 830	833	17,2%
Neuropédiatrie enfants	431	373	473	58	15,5%
Total Clinique pour enfants (M 400)	11 504	10 753	9 976	751	7,0%
Orthoptique/périmétrie adultes	471	541	611	-70	-12,9%
Ophthalmologie enfants	3	2	4	1	50,0%
Orthoptique/périmétrie enfants	36	112	106	-76	-67,9%
Total Ophtalmologie (M 600)	510	655	721	-145	-22,1%
ORL adultes	133	25	28	108	432,0%
ORL enfants	241	322	295	-81	-25,2%
Total ORL (M 700)	374	347	323	27	7,8%
Radiologie adultes	3 936	6 385	5 781	-2 449	-38,4%
Radiologie enfants	353	447	572	-94	-21,0%
Total Radiologie	4 289	6 832	6 353	-2 543	-37,2%
Thérapie de la douleur	220	50	-	170	340,0%
Cabinet d'urgences Bienne (médecins de famille externes)	3 575	3 630	3 375	-55	-1,5%
Autres adultes	1 921	1 935	2 019	-14	-0,7%
Autres enfants	205	214	190	-9	-4,2%
Total patients ambulatoires	57 685	56 437	54 355	1 248	2,2%

* Sans les consultations suivantes du planning familial 6 474 6 267 6 211 207 3,3%

** En 2014, le cabinet privés des médecins ont été intégrés dans l'activité de l'hôpital

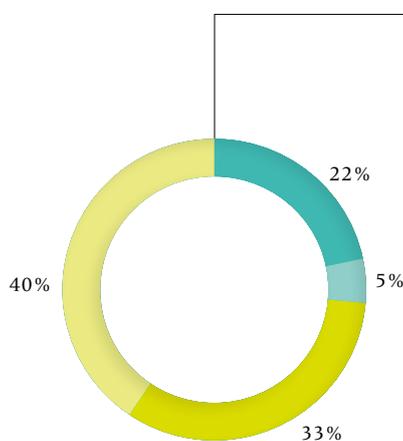
Personnel



Collaborateurs ¹	2014	2013	Δ 2014 / 2013
Médecins	173	164	9
Soins infirmiers	363	342	21
Professions paramédicales techniques et thérapeutiques	464	453	11
Administration	120	117	3
Economat	146	143	3
Services techniques	28	29	-1
Total	1 294	1 248	46

Postes à plein temps occupés ¹	2014	2013	Δ 2014 / 2013
Médecins	159	150	9
Soins infirmiers	250	242	8
Professions paramédicales techniques et thérapeutiques	331	322	9
Administration	90	89	1
Economat	119	119	-
Services techniques	26	25	1
Total	975	947	28

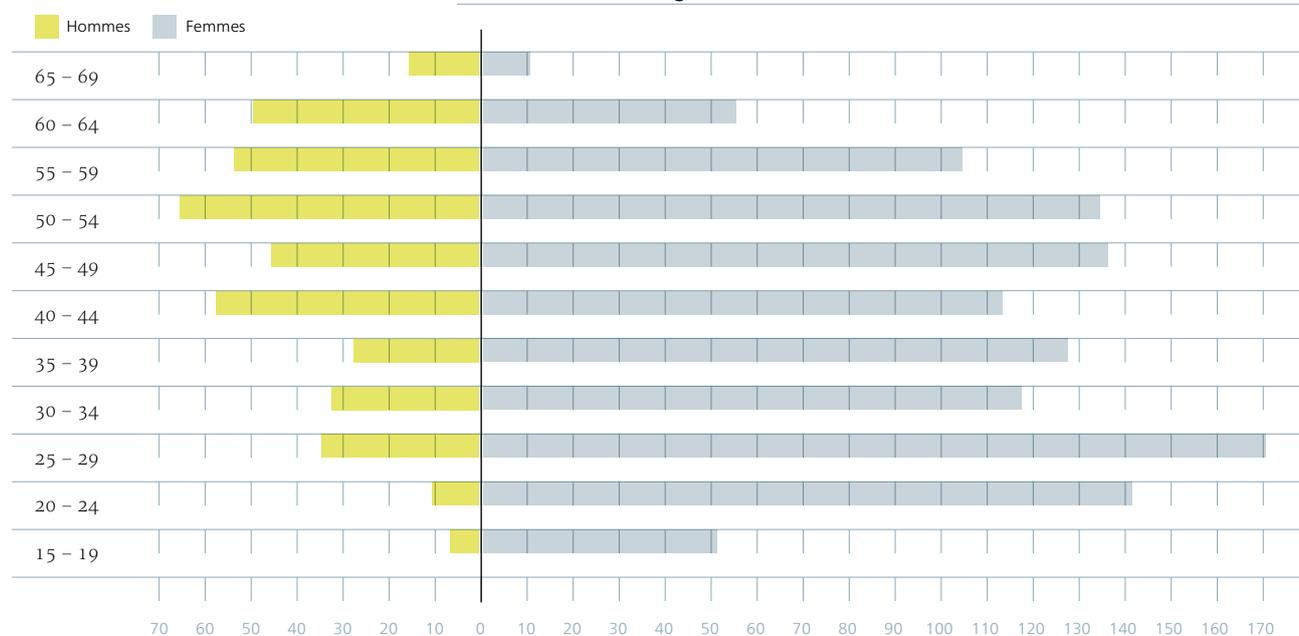
¹ sans le personnel en formation



Collaborateurs ² selon degré d'occupation et sexe	2014	2013	Δ 2014 / 2013
Hommes	422	421	1
dont à temps partiel	75	76	-1
Femmes	1 174	1 108	66
dont à temps partiel	644	655	-11
Total collaborateurs et collaboratrices	1 596	1 529	67
dont à temps partiel (%)	45,1%	47,8%	-2,7%

² Y compris postes de formation et salaires horaires

Collaborateurs selon âge et sexe, 2014



Collaborateurs selon nationalité	2014	2013	Δ 2014 / 2013
Suisse	1 296	1 264	32
Allemagne	105	90	15
Portugal	49	45	4
France	31	29	2
Espagne	21	19	2
Italie	18	15	3
Autriche	14	8	6
Kosovo	6	6	-
Pays-Bas	4	7	-3
Erythrée	4	4	-
Brésil	3	3	-
Croatie	3	2	1
Slovaquie	3	2	1
Autres	39	35	4
Total collaborateurs	1 596	1 529	67
Nombre de nations	43	39	4



**Tirer les enseignements
des erreurs évitées de justesse**

La saisie systématique des erreurs évitées de justesse dans le Critical Incident Reporting System (CIRS) permet d'identifier les risques dans la pratique.

Qualité

La qualité est sur toutes les lèvres. Au Centre hospitalier Bienne aussi, les prestations doivent répondre à des critères stricts en la matière. Mais qu'est-ce au juste que la qualité? Que signifie cette notion dès lors qu'elle se réfère à une médecine où la technologie occupe une place de plus en plus importante et qu'elle ne peut guère plus être évaluée par le commun des mortels? Sur quelle base les patientes et patients peuvent-ils s'orienter?

Des repères pour les patients

Des réponses peuvent par exemple être fournies par les enquêtes menées en permanence par les hôpitaux sur un grand nombre d'indicateurs de qualité. En effectuant des comparaisons sur le plan national, elles permettent d'obtenir des indications relatives sur la qualité des prestations. Le Centre hospitalier Bienne publie ces chiffres chaque année en toute transparence dans son rapport sur la qualité.

Les certifications délivrées par des sociétés spécialisées et des organes de certification indépendants sur la base de processus de contrôle standardisés peuvent également servir de repères. Ces labels de qualité peuvent concerner différentes dimensions; par exemple un traitement spécifique comme dans le cas de la certification d'une unité cérébrovasculaire, ou encore l'ensemble de la gestion de la qualité dans une institution médicale. Enfin, la présence de la notion de la sécurité des patients dans la mise en œuvre des processus hospitaliers en dit également long sur la qualité d'un hôpital de soins aigus.

La médecine de qualité requiert un travail d'équipe

L'une des conditions les plus importantes pour la qualité médicale toutefois consiste en une compétence sociale, à savoir une collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle bien rodée. En effet, qu'il s'agisse de la sécurité des patients, d'un traitement de qualité d'une attaque cérébrale ou d'un système efficace de gestion de la qualité, c'est une interaction réussie de tous les acteurs qui est indispensable pour garantir la qualité de la médecine et des soins. Au Centre hospitalier Bienne, nous accordons par conséquent une grande importance à une bonne collaboration empreinte d'estime mutuelle, afin que la qualité de nos prestations contribue à renforcer la satisfaction de nos patientes et patients à l'avenir également.

La sécurité en chirurgie

Une nouvelle checklist pour plus de sécurité

Lors de chaque opération, l'équipe de la clinique de chirurgie parcourt une liste de contrôle, non seulement pour éviter des erreurs, mais aussi pour réduire le risque de complications postopératoires. La checklist prévoit un *team time out*, durant lequel toutes les personnes présentes dans la salle d'opération s'interrompent un instant afin de vérifier les points principaux et de préciser leur nom et leur fonction. Dans toute la Suisse, seules dix cliniques pilotes participent au programme «progress! la sécurité en chirurgie» de la fondation Sécurité des patients Suisse, et le Centre hospitalier Bienne en fait partie.



Prof. Dr Carsten Viehl
Médecin-chef en chirurgie
Dr Antoine Oesch
Chef de service en chirurgie thoracique

Traiter le mauvais patient, opérer le bon patient mais au mauvais endroit, ne pas réaliser la bonne opération, se tromper d'implant ou oublier un corps étranger à l'intérieur du corps du patient: autant d'exemples d'erreurs dont la gravité est telle qu'elles ne devraient absolument jamais se produire. D'ailleurs, le professeur Carsten Viehl, médecin-chef de la clinique de chirurgie, désigne ces cas par l'expression *never-events*. Pour garantir qu'ils ne surviennent vraiment jamais, la clinique de chirurgie participe, aux côtés de neuf autres cliniques pilotes suisses, au programme «progress! la sécurité en chirurgie» de la fondation Sécurité des patients Suisse. Ce programme repose sur une liste de contrôle élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Des études prouvent que les checklists, très répandues dans le domaine de l'aviation où elles permettent d'améliorer la sécurité de vol, s'avèrent aussi d'une grande utilité dans les hôpitaux. «Les checklists augmentent la sécurité des patients, non seulement au cours de l'opération mais aussi après: les nombreux contrôles réduisent en effet la fréquence des complications postopératoires. On observe par exemple un net recul des infections des plaies dues à une administration insuffisante d'antibiotiques», affirme le Dr Antoine Oesch, chef de service et responsable du projet «Sécurité en chirurgie» au Centre hospitalier.

Chaque clinique pilote a adapté la liste de contrôle de l'OMS à ses propres besoins. Il s'agissait de trouver le bon équilibre entre la volonté d'exclure le plus possible de sources d'erreurs en élaborant une liste de contrôle suffisamment

détaillée et le souhait de disposer d'un instrument de travail facile à maîtriser. Avec ses 24 points, la checklist bilingue du Centre hospitalier Bienne semble un bon compromis. Il faut entre une minute trente et trois minutes pour la parcourir: le temps à investir est donc minime.

Chacun doit s'impliquer

Les trois volets de la liste de contrôle sont utilisés lors de chaque opération. On commence par contrôler si tout s'est déroulé correctement lors de la préparation de l'opération dans la phase appelée *sign-in*. Cette phase englobe la vérification de l'identité du patient et du marquage du site opératoire, ainsi qu'un contrôle du matériel d'anesthésie.

Juste avant l'opération, on procède au *team time out*. Comptant 13 points de contrôle, cette deuxième phase est la plus longue de la liste. Elle permet de faire une pause tous ensemble et de contrôler plusieurs points essentiels pour l'opération. Chaque membre de l'équipe se présente aussi brièvement, en indiquant son nom et sa fonction. Cette présentation a trois objectifs: premièrement, elle favorise la culture du *speaking up*: le fait que tous les participants à l'opération aient pris la parole une première fois facilite leurs interventions ultérieures. «Pendant l'opération, chaque membre de l'équipe doit se sentir libre de s'exprimer si quelque chose retient son attention, et ce, indépendamment de la hiérarchie», souligne le Dr Oesch. Deuxièmement, la mention des noms évite des moments délicats. Troisièmement, la présentation permet de définir clairement les rôles. Tous les membres du corps médical n'ont pas



toujours la même fonction dans la salle d'opération. «Parfois, je suis là pour opérer, parfois pour enseigner et parfois uniquement pour observer. Lors du *team time out*, nous indiquons à l'équipe qui est le pilote et qui est le copilote», explique le professeur Viehl. Le *team time out* permet en outre aux participants de passer en revue brièvement le déroulement de l'opération. La dernière phase est celle du *sign-out* et a lieu juste avant de quitter le bloc. Elle est l'occasion de vérifier, entre autres, si toutes les étapes de l'opération ont été réalisées et si le nombre de chiffons, de compresses et d'instruments est correct.

Un engagement de taille à tous les échelons hiérarchiques

Depuis le mois de mai 2014, la liste de contrôle en trois volets est utilisée lors de chaque opération à la clinique de chirurgie. Le professeur Carsten Viehl précise que cet instrument ne constitue pas une invention fondamentale: «Nous vérifions environ la moitié des points déjà avant que cette procédure n'entre en vigueur. Ce qui est nouveau en revanche, c'est que nous le faisons désormais de manière standardisée, formalisée et en équipe.» Dans sa première évalua-



tion, la fondation Sécurité des patients Suisse a attribué une bonne appréciation au Centre hospitalier Bienne. Les raisons du succès de la mise en œuvre du programme sont multiples: les représentantes et représentants des échelons hiérarchiques supérieurs se sont notamment clairement identifiés à ce projet. En outre, le chef de projet – le Dr Antoine Oesch – s'est chargé lui-même de la formation de toutes les personnes participant aux interventions chirurgicales, dans le cadre d'une simulation d'une heure. Si cette démarche a représenté un investissement important de sa part, elle a garanti une unité de doctrine, puisque la checklist a été appliquée avec une uniformité totale dès le départ. L'engagement sans faille de tous les collaborateurs et collaboratrices a lui aussi été

un facteur de réussite, la liste de contrôle ayant pu être élaborée dans des délais très brefs. L'étape suivante du projet consiste dorénavant à introduire cette liste dans les autres départements du Centre hospitalier Bienne.

Cependant, pour imposer une communication plus ouverte, il faudra sans doute encore un peu de temps. «Notre culture du *speak up* est en bonne voie. Nous la stimulons aussi pendant les opérations en demandant l'avis de nos collègues lors des étapes critiques. Mais contrairement à une checklist, il ne suffit pas de presser un bouton pour que tout le monde l'adopte», concluent le professeur Carsten Viehl et le Dr Antoine Oesch. Tous deux continueront donc de montrer l'exemple, ouvrant ainsi la voie à l'évolution des valeurs nécessaire.

Certification en tant que «Stroke-Unit»

Une unité cérébrovasculaire pour aider les patients victimes d'attaques

Lorsqu'on soupçonne une attaque cérébrale, il n'y a pas de temps à perdre: plus on intervient rapidement en procédant aux examens et mesures thérapeutiques nécessaires, plus les chances de guérison sont élevées. Le traitement des accidents vasculaires cérébraux graves relève de la médecine hautement spécialisée. C'est la raison pour laquelle en Suisse, seuls des centres interdisciplinaires certifiés pourront à l'avenir s'en charger. C'est le cas de l'unité cérébrovasculaire du Centre hospitalier Bienne, qui, à l'instar du «Stroke-Center» de l'Hôpital de l'Île, a obtenu le label de qualité requis. Il s'agit de la première «Stroke-Unit» certifiée dans le canton de Berne.



Dr. Alexander Pincherle
 Chef de clinique en neurologie
Dr. Filippo Donati
 Médecin-chef en neurologie

Dans notre pays, quelque 14 000 personnes sont victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) chaque année. Dans 70 à 80% des cas, il s'agit d'une attaque ischémique, qui en est la forme la plus fréquente. Il s'agit d'un caillot de sang qui oblitère les vaisseaux, interrompant de ce fait l'alimentation sanguine d'une partie du cerveau et le privant d'oxygène. Les attaques hémorragiques sont moins fréquentes et surviennent lorsqu'un vaisseau sanguin dans le cerveau se rompt.

Time is brain: chaque minute compte

Contrairement aux autres organes, le cerveau subit immédiatement des dommages lors d'une attaque, car les

premières cellules sont détruites dès que celle-ci se produit. Ce processus se poursuit jusqu'à la mort de l'ensemble des tissus cérébraux où le sang n'a plus pu affluer, jusqu'à cinq à six heures après l'accident. C'est donc une véritable course contre la montre qui s'engage dès les premiers symptômes. «Plus on commence le traitement tôt, plus on pourra sauver de tissu cérébral et meilleurs seront le pronostic et les chances de rétablissement complet», déclare le Dr Alexander Pincherle. Neurologue spécialisé, le Dr Pincherle est membre de l'unité cérébrovasculaire interdisciplinaire du Centre hospitalier Bienne, qui prend en charge environ 250 patients victimes d'attaques cérébrales chaque année.

Lorsqu'un patient leur est adressé pour une suspicion d'AVC, les neurologues, médecins urgentistes et neuroradiologues déterminent le type et la gravité de l'attaque afin de mettre en place le traitement approprié. Cela est moins simple qu'il n'y paraît: «Bien que les directives soient claires, il y a souvent plusieurs options thérapeutiques. Évaluer correctement les risques – souvent majeurs – et prendre la bonne décision, tels sont les principaux défis de notre profession», explique le Dr Pincherle.

Priorité à la dissolution du caillot

Une thrombolyse intraveineuse est indiquée pour 10 à 20% des patients. Cette procédure, réalisée par les spécialistes des soins intensifs ou de la médecine interne, consiste à injecter dans le sang un médicament qui dissout le caillot. On l'envisage pour une catégorie précise de patients, victimes d'attaques ischémiques moyennes à sévères, à condition que le traitement puisse être administré dans un délai maximum de 4,5 heures après les premiers symptômes. Si ce délai est échu, le patient est transféré au Stroke-Center de l'Hôpital de l'Île, même si la thrombolyse intraveineuse était une option indiquée. Là-bas, on le soumet à une thrombolyse intra-artérielle: le médicament est injecté par un cathéter directement où se trouve le caillot et peut ainsi produire son effet sans être dilué. Le patient revient au Centre hospitalier Bienne pour la suite de son traitement. Dans les cas de ce genre et lorsque des problèmes particuliers se posent, les spécialistes des deux établissements sont en contact étroit par vidéoconférence et

ont tous accès aux radiographies. Pour les 80 à 90% restants des patients souffrant d'une attaque cérébrale, la solution réside dans l'administration d'un anti-coagulant tel que l'aspirine ou – en cas d'attaque hémorragique – dans une intervention neurochirurgicale qui arrêtera le saignement.

La réadaptation commence le premier jour déjà. Outre le personnel soignant spécialisé de l'unité cérébrovasculaire, des physiothérapeutes, ergothérapeutes et logopédistes y prennent part. Après une à deux semaines, les patients peuvent soit rentrer chez eux, soit être transférés à la clinique Bethesda à Tschugg, spécialisée dans la réadaptation neurologique. Malgré la neuroplasticité du cerveau, c.-à-d. sa capacité à se régénérer, le processus de guérison n'est pas toujours couronné de succès. Si l'on considère l'ensemble des patients victimes d'un AVC, la moitié d'entre eux garde des séquelles de gravité moyenne, voire graves. Un quart s'en tire avec des incapacités minimales et un quart seulement se remet totalement.

La qualité certifiée est un travail d'équipe

Le traitement des patients victimes d'une attaque cérébrale exige les connaissances hautement spécialisées de divers corps de métiers habitués à travailler ensemble et disponibles 24 heures sur 24. C'est pourquoi à l'avenir, les patients souffrant d'un AVC en Suisse ne seront plus pris en charge que par des Stroke-Centers ou Stroke-Units certifiés. Pour obtenir la certification, le service qui la demande doit faire preuve d'une collaboration effective et efficiente,

Comment reconnaître les symptômes d'une attaque cérébrale

- Faiblesse soudaine, paralysie ou troubles de la sensibilité dans un bras ou dans une jambe
- Cécité subite touchant la moitié du champ de vision ou un œil, ou vision double
- Troubles de l'élocution et difficultés soudaines à comprendre son interlocuteur
- Brusque perte de l'équilibre, forts vertiges
- Violents maux de tête apparaissant brutalement

L'attaque peut se manifester par un seul ou par plusieurs de ces symptômes. Tous ont en commun le fait qu'ils apparaissent en l'espace de quelques secondes ou minutes. Si l'on soupçonne une attaque cérébrale, il faut appeler immédiatement les premiers secours en composant **le 144**, sans attendre de voir si les symptômes disparaissent d'eux-mêmes.

multidisciplinaire et interprofessionnelle. Dans l'unité cérébrovasculaire du Centre hospitalier Bienne, cette collaboration fonctionne particulièrement bien en raison de la proximité des différentes disciplines. En vue de la certification, les processus de travail ont en outre été analysés, documentés et améliorés lorsque cela était nécessaire. L'investissement, principalement au niveau administratif, n'a pas été vain, comme l'explique le Dr Filippo Donati, médecin-chef en neurologie: «Fin 2013, nous avons été la première Stroke-Unit du canton de Berne à recevoir la certification de la Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies.



En cas d'attaque cérébrale, le Centre hospitalier Bienne est ainsi devenu officiellement la première adresse pour les quelque 200 000 habitantes et habitants de la région de Bienne – Seeland – Jura bernois.



La prévention est essentielle

Le principal facteur de risque d'AVC sur lequel nous avons une influence est le tabagisme. Les fumeuses et les fumeurs ont deux fois plus de risques d'être victimes d'une attaque cérébrale que les non-fumeurs. En s'abstenant d'absorber de la nicotine pendant cinq ans, un fumeur retrouve un pourcentage de risque équivalent à un non-fumeur. L'hypertension, le surpoids, le diabète et la consommation excessive d'alcool constituent également des facteurs de risque. En revanche, la consommation de faibles quantités d'alcool et l'activité physique régulière réduisent la menace. Le principal facteur reste l'âge: à partir de 55 ans, les risques d'attaque doublent tous les dix ans. Une personne sur quatre âgée de plus de 85 ans est victime d'une attaque.



La collaboration multidisciplinaire et interprofessionnelle est indispensable

Le diagnostic et le traitement d'une attaque cérébrale sont des tâches interdisciplinaires. La «Stroke-Unit» certifiée offre aux patients victimes d'un AVC un itinéraire clinique structuré selon les règles de l'art: ceci, depuis l'entrée aux urgences jusqu'à la réadaptation – dans laquelle la physiothérapie, l'ergothérapie et la logopédie jouent un rôle important – en passant par les examens radiologiques, le traitement aux soins intensifs et les soins prodigués dans l'unité spécialisée. La neurologie accompagne le patient tout au long du traitement et assure le suivi à long terme une fois le séjour à l'hôpital terminé.

Développement réussi du système de gestion de la qualité

système institutionnel de gestion de la qualité. Au CHB également, de nombreux progrès ont ainsi pu être accomplis au cours du processus dans les domaines des standards soumis à la certification, et de nombreux déroulements et documents ont été créés ou évalués. Une sélection d'exemples est présentée ci-dessous.

Qu'il passe par des enquêtes auprès des patients, par le recensement d'indicateurs ou par les mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), le travail consacré à la qualité s'est encore poursuivi et intensifié au Centre hospitalier Bienne en 2014. La gestion de la qualité s'est toutefois focalisée sur un processus s'étendant sur pratiquement tout l'hôpital et impliquant un grand nombre de spécialistes, de compétences et de problématiques: la certification par la fondation Sanacert Suisse.

Une bonne base avec le standard de gestion de la qualité

Dans le cadre de ce standard fondamental, les buts qualitatifs stratégiques du CHB ont été reformulés et des objectifs de qualité concrets, tout comme de nouveaux indicateurs, définis. Pour que les données soient rapidement disponibles et que les responsables puissent au besoin réagir au plus vite, les processus de recensement et de traitement (v. mesures de qualité 2014, p. 40) ont été améliorés. Dans le même temps, la communication interne s'est intensifiée afin de sensibiliser encore davantage les collaborateurs au thème de la qualité.

Recenser les avis des patients en adéquation avec les groupes cibles

L'analyse intelligente et de qualité des avis des patientes et patients permet non seulement de savoir où le bât blesse, mais aussi de réagir rapidement au besoin – si possible avant la fin de l'hospitalisation. Dans le cadre de ce processus de certification, la communication interne et les processus ont été optimisés pour ce qui est de la mise en œuvre de mesures d'amélioration, et l'attitude à adopter face aux groupes de patients spécifiques a été clarifiée. Pour une meilleure comparabilité, l'enquête interne auprès des patients s'appuie désormais plus fortement sur l'enquête nationale auprès des patients de l'ANQ. Les processus remaniés ont par ailleurs permis d'accroître de façon significative le nombre de retours pour cette enquête interne (en 2014: 1964 retours; en 2013: 985).

Pour le standard «Prise en charge orientée famille des enfants et adolescents», les instruments existants de recensement de la satisfaction des patients ont été évalués au niveau de leur adéquation aux groupes cibles puis redéfinis. Depuis

Un certificat important

Depuis le 9 mars 2015, le système de gestion de la qualité du Centre hospitalier Bienne peut se prévaloir du label de qualité convoité de la fondation Sanacert Suisse.

Les standards certifiés

Gestion de la qualité; recensement d'avis de patients; évaluation de l'adéquation des durées d'hospitalisation; information et décisions dans le réseau de soins; alimentation; gynécologie et obstétrique; prise en charge orientée sur la famille des enfants et adolescents; prévention et soin des escarres.



En 2014, le CHB s'est prêté avec succès au processus de certification de la fondation Sanacert Suisse. Dès le mois de mai 2014, le premier audit préalable s'était révélé très prometteur et les audits de certification à proprement parler, organisés début décembre, sont venus confirmer par un très bon résultat le haut niveau de gestion de la qualité pour les compétences dans le domaine de la médecine et des soins au sein du CHB. Dans six standards sur huit, l'hôpital central a en effet obtenu les meilleures notes. Depuis le 9 mars 2015, le CHB est officiellement autorisé à se prévaloir de ce label de qualité prisé.

Un label convoité avec une plus-value

Pour les patientes et patients, les certificats de qualité reconnus tels que le label de la fondation Sanacert Suisse constituent un repère important et ils sont donc très convoités par les hôpitaux et les cliniques. De plus, pour l'institution concernée, le processus de certification conduisant à l'obtention d'un tel label s'accompagne déjà d'une plus-value importante: le développement du

avril 2014, les enfants de 5 à 12 ans disposent ainsi d'un formulaire de feed-back spécifique adapté à leurs besoins.

Renforcer la prévention des escarres

Depuis 2005, le CHB dispose d'un standard complet pour les escarres, actualisé en continu et régulièrement enseigné aux équipes des unités de soins. Le processus de certification a donné lieu à une nouvelle intégration des assistants techniques spécialisés en salle d'opération et du service des urgences dans la prévention des escarres. Les nouveaux cas d'escarres sont recensés en continu au CHB et les données, analysées. Durant

l'année sous revue, le CHB a élaboré les bases nécessaires afin de déterminer les valeurs cibles individuelles pour chaque unité de soins, de sorte à considérer davantage et plus spécifiquement les différents groupes de patients.

Soutenir le développement à l'avenir également

Aussi réjouissantes que soient les optimisations réalisées dans le cadre du processus de certification, le CHB ne saurait se reposer sur ses lauriers: pour conserver et développer les acquis, les processus décrits doivent être transposés et ancrés profondément dans l'action quotidienne. Sur la base des recomman-

datations de la fondation Sanacert Suisse, la communication sur le thème de la qualité, le développement des chemins cliniques et l'élaboration d'un concept nutritionnel seront intensifiés en 2015.

Mesures de qualité 2014

Différents indicateurs sont mesurés depuis de nombreuses années au CHB afin d'exprimer la qualité des prestations médicales et des soins. Ces indicateurs ont été également soigneusement analysés et interprétés dans le cadre du processus de certification Sanacert, qui s'est en partie traduit par des recommandations.

En 2014, comme dans les années précédentes, le CHB a effectué l'ensemble des mesures prescrites dans le plan de qualité de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) pour le domaine des soins aigus. La mise en œuvre de ces mesures de la qualité des résultats, homogène dans toute la Suisse, a pour objectif de documenter la qualité et de l'améliorer en permanence. En plus de ces indicateurs, d'autres recensements sont prévus à l'avenir à brefs intervalles pour pouvoir engager rapidement des mesures

concrètes s'il faut intervenir. Des recensements internes permettent de mesurer des échantillons ou des nombres de cas tendanciellement plus importants, ce qui augmente la représentativité et la fiabilité des résultats. De plus, l'analyse est simplifiée jusqu'au niveau des différentes unités organisationnelles.

Mesures nationales ANQ en tant que valeurs de référence

Dans le cadre du système de gestion de la qualité de notre hôpital, les mesures nationales auront donc à l'avenir avant tout pour but de vérifier les efforts internes systématiques dans le domaine de la qualité tout en permettant une comparaison transparente avec d'autres hôpitaux. Les mesures internes actuelles sont adaptées lorsque nécessaire.

Les valeurs relevées sont des indicateurs à l'aide desquels il est possible de découvrir un éventuel problème de qualité. Il est cependant fréquent que l'existence réelle d'un problème ne soit établie qu'après une analyse détaillée. Une sélection des résultats de mesures internes et externes effectuées en 2014 est présentée ci-dessous, notamment des valeurs relevant des standards certifiés «avis des patients» et «escarres».

Le rapport de qualité bernois

Chaque année, le Centre hospitalier Bienne publie un rapport de qualité détaillé selon les directives du groupe «Développement de la qualité dans les hôpitaux de soins aigus du canton de Berne» (QABE) et H+ (Les hôpitaux de Suisse). Le rapport de gestion peut être téléchargé sur le site web:

www.centre-hospitalier-bienne.ch
> Entreprise > Publications (PDF)

Vous y trouverez aussi la liste de toutes les mesures effectuées en 2014 au Centre hospitalier:

www.centre-hospitalier-bienne.ch
> Qualité

Conseil aux patients

La satisfaction de nos patientes et patients est également au cœur de l'activité du service de conseils aux patients. Il reçoit les échos, répond aux questions, fait office de médiateur et aide à trouver des solutions praticables tout en privilégiant le dialogue.

**Enquête nationale auprès des patients 2014**

L'évaluation des prestations d'un hôpital par ses patientes et patients – la satisfaction des patients – est un indicateur de qualité important et reconnu. En 2014 également, la satisfaction des patients a été recensée à l'aide du questionnaire court développé par l'ANQ. Ont

été pris en compte tous les patientes et patients (≥ 18 ans) ayant séjourné au moins 24 heures à l'hôpital et étant sorti du CHB en septembre 2014.

Entre 2014 et 2013, la satisfaction des patients s'est légèrement améliorée dans chacune des questions. Une marge de progression est toutefois encore possible. Ce résultat nous conforte dans la volonté

de poursuivre nos mesures visant à renforcer la qualité.

Résultats des mesures de l'enquête 2011 – 2014**Indice de satisfaction** (valeur moyenne)¹

	2014	2013	2012	2011
Choisiriez-vous de revenir dans notre hôpital pour une prise en charge similaire?	8,75	8,63	8,88	8,64
Que pensez-vous de la qualité des soins que vous avez reçus?	8,70	8,64	8,72	8,55
Lorsque vous avez posé des questions aux médecins, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?	8,80	8,52	8,88	8,60
Lorsque vous avez posé des questions aux infirmier(ère)s, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?	8,76	8,63	8,69	8,53
Estimez-vous que le personnel hospitalier vous a traité(e) avec respect et a préservé votre dignité?	9,28	9,09	9,20	9,13

¹⁾ 10 = la plus grande valeur possible,
0 = plus petite valeur possible pouvant être cochée par les patients.

Chutes: recensement interne et prévention

Les chutes de patientes et patients et les éventuelles lésions consécutives constituent un défi pour tous les hôpitaux. La fréquence de ces chutes est donc un critère important de la qualité des soins. Le risque de chute dépend de nombreux

système d'information clinique KISIM et peuvent donc être analysées à intervalles réguliers.

Le monitoring interne de chutes au CHB porte sur l'ensemble des patientes et patients adultes hospitalisés. Une estimation du risque de chute est effectuée de façon systématique pour tous les patients

situé donc dans la plage escomptée. Le nombre de chutes peut encore sembler élevé, mais la proportion de blessures graves consécutives à la chute est relativement basse. Le CHB continue de déployer de gros efforts pour éviter les chutes – notamment celles se traduisant par d'importantes blessures (par ex. fractures).

Résultats du recensement continu des chutes au CHB

	2014	2013	2012
Nombre total de chutes	487	469	466
% de patientes et patients adultes ayant chuté au cours de leur séjour à l'hôpital	4,2%	4,1%	4,4%

facteurs tels que le type de pathologie et de médication, la mobilité et l'acuité visuelle du patient. Une analyse approfondie de chaque chute constitue ici la base des actions préventives. Depuis 2012, toutes les chutes sont consignées dans le

et/ou patients présentant un risque de chute accru (par ex. en raison d'alcoolisme ou de toxicomanie, de démence, de mobilité réduite ou similaires).

Entre 2012 et 2014, la fréquence des chutes au CHB est en léger recul et se

Prévention de chutes – mise en pratique

- Dépistage du risque de chute par les soignants et les médecins
- Utilisation de matelas à capteurs et de chaussettes antidérapantes
- Monitoring systématique des chutes dans toutes les unités de soins
- Formation des collaborateurs et sensibilisation au standard national en matière de chutes
- Renforcement du savoir-faire dans les départements, au moyen d'un responsable spécialisé attiré

Prévention des escarres – mise en pratique

Au CHB, un standard uniforme est déjà appliqué dans tout l'hôpital pour les escarres depuis de nombreuses années. Ce standard a été vérifié et certifié dans le cadre du processus de certification Sanacert.

- Monitoring systématique des chutes dans toutes les unités de soins
- Utilisation de matelas spéciaux (à pression variable) pour les patients à risques
- Renforcement des connaissances spécialisées dans chaque unité de soins: 1 – 2 soignant(e)(s) désigné(e)(s) comme responsables pour les escarres
- Discussions régulières des cas pour une meilleure identification et mise en œuvre de mesures d'amélioration
- Evaluations régulières de matériels facilitant le mouvement dans le positionnement

Escarres: recensement interne et prévention

Le décubitus (escarres) est une lésion cutanée causée par la pression, due le plus souvent à une saillie osseuse. On en distingue différents stades. Le recense-

ment interne des cas d'escarres au CHB porte sur l'ensemble des patients hospitalisés (hors accouchement). L'estimation du risque d'escarres a lieu automatiquement pour tous les patientes et patients présentant un risque accru, par exemple en raison de démence, de mobilité réduite ou similaires.

Résultats du recensement continu des escarres au CHB

	2014	2013	2012
Nombre total d'escarres, tous degrés confondus	196	188	101
% de patients adultes souffrants d'escarres, tous degrés confondus	1,3	1,0	0,7

ment interne des cas d'escarres au CHB porte sur l'ensemble des patients hospi-

Le taux d'escarres a légèrement augmenté au CHB entre 2012 et 2014. Il convient toutefois de noter que la méthodologie de recensement a été améliorée et affinée au cours de cette période. Des mesures sont engagées régulièrement pour prévenir de nouvelles apparitions d'escarres.



Damiana Hafner
Responsable des soins du département
Femme & enfant
Stefan Siegenthaler
Diététicien dipl. HES



Certification Sanacert

«La certification est le résultat d'un important effort d'une équipe interprofessionnelle»

La certification est basée sur une autoévaluation écrite au moyen de critères d'évaluation imposés. Quel travail de préparation avez-vous dû effectuer?

→ *Damiana Hafner*: Nous avons constitué un groupe de projet interprofessionnel de onze personnes qui a élaboré, en collaboration avec la Haute école spécialisée bernoise, un concept de qualité pour la clinique de gynécologie et obstétrique et défini les standards de qualité. L'équipe a en outre examiné les directives médicales et de soins existantes. Elle a aussi défini ce qui devait être mis à jour ou nouvellement créé ainsi que les délais pour y parvenir. Tous les collaborateurs ont pu prendre connaissance des directives sur Intranet. Nous avons également évalué le matériel d'information et les documents destinés aux patients avant de les classer de manière centralisée. Nous avons par ailleurs constitué un comité de qualité et mené des discussions interdisciplinaires.

→ *Stefan Siegenthaler*: En collaboration avec différentes commissions spécialisées et des responsables de thèmes, nous avons procédé à une analyse de la situation en passant en revue les compétences,

En 2014, le Centre hospitalier Bienne a demandé la certification de son système de gestion de la qualité. Le label de qualité lui a été décerné par Sanacert Suisse, fondation suisse pour la certification de l'assurance de la qualité dans le domaine de la santé. Cette dernière a défini une série de standards de qualité pour le domaine des soins aigus des hôpitaux, et le Centre hospitalier Bienne a soumis huit d'entre eux à la certification. Damiana Hafner, responsable du standard «Gynécologie et obstétrique», et Stefan Siegenthaler, responsable du standard «Alimentation», s'expriment sur les procédures, les résultats et les imprévus.

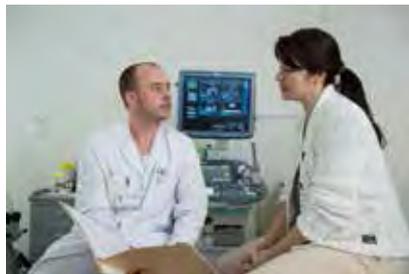
les prescriptions et les lignes directrices des processus de travail existants et en les couchant sur papier.

Ces démarches ont-elles pris beaucoup de temps?

→ *Stefan Siegenthaler*: Comme la commission chargée des questions d'alimentation s'était déjà beaucoup investie au niveau de la qualité de l'alimentation des patients au cours des dernières années, nous avons dans un premier temps pensé qu'il nous faudrait pas plus de deux jours de travail pour préparer la première certification. Cette estimation s'est révélée trop optimiste. A notre grande surprise,

le rapport sur l'analyse de la situation a été long à faire. Personnellement, cela m'a pris quelque 20 jours de travail, et les membres des commissions et des groupes de travail chargés de la mise en œuvre du standard «Alimentation» ont également travaillé pendant une vingtaine de jours.

→ *Damiana Hafner*: Nous avons aussi passé beaucoup de temps sur le projet. J'ai travaillé près de 220 heures et mon assistante environ 150 heures, sans compter l'engagement extraordinaire des membres du groupe de travail, qui a permis d'obtenir cette certification.



Quelles ont été les répercussions de la certification sur la collaboration interprofessionnelle?

→ *Damiana Hafner*: Notre équipe de projet partiel regroupait des médecins, des infirmiers, des sages-femmes, des cheffes de service, des responsables techniques et une collaboratrice du planning familial. Nous avons examiné les processus de travail et défini les rôles et les compétences des différentes disciplines. Nous avons également mené de nouvelles discussions de cas dans un cadre interprofessionnel. Ces contacts intensifs ont permis de développer un nouveau sentiment d'appartenance à une même équipe.

→ *Stefan Siegenthaler*: La nécessité d'une collaboration interprofessionnelle s'est également renforcée dans le domaine de l'alimentation. Cette sensibilisation est très importante, car de nombreux corps professionnels sont impliqués dans l'alimentation des patients: les médecins traitants, les diététiciens, les cuisiniers qui concoctent les menus, l'intendance qui apporte les repas aux patients et les infirmiers qui encadrent de près les patients quotidiennement et qui surveillent les mesures thérapeutiques.

Quels sont les plus gros défis que vous avez dû relever ?

→ *Stefan Siegenthaler*: Le processus de certification est une tâche interdisciplinaire qui peut être maîtrisée uniquement en équipe. Les repas constituent une partie importante du traitement des patients hospitalisés. Ma tâche consistait à impliquer tous les participants, toutes les disciplines et tous les groupes dans la mise en œuvre du standard «Alimentation», par exemple la commission pour les questions liées à l'alimentation, la commission d'éthique et la commission des menus. En outre, malgré le travail pour la certification Sanacert, la bonne marche de l'hôpital devait être assurée. Cela signifie que toutes les personnes impliquées devaient faire le travail requis, sans pour autant être trop sollicitées. Il n'a pas toujours été facile de trouver le bon équilibre et d'obtenir la compréhension de chacun pour les tâches administratives requises.

→ *Damiana Hafner*: Je ne peux que confirmer. La certification est le résultat de l'engagement important de toute une équipe interprofessionnelle, car les collaborateurs et collaboratrices de tous les services ont dû assumer un grand nombre de tâches supplémentaires. En

tant que responsables du projet, nous avons toutefois bénéficié de beaucoup de soutien de la part de l'équipe de projet. Nous avons en outre profité du fait que le processus de certification était bien ancré et organisé dans tout l'hôpital et nous avons pu travailler très efficacement.

Lors de l'audit du mois de décembre 2014, le Centre hospitalier Bienne a obtenu de très bonnes évaluations pour l'ensemble des huit standards. Pouvez-vous désormais mettre la pédale douce?

→ *Damiana Hafner*: Certainement pas. La certification présuppose une gestion permanente de la qualité, ce qui signifie qu'il faut planifier des améliorations, les mettre en œuvre et les évaluer. Tous les trois à six mois, le comité de qualité examine ainsi les indicateurs de qualité comme la satisfaction des patients ou les notifications CIRS. Une fois par trimestre, il organise en outre des discussions de cas.

→ *Stefan Siegenthaler*: Nous avons certes entièrement rempli toutes les conditions pour la première certification, mais cela ne veut pas dire que tout fonctionne parfaitement. Pour pouvoir garantir la qualité à long terme, le processus de l'alimentation des patients doit être développé et surveillé en permanence selon le principe suivant: «Celui qui cesse de s'améliorer cesse d'être bon». C'est la seule façon de réussir à obtenir les futures recertifications.



Avoir le bon geste au moment décisif

Pour tout médecin et soignant, se désinfecter les mains est obligatoire avant toute visite dans la chambre du patient.



Limiter un risque important

Un screening systématique aide à évaluer le risque de chute pendant le séjour à l'hôpital et avant le retour à la maison.

Finances

Du point de vue financier, l'année écoulée a été exigeante pour le Centre hospitalier Bienne. Tandis que le nombre de patients traités dans le domaine ambulatoire a augmenté de 2,2 % par rapport à l'année précédente, la demande est restée stable dans le domaine stationnaire (-1%). Dans l'ensemble, la tendance à la hausse s'est toutefois maintenue. Avec plus de 70 400 personnes soignées, le Centre hospitalier Bienne a traité en 2014 un nombre de patients plus élevé que jamais.

Les recettes provenant des soins stationnaires ont été supérieures à celles de 2013 de 0,4 million de francs, tandis que les recettes provenant des soins ambulatoires ont augmenté de 2,7 millions de francs. Le chiffre d'affaires a ainsi connu une légère hausse, passant de 184,3 à 185,5 millions de francs.

Les charges d'exploitation ont quant à elles augmenté de 4,5 millions de francs par rapport à l'exercice précédent (soit +2,6%) pour s'élever à 176,4 millions. Il en résulte un bénéfice d'exploitation avant intérêts, impôts et amortissements (EBITDA) de 9 millions de francs (contre 12,3 millions l'année précédente). La marge de l'EBITDA reste donc pour l'instant inférieure au niveau requis pour le financement durable des investissements. Le résultat global de 2014 indique un léger déficit de 0,3 million de francs (contre un bénéfice de 3,6 millions l'année précédente).

Le total du bilan a diminué de 8,2 millions de francs à 255,4 millions, les fonds propres, de 0,3 million à 228,4 millions de francs. En dépit de ce léger recul, le Centre hospitalier Bienne dispose toujours d'une part de fonds propres très solide, qui s'élève à 89,4%. Cette situation favorable est l'un des éléments qui lui permettent d'être confiant dans sa capacité à relever avec succès les défis à venir, dans un contexte qui reste exigeant.

Comptes annuels

Bilan

Swiss GAAP RPC

		31.12.2014	31.12.2013
	<i>Chiffre dans l'annexe</i>	<i>CHF</i>	<i>CHF</i>
Actif			
Liquidités		21 738 311	25 429 201
Titres		0	5 000 000
Créances résultant de livraisons et de prestations	1	26 304 433	24 598 385
Autres créances à court terme	2	657 483	960 691
Prestations non décomptées/ traitements en cours	3	2 167 962	2 228 425
Stocks	4	3 954 783	4 049 991
Actifs de régularisation	5	582 808	425 578
Actif circulant		55 405 780	62 692 271
Immobilisations corporelles	6	108 418 962	106 380 569
Immobilisations financières	7	87 125 181	91 917 078
Immobilisations incorporelles	8	4 463 538	2 575 231
Actif immobilisé		200 007 681	200 872 878
Total Actif		255 413 461	263 565 149

		31.12.2014	31.12.2013
	<i>Chiffre dans l'annexe</i>	<i>CHF</i>	<i>CHF</i>
Passif			
Dettes résultant de livraisons et de prestations	9	8 197 455	12 253 772
Autres dettes à court terme	10	6 026 723	6 346 484
Passifs de régularisation	11	5 545 351	6 703 300
Engagements à court terme		19 769 529	25 303 556
Autres dettes à long terme / fonds	12	382 419	285 994
Provisions	13	6 908 245	9 278 215
Engagements à long terme		7 290 664	9 564 209
Engagements		27 060 193	34 867 765
Capital actions		7 750 000	7 750 000
Réserves provenant de bénéfices		220 947 384	217 378 395
Perte / bénéfice de l'exercice		-344 116	3 568 989
Fonds propres		228 353 268	228 697 384
Total Passif		255 413 461	263 565 149

L'annexe fait partie intégrante de ces comptes annuels.

Compte de résultat

Swiss GAAP RPC

		2014	2013
	<i>Chiffre dans l'annexe</i>	<i>CHF</i>	<i>CHF</i>
Produits envers les patients	14	178 419 634	175 451 873
Autres produits	15	7 043 248	8 801 826
Produits d'exploitation		185 462 882	184 253 699
Charges de personnel	16/17	118 278 476	116 743 059
Matériel médical d'exploitation	18	37 091 367	32 884 404
Autres charges pour biens et services	19	21 059 671	22 326 953
Charges de personnel et pour biens et services		176 429 514	171 954 416
Résultat d'exploitation avant intérêts, impôts et amortissements (EBITDA)		9 033 368	12 299 283
Amortissements sur immobilisations corporelles	6	7 859 822	7 274 059
Amortissements sur immobilisations incorporelles	8	1 195 939	1 470 555
Résultat d'exploitation avant impôts et intérêts (EBIT)		-22 393	3 554 669
Produits financiers	20	78 687	67 652
Charges financières	20	-303 985	-75 568
Résultat financier		-225 298	-7 916
Résultat ordinaire		-247 691	3 546 753
Apports aux fonds en capitaux étrangers	12	-208 506	-120 586
Prélèvements des fonds en capitaux étrangers	12	112 081	142 822
Résultat des fonds affectés		-96 425	22 236
Impôts		0	0
Perte / bénéfice de l'exercice		-344 116	3 568 989

L'annexe fait partie intégrante de ces comptes annuels.

Flux de trésorerie

		2014	2013
	Chiffre dans l'annexe	CHF	CHF
Perte / bénéfice de l'exercice		-344 116	3 568 989
Amortissements immobilisations corporelles et incorporelles	6/8	9 055 761	8 744 614
Correction de valeur et perte sur immobilisations financières	7	290 610	61 569
Perte sur sorties d'actifs immobilisés	6	0	28 986
Modification provisions	13	-2 369 970	1 239 864
Alimentation /prélèvement de fonds (net)	12	96 425	-22 236
Augmentation / diminution créances résultant de livraisons et prestations	1	-1 706 048	346 375
Diminution des stocks, prestations non décomptées et traitements en cours	3/4	155 671	189 053
Augmentation autres créances et actifs de régularisation	2/5	-96 674	-291 284 ¹⁾
Diminution / augmentation dettes résultant de livraisons et prestations	9	-4 056 317	2 842 768
Diminution / augmentation dettes résultant des investissements non réglées	9	1 883 566	-2 007 868
Diminution autres dettes à court terme et passifs de régularisation	10/11	-1 477 710	-5 066 938
Flux de trésorerie provenant de l'activité d'exploitation		1 431 198	9 633 892
Investissements dans des immobilisations corporelles	6	-9 898 213	-9 755 619
Diminution / augmentation dettes résultant des investissements non réglées	9	-1 883 566	-2 007 868
Paiement canton projets de fonds hospitalier	7	5 162 652	7 400 000
Investissements dans des titres / Immobilisations financières	7	-700 000	-5 000 000
Désinvestissements d'immobilisations financières	7	5 281 285	0
Investissements dans des immobilisations incorporelles	8	-3 084 246	-1 776 663
Flux de trésorerie provenant de l'activité d'investissement		-5 122 088	-11 140 150
Flux de trésorerie provenant de l'activité de financement		0	0
Variation des liquidités		-3 690 890	-1 506 258
Tableau de concordance			
Liquidités au 1 ^{er} janvier		25 429 201	26 935 459
Liquidités au 31 décembre		21 738 311	25 429 201
Variation des liquidités		-3 690 890²⁾	-1 506 258

¹⁾ Sans la créance envers le canton pour les projets du fonds hospitalier.

²⁾ En tenant compte de la diminution des titres à court terme de CHF 5 000 000, la variation globale se monte à CHF -8 690 890.

L'annexe fait partie intégrante de ces comptes annuels.

Tableau des fonds propres

	Capital- action	Réserves légales	Réserves libres	Fonds	Total inter- médiaire	Perte / bénéfice de l'exercice	Total réserves provenant de bénéfices	Total fonds propres
<i>Chiffre dans l'annexe</i>	CHF	CHF	CHF	CHF ¹⁾	CHF	CHF	CHF	CHF
Etat au 01.01.2013	7 750 000	2 350 000	213 702 209	1 033 543	217 085 752	292 643	217 378 395	225 128 395
Comptabilisation résultat 2012			292 643		292 643	-292 643		
Bénéfice de l'exercice						3 568 989	3 568 989	3 568 989
Etat au 31.12.2013	7 750 000	2 350 000	213 994 852	1 033 543	217 378 395	3 568 989	220 947 384	228 697 384
Comptabilisation résultat 2013			3 568 989		3 568 989	-3 568 989		
Perte de l'exercice						-344 116	-344 116	-344 116
Etat au 31.12.2014	21	7 750 000	2 350 000	217 563 841	1 033 543	220 947 384	-344 116	220 603 268

¹⁾ Fonds: il s'agit d'anciens fonds «Immeubles et places de parc» alimentés jusqu'en 2001.
L'annexe fait partie intégrante de ces comptes annuels.

Annexe aux comptes annuels et notices explicatives

Principes régissant l'établissement des comptes annuels

Généralités

Les comptes annuels sont établis sur la base de valeurs économiques dans le respect des prescriptions du Code suisse des obligations et en conformité avec l'ensemble des recommandations relatives à la présentation des comptes Swiss GAAP RPC. Ils reposent sur le principe de la valeur d'acquisition et donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et des résultats de la société. Les comptes annuels ont été établis en sus selon Swiss GAAP RPC. Les comptes annuels selon le droit commercial restent déterminants du point de vue fiscal et de celui du droit de la société anonyme.

Principes d'évaluation

Les postes du bilan sont évalués selon des directives homogènes. La base de l'évaluation réside dans les coûts d'acquisition ou de revient (principe des coûts historiques). Les principales règles applicables aux différents postes sont mentionnées ci-après:

a) Liquidités

Les liquidités comprennent la caisse, les avoirs en banque et à la poste ainsi que les avoirs en dépôt à court terme dont l'échéance est inférieure à 3 mois. Elles sont évaluées à la valeur nominale.

b) Titres

Le poste regroupe les avoirs dotés d'une échéance de 3 à 12 mois. Ils sont évalués à la valeur nominale.

c) Créances

Les créances sont évaluées à la valeur nominale déduction faite des corrections de valeur nécessaires. Les risques de perte concrets sont considérés individuellement. Les risques de perte latents sont pris en compte avec une correction de valeur forfaitaire. La détermination de cette correction de valeur repose sur des valeurs empiriques (les créances échues (plus de 180 jours) font l'objet d'une correction de valeur à 100%). Les créances non récupérables sont amorties sous forme de perte.

d) Prestations non décomptées et traitements en cours

L'évaluation des prestations terminées mais pas encore facturées pour des patients sortis s'effectue au montant de la facture qui a été facturé durant la nouvelle année.

L'évaluation des traitements débutés (prestation en partie fournies) s'effectue à la valeur du produit attendue au prorata pour les prestations déjà fournies. La détermination des traitements en cours est réalisée sur la base de valeurs statistiques empiriques de l'année 2014.

e) Stocks

Les stocks sont évalués au coût d'acquisition ou de revient, ou, si ceux-ci sont inférieurs, à la valeur nette du marché. Les coûts d'acquisition ou de revient comprennent l'ensemble des dépenses entrant dans leur valeur jusqu'au lieu de stockage (coût complet). Les escomptes sont considérés comme des produits financiers. La comptabilisation de la valeur s'effectue selon la méthode des coûts moyens. Les articles non courants font l'objet d'une correction de valeur.

f) Immobilisations corporelles

L'évaluation des immobilisations corporelles s'effectue au maximum aux coûts d'acquisition ou de revient, déduction faite des amortissements économiquement nécessaires. Les intérêts pendant la phase de construction ne sont pas activés. Les amortissements s'effectuent de façon linéaire sur la durée d'utilisa-

tion économique. Les durées d'utilisation pour les différentes catégories d'immobilisations se montent conformément aux directives REKOLE sur la comptabilité analytique de l'hôpital à:

Terrains:

→ pas d'amortissement

Bâtiments:

→ 33 1/3 ans

Installations dans les bâtiments:

→ 20 ans

Mobilier et équipements:

→ 10 ans

Installations médicales:

→ 8 ans

Véhicules:

→ 5 ans

Machines de bureau et système de communication, matériel informatique:

→ 4 à 5 ans

g) Leasing

Les immobilisations corporelles résultant de leasing de financement sont assimilées aux immobilisations en propriété. La valeur la plus basse de la valeur d'acquisition (valeur de marché nette) ou la valeur actualisée des futurs versements de leasing est inscrite au bilan et amortie. La valeur actualisée des futurs versements de leasing est portée au passif. Les versements de leasing sont répartis en une part amortissement et une part intérêts. La part amortissement est décomptée avec les dettes portées au bilan, la part amortissement est saisie comme charge financière.

h) Immobilisations financières

Les immobilisations financières comprennent les parts au capital d'autres organisations avec l'intention de les détenir durablement (participations), les titres et emprunts tout comme les actifs issus de réserves de cotisations d'employeur. Les immobilisations financières sont portées au bilan à la valeur boursière ou au coût d'acquisition, déduction faite de la correction de valeur requise. Les prêts sont évalués aux valeurs nominales, en considération des risques de solvabilité. Les actifs issus de réserves de

cotisations d'employeur sont évalués à la valeur nominale.

i) Immobilisations incorporelles

Les immobilisations incorporelles sont des valeurs incorporelles acquises qui englobent exclusivement les logiciels informatiques (prestations de conseil externes et licences). Elles sont évaluées au coût d'acquisition et amorties de façon linéaire sur la durée d'utilisation de 3 à 4 ans.

k) Dépréciations d'actifs (impairment)

La valeur des actifs à long terme est soumise à une évaluation à chaque clôture du bilan. S'il y a des signes de dépréciation durable, le calcul de la valeur réalisable doit être effectué (*impairment test*). Si la valeur comptable dépasse la valeur réalisable, une adaptation avec impact sur le résultat est effectuée par des amortissements exceptionnels.

l) Dettes

Les dettes résultant de livraisons et de prestations ainsi que les autres dettes sont saisies au bilan à leur valeur nominale.

m) Provisions (à court et moyen terme)

Des provisions sont constituées lorsqu'un événement survenu par le passé entraîne un engagement probable motivé et dont le montant et/ou l'échéance peuvent être estimés bien qu'ils soient incertains. L'évaluation de la provision repose sur l'estimation de la sortie de fonds pour l'accomplissement de l'engagement.

n) Fonds

Les fonds sont des moyens affectés à la garantie du financement de certaines tâches déterminées, pour lesquels des comptes distincts doivent être tenus. Sont des fonds, les legs, les fondations dépendantes ainsi que les moyens financiers réglementés ou créés par l'entité elle-même. Les legs et les fondations sont des actes de disposition de personnes privées en faveur de l'hôpital sous forme de valeurs patrimoniales.

Les fonds sont portés au bilan sous les autres dettes à long terme, si l'utilisation des fonds est prescrite de façon stricte et précise et qu'il existe un engagement dans les rapports externes. L'on considère comme fonds de tiers un fonds dont l'organe de direction de l'organisation n'a pas la compétence d'affecter les montants à un autre but que celui déterminé initialement. Tous les autres fonds sont portés au bilan dans les fonds propres.

o) Impôts

Aux termes de la loi sur les soins hospitaliers, la société est exonérée des impôts directs pour les prestations fournies dans les contrats de prestations. En revanche, le bénéfice et le capital concernant les activités annexes sont imposés.

p) Institutions de prévoyance professionnelle

Les employés et anciens employés du Centre hospitalier Bienne SA sont, conformément aux prescriptions légales, assurés contre les conséquences économiques de la vieillesse, du décès et de l'invalidité, au sein de différentes fondations. Les institutions de prévoyance sont financées par des cotisations de l'employeur et des employés.

Le compte de résultats indique les cotisations délimitées pour la période sous forme de charge de personnel. Dans le bilan, on saisit les régularisations actives ou passives correspondantes ou les créances et dettes résultant de bases contractuelles, réglementaires ou légales. Une évaluation annuelle détermine s'il existe un avantage ou un engagement économique issu des institutions de prévoyance, du point de vue de l'organisation. Sont pris pour base les contrats, les comptes annuels des institutions de prévoyance établis en conformité avec la Swiss GAAP RPC 26 et d'autres calculs représentant la situation financière, les couvertures ou les sous-couvertures existantes correspondant à la situation effective.

q) Saisie du chiffre d'affaires

Les produits résultant de prestations sont saisis lorsque la prestation est four-

nie, que le montant des produits et les coûts peuvent être déterminés de façon fiable et que l'avantage économique va vraisemblablement faire l'objet d'un flux.

Transactions avec des parties liées

Les relations commerciales avec des proches sont traitées à des conditions conformes au marché.

Le canton de Berne est actionnaire à 99,75%. Il contribue, en raison de la LAMal, à hauteur d'un montant maximum de 55% aux produits des patients stationnaires dans l'assurance de base. Dans le domaine des soins aigus, il verse des cotisations supplémentaires pour la formation continue des médecins assistants, ainsi que le conseil aux familles et en matière de grossesse.

Sont considérées comme «parties liées», outre le canton de Berne, les participations, les institutions de prévoyance du personnel, les membres du comité directeur et du conseil d'administration.

Notices explicatives aux comptes annuels

	31.12.2014	31.12.2013	Δ 2014 / 2013
	CHF	CHF	CHF

1

Créances résultant de livraisons et de prestations de services

Créances résultant de livraisons et de prestations de services envers des tiers	27 039 098	25 515 050	1 524 048
Créances résultant de livraisons et de prestations de services actionnaire / canton	471 335	471 335	0
Correction de valeur	-1 206 000	-1 388 000	182 000
Total	26 304 433	24 598 385	1 706 048

2

Autres créances à court terme

Créances envers des tiers	389 097	400 402	-11 305
Créances envers l'actionnaire / canton	199 915	442 567	-242 652
Créances envers les sociétés liées	68 471	66 817	1 655
Créances envers les institutions de prévoyance	0	50 906	-50 906
Total	657 483	960 691	-303 208

3

Prestations non décomptées

Prestations ambulatoires non décomptées	138 840	94 459	44 381
Traitements stationnaires en cours	2 029 122	2 133 966	-104 844
Total	2 167 962	2 228 425	-60 463

Les prestations fournies aux patients stationnaires sortis avant le 31.12.2014 sont totalement facturées. Celles fournies aux patients encore en traitement au cours de la nouvelle année sont délimitées.

4

Stocks

Consommables médicaux	1 499 109	1 437 886	61 223
Médicaments	1 446 609	1 278 761	167 848
Implants et pansements	530 393	653 607	-123 214
Combustibles y c. réserve de secours	177 798	392 245	-214 447
Autres stocks	300 874	287 492	13 382
Total	3 954 783	4 049 991	-95 208

5

Actifs de régularisation

Charges payées d'avance	348 892	229 876	119 016
Produits reçus d'avance	233 916	195 702	38 214
Total	582 808	425 578	157 230

6

Immobilisations corporelles

	Biens immobiliers	Installations fixes	Biens mobiliers	Immobilisations médico-techniques	Immobilisations informatiques	Immobilisations corporelles en construction	Total immobilisations corporelles
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Coûts d'acquisition							
Etat au 01.01.2013	104 572 886	51 683 601	17 264 665	29 136 069	2 820 968	27 648 058	233 126 247
Entrées	314 692	209 615	1 098 883	3 013 407	645 997	8 488 761	13 771 355
Sorties	0	0	-901 049	-3 994 047	-685 133	0	-5 580 229
Reclassifications	25 359 560	518 800	323 465	514 171	231 799	-26 889 631	58 164 ¹⁾
Etat au 31.12.2013	130 247 138	52 412 016	17 785 964	28 669 600	3 013 631	9 247 188	241 375 537
Amortissements et corrections de valeur							
Etat au 01.01.2013	57 079 550	42 734 498	10 713 163	20 293 275	2 339 231	0	133 159 717
Amortissements ordinaires	2 397 551	964 238	1 289 877	2 164 087	458 306	0	7 274 059
Sorties	0	0	-901 049	-3 965 061	-685 133	0	-5 551 243
Reclassifications	0	0	-879	879	112 435	0	112 435 ¹⁾
Etat au 31.12.2013	59 477 101	43 698 736	11 101 112	18 493 180	2 224 839	0	134 994 968
Valeur comptable au 31.12.2013	70 770 037	8 713 280	6 684 852	10 176 420	788 792	9 247 188	106 380 569
Dont immobilisations en leasing	0	0	0	0	0	0	0
Coûts d'acquisition							
Etat au 01.01.2014	130 247 138	52 412 016	17 785 964	28 669 600	3 013 631	9 247 188	241 375 537
Entrées	2 687 564	2 210 219	208 158	1 490 365	1 416 946	3 078 265	11 091 517
Sorties	0	-391 188	-430 995	-1 221 673	-1 545 485	0	-3 589 341
Reclassifications	130 432	768 041	4 052	1 422 615	1 086 853	-4 605 296	-1 193 303 ¹⁾
Etat au 31.12.2014	133 065 134	54 999 088	17 567 179	30 360 907	3 971 945	7 720 157	247 684 410
Amortissements et corrections de valeur							
Etat au 01.01.2014	59 477 101	43 698 736	11 101 112	18 493 180	2 224 839	0	134 994 968
Amortissements ordinaires	0	0	0	0	0	0	0
Sorties	2 838 820	663 066	1 364 296	2 265 482	728 157	0	7 859 821
Reclassifications	0	-391 188	-430 995	-1 221 673	-1 545 485	0	-3 589 341
Etat au 31.12.2014	62 315 921	43 970 614	12 034 413	19 536 989	1 407 511	0	139 265 448
Valeur comptable au 31.12.2014	70 749 213	11 028 474	5 532 766	10 823 918	2 564 434	7 720 157	108 418 962
Dont immobilisations en leasing	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Reclassification en provenance et vers les immobilisations incorporelles.
Les immobilisations en cours de construction ne sont comptabilisées définitivement dans leur classe qu'en fin de projet. Voir tableau 8 Immobilisations incorporelles.

Investissements sans incidence sur les liquidités

	2014	2013
Dettes d'investissements non payées	1 789 260	3 672 826
Variation	-1 883 566	+2 007 868

7

Immobilisations financières

	Titres <i>CHF</i>	Participations <i>CHF</i> 2)	Prêts aux sociétés associées <i>CHF</i>	Créances actionnaire / canton <i>CHF</i> 1)	Actifs issus des réserves de cotisa- tions d'em- ployeur <i>CHF</i>	Total immobili- sations financières <i>CHF</i>
Coûts d'acquisition						
Etat au 01.01.2013	624 466	200 000	0	98 350 000	204 181	99 378 647
Entrées	0	0	0	0	0	0
Sorties	0	0	0	-7 400 000	0	-7 400 000
Etat au 31.12.2013	624 466	200 000	0	90 950 000	204 181	91 978 647
Amortissements et corrections de valeur						
Etat au 01.01.2013	0	0	0	0	0	0
Entrées	61 569	0	0	0	0	61 569
Sorties	0	0	0	0	0	0
Etat au 31.12.2013	61 569	0	0	0	0	61 569
Valeur comptable au 31.12.2013	562 897	200 000	0	90 950 000	204 181	91 917 078
Coûts d'acquisition						
Etat au 01.01.2014	624 466	200 000	0	90 950 000	204 181	91 978 647
Entrées	0	300 000	400 000	0	0	700 000
Sorties	-361 466	0	0	-4 920 000	0	-5 281 466
Etat au 31.12.2014	263 000	500 000	400 000	86 030 000	204 181	87 397 181
Amortissements et corrections de valeur						
Etat au 01.01.2014	61 569	0	0	0	0	61 569
Entrées	0	272 000	0	0	0	272 000
Sorties	-61 569	0	0	0	0	-61 569
Etat au 31.12.2014	0	272 000	0	0	0	272 000
Valeur comptable au 31.12.2014	263 000	228 000	400 000	86 030 000	204 181	87 125 181

Créances actionnaire / canton

1) En raison de la loi sur les soins hospitaliers en vigueur dans le canton de Berne jusqu'à fin 2011, les investissements ont été intégralement ou partiellement financés par le canton au moyen de subventions. Ce montant représente la somme dont le Centre hospitalier Bienne peut encore disposer pour des investissements.

Participations en CHF

2) **ARB SA pour le secteur ambulancier de la région biennoise**
Service de transport de malades et de blessés pour les secours dans la région de Bienne et environs

	31.12.2014	31.12.2013
Capital actions nominal	300 000	300 000
Taux de participation	66,6%	66,6%
Valeur comptable	200 000	200 000

2) **Localmed SA, Bienne**

Exploitation de centres médicaux y c. des pharmacies dans la région de Bienne et environs

	31.12.2014
Capital actions nominal	600 000
Taux de participation	50,0%
Coût d'acquisition	300 000
Part aux fonds propres au moment de l'acquisition le 01.01.2014	28 073
Valeur comptable au 31.12.2014	28 000

Total

CHF

8

Immobilisations incorporelles**Logiciels****Coûts d'acquisition**

Etat au 01.01.2013	10 901 763
Entrées	1 776 663
Sorties	-4 711 756
Reclassifications	-224 870 ¹⁾
Reclassifications	166 706 ²⁾
Etat au 31.12.2013	7 908 506

Amortissements et corrections de valeur

Etat au 01.01.2013	8 686 912
Sorties	-4 711 757
Amortissements ordinaires	1 470 555
Reclassifications	-112 435 ¹⁾
Etat au 31.12.2013	5 333 275

Valeur comptable au 31.12.2013

Valeur comptable au 31.12.2013	2 575 231
Dont immobilisations en leasing	0

Coûts d'acquisition

Etat au 01.01.2014	7 908 506
Entrées	1 890 944
Sorties	-1 015 157
Reclassifications	1 193 302 ²⁾
Etat au 31.12.2014	9 977 595

Amortissements et corrections de valeur

Etat au 01.01.2014	5 333 275
Sorties	-1 015 157
Amortissements ordinaires	1 195 939
Etat au 31.12.2014	5 514 057

Valeur comptable au 31.12.2014

Valeur comptable au 31.12.2014	4 463 538
Dont immobilisations en leasing	0

¹⁾ Reclassification en immobilisations corporelles²⁾ Reclassification depuis immobilisations corporelles (immobilisations en cours de construction)

9

Dettes résultant de livraisons et de prestations

	31.12.2014	31.12.2013	Δ 2014 / 2013
	<i>CHF</i>	<i>CHF</i>	<i>CHF</i>
Dettes résultant de livraisons et de prestations de tiers	8 089 516	12 165 414	-4 075 898
Dettes résultant de livraisons et de prestations filiales	107 939	88 358	19 581
Total	8 197 455	12 253 772	-4 056 317

Les dettes résultant d'achats et prestations de services se montent à 8,2 MCHF soit 4 MCHF (33,1%) de moins que l'année précédente. Ce solde de créances correspond au volume d'activité normal, contrairement à l'année précédente qui avait enregistré une concentration importante de créances au niveau de l'exploitation ainsi que des investissements.

Dettes d'investissements non payées	1 789 260	3 672 826	
Variation par rapport à l'exercice précédent	-1 883 566	2 007 868	

10

Autres dettes à court terme

Dettes envers des tiers	4 330 404	2 638 903	1 691 501
Dettes envers l'actionnaire / canton	1 302 970	37 019	1 265 951
Dettes envers les institutions de prévoyance	393 349	3 670 562	-3 277 213 ¹⁾
Total	6 026 723	6 346 484	-319 761

¹⁾ En 2013, un montant de 3,4 MCHF était comptabilisé comme dette à court terme envers la caisse de pensions.

11

Régularisations passives

Vacances dues	1 973 768	1 999 812	-26 044
Heures supplémentaires dues	1 926 035	1 958 704	-32 669
Remboursement chiffre d'affaires aux caisses maladie (LCA)	490 000	613 314	-123 314
Prime au personnel	0	600 000	-600 000
Autres passifs de régularisation	1 155 548	1 531 470	-375 922
Total	5 545 351	6 703 300	-1 157 949

12

Autres dettes à long terme / fonds

	Fonds scientifiques <i>CHF</i>	Dettes à long terme <i>CHF</i> ¹⁾	Total <i>CHF</i>
Valeur comptable au 01.01.2013	308 231	3 400 000	3 708 231
Apports avec incidence sur le résultat	120 585	0	120 585
Prélèvements avec incidence sur le résultat	-142 822	0	-142 822
Entrées	0	-3 400 000	-3 400 000
Valeur comptable au 01.12.2013	285 994	0	285 994
Valeur comptable au 01.01.2014	285 994	0	285 994
Apports avec incidence sur le résultat	208 506	0	208 506
Prélèvements avec incidence sur le résultat	-112 081	0	-112 081
Reclassifications en tant que dettes à court terme	0	0	0
Valeur comptable au 31.12.2014	382 419	0	382 419

¹⁾ Les dettes à long terme au 1.01.2013 existaient vis-à-vis de l'institution de prévoyance en raison du changement de primauté au 01.01.2013.

Le montant a été payé en 2014 et avait donc été reclassifié dans les dettes à court terme. Cette reclassification est sans incidence sur les liquidités.

13

Provisions

	Risques tarifaires <i>CHF</i> ¹⁾	Litiges <i>CHF</i> ²⁾	Gratification ancienneté <i>CHF</i>	Total <i>CHF</i>
Valeur comptable au 01.01.2013	3 823 245	3 115 106	1 100 000	8 038 351
Constitution	1 255 000	68 000	181 942	1 504 942
Utilisation	0	-143 136	-121 942	-265 078
Etat au 31.12.2013	5 078 245	3 039 970	1 160 000	9 278 215
dont provisions à court terme	0	0	0	0
dont provisions à long terme	5 078 245	3 039 970	1 160 000	9 278 215
Valeur comptable au 01.01.2014	5 078 245	3 039 970	1 160 000	9 278 215
Constitution	135 000	102 000	132 186	369 186
Utilisation	0	-1 325 778	-72 186	-1 397 964
Dissolution	0	-1 341 192	0	-1 341 192
Etat au 31.12.2014	5 213 245	475 000	1 220 000	6 908 245
dont provisions à court terme	0	0	0	0
dont provisions à long terme	5 213 245	475 000	1 220 000	6 908 245

¹⁾ Ce poste couvre les risques résultant des tarifs pas encore définitifs. Pour les traitements stationnaires, la Baserate n'est en partie pas encore définitive et dans Tarmed également, la valeur du point tarifé n'est que provisoire.

L'évaluation des risques tarifaires et donc du montant de la provision repose sur une estimation. Comme le montant de l'indemnisation définitive devrait être déterminé par la jurisprudence, il est possible que la réduction effective de produit soit supérieure ou inférieure à la valeur prévisible lors de la détermination de la provision.

²⁾ Au 31.12.2014, ces provisions concernent uniquement les franchises des cas de responsabilité civile attendus. La provision pour litiges du droit de travail a été dissoute complètement.

14

Produits envers les patients

	2014	2013	Δ 2014 / 2013
	<i>CHF</i>	<i>CHF</i>	<i>CHF</i>
Recettes stationnaires	124 168 842	123 941 429	227 413
Variation traitements stationnaires en cours	-104 845	-280 128	175 283
Recettes ambulatoires	55 093 693	52 481 515	2 612 178
Modification prestations ambulatoires non décomptées	44 381	-34 293	78 674
Réduction sur les recettes	-782 437	-656 650	-125 787
Total	178 419 634	175 451 873	2 967 761

15

Autres produits

Contrat de prestations canton	1 505 864	2 693 851	-1 187 987
Prestations à des tiers	5 211 645	5 556 879	-345 234
Produits issus des pools	325 739	551 096	-225 357
Total	7 043 248	8 801 826	-1 758 578

Le contrat de prestations avec le canton apporte une contribution au financement de la formation continue des médecins et du planing familial. La baisse de 1,2 mio CHF par rapport à l'année précédente s'explique par l'abandon par le canton du financement du bilinguisme.

16

Charges de personnel

Charges salariales	100 200 071	90 535 544	9 664 527
Charges des honoraires médecins internes	81 373	8 552 415	-8 471 042
Charges sociales	16 114 102	15 601 193	512 909
Autres charges de personnel	1 882 930	2 053 907	-170 977
Total	118 278 476	116 743 059	1 535 417

*NOMBRE**NOMBRE***Total postes à plein temps****975****947****28**

Le nombre de postes à plein temps a augmenté de 28 unités, ce qui explique l'accroissement des charges du personnel.

En 2014, un nouveau modèle de rémunération des médecins cadres (médecins-chefs et médecins responsables) a été mis en place. Ceci explique le transfert entre les rubriques «Salaires» et «Honoraires des médecins internes».

La rubrique «Honoraires des médecins internes» comprend en 2014 uniquement un solde résiduel de l'année précédente.

17

Engagements envers des institutions de prévoyance

Pour la prévoyance professionnelle du personnel du Centre hospitalier Bienne SA, il existe différents contrats d'affiliation dont les plans de prévoyance se basent sur la primauté des cotisations.

Groupe d'assurés	Nombre de coll.	Œuvre de prévoyance	Primauté	Autres indications
Tous les collaborateurs hors médecins-assistants et chefs de clinique	1 127	Fondation de prévoyance CHB SA	Primauté des cotisations	Fondation commune avec ARB SA pour le secteur ambulancier de la région de Bienne
Médecins-assistants et chefs de clinique	123	ASMAC	Primauté des cotisations	Fondation commune pour médecins-assistants et chefs de clinique
Médecins-chefs et chefs de service	43	VLSS Valitas	Primauté des cotisations	Fondation commune pour médecins-chefs et chefs de service

	31.12.14	31.12.13
	CHF	CHF
Engagements envers des institutions de prévoyance		
Cotisations	393 349	270 562
Autres dettes à court terme changement de primauté	0	3 400 000

Réserves de cotisations de l'employeur (RCE)

	Valeur nominale	Renonciation d'utilisation	Bilan	Constitution	Bilan	Résultat de RCE dans charges de personnel	
	31.12.2014	31.12.2014	31.12.2014	2014	31.12.2013	2014	2013
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Fondation de prévoyance CHB	204 181	0	204 181	0	204 181	0	0
Total	204 181	0	204 181	0	204 181	0	0

Avantage / engagement économique et charges de prévoyance

	Couverture selon Swiss GAP RPC 26	Part économique en faveur de l'entreprise		Modification avec incidence sur le résultat	Cotisations délimitées sur la période	Charges de prévoyance dans charges de personnel	
	31.12.2014	31.12.2014	31.12.2013			2014	2014
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Fondation de prévoyance CHB	25 031 146	0	0	0	6 653 103	6 653 103	6 229 676 ¹⁾
ASMAC	²⁾	0	0	0	795 046	795 046	734 823
VLS Valitas	²⁾	0	0	0	298 786	298 786	280 157
Total	25 031 146	0	0	0	7 746 935	7 746 935	7 244 656

¹⁾ Il est indiqué la couverture intégrale, y compris la part dévolue à ARB SA pour le secteur ambulancier de la région de Bienne, qui assure 46 personnes dans la fondation.

²⁾ Les deux fondations de prévoyance présentent au jour de référence 31.12.2014 des taux de couverture supérieurs à 100 %.

18

Matériel médical d'exploitation

	2014	2013	Δ 2014 / 2013
	<i>CHF</i>	<i>CHF</i>	<i>CHF</i>
Médicaments	13 453 574	12 590 076	863 498
Implants	4 084 733	4 173 741	-89 008
Matériel, instruments, ustensiles et textiles	9 035 532	8 411 990	623 542
Produits chimiques et réactifs	1 357 157	1 336 309	20 848
Prestations tierces médicales, diagnostiques et thérapeutiques	9 129 332	6 313 742	2 815 590
Autre matériel médical d'exploitation	31 039	58 546	-27 507
Total	37 091 367	32 884 404	4 206 963

Les prestations tierces médicales ont continué la progression entamée en 2013 en raison du recours à de nouveaux médecins-adjoints.

19

Autres charges

Produits alimentaires	2 143 965	2 143 126	839
Charges de ménage	2 052 699	1 965 527	87 172
Charges d'entretien et de réparation	3 753 845	4 015 225	-261 380
Charges d'utilisation des installations	1 341 049	1 548 691	-207 642
Charges d'énergie et d'eau	1 882 334	1 900 389	-18 055
Charges d'admin. et d'informatique	5 944 062	7 078 272	-1 134 210
Autres charges liées aux patients	1 580 789	1 377 770	203 019
Autres charges non liées aux patients	2 360 928	2 297 953	62 975
Total	21 059 671	22 326 953	-1 267 282

Les charges d'administration et d'informatique ont baissé de 1,1 mio CHF suite à la dissolution d'une provision pour litiges du droit de travail.

20

Résultat financier

Produit des intérêts des capitaux	78 687	67 652	11 035
Total produits financiers	78 687	67 652	11 035
Correction de valeur participation	272 000	0	272 000
Perte de cours sur actifs financiers	28 459	70 950	-42 491
Autres charges financières	3 526	4 618	-1 092
Total charges financières	303 985	75 568	228 417

21

Justification des fonds propres

	31.12.2014	31.12.2013
Capital actions		
Le capital actions est réparti en 7750 actions nominatives de chacune CHF 1000.00; les actions sont entièrement libérées.	7 750 000	7 750 000
Les actions sont assorties d'une restriction et sont la propriété du canton de Berne pour 99,75% et de la Fondation Wildermeth à Bienne pour 0,25%.		
Réserves légales		
Montant total des réserves légales et statutaires non distribuables	2 350 000	2 350 000

31.12.2014

31.12.2013

CHF

CHF

Informations supplémentaires

Cautiounnements, obligations de garantie et constitutions de gages en faveur de tiers

Garantie de déficit envers ARB SA pour le secteur ambulancier de la région de Bienne	p.m.	p.m.
--	------	------

Actifs mis en gage ou cédés pour garantir des engagements de la société

	aucun	aucun
--	-------	-------

Engagements de leasing ne figurant pas au bilan

	aucun	aucun
--	-------	-------

Valeurs d'assurance incendie des immobilisations corporelles

	334 126 156	319 683 500
--	-------------	-------------

Informations pour la réalisation d'une évaluation des risques

Le conseil d'administration se penche régulièrement sur le thème des risques et de leurs évaluations.

Rémunération du conseil d'administration et du comité directeur

(tous les montants y c. charges de l'employeur constituant des prétentions de prévoyance)

Conseil d'administration

Daniel Borer (jusqu'au 30.06.2013)	0	6 961
Manuel Fricker (depuis le 19.06.2013)	18 646	9 758
Urs Metzger	20 215	27 987
Philippe Paroz, vice-président	16 800	19 996
Fredy Sidler, président	32 368	34 946
Thomas von Burg	18 430	26 217
	106 459	125 865

Comité directeur

	1 764 809	1 798 491
--	-----------	-----------

dont montant le plus élevé : Bruno Letsch, président du comité directeur	399 072	388 802
---	---------	---------

2014

CHF

2013

CHF

Informations supplémentaires

Valeurs résiduelles d'immobilisations corporelles subventionnées

	2014	2013
	CHF	CHF
Valeurs résiduelles d'immobilisations corporelles subventionnées	53 487 859	57 994 371

53 487 859

57 994 371

Conventions à long terme / obligations d'achat

Contrat de location Centre Médical Bienne S.à r.l. – CMB
(locaux cabinets 355 m² – de juillet 2013 à mai 2018)

346 737

448 221

Transactions significatives avec les parties liées

Actionnaire canton de Berne

Produits envers les patients	56 118 194	57 182 117
Contrat de prestation avec le canton	1 505 864	2 693 851
Créances au 31.12.	671 250	913 902
Créance concernant les projets du fonds hospitalier au 31.12.	86 030 000	90 950 000
Versements concernant les projets du fonds hospitalier	4 920 000	7 400 000
Engagements au 31.12.	1 302 970	37 019

ARB SA pour le secteur ambulancier de la région de Bienne

Créances au 31.12	68 471	66 817
Engagements au 31.12	107 939	88 358
Coûts des transports en ambulance pour CHB SA	920 700	873 781
Produits avec ARB SA	108 724	112 305

Evénements postérieurs à la clôture du bilan

Les comptes annuels ont été approuvés par le conseil d'administration le 1.04.2015. Jusqu'à cette date, il n'est survenu après la clôture du bilan aucun événement portant atteinte de manière significative à la fiabilité des comptes annuels.

Rapport de l'organe de révision



Rapport du réviseur
au Conseil d'administration de
Centre hospitalier Bienne SA
Bienne

Rapport du réviseur au Conseil d'administration sur les comptes annuels 2014 selon Swiss GAAP RPC

En notre qualité d'auditeur et conformément à notre mandat, nous avons effectué l'audit des comptes annuels de Centre hospitalier Bienne SA, comprenant le bilan, le compte de résultat, le tableau de flux de trésorerie, le tableau des fonds propres et l'annexe (pages 48 à 65) pour l'exercice arrêté au 31 décembre 2014.

Responsabilité du Conseil d'administration

La responsabilité de l'établissement des comptes annuels, conformément aux Swiss GAAP RPC et aux dispositions légales, incombe au Conseil d'administration. Cette responsabilité comprend la conception, la mise en place et le maintien d'un système de contrôle interne relatif à l'établissement de comptes annuels afin que ceux-ci ne contiennent pas d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. En outre, le Conseil d'administration est responsable du choix et de l'application de méthodes comptables appropriées, ainsi que des estimations comptables adéquates.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste, sur la base de notre audit, à exprimer une opinion sur les comptes annuels. Nous avons effectué notre audit conformément aux normes d'audit suisses. Ces normes requièrent de notre part de nous conformer aux règles d'éthique et de planifier et réaliser l'audit pour obtenir une assurance raisonnable que les comptes annuels ne contiennent pas d'anomalies significatives.

Un audit inclut la mise en œuvre de procédures d'audit en vue de recueillir des éléments probants concernant les valeurs et les informations fournies dans les comptes annuels. Le choix des procédures d'audit relève du jugement de l'auditeur, de même que l'évaluation des risques que les comptes annuels puissent contenir des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Lors de l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en compte le système de contrôle interne relatif à l'établissement des comptes annuels, pour définir les procédures d'audit adaptées aux circonstances, et non pas dans le but d'exprimer une opinion sur l'existence et l'efficacité de celui-ci. Un audit comprend, en outre, une évaluation de l'adéquation des méthodes comptables appliquées, du caractère plausible des estimations comptables effectuées ainsi qu'une appréciation de la présentation des comptes annuels dans leur ensemble. Nous estimons que les éléments probants recueillis constituent une base suffisante et adéquate pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion d'audit

Selon notre appréciation, les comptes annuels pour l'exercice arrêté au 31 décembre 2014 donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation et des résultats en conformité avec les Swiss GAAP RPC et sont conformes à la loi suisse.

PricewaterhouseCoopers AG

Peter Held
Expert-réviseur

Severin Gebhart

Berne, le 1^{er} avril 2015

PricewaterhouseCoopers AG, Bahnhofplatz 10, Postfach, 3001 Bern
Telefon: +41 58 792 75 00, Telefax: +41 58 792 75 10, www.pwc.ch

PricewaterhouseCoopers AG est membre d'un réseau mondial de sociétés juridiquement autonomes et indépendantes les unes des autres.