

---

# systeme d'amélioration continue de la qualité / SACQ

## rapport de synthèse 2014

---

---

### Table des matières

---

Manuel Qualité	... 2
Procédures	... 2
Système d'amélioration continue de la qualité	... 3
Projets institutionnels	... 3
Conformité légale	... 5
Finances, comptabilité et facturation	... 5
Ressources Humaines	... 6
Communication	... 6
Hygiène hospitalière et sécurité	... 6
Audits et contrôles externes	... 7
Audits internes	... 8
Formation / Evaluations	... 9
Enquêtes de satisfaction	... 10
Conclusion	... 11

---

### Annexes

---

Tableau de bord global	..... 1
Actions et événements qualité	..... 2
Tableau des projets institutionnels	..... 3
Suivi du taux de facturation ambulatoire	..... 4
Tableau des ressources humaines	..... 5
Evaluation des séminaires internes	..... 6
Evaluations FMH	..... 7
Enquête de satisfaction des élèves stagiaires	..... 8
Enquête de satisfaction patients hospitalisés (psychiatrie de l'adulte)	..... 9
Enquête de satisfaction patients suivi en ambulatoire (psychiatrie de l'adulte)	..... 10
Enquête de satisfaction QuaThéSI (Unités de traitements des dépendances)	..... 11
Enquête de satisfaction patients/parents (pédopsychiatrie UHPP)	..... 12
Suivi du taux d'erreur de "préparation des barquettes des médicaments"	..... 13
Indicateurs QuaThéDA (UTD - Unités de Traitements des Dépendances)	..... 14
Enquête de satisfaction - Unité Hospitalière de Psychogériatrie	..... 15

## Manuel Qualité

Le Manuel Qualité du Système d'Amélioration Continue de la Qualité (norme ISO 9001:2008) est en **version 08 du 20 mars 2015** et depuis il n'y a pas eu de changement majeur.  
 L'annexe du manuel concernant la norme QuaThéDA (Qualité Thérapie Drogues et Alcool) pour les Unités de Traitements des Dépendances est en version 3 du 20 février 2104.

Tous les documents annexes au manuel ont été mis à jour.

## Procédures

<b>Nombre de procédures</b>	<b>194</b>
<i>Activités cliniques</i>	116 (13 dont procédures UTD – QuaThéDA)
<i>Assurance Qualité</i>	5
<i>Direction</i>	7
<i>Administration</i>	19
<i>Conformité Légale</i>	5
<i>Conception &amp; Développement</i>	2
<i>Hygiène Hospitalière et Sécurité</i>	3
<i>Information &amp; Communication</i>	8
<i>Formation</i>	7
<i>Ressources Humaines</i>	9
<i>Pharmacie</i>	4
<i>Achats</i>	3
<i>Cuisine</i>	3
<i>Logistique</i>	3
<b>dont nouvelles procédures</b>	6 procédures concernant la liaison DPT-EVAM 5 procédures concernant l'antenne DEPART
<b>Procédures annulées</b>	0
<b>Procédures modifiées ou mises à jour</b>	28 procédures
<b>Procédures en rédaction</b>	Procédures du Centre Mémoire de l'Est Vaudois (CMEV) Procédures de l'Equipe Mobile de la Personne Agée (EMPA)

## Système d'Amélioration continue de la Qualité (SACQ)

Le tableau de bord institutionnel de l'annexe 1 récapitule les principaux indicateurs des cinq dernières années concernant les domaines des activités cliniques, des ressources humaines, financier, de la formation et de l'assurance qualité. A l'annexe 12 on peut découvrir les indicateurs spécifiques des Unités des Dépendances concernant la certification QuaThéDA (Qualité Thérapie Drogues Alcool).

Les enregistrements du Système d'Amélioration Continu de la Qualité (SACQ) sont regroupés par unités et triés sur la base des actions et événements qui influencent la « roue de l'amélioration ». Nos actions qualifiées se reportent toutes à la définition de la qualité qui a été éditée par H+ dans le manuel du management de la qualité des établissements de santé :

*« la qualité représente l'ensemble des caractéristiques et propriétés d'un produit, dans notre cas les soins, d'une procédure ou d'un service qui est conforme aux besoins exprimés d'une manière explicite ou implicite »*

Dans les tableaux de l'annexe 2 figure le nombre des actions qualité enregistrées dans le SACQ au 1<sup>er</sup> février 2014 par domaine d'activité et par service/unité selon les définitions suivantes :

- amélioration : action mise en place afin d'améliorer l'état actuel d'une situation qui est déjà satisfaisante,
- action corrective : action mise en place afin de revenir à une situation conforme et satisfaisante,
- action préventive : action mise en place afin de prévenir une action corrective,
- point positif : expression de la satisfaction concernant les soins ou autres prestations de l'Institution (lettres de remerciements, publications, etc.)
- incident critique : selon définition dans la procédure « PAQ\_05\_Incident critique »,
- non-conformité : non-respect d'une loi / ordonnance ou tout écart par rapport à une norme, une procédure ou règlement établi et/ou admis par l'Institution,
- plainte / réclamation : plainte ou réclamation adressée à l'Institution par un patient, une tierce personne, un collaborateur ou une institution / organisme externe.

A la date d'édition de ce rapport un total de 79 actions qualité sont encore "en cours" de réalisation.

## Projets institutionnels

A l'annexe 3 on peut voir le tableau de suivi qui donne un aperçu global des projets institutionnels suivis et leur état d'avancement.

En 2014 nous avons travaillé sur le développement d'une application informatique pour la gestion et communication autour des projets institutionnels. Cette application devrait être opérationnelle au courant du premier trimestre 2015 et elle sera accessible, en lecture seule, à l'ensemble des collaborateurs via notre site intranet.

Ci-dessous, un bref descriptif des principaux projets institutionnels de l'année 2014:

**Cartographie sanitaire / Nouvelle gouvernance** : afin de positionner la Fondation de Nant dans les années à venir, la Direction a décidé de collaborer avec la société Antares Consulting pour nous aider à établir la cartographie des prestations. Les importants changements organisationnels qui se dégagent de ce travail nous amènent à réfléchir sur une nouvelle gouvernance du nouveau modèle. Cette réflexion est actuellement en cours et a fait objet de trois "journées au vert" auxquelles ont participé un grand nombre de collaborateurs. Une des premières actions mis en place a été la création d'un groupe de travail qui réfléchit à l'organisation d'un pôle d'activités qui devra être intégré par âges (trans-âge). Ce groupe devrait donner les principaux éléments/résultats de la réorganisation vers l'été de l'année prochaine.

**Projet RESSORT**: pendant l'année 2014 nous avons mis en place le projet cantonal de soutien et d'accompagnement dans une réhabilitation professionnelle. Nous avons créé une structure qui travaille en réseau avec les partenaires de la réinsertion sociale (OAI, OSEO, ORP, CSR et assurances pertes de gains).

**Liaison dans les Etablissements Vaudois d'Accueil des Migrants (EVAM)**: afin d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques des requérants d'asile hébergés dans les EVAM de l'est Vaudois, nous avons renforcé l'équipe du Dispositif de Psychiatrie Transculturelle. La mise en place de ce projet cantonal nécessite une étroite collaboration entre les équipes de la Fondation de Nant, de l'EVAM et du Centre de Santé Infirmier (CSI) qui s'occupe des soins des requérants d'asile.

**Equipe Mobile de Psychogériatrie de la Personne Agée (EMPA) :** pendant l'année 2013 le service de la personne âgée a travaillé autour de la réorganisation de ces unités ambulatoires afin de mieux répondre à la demande et d'optimiser son activité. C'est ainsi que, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, l'équipe mobile a été mise en place. Cette équipe concentrera principalement son activité sur les prestations d'intérêt général (l'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées d'accès difficile et la transition entre les prises en charge) et assurera aussi l'activité de liaison (supervision et consultation) auprès de nos partenaires du réseau.

**Projet ULYSSE :** en 2014 le processus pour le remplacement du Directeur Générale, bientôt à la retraite, s'est déroulé comme prévu. L'annonce est parue le mois de septembre et le tri des dossiers reçus a été effectué pendant le mois de décembre. La commission de nomination commencera les premières auditions des candidats retenus le mois de février, une décision devrait être communiquée pendant le deuxième trimestre 2015.

**Dossier patient informatique – Soarian :** En 2014, nous avons déployé le dossier patient informatique dans les quatre polycliniques ambulatoires du service de psychiatrie et psychothérapie des enfants et adolescents ainsi que dans l'Unité Hospitalière du service de la personne âgée (UHPG). L'année 2015 nous prévoyons faire la conception et le déploiement des dossiers informatiques du Centre Mémoire de l'Est Vaudois et des deux centres de jour pour enfants de Chamoyron.

**Relevé Informatique d'Activité (RIA) :** afin de faciliter le relevé d'activité, la saisie informatique des prestations et le contrôle de la facturation nous avons développé une application informatique. Celle-ci a été testée avec succès avec les intervenants de la consultation de pédopsychiatrie de Vevey. Les bons résultats de la phase d'expérimentation nous ont permis en 2014 de déployer l'outil à l'ensemble des unités ambulatoires du Secteur, environ 180 utilisateurs. Nous avons ainsi, à l'exception de l'activité d'expertises, terminé avec la circulation des fiches papier.

En 2015 nous ferons une étude de faisabilité pour inclure dans la RIA une fonctionnalité permettant de facturer les médicaments distribués lors de prises en charge ambulatoires.

**Technologies d'Information et Communication (TIC):** un des axes de développement qui a été mise en évidence dans le cadre du projet de la cartographie sanitaire, est l'introduction des nouvelles technologies d'information et communication dans notre travail quotidien, entre les intervenants et partenaires, et dans nos pratiques, en relation avec nos patients et la population. En ce qui concerne la communication et la coordination du travail entre les différents intervenants, nous avons, en 2014, réalisé deux actions importantes:

Installation de la vidéo-conférence (Skype): afin rationaliser et optimiser le travail en entre les différents collaborateurs, en interne, et avec nos partenaires du réseau externe, nous avons commencé à déployer des outils de vidéo-conférence (Skype). La mise en place et l'utilisation de ces outils devrait nous permettre d'éviter des déplacements entre les différentes unités du Secteur et ainsi réaliser une importante économie de temps. A ce jour plus de 25 postes de travail sont équipés de cette technologie.

Agendas informatiques partagées: tout au long de l'année 2014 M. Ph. Brouwer a fait, avec les équipes des différentes unités, un important travail d'information et de formation sur les fonctionnalités offertes par l'agenda informatique (OutLook). Nous avons ainsi pu mettre en place des agendas personnelles partagées ou des agendas d'équipes dans toutes les unités où le travail interdisciplinaire le justifie (CIT / PPEV / CPG Clarens / DMPC / URT / URP).

**Unités de traitements de Dépendances (UTD) – QuaThéDA:** parmi les principaux projets/actions qui se sont déroulés en 2014 on peut nommer:

- la reprise du dicastère appui logistique scientifique du CoRoMA mandaté par l'OFSP (durée 3 ans).

- la participation au développement d'un projet cantonal DCIS-Tox dans l'est vaudois.
- le développement du travail thérapeutique en milieu hospitalier psychiatrique en collaboration avec les Unités de Vaudère, Joran et de Morabia, sous forme de la création de colloques régulier d'équipes conjointes.
- la consolidation d'une collaboration avec AACTS au sein des UTD.
- la mise en place d'une formation interne en collaboration avec le service de psychogériatrie.
- la mise en place du projet « personne ressource en addictologie pour le développement de l'activité transverse » en collaboration avec le service de psychiatrie de la personne âgée.
- la mise sur pied d'un projet d'éducateur stagiaire dans le Chablais Vaudois
- qu'en décembre 2014, les 2 unités ont renouvelé la certification qualité selon le référentiel QuaThéDA module de base et module spécifique « substitution » et « travail social hors murs ».

Pour l'année 2015 l'effort sera porté sur:

- le développement de la recherche, particulièrement pour les patients souffrant de troubles concomitants.
- mise en place des agendas électroniques
- le développement d'une offre groupale sous forme d'un groupe thérapeutique parents.
- développement d'un groupe de psychodrame au sein de l'UAS.
- la consolidation du projet cantonal DCIS-Tox dans l'est vaudois.
- l'organisation d'une étude d'impact concernant l'espace accueil à Azimut sur les traitements.
- la mise sur pied d'un projet de médecin stagiaire dans les UTD.
- la terminaison du mandat de l'OFSP, dicastère appuis logistique scientifique du CoRoMA.

## Conformité légale

En 2014, différentes questions consécutives à l'entrée en vigueur du nouveau droit de protection de l'adulte ont été approfondies au sein de la Fondation, telles que les modalités d'admission des patients en placement à des fins d'assistance (PLAFA), les compétences du représentant thérapeutique en matière d'hospitalisation, et les mesures ambulatoires. Certaines l'ont été en étroite collaboration avec le Service de la santé publique, qui coordonne la mise en application de ce nouveau droit à l'échelle du canton.

Dans ce contexte de changement législatif majeur, le séminaire sur les droits des patients s'est poursuivi. Il a été donné trois fois sur le premier semestre, réunissant une trentaine de collaborateurs, principalement issus des soins.

Le décès d'un patient par suicide en juillet 2014 a été suivi par une plainte pénale déposée par la famille pour homicide par négligence contre inconnu. La Fondation a dû mettre le dossier à disposition de la justice, qui a ordonné un séquestre. Le médecin responsable du traitement a été auditionné par le Procureur. Il s'agit d'un dossier pénal délicat qui a occasionné un suivi conjoint de la direction médicale et de l'adjointe de direction, chargée des questions juridiques.

Au niveau institutionnel, il est à relever que les cliniciens ont souligné une recrudescence de comportements agressifs ou violents de la part des patients, en particulier en milieu aigu. Cet état de fait a pour conséquence qu'il s'avère parfois nécessaire de dénoncer au Ministère public, voire même de formellement porter plainte contre la personne à l'origine de ces comportements inacceptables s'ils sont davantage antisociaux que liés à la pathologie. La plainte peut être déposée par le soignant directement touché, avec le soutien de l'institution, ou directement par la Fondation. Une plainte pénale pour menaces, injure et voies de fait a été déposée par une soignante en décembre 2014.

Enfin, le déploiement du projet de cartographie sanitaire sur le volet de la gouvernance institutionnelle a occasionné une réflexion approfondie sur les rôles, fonctions et tâches des cadres en interne. Certains d'entre

eux ont vu leur périmètre de responsabilité redimensionné. Un soutien juridique sur des questions liées au rapport de travail s'est avéré nécessaire dans ces dossiers.

## Finances, comptabilité et facturation

En août 2014 et pour la première fois, un audit du Service de la Santé Publique a été effectué pour examiner la comptabilité analytique de gestion (CAG) de la Fondation de Nant. L'objectif de cette analyse était de réaliser un état des lieux de la CAG et le résultat de cette dernière a été consigné dans le rapport d'évaluation du contrat de prestations 2013 délivré en décembre 2014.

En novembre 2014 et conformément à l'article 728a CO, l'organe de révision a vérifié l'existence du système de contrôle interne (SCI). Lors de l'audit, les procédures et les processus relatifs aux investissements et au personnel ont été analysés. L'évaluation a donné lieu à l'établissement d'une « Management Letter » remise au Conseil de Fondation qui est responsable de la mise en application et du maintien d'un SCI pertinent.

L'autofinancement des structures ambulatoires reste au centre des préoccupations car l'avenir de ces unités dépend de leur capacité financière. Le contrôle des objectifs financiers s'est poursuivi en 2014. Le taux global moyen pour l'ensemble des unités ambulatoires est passé de 43% en 2013, à 47% en 2014. A l'annexe 4 on trouve le détail des taux par unités.

## Ressources humaines

Pour 2014, le taux d'absence est remonté de plus de 1%. En y regardant de plus près, les heures d'absences sans certificat médical ont baissé de 10%. Les heures d'absences pour maladie de moins de 30 jours ainsi que pour les absences accidents restent assez stables. Les heures d'absences maladie de longue durée (+des 30j.) ont augmenté de 40% (avec des absences dues à des pathologies lourdes entraînant de très longues absences). Enfin les heures pour congé maternité et allaitement ont augmenté de 40% de même que les maladies sur maternité qui y sont associées. La finalisation de notre programme ARTES (Amélioration – Respect – Travail – Engagement – Santé, programme de gestion des absences et management) a été un des axes important du travail du service RH en 2014 avec une mise en production en 2015 qui nous l'espérons portera des fruits pour les années à venir.

Autre axe important au niveau RH, repenser les cahiers des charges peu synthétiques, peu aidant dans les processus d'entretien annuel et ne contenant pas toujours les éléments essentiels en terme de délégation de responsabilités. La Direction a mandaté un tiers externe pour mettre en place des descriptifs de poste en lieu et place des cahiers des charges actuels ainsi que les entretiens de développement qui y seront associés. Le tout dans le cadre d'un processus institutionnel transparent. Tout 2015 sera consacré à ce travail conséquent mais indispensable en lien avec les changements découlant du projet de nouvelle gouvernance.

## Communication

Nous avons décidé en 2014 de mettre en lumière l'image externe de la Fondation de Nant en introduisant dans le SACQ des indicateurs permettant de mesurer son rayonnement. Nous avons d'une part comptabilisé le nombre d'événements auxquels l'institution a participé, le nombre d'événements qu'elle a organisés et d'autre part nous avons recensé le nombre de mentions de la Fondation de Nant dans les médias. Nous avons également pris en compte le nombre d'actions mises en place pour renforcer le Corporate institutionnel.

Pour donner quelques détails, les collaborateurs de la Fondation ont participé à une vingtaine de manifestations externes, dont voici quelques exemples : ateliers packs -enveloppements humides- à l'Ecole d'architecture de Fribourg; Journée nationale des problèmes liés à l'alcool ; Forum « Modèle du rétablissement et filière de psychiatrie adulte ; Ile Colloque International SomaPsy (Vic, Espagne), en octobre ; stand des Journées de la schizophrénie lors du Salon Planète Santé, etc.

Colloque International SomaPsy (Vic, Espagne), en octobre ; stand des Journées de la schizophrénie lors du Salon Planète Santé, etc.

La Fondation de Nant a mis sur pied six événements : « Enfance et mal-être aujourd'hui : du bébé à l'adolescent », journée destinée aux partenaires du service de pédopsychiatrie; Journée COROMA « Pharmacothérapie de l'addiction : Update » ; exposition de photos et débat autour de la consommation de toxiques et alcool à l'Hôpital psychiatrique adulte ; 2<sup>ème</sup> saison du Groupe de parole pour les proches de personnes souffrant d'un trouble psychique ; cycle de conférences « La Psychanalyse Autrement ».

Du côté médias, nous avons recensé 25 mentions de la Fondation de Nant, sous forme d'articles, d'interviews, d'émissions radios. A titre d'exemple, la psychologue adjointe du SPPEA a participé à deux émissions de RTS La Première, en direct, consacrés aux tests QI.

En ce qui concerne le Corporate institutionnel, la marque « Fondation de Nant » a été enregistrée pour une période de 10 ans auprès de l'Institut Fédéral de la propriété intellectuelle, ce qui signifie que le logo institutionnel est désormais protégé et ne peut être reproduit qu'avec l'accord de l'institution.

Enfin, une veille médiatique se poursuit sous forme d'une revue de presse électronique, envoyée à une soixantaine de collaborateurs, sur la politique de la santé au niveau fédéral et cantonale), la santé mentale et des thèmes intéressant l'institution.

## Hygiène et sécurité – Service technique

Dans le domaine de l'hygiène, de la sécurité et de la technique, plusieurs projets ont été réalisés et d'autres mis en place pendant l'année 2014, notamment : nous avons poursuivi nos travaux dans notre service de psychogériatrie. L'espace commun et couloirs ont été terminés par la réfection complète du sol et un nouvel espace pharmacie a été créé dans le bureau soignant pour répondre à des nouvelles normes en termes de préparation des médicaments. Enfin, nous avons également refait le lieu d'accueil des familles et des nouveaux patients. En 2015, nous allons terminer quelques derniers éléments de signalétique propre à notre service de psychogériatrie.

Nous avons également réalisé en 2014 deux des trois chambres sécurisées pour la psychiatrie adultes. Ces chambres, munies d'un sas et d'équipements particulièrement résistants et sécurisés, offrent un outil optimum pour l'accueil de patients difficiles. La dernière de ces chambres sécurisées sera réalisée dans le service de Joran en 2015.

Dans le cadre d'une remise aux normes ECA des établissements C, menée par la santé publique, les travaux projetés en 2013 ont été réalisés à l'Unité Résidentielle Psychiatrique (URP).

Une borne électrique a été installée sous notre couvert à vélos; ainsi nous pouvons accueillir de nouveaux moyens de transport plus écologiques.

Enfin, dans le cadre du repositionnement géographique de nos activités, nous avons mis en vente deux des trois bâtiments qui ont été estimés en 2013. Pour un des bâtiments, la création d'une PPE a été entreprise et pour le second une séparation de parcelle a été demandée au canton. La suite des démarches se poursuivra en 2015.

Concernant la sécurité des patients dans les services les plus à risque de rencontrer des situations de réanimation cardio respiratoire, 5 sacs rouges d'urgence ainsi que de défibrillateurs ont été implantés.

Dans le cadre de la formation continue de nos collaborateurs, nous avons réalisé, avec l'aide d'une société spécialisée, une formation feu, ouverte à l'ensemble de nos collaborateurs. Nous devons en 2015 mettre sur pied un protocole propre à l'évacuation des lieux les plus exposés.

Et pour terminer, sur le plan de la sécurité du personnel et plus spécifiquement la MSST, un audit de surveillance qui se fait à intervalle de 5 ans, a été réalisé pour la 3<sup>ème</sup> fois par L'institut de santé au travail.

Nous avons obtenu la note de 50 points sur 55 points, ce qui révèle un bon niveau de sécurité dans le cadre de la MSST au sein de la fondation de Nant.

## Audits externes

### Audits externes :

**SWISS TS:** le 22 mai 2014, Monsieur S. Rossetti et Mme J. Surchat de la société SWISS TS ont procédé au premier audit de surveillance du 4<sup>ème</sup> cycle de notre certificat. L'audit a eu **une issue positive**, sans qu'aucune non-conformités soit émise. Néanmoins un certain nombre de remarques et suggestions ont été émises, les actions préventives et correctives nécessaires ont été déjà organisées.

**ProCert :** le 2 septembre 2014 nous avons reçu M. S. Perrottet et M. D. Kalbfuss de la société ProCert qui ont procédé à l'audit de renouvellement du certificat « QuaThéDa, module de base et modules spécifiques Substitution / Module III Travail Hors Murs ». Le résultat de l'audit est positif, seulement de "non-conformités mineurs" ont été identifiées. La responsable des Unités des Dépendances ainsi que son équipe ont bien pris connaissance de ces remarques et ont mis en place les actions nécessaires pour normaliser la situation.

### Autres contrôles externes :

Visites de la CIVESS / Coordination interservices des visites en établissements sanitaires et sociaux: le mois de janvier et de novembre les inspecteurs de la CIVESS ont procédé à des contrôles à l'Unité d'Hospitalisation de Psychogériatrie (UHPG) et à l'Unité Résidentielle Psychiatrique (URP).

L'inspection de l'Unité d'hospitalisation de Psychogériatrie s'est globalement bien passé (sur 19 points évalués, 10 ont été atteints, 7 partiellement atteints et 2 non-atteints). En ce qui concerne l'Unité Résidentielle Psychiatrique, le constat global n'est pas très positif et les résultats obtenus ne sont pas concluants (sur 21 points inspectés, 7 ont été atteints, 9 partiellement atteints, 4 non-atteints et 1 point non-observé). La Direction générale a fait savoir aux inspecteurs que la grille d'évaluation utilisée dans ces contrôles n'est pas toute à fait adaptée aux missions des unités inspectées, malgré cela elle a bien pris note des recommandations effectués par l'organe de contrôle et a décidé des actions à mettre en place pour répondre aux exigences.

Visite de l'FMH au service de psychiatrie et psychothérapie d'enfants et adolescents: le mois de novembre une délégation de la FMH a fait une évaluation de l'adéquation, de la qualité et de la mise en œuvre du concept de formation post-graduée dans les services des enfants et adolescents. L'évaluation a été positive, la classification B du service a été confirmée et la Commission des Etablissements de Formation Post-graduée (EFP) a attesté que le concept de formation satisfait ses exigences.

AUDIT SOLUTION DE BRANCHE H+ "Sécurité au travail": le mois de novembre l'Institut Romand de Santé au Travail (IRST), a procédé à un audit de sécurité au travail et de protection de la santé. Le contrôle a montré une bonne en application de la Solution branche H+, nous avons obtenu une note 50 points sur un total de 55.

Evaluation du contrat des prestations 2013: en décembre 2014 le Département de la Santé et l'Action Sociale (DSAS) et la Direction de la Fondation de Nant se sont réunis afin d'évaluer le contrat de prestation entre l'Etat de Vaud et notre Institution. Dans le cadre de cette procédure annuelle, le mois d'août, la Division Hôpitaux du SSP a audité la comptabilité analytique de gestion sans qu'aucune irrégularité n'ait été mise en évidence.

Le résultat de l'évaluation du contrat de prestations est très positif car les 22 engagements pris en matière d'information, d'indicateurs de performance, financiers et autres, ont été respectés (voir tableau de bord global).

Comptes 2013: le mois de mars 2014 les comptes de l'année 2013 ont été contrôlés par la société Intermandat, les comptes ont été validés et le fiduciaire relève la bonne tenue générale ainsi que la qualité de la comptabilité. Il souligne également que les éléments relevés lors de l'audit intermédiaire effectué en novembre dernier ont été pris en considération.

Système de Contrôle Interne (SCI): en novembre 2014, l'organe de révision, société Intermandat, a effectué l'audit qui s'est orienté principalement sur la vérification de l'existence et de l'application pratique du système de contrôle interne. L'organe de révision a analysé les contrôles mis en place par la Fondation, sans qu'aucun problème majeur ne soit mis en évidence. Le Conseil de Fondation, organe responsable de la mise en application et du maintien du SCI a été informé.

Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique (Phel):

Mme M.-L. Weibel, pharmacienne conseil de la Phel pour la Fondation de Nant, a procédé aux audits habituels, à savoir:

- le 25 août elle a audité la pharmacie centrale du site hospitalier de Corsier sur Vevey. L'audit pointait sur la gestion des produits stupéfiants: tous les contrôles de l'état du stock et des écritures d'entrée et sortie n'ont mis en évidence aucune irrégularité.
- le 30 juin a eu lieu un contrôle de la pharmacie de l'antenne de Montreux des Unité des Traitements de Dépendances (UTD), et 11 juin de l'antenne d'Aigle. Les rapports d'audit attestent que la gestion des pharmacies et la traçabilité du circuit des stupéfiants sont conformes aux recommandations et standards de la Phel.

En 2014 la cuisine du site hospitalier de Corsier sur Vevey a eu plusieurs contrôles externes, ceux-ci ont eu de résultats satisfaisants et non pas donné lieu à des contestations, à savoir :

- le 19 mars le Service de la consommation et des affaires vétérinaires a réalisé des examens sur plusieurs échantillons qu'ont été tous déclarés conformes
- la Société ALMEDICA a effectué deux contrôles d'hygiène en mai et en novembre (voir annexe 1)
- et l'Agence Régionale pour la Qualité et l'Hygiène Alimentaire (ARQHA) en juin et en novembre

Ces contrôles et audits externes n'ont pas mis en évidence des dysfonctionnements majeurs, des actions correctives et/ou préventives ont été mises en place afin de répondre aux propositions d'amélioration qu'ont été émises et ainsi remplir les exigences des normes et des standards en vigueur dans les différents domaines audités.

## Audits internes

### Centre Thérapeutique de Jour pour Enfants (CTJE)

<u>Auditeurs</u>	N. Joost / M. della Paolera	<u>Audités</u>	Dr N. Vingerhoest / S. Guiland
<b>Constataion</b>	Le système qualité est connu des collaborateurs. Les procédures sont conformes à la pratique et connues de tous les collaborateurs. Elles sont distribuées à tous les nouveaux collaborateurs. Les responsables et l'équipe sont très sensibles aux aspects "sécurité" du Centre.		
<b>Mesures à mettre en place</b>	* mise à jour des procédures * revoir et tester la procédure d'incendie * informatiser les agendas enfants/collaborateurs		

### Antenne d'Intervention Mobile pour Enfants et Adolescents (AIMEA)

<u>Auditeurs</u>	V. Rambert / M. Miazza	<u>Audités</u>	M. Cherix-Parchet
<b>Constatation</b>	Mme Cherix a organisé son activité de manière systématique et rigoureuse. Bon remplissage des documents pour documenter la prise en charge. Excellente collaboration avec le réseau interne et externe.		
<b>Mesures à mettre en place</b>	* mise en place des procédures * clarification de la question médico-légale		

### Equipe Mobile de la Personne Agée (EMPA)

<u>Auditeurs</u>	M. Schlaubitz / A. Roulin	<u>Audités</u>	L. Feider / F. Renevey
<b>Constatation</b>	Le dispositif fonctionne depuis le début de l'année 2014 et il s'avère qu'un changement majeur de pratique est survenu. En effet, à la demande du médecin chef du service de la psychiatrie de la personne âgée, le soignant n'est plus en 1ère ligne. Ceci signifie que le traitement des demandes est effectué par le médecin responsable uniquement. Dès mi-février 2015, un 2ème médecin traitera les demandes issues du secteur de la Riviera.		
<b>Mesures à mettre en place</b>	* mise à jours de procédures PAC_EMPA_01 et Pac_EMPA_02 * améliorer l'ouverture de dossiers (ouverture dès le premier contact) * informer les personnes concernées de l'utilisation des PIG		

### Cuisine du site hospitalier

<u>Auditeurs</u>	N. Joost / M. della Paolera	<u>Audités</u>	J. Dupont
<b>Constatation</b>	M. Jérôme Dupont a remplacé l'ancien responsable de la cuisine, M. J.-P. Brauchli, le mois de mai, il est donc en fonction depuis 7 mois. Il est bien informé de la démarche qualité et sur les procédures de travail qu'avait été mises en place par son prédécesseur.		
<b>Mesures à mettre en place</b>	Toutes les données de gestion de la cuisine (stocks, commandes, recettes, suivi de contrôle, etc.) devront, dans la mesure du possible, être informatisées		

### Bibliothèque médicale

<u>Auditeurs</u>	M. della Paolera	<u>Audités</u>	A. George
<b>Constatation</b>	Les procédures sont conformes à la pratique, bien maîtrisées par Mme George et connus des collaborateurs. Je constate que le bon fonctionnement de la bibliothèque répond aux besoins de ses utilisateurs.		
<b>Mesures à mettre en place</b>	Mettre à jour les "Fondamentaux de Nant"		

**Sécurité et Hygiène Hospitalière:** vu que ce domaine a été contrôlé par l'Institut Romand de Santé au Travail (IRST), l'audit interne a été annulé.

Ci-dessous la proposition du planning des audits internes pour l'année 2015

Service / Unité	Auditeurs	Audités
Policlinique de Pédiopsychiatrie d'Aigle	V. Rambert / M. della Paolera	Dr. S. Gamba / Dr W. Hernandez
RESSORT	M. della Paolera / A. Roulin	Y. Bussy / S. Delalande
Dispositif Mobile Psychiatrie Communautaire	M. Schlaubitz / N. Joost	Dr. U. Corrodi / S. Lecourt
Unité Hospitalière de Psychogériatrie	A. Divry / M. Bussy	Dr. D. Aite / V. Rambert
UTD – Unité de Montreux	A. Roulin / M. Miazza	Dr N. Vlajic / J. Bergeron

### Audits internes des barquettes des médicaments:

Mme Horisberger, responsable de la pharmacie du site hospitalier, réalise chaque mois (en total 23) des audits des barquettes des médicaments "après la préparation" et "avant la distribution" dans les unités de l'hôpital de psychiatrie de l'adulte, l'unité hospitalière de psychogériatrie et l'unité résidentielle psychiatrique.

Le tableau de l'annexe 13 montre les taux d'erreur en fonction du moment de la préparation. L'année précédente le taux global pour les unités de l'hôpital de psychiatrie adulte (préparation des barquettes pendant la nuit) était de 5.0%, celui-ci a descendu en 2014 à 3.7%. Nous constatons une nette baisse du taux d'erreur par rapport à l'année précédente.

L'intégration dans le dossier patient informatique (Soarian) du module de prescription des médicaments pourrait être une des raisons de cette amélioration, actuellement ce module est installé à Vaudaire en phase test; en fonction du résultat de cette phase, un déploiement plus large (les autres divisions pour adultes et la division des personnes âgées) pourrait être envisagé en 2015.

Les audits réalisés dans l'unité résidentielle et l'unité d'hospitalisation des personnes âgées (préparation des barquettes pendant la journée) nous ont permis de chiffrer le taux d'erreur à 1.3% ce qui ramène le taux global annuel pour toutes les unités à 2.2%.

Le dispositif d'enregistrement de tous les incidents concernant le circuit du médicament a récolté 116 déclarations d'erreur en 2014 (25% moins que l'année 2013). L'analyse de ces déclarations met en évidence que le 49% des erreurs sont identifiées au moment de la préparation et que le 98% de ces erreurs n'ont pas eu d'effet sur la santé des patients, seulement 2% (3 cas) ont fait l'objet d'une surveillance accrue de la part des médecins mais sans effet délétère observé.

Le détail de chiffres concernant les causes et conséquences d'erreurs détectées figurent à l'annexe 13.

## Formation / Évaluations

**Formation externes données par les Unités de Traitements de Dépendances (UTD):** au-delà de l'activité clinique les UTD offrent des formations spécifiques concernant les problèmes de dépendances auprès de nos partenaires du réseau de soins, à savoir:

- formation sur « Addiction et traitement de substitution » à l'hôpital de la Riviera (mars 2014)
- animation séminaire de lecture CAS-addictions « certificat of Avenced Studies in Psychanalysis » en mai 2014.
- organisation d'une journée CAMS en septembre 2014
- formation sur les « Connaissances du réseau alcoologique » à l'hôpital du Chablais, site de Monthey (novembre 2014)
- organisation de la journée CoRoMA « pharmacothérapie de l'addiction : update » en novembre 2014.
- présentation d'un atelier au sein du 4ème colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes (GTDO4 Bruxelles, décembre 2014)

**Évaluation de séminaires :** pendant la session de formation 2014 nous avons procédé à l'évaluation de 22 séminaires selon les critères décrits dans la procédure d'évaluation (PFO\_07\_Evaluation séminaires), c'est-à-dire un taux de réponse d'au moins 50% et un minimum de 5 formulaires retournés.

Sur l'ensemble des 53 séminaires internes, 22 sont rentrés dans le processus d'évaluation, 4 séminaires ont été annulés, 8 séminaires n'ont pas obtenu le 50% de réponses requises et 16 séminaires pour lesquels nous n'avons pas reçu de fiches.

La comparaison entre le résultat général de la session précédente (4.17) et celle de cette année (4.21) met en évidence une légère augmentation de l'appréciation globale des séminaires.

Les tableaux qui figurent à l'annexe 6 montrent le détail d'autres indicateurs (nombre d'inscriptions, taux de réponse, taux d'assistance, etc.).

**Évaluation de la formation post-graduée (18<sup>ème</sup> enquête FMH)** : le tableau de l'annexe 7 montre les résultats des enquêtes d'évaluation de la formation post-graduée faites par les médecins assistants pour les trois services. Un total de 32 médecins assistants ont participé à l'enquête 2014 (5 pour la pédopsychiatrie, 21 pour la psychiatrie adulte et 6 pour la psychogériatrie).

Nous pouvons constater que seul le service des enfants et adolescents a augmenté son score par rapport à l'année précédente (de 4.74 à 4.93), le service des adultes enregistre une très légère diminution (de 5.14 à 5.13) et celui des personnes âgées souffre d'une diminution plus importante (de 5.26 à 4.59), cette diminution pourrait s'expliquer par les problèmes de dotation médicale qu'a vécu le service en 2014.

Ces trois résultats combinés nous donnent une note globale pour les trois services de **4.88** qui se situe légèrement par-dessous de la moyenne suisse qui est à **4.95**. Le détail des scores par service et par critère figure dans l'annexe 7.

**Évaluation des étudiants stagiaires** : dans le cadre de la collaboration avec les Hautes Ecoles de Santé vaudoise et fribourgeoise, chaque année la Fondation de Nant reçoit au sein des équipes soignantes un nombre important d'étudiants infirmiers en stage. Cette tâche de formation, qui mobilise passablement de ressources internes, est très appréciée par les étudiants stagiaires.

Les chiffres confirment la tendance à la hausse du nombre d'élèves stagiaires qui sont, année après année, plus nombreux: pour la saison 2013/2014 nous en avons reçu 122. Nous pouvons relever qu'en 2014 nous avons ouvert un nouveau place de stage au Dispositif Mobile de Psychiatrie Communautaire (DMPC).

A l'annexe 8 on peut consulter l'historique des scores obtenus lors de l'enquête de satisfaction qui est réalisée chaque année par le responsable et coordinateur des stages M. A. Daetwyler. Pour l'année scolaire 2013/2014 on constate une notation encore très stable du degré de satisfaction qui est globalement très élevée.

## Enquêtes de satisfaction

**Patients hospitalisés, Service de psychiatrie de l'adulte** : en 2014, nous avons effectué les enquêtes sur la satisfaction des patients pris en charge dans le service de psychiatrie adulte en milieu hospitalier (hôpital de psychiatrie adulte, unité résidentielle psychiatrie et à l'unité de réhabilitation thérapeutique).

Nous rappelons que le processus de mesure se fait à deux moments différents: un "**questionnaire long**" rempli pendant l'hospitalisation et un "**questionnaire de sortie**" remis aux patients qui sortent.

Avec le questionnaire long nous avons atteint un **taux global de participation de 28%** (188 patients ont accepté de répondre sur une population de 691 patients présents les jours de passage). Avec la réduction de la durée moyenne de séjour hospitalier il est difficile d'améliorer le taux de participation car il est extrêmement lié à la fréquence de passage de la responsable d'enquête externe (plus on augmentera la fréquence de passage, plus on aura de refus avec la cause « déjà fait »).

Le taux global de réponses pour le questionnaire de sortie est encore plus satisfaisant, à savoir : 425 questionnaires retournés sur les 748 "sorties corrigées" de la période, ce qui fait **57% de questionnaires retournés après la sortie**.

La note générale obtenue pour le questionnaire rempli pendant l'hospitalisation (long) montre une légère diminution par rapport à celle obtenue l'année 2013 en passant de 3.50 à **3.47**. En ce qui concerne le questionnaire de sortie (court), la note générale a subi aussi une légère diminution en passant de 3.75, en 2013, à **3.70 en 2014**.

Nous pouvons constater que les résultats obtenus pour les différents axes mesurés sont globalement très satisfaisants ce qui nous permet de **nos prestations sont très appréciées par nos patients**.

On trouve en annexe 9 les tableaux des résultats et les détails correspondant aux deux questionnaires.

Patients suivi en ambulatoire, Service de psychiatrie de l'adulte: en 2014 nous avons réalisé pour la troisième fois une enquête de satisfaction pour les patients pris en charge par les unités ambulatoires du service de psychiatrie adulte (policliniques, CIT, DMPC, URT, Centre de Jour et AOP)

L'enquête montre que le niveau de satisfaction est assez élevé, la note sur la "satisfaction générale" du 2014 est de **3.41** sur une échelle de 4 (augmentation de 0.6 par rapport à celle de 2011 qui se place à 3.35). Le taux de participation est de 27% (un point de moins par rapport à 2011), néanmoins le nombre absolu des questionnaires retournés au légèrement augmenté de 194, en 2011, à 225, en 2014.

Afin d'évaluer le dispositif d'accueil et orientation téléphonique (AOP 0800 779 779) nous avons inclus dans l'enquête 4 questions concernant son fonctionnement. Environ 120 des patients ont déclaré avoir eu contact avec l'AOP (en 2014, 450 patients suivis en traitement ont contacté l'AOP ce qui ferait un taux de réponse "de patients connus" de 27%); la note obtenue est **3.39** (sur une échelle de 4), ceci montre l'élevé niveau de satisfaction à l'égard du dispositif. Le tableau détaillé des résultats figure à l'annexe 10.

Patients pris en charge dans les unités de traitement des dépendances (UTD) :

L'annexe 11 montre les résultats obtenus pour l'enquête de satisfaction réalisée par l'Institut suisse de recherche sur la santé publique et les addictions, entre les mois de mars et avril 2014, pour les deux unités de traitements de dépendances. Nous constatons que l'ensemble des notes restent, comme l'année précédente, légèrement en-dessous de la moyenne nationale:

- l'UAS obtient une note de **4.1** pour une moyenne nationale du "QuaThéSI-II 18+" à **4.3**
- Azimut obtient une note de **4.3** pour une moyenne nationale du "QuatheSI-II 17" à **4.5**

Même si ces scores sont en-dessous la moyenne nationale, il est important de remarque que ceux-ci sont très satisfaisants car l'échelle de satisfaction est de 5.

Parents et patients hospitalisés à l'Unité Hospitalière de Pédo-psychiatrie (UHPP): en 2014 nous avons mis en place une enquête de satisfaction à l'UHPP d'Aigle. Cette enquête concerne les enfants et adolescents ainsi que ses parents. Les formulaires sont distribués systématiquement à chaque sortie. L'UHPP ne dispose que de 4 lits et donc, le volume d'hospitalisation n'est pas très important, néanmoins sur les 27 patients hospitalisés en 2014, 11, enfants et parents, ont répondu à l'enquête ce qui représente le 41% de la population totale. Le détail de l'enquête se trouve à l'annexe 12, mais dû à la taille de l'échantillon, nous devons traiter ces résultats avec prudence. Une fois cette remarque faite, nous pouvons dire que nos patients sont satisfaits de nos prestations qu'ils évaluent à **2.12** sur une échelle de 3. Ce résultat est confirmé par l'appréciation les parents qu'ont noté nos prestations à **3.22**, sur une échelle de 4.

Enquête de satisfaction pour les familles des patients hospitalisés à l'Unité Hospitalière de Psychogériatrie (UHPPG): en 2014 nous avons mis en place, en collaboration avec la société médiactif, la première enquête de satisfaction à l'Unité Hospitalière de Psychogériatrie. L'enquête a été faite auprès des familles des patients. A l'annexe 15 on peut voir le détail des résultats. Nous constatons que, malgré le faible taux de réponse, la note de satisfaction globale obtenue est très élevée (5 points sur une échelle de 6) et que pour les trois critères prioritaires définis par les familles, l'indice de satisfaction est très bon.

Cette enquête a été un premier essai et nous devons en discuter afin de définir certains points de la méthodologie et décider de la pertinence et fréquence de réalisation.

## Conclusion et perspectives:

Après quatorze ans d'exploitation du système d'amélioration continue de la qualité, nous pouvons assurer que celui-ci est connu et bien compris par l'ensemble des collaborateurs.

Le deuxième audit de surveillance du 4<sup>ème</sup> cycle du certificat ISO aura lieu le mois de mai 2015. Le planning d'audit a été établi et approuvé par M. Rossetti de la société Swiss TS et il a été communiqué à tous les responsables des unités et services concernés.

En septembre 2015 nous aurons le premier audit de surveillance de notre 3<sup>ème</sup> cycle de certification QuaThéDA, modules de base, de substitution et du travail hors murs.

Toutes les actions mises en place pendant l'année 2014 ainsi que le bon fonctionnement du système nous permettent d'aborder sereinement ces audits dont nous prévoyons une issue positive.

Marcos della Paolera  
Responsable du SACQ

**tableau de bord global**

indicateurs activité clinique	2010	2011	2012	2013	2014
nombre de psychothérapies en cours	171	169	196	283	315
nombre d'appels AOP		2'346	2'645	3'130	3'954
satisfaction patients hospitalisés / sur une échelle de 5	3.74	3.75	3.7	3.75	3.70
satisfaction patients ambulatoires / sur une échelle de 4			3.35		3.41
satisfaction patients, QuaTheSI-II-18+ pour l'UAS / sur une échelle de 5		3.90	4.00	4.10	4.10
satisfaction patients, QuaTheSI-II-17 pour AZIMUT / sur une échelle de 5		4.10	3.90	4.30	4.30
nombre de séances "groupes de proches"				4	10
nombre de participants aux "groupes de proches"				108	162
satisfaction participants "groupe proches" / sur une échelle de 5				4.4	4.7
indicateur ANQ / taux de saisie HoNOS - HPA			27%	63%	93%
indicateur ANQ / taux de saisie HoNOS - URT			8%	14%	65%
indicateur ANQ / taux de saisie HoNOS - UHPG			30%	70%	72%
indicateurs hygiène hospitalière et sécurité					
taux d'erreur préparation médicaments		5.5%	6.1%	3.9%	2.2%
taux des contrôles d'hygiène réussis	88%	90%	81%	78%	77%
nombre de déclarations des chutes				59	104
% de chutes sans gravité				95%	97%
indicateurs formation					
évaluations FMH / sur une échelle de 6	4.83	5.30	4.69	5.05	4.88
note moyenne suisse	4.84	4.86	4.90	4.93	4.95
évaluation des séminaires internes / sur une échelle de 5	4.30	4.48	4.21	4.17	4.21
nombre d'inscriptions aux séminaires externes		289	341	516	510
nombre d'attestations délivrées		227	229	474	301
moyenne de jours de formation "externe" par EPT			1.48	3.06	3.01
évaluations stagiaires / sur une échelle de 5	4.31	4.27	4.20	4.30	4.40
indicateurs RH					
effectifs au 31 décembre	380	402	430	427	444
nombre d'EPT moyen au 31 décembre	251.9	260.7	275.2	287.2	286.9
taux d'absentéisme	4.75%	6.28%	6.16%	5.51%	6.96%
taux de rotation	17.6%	22.2%	20.3%	25.8%	25.5%
nombre d'accidents professionnels	7	4	6	9	17
indicateurs financiers					
résultat de l'exercice en CHF	318'400	-34'500	667'400	309'400	803'200
taux de facturation ambulatoire	43%	42%	42%	43%	47%
engagements tenus sur le contrat des prestations SSP	16/17	17/19	16/16	20/21	données disponibles en 2015
taux du délai pour le reporting SSP	64%	98%	84%	100%	
indicateurs assurance qualité					
nombre d'incidents critiques	3	3	7	8	10
nombre de palintes/reclamations	11	15	14	6	16
nombre de procédures judiciaires		3	1	1	3
nombre de lettres/cartes de remerciements	2	3	6	2	5

définitions des indicateurs et remarques à l'annexe 1bis

<b>indicateurs activité clinique</b>	
nombre de psychothérapies en cours	nombre de personnes pour lesquelles on a facturé la prestation "psychothérapie" pendant la période
nombre d'appels AOP	selon la base des données AOP - tous les appels de la période (>=01.01 et <=31.12)
satisfaction patients hospitalisés / sur une échelle de 5	résultats de l'enquête SAPHORA faite après la sortie (hôpital de psychiatrie adulte)
satisfaction patients ambulatoires / sur une échelle de 4	cette enquête a lieu tous les deux ans dans le service de psychiatrie de l'adulte
satisfaction patients, QuaTheSI-II-18+ pour l'UAS / sur une échelle de 5	selon enquête définie par la norme QuaTheDA
satisfaction patients, QuaTheSI-II-17 pour AZIMUT / sur une échelle de 5	selon enquête définie par la norme QuaTheDA
nombre de séances "groupes de proches"	selon comptage par les responsables des groupes de proches
nombre de participants aux "groupes de proches"	selon comptage par les responsables des groupes de proches
satisfaction participants "groupe proches" / sur une échelle de 5	selon enquête de satisfaction faite par les responsables de groupes
<i>indicateur ANQ / taux de saisie HoNOS - HPA</i>	cas pour lesquels les évaluation HoNOS "d'entre ET de sortie" ont été saisies correctement
<i>indicateur ANQ / taux de saisie HoNOS - URT</i>	cas pour lesquels les évaluation HoNOS "d'entre ET de sortie" ont été saisies correctement
<i>indicateur ANQ / taux de saisie HoNOS - UHPG</i>	cas pour lesquels les évaluation HoNOS "d'entre ET de sortie" ont été saisies correctement
<b>indicateurs hygiène hospitalière et sécurité</b>	
taux d'erreur préparation médicaments	erreurs détectées "après la préparation" et "avant la distribution" au patient (unités hospitalières)
taux des contrôles d'hygiène réussis	selon les contrôles de la société ALMEDICA à la cuisine du site hospitalier
nombre de déclarations des chutes	selon déclarations annoncées au SACQ
% de chutes sans gravité	selon déclarations annoncées au SACQ
<b>indicateurs formation</b>	
évaluations FMH / sur une échelle de 6 <i>note moyenne suisse</i>	évaluation des médecins assistants sur la formation FMH
évaluation des séminaires internes / sur une échelle de 5	selon procédure PFO_07 et les formulaires retournés
nombre d'inscriptions aux séminaires externes	selon la base des données de formation
nombre d'attestations délivrées	selon la base des données de formation
moyenne de jours de formation "externe" par EPT	jours de formation externe "terminées" / nbre d'EPT moyen au 31 décembre
évaluations stagiaires / sur une échelle de 5	selon rapport établi par l'infirmier chef responsable de l'encadrement des infirmiers stagiaires
<b>indicateurs RH</b>	
effectifs au 31 décembre	tous les collaborateurs confondus
nombre d'EPT moyen au 31 décembre	source des données SAP
taux d'absentéisme	selon informations des RH
taux de rotation	tous les collaborateurs confondus
nombre d'accidents professionnels	selon informations des RH
<b>indicateurs financiers</b>	
résultat de l'exercice en CHF	résultat après amortissements, selon informations de la comptabilité
taux de facturation ambulatoire	selon informations du contrôle de gestion
engagements tenus sur le contrat des prestations SSP	selon la révision du contrat des prestations avec le Service de Santé Publique
taux du délai pour le reporting SSP	selon l'audit du reporting du Service de Santé Publique
<b>indicateurs assurance qualité</b>	
nombre d'incidents critiques	selon informations déclarées et enregistrées dans le SACQ
nombre de palintes/reclamations	selon informations déclarées et enregistrées dans le SACQ
nombre de procédures judiciaires	concernant les patients et les activités cliniques
nombre de lettres/cartes de remerciements	selon informations déclarées et enregistrées dans le SACQ

tableaux des actions et d'événements qualité

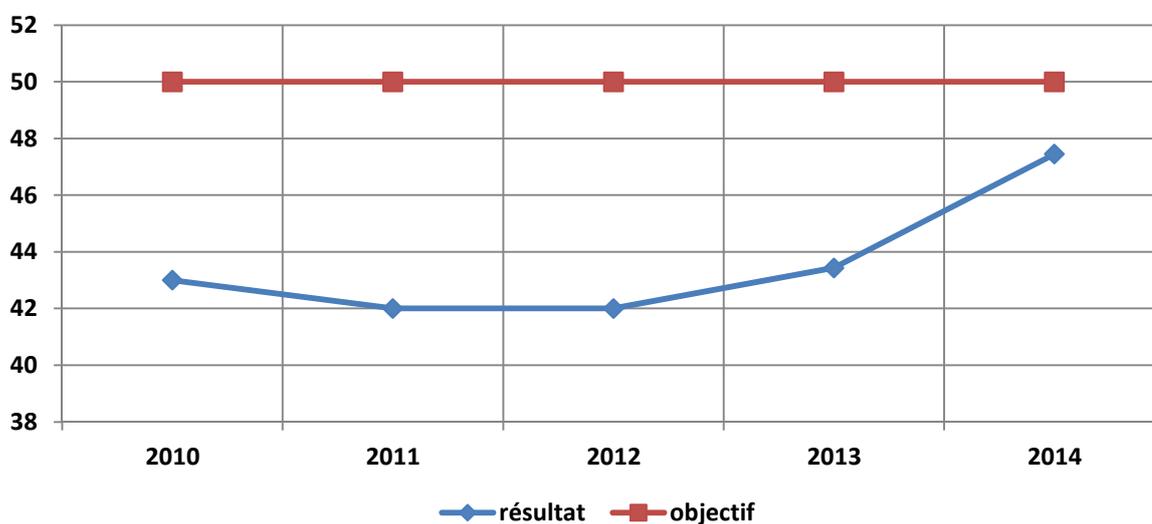
Domaine	Action corrective	Action préventive	Amélioration	Incident critique	Point positif	Non-conformité	Plainte / Réclamation *
<b>ACTIVITES CLINIQUES</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>13</b>
ACTIVITES CLINIQUES - Garde			1				
ACTIVITES CLINIQUES - Liaison			4		1		
ADMINISTRATION			2				
ASSURANCE QUALITE	2		2		1		
CONCEPTION ET DEVELOPPEMENT	2	2					
CONFORMITE LEGALE		2					
ENVIRONNEMET			1		2		
FACTURATION	1						
FINANCIER		2			1		
FORMATION		3	3		2		
HYGIENE ET SECURITE		6		2	3		1
IMAGE EXTERNE		1			28		
INFORMATION & COMMUNICATION			8		3		
LOGISTIQUE		2	10		1		1
RECHERCHE			1		1		
RESSOURCES HUMAINES	7	5	1				1
	<b>16</b>	<b>28</b>	<b>42</b>	<b>10</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>16</b>

Service	Action corrective	Action préventive	Amélioration	Incident critique	Point positif	Non-conformité	Plainte / Réclamation *
<b>Secteur</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>16</b>		<b>25</b>		
Service de Pédopsychiatrie		2	2		4		
Service de Psychiatrie de la Personne Âgée	1	1	2				
Service de Psychiatrie de l'adulte	1				1		1
Activités cliniques	1	1			1		
Activité ambulatoire		2					
Domaine hospitalier	1		4		3		
Accueil et Orientation Psychiatrique	1						1
AIMEA	1		1				
Centre de Psychogériatrie Clarens	1	1	1				
Centre d'Intervention Thérapeutique	1		1	2			
Centre Thérapeutique de Jour					2		
Centre Thérapeutique de Jour pour Enfants		1	2				
Antenne DEPART	1						
Dispositif de Psychiatrie Transculturelle			2		1		
Disp. Mobile Psy. Communautaire		1			1		
Hôpital de Psychiatrie Adulte	1		1	4	4		8
Policlinique de Pédopsychiatrie Vevey							1
RESSORT - Réinsertion Professionnelle			1				
Unité de Réhabilitation Thérapeutique		1		1	1		1
Unité Hospitalière de Pédopsychiatrie			1				
Unité Hospitalière de Psychogériatrie	1	1	1	1			2
Unité Résidentielle Psychiatrique		2		1			
Unités de Traitements des Dépendances			1	1	2	1	2
Assurance qualité			1				
Bibliothèque			1				
Direction		1	1				
Médecins		3					
Infirmiers	1		1		1		
Equipe de Nuit	2						
Administration		1					
Pharmacie					1		
Logistique		1					
Cuisine / Economat		1	2		3		
	<b>16</b>	<b>28</b>	<b>42</b>	<b>10</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>16</b>



**suivi des objectifs de facturation ambulatoire**

	2010		2011		2012		2013		2014	
	objectif	résultat	objectif	résultat	objectif	résultat	objectif	résultat	objectif	résultat
Pédopsychiatrie	50%	45.51%	50%	44.37%	50%	44.58%	50%	47.14%	50%	53.87%
PPEV	50%	43.21%	50%	41.83%	50%	46.06%	50%	40.66%	50%	47.00%
UTD	40%	42.15%	40%	42.73%	40%	39.15%	40%	39.57%	40%	42.19%
CPG Consultations	50%	39.86%	50%	37.57%	50%	37.84%	50%	47.89%	50%	47.85%
	moyenne FdN 43%		moyenne FdN 42%		moyenne FdN 42%		moyenne FdN 43%		moyenne FdN 47.45%	



**tableau de ressources humaines**

	2010		2011		2011		2013		2014	
	I	II								
personnel										
effectifs au 1er janvier	350	301	384	315	401	328	435	351	430	362
engagements	91	52	105	59	113	58	105	50	119	60
départs	65	35	87	37	84	35	112	57	111	52
effectifs au 31 décembre	380	322	402	333	430	353	427	345	444	369
nbre d'EPT moyen au 31 décembre	251.9		260.7		275.2		287.2		286.9	
<b>indicateurs</b>										
taux de rotation (1)	17.55	11.13	22.15	11.32	20.32	10.34	25.81	16.28	25.55	14.24
taux d'absentéisme (2)	4.75		6.28		6.16		5.51		6.96	
nbre d'accidents professionnels	7/2		4/4		6/6*		9/2*		17/7*	
jours d'absence pour accidents professionnels	18		175		145		253		156	

**Définitions:** I = tous collaborateurs confondus / II = Exclus : MA, CDC, Stagiaires, Apprentis, CDD identifiés  
\*6 accidents professionnels avec 6 incapacités de travail

**Remarques**

L'effectif au 1er janvier 2014 comprend les personnes réellement présentes au 1er janvier et ne tient pas compte des départs de janvier.  
L'effectif au 31 décembre 2014 comprend encore les sorties du 31 décembre étant donné que les collaborateurs sont encore considérés comme présents le 31.

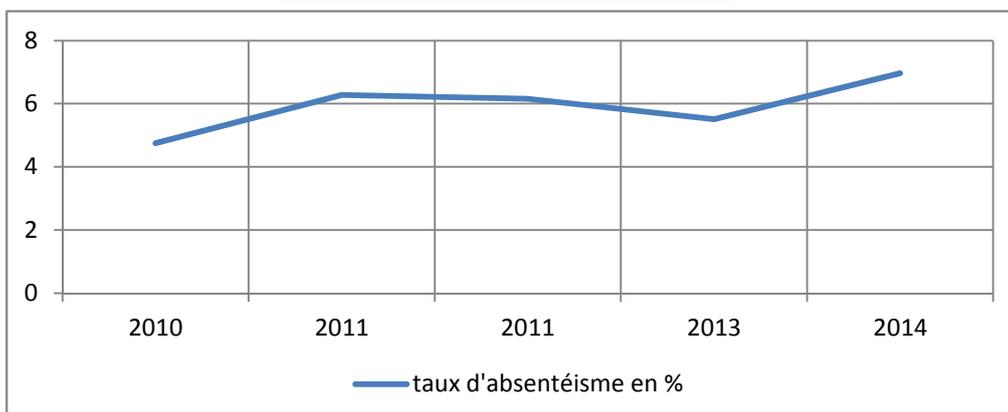
Cette méthode de calcul validée par l'ensemble des hôpitaux de la FHV au niveau du DWH-RH permet des comparaisons sur de mêmes bases, ce qui n'empêche pas des développements spécifiques internes en fonction des besoins futurs.

**Personnel :**

**Engagements :** 1 stagiaire MPC (maturité professionnelle commerciale) pour 1 an.  
13% des 105 engagements en 2013 sont des retours d'entreprise.

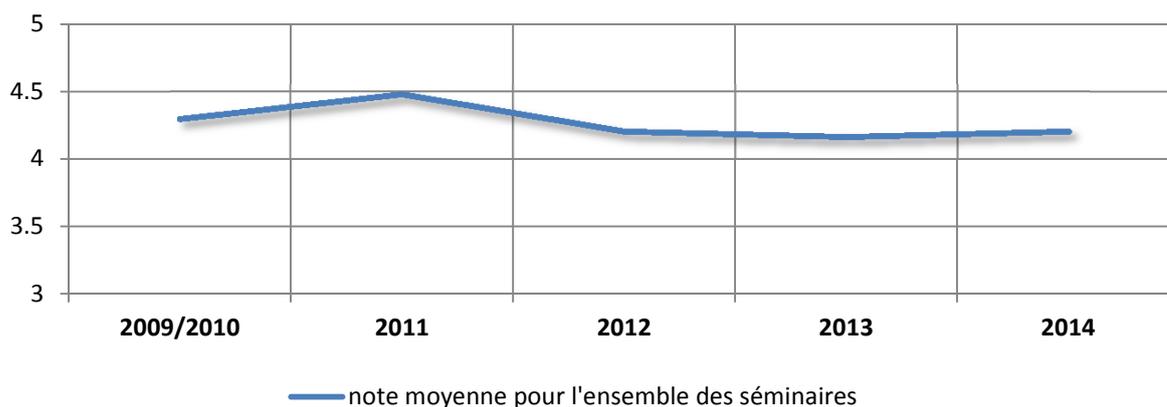
Motifs des départs :	2013		2014		
	nb	%	nb	%	
	38	34%	39	35%	Contrats à durée déterminée
	15	14%	13	12%	Départ MA/CDC
	1	1%	1	1%	AI
	2	2%	2	2%	Départ à la retraite
	0	0%	1	1%	Décès
	3	3%	7	6%	Licenciement
	53	47%	48	43%	Démission
	112	100%	111	100%	

Taux d'absentéisme :	2010	2011	2011	2013	2014	
	0.002	0.48%	0.56%	0.59%	0.65%	Accidents
	0.036	4.22%	4.59%	4.08%	5.14%	Maladie (dont 0.56% s/maternité)
	0.01	1.58%	1.01%	0.83%	1.17%	Maternité
	<b>4.75%</b>	<b>6.28%</b>	<b>6.16%</b>	<b>5.51%</b>	<b>6.96%</b>	



**tableau d'évaluation des séminaires internes**

	2009/2010	2011	2012	2013	2014
nombre de séminaires	48	57	52	57	53
séminaires évalués	9	12	26	22	22
inscriptions		289	341	516	510
attestations délivrées		227	229	474	301
taux de présence		79%	67%	92%	76%
note moyenne	4.3	4.48	4.21	4.17	4.21
<b>critères d'évaluation</b>					
<i>impression générale</i>		4.52	4.49	4.31	4.39
<i>contenu</i>		4.47	4.40	4.27	4.32
<i>utilité pratique</i>		4.25	4.31	4.18	4.17
<i>thèmes</i>		4.51	4.47	4.30	4.28
<i>animation</i>		4.58	4.53	4.45	4.41
<i>organisation</i>		4.56	4.43	4.27	4.32
<i>support</i>			2.86	3.18	3.60



(sur une échelle de 5)

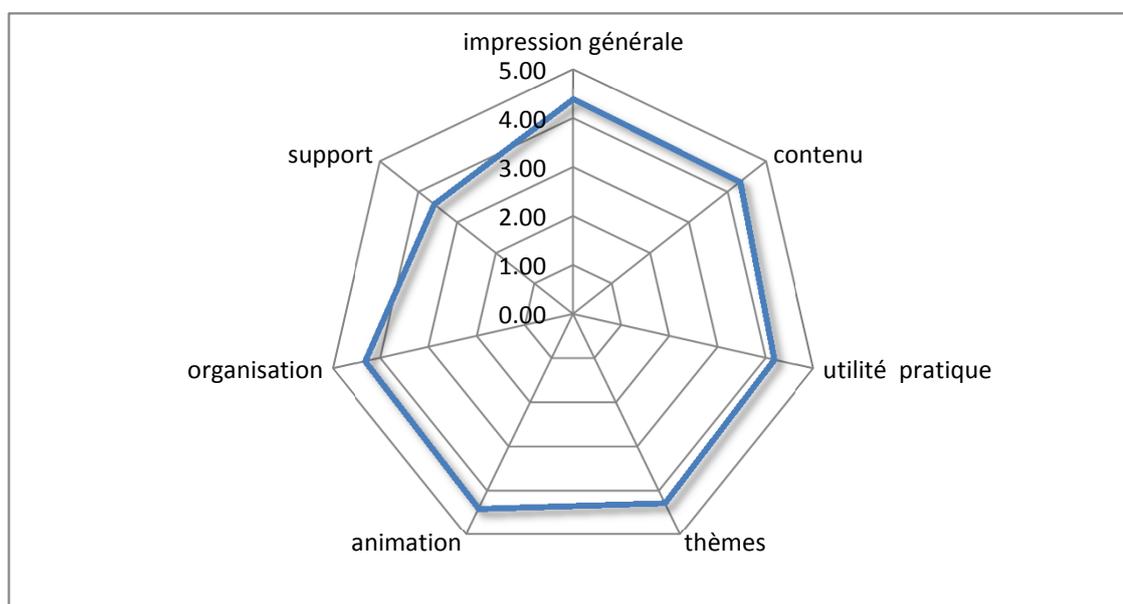
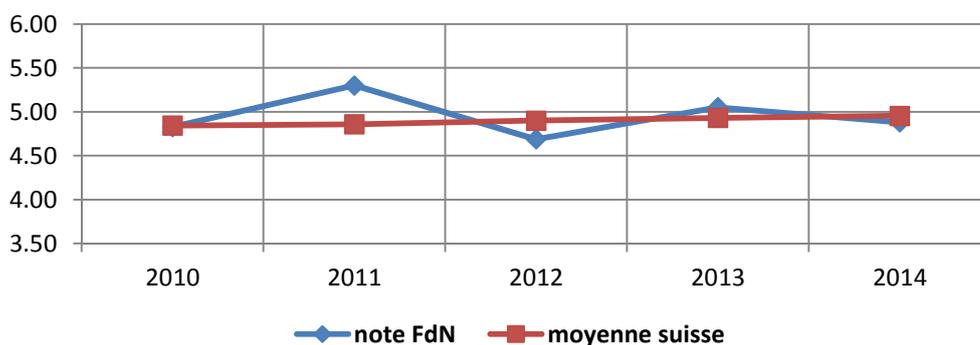


tableau d'évaluation de formation post-graduée

		2010		2011		2012		2013		2014	
		note FdN	moyenne suisse								
pédopsychiatrie	appréciation générale	5.50	5.20	5.70	5.00	5.20	5.00	5.00	4.90	5.60	5.10
	compétence professionnelle	5.40	5.00	5.40	4.70	4.60	4.70	4.60	4.80	4.90	4.90
	culture d'apprentissage	5.80	5.30	5.70	4.90	5.10	5.00	5.20	5.00	5.10	5.00
	culture d'encadrement	5.40	5.30	5.60	5.10	4.60	5.00	4.80	5.00	5.10	5.10
	culture d'erreur / sécurité des patients	4.90	4.90	4.70	4.70	3.90	4.50	4.30	4.60	3.60	4.70
	culture de prise de décision	5.80	5.70	5.80	5.40	5.50	5.40	5.30	5.40	5.60	5.50
	culture d'entreprise	5.40	5.40	5.40	5.10	5.20	5.20	5.10	5.00	5.30	5.30
	evidence-based medicine	3.80	3.60	4.60	3.70	3.20	3.80	3.60	4.10	4.20	3.80
<b>note moyenne de l'année</b>		<b>5.25</b>	<b>5.06</b>	<b>5.36</b>	<b>4.83</b>	<b>4.66</b>	<b>4.83</b>	<b>4.74</b>	<b>4.85</b>	<b>4.93</b>	<b>4.93</b>
psychiatrie de l'adulte	appréciation générale	4.60	4.60	5.10	4.70	5.10	4.70	5.20	4.70	5.30	4.90
	compétence professionnelle	4.60	4.70	4.90	4.70	4.90	4.70	5.20	4.80	5.00	4.90
	culture d'apprentissage	5.00	4.70	5.20	4.80	5.00	4.80	5.30	4.80	5.30	4.90
	culture d'encadrement	4.60	4.80	4.90	4.90	5.10	4.90	5.10	4.90	5.20	4.90
	culture d'erreur / sécurité des patients	4.90	4.60	4.50	4.70	4.60	4.80	5.20	4.80	5.10	4.90
	culture de prise de décision	5.40	5.10	5.60	5.30	5.40	5.20	5.60	5.20	5.60	5.30
	culture d'entreprise	4.90	4.90	5.10	5.00	5.20	5.00	5.10	4.90	5.30	5.00
	evidence-based medicine	3.40	3.40	4.00	4.00	3.80	3.90	4.40	3.90	4.20	4.10
<b>note moyenne de l'année</b>		<b>4.63</b>	<b>4.60</b>	<b>4.91</b>	<b>4.76</b>	<b>4.89</b>	<b>4.75</b>	<b>5.14</b>	<b>4.75</b>	<b>5.13</b>	<b>4.86</b>
psychogériatrie	appréciation générale	4.90	4.90	5.90	5.00	4.30	5.20	5.30	5.30	4.60	5.10
	compétence professionnelle	4.80	4.90	5.20	5.00	4.50	5.10	5.30	5.20	4.80	5.10
	culture d'apprentissage	4.50	4.90	5.90	5.00	4.40	5.20	5.30	5.20	4.70	5.10
	culture d'encadrement	4.70	5.10	5.50	5.10	4.90	5.20	5.40	5.30	4.80	5.20
	culture d'erreur / sécurité des patients	4.60	4.90	6.00	5.00	4.30	5.20	5.20	5.30	4.50	5.10
	culture de prise de décision	5.30	5.30	6.00	5.40	5.30	5.50	5.60	5.50	5.20	5.50
	culture d'entreprise	4.70	5.20	6.00	5.20	4.70	5.30	5.50	5.30	4.60	5.30
	evidence-based medicine	3.30	3.80	4.50	4.20	3.70	4.30	4.50	4.40	3.50	4.20
<b>note moyenne de l'année</b>		<b>4.60</b>	<b>4.88</b>	<b>5.63</b>	<b>4.99</b>	<b>4.51</b>	<b>5.13</b>	<b>5.26</b>	<b>5.19</b>	<b>4.59</b>	<b>5.08</b>

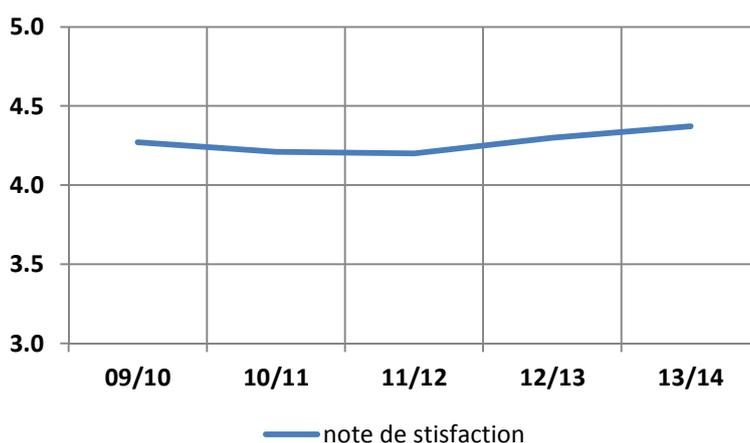
		2010		2011		2012		2013		2014	
		note FdN	moyenne suisse								
<b>note moyenne pour l'ensemble des trois services</b>		<b>4.83</b>	<b>4.84</b>	<b>5.30</b>	<b>4.86</b>	<b>4.69</b>	<b>4.90</b>	<b>5.05</b>	<b>4.93</b>	<b>4.88</b>	<b>4.95</b>



(sur une échelle de 6)

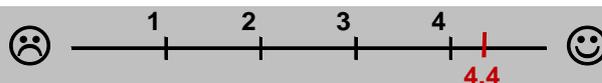
enquête de satisfaction pour les élèves stagiaires

enquête satisfaction pour les élèves stagiaires	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14
nombre d'étudiants HES en stage	69	81	94	110	122
taux de participation	70%	68%	69%	62%	61%
informations préalables concernant le stage	4.1	4.2	3.7	4.1	4.2
accueil	4.4	4.5	4.4	4.6	4.5
encadrement par le praticien formateur	4.6	4.7	4.4	4.4	4.5
encadrement par le référent / l'équipe	4.6	4.6	4.7	4.7	4.7
groupe de pratique réflexive	4.3	4.0	4.0	4.1	4.3
concordance niveau de formation / stage	4.2	4.3	4.4	4.3	4.4
qualité du logement sur le site	4.0	3.6	4.0	4.1	4.0
note générale	4.3	4.3	4.2	4.3	4.4



(sur une échelle de 5)

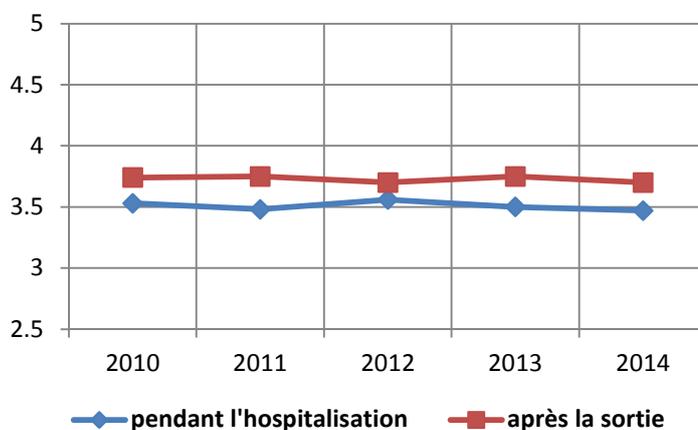
1= inexistant 2= insuffisant 3= satisfaisant 4= bon 5= excellent



enquête de satisfaction des patients hospitalisés

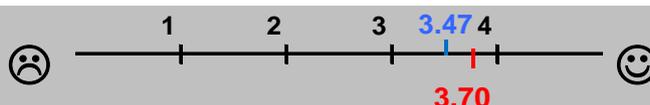
	2010	2011	2012	2013	2014	
<b>questionnaire long (pendant le séjour)</b>	<b>nbre d'enregistrements</b>	195	160	166	172	188
	<b>participation</b>					
	<b>questionnaires rendus OK</b>	25%	21%	21%	26%	28%
	refus de participation	34%	27%	27%	27%	22%
	déjà fait	22%	24%	19%	10%	12%
	GAF <26	6%	2%	2%	3%	2%
	autre (chambre fermée, problème de langue, etc.)	13%	25%	31%	34%	36%
	<b>hospitalisation...</b>					
	avec votre consentement	70%	72%	66%	71%	72%
	sans votre consentement	30%	28%	34%	29%	28%
	<b>indicateurs synthétiques *</b>					
	impression générale à l'arrivée	3.15	2.97	3.37	3.32	<b>3.18</b>
	informations et mode d'hospitalisation	3.27	3.29	3.03	2.98	<b>3.06</b>
	attention du personnel	3.42	3.53	3.57	3.52	<b>3.58</b>
	accès au médecin	3.55	3.48	3.53	3.47	<b>3.41</b>
	conditions de repos	3.87	3.80	3.91	3.72	<b>3.78</b>
amélioration de santé perçue	3.91	3.95	3.94	4.06	<b>3.92</b>	
<b>note annuelle *</b>	<b>3.53</b>	<b>3.48</b>	<b>3.56</b>	<b>3.50</b>	<b>3.47</b>	
<b>questionnaire court (après la sortie)</b>	<b>nbre d'enregistrements</b>	337	316	275	418	425
	<b>participation</b>					
	sorties corrigées **	654	735	695	735	748
	questionnaires retournés	337	316	275	418	425
	<b>taux de participation</b>	<b>52%</b>	<b>43%</b>	<b>40%</b>	<b>56%</b>	<b>57%</b>
	<b>hospitalisation...</b>					
	avec votre consentement	72%	72%	72%	72%	66%
	sans votre consentement	28%	28%	28%	28%	34%
	<b>indicateurs synthétiques</b>					
	impression générale à l'arrivée	3.38	3.42	3.38	3.43	<b>3.35</b>
	informations et mode d'hospitalisation	3.43	3.39	3.38	3.37	<b>3.36</b>
	attention du personnel	3.81	3.80	3.74	3.80	<b>3.76</b>
	accès au médecin	3.73	3.79	3.74	3.76	<b>3.72</b>
	conditions de repos	3.92	3.93	3.78	3.96	<b>3.83</b>
	amélioration de santé perçue	4.00	4.22	4.17	4.22	<b>4.19</b>
	<b>note annuelle *</b>	<b>3.74</b>	<b>3.75</b>	<b>3.70</b>	<b>3.75</b>	<b>3.70</b>

\*\* sorties corrigées: sorties adm. - décès - fugues - transferts internes



(sur une échelle de 5)

\* indicateurs synthétiques / note annuelle : moyenne calculée sur 5  
échelle: 1= patient très insatisfait ..... 5= patient très satisfait



enquête de satisfaction des patients suivi en ambulatoire / psychiatrie adulte

	2010	2012	2014	2016	2018
taux de participation	59%	28%	27%		
formulaire retournés	263	194	225		
conditions d'accueil et d'accès *	3.49	3.47	3.50		
<i>délai pour obtenir un rendez-vous</i>	3.46	3.46	3.42		
<i>respect des horaires</i>	3.46	3.52	3.53		
<i>réponses en cas d'urgence</i>	3.53	3.49	3.57		
<i>accueil téléphonique</i>	3.72	3.61	3.61		
<i>confort de la salle d'attente</i>	3.27	3.11	3.62		
<i>respect du secret médical</i>	3.56	3.60	3.66		
<i>accessibilité pour handicapés</i>	3.30	3.30	3.42		
soins et traitement	3.53	3.47	3.51		
<i>attention du thérapeute</i>	3.56	3.52	3.53		
<i>durée des consultations</i>	3.51	3.42	3.49		
information	3.18	3.32	3.25		
<i>sur la maladie</i>	3.18	3.20	3.16		
<i>sur les soins</i>	3.18	3.25	3.23		
<i>sur la prise de médicaments</i>	3.40	3.53	3.46		
<i>sur les effets des médicaments</i>	3.00	3.30	3.16		
satisfaction générale	3.44	3.32	3.41		
<i>très satisfait</i>	50%	45%	49%		
<i>assez satisfait</i>	45%	46%	45%		
<i>insatisfait</i>	3%	6%	4%		
<i>très insatisfait</i>	2%	3%	2%		
satisfaction AOP		3.37	3.39		
<i>sur l'accueil reçu</i>		3.37	3.48		
<i>de l'éventuel RDV en urgence</i>		3.39	3.39		
<i>des informations reçues lors de l'appel</i>		3.30	3.33		
<i>de la manière dont le patient a été orienté</i>		3.40	3.36		

\* indicateurs synthétiques calculés sur 4



1

2

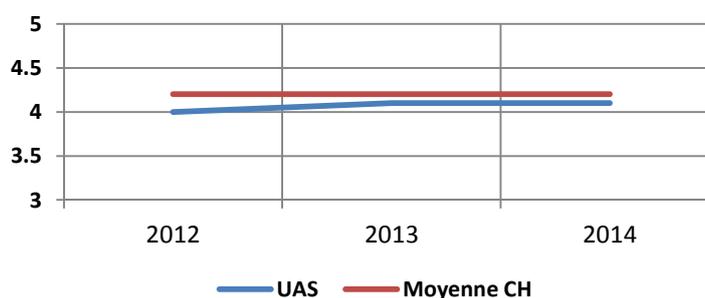
3

3.41



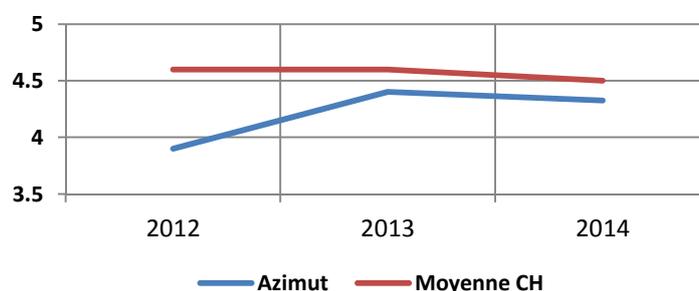
enquête de satisfaction QuaTheSI

QuaTheSI-II-18+ pour les centres de traitements de substitution / UAS	2012			2013			2014		
	UAS	CH	Δ	UAS	CH	Δ	UAS	CH	Δ
nombre de participants	14	356		23	328		33	120	
satisfaction par rapport à l'offre	4.1	4.2	-0.1	4.0	4.2	-0.20	4.1	4.3	-0.2
satisfaction par rapport aux informations reçues	3.9	4.3	-0.4	4.1	4.3	-0.20	4.3	4.4	-0.1
satisfaction par rapport à l'individualisation du ttt	3.7	4.2	-0.4	4.1	4.1	0.00	4.1	4.3	-0.2
effets du traitement et recommandation	4.2	4.2	-0	4.1	4.1	0.00	4.0	4.0	0.0
<b>note moyenne globale</b>	<b>4.0</b>	<b>4.2</b>	<b>-0.2</b>	<b>4.1</b>	<b>4.2</b>	<b>-0.1</b>	<b>4.1</b>	<b>4.3</b>	<b>-0.2</b>



(sur une échelle de 5)

QuaTheSI-II-17 pour les centres ambulatoires de conseil / AZIMUT	2012			2013			2014		
	AZMT	CH	Δ	AZMT	CH	Δ	AZMT	CH	Δ
nombre de participants	11	1077		28	658		30	762	
satisfaction par rapport à l'offre	3.6	4.6	-1	4.3	4.6	-0.30	4.4	4.6	-0.2
satisfaction par rapport aux informations reçues							4.4	4.4	0.0
satisfaction par rapport au conseil	4.1	4.6	-0.6	4.4	4.6	-0.20	4.4	4.7	-0.3
évolution personnelle et recommandation	3.7	4.4	-0.7	4.3	4.4	-0.10	4.1	4.1	0.0
<b>note moyenne globale</b>	<b>3.9</b>	<b>4.5</b>	<b>-0.6</b>	<b>4.3</b>	<b>4.5</b>	<b>-0.2</b>	<b>4.3</b>	<b>4.5</b>	<b>-0.2</b>



(sur une échelle de 5)

## enquête de satisfaction UHPP / 2014

total de patients traités dans l'année \* 27

questionnaires ENFANTS retournés	11	questionnaires PARENT retournés	11
<b>taux de réponse ENFANT</b>	<b>41%</b>	<b>taux de réponse PARENT</b>	<b>41%</b>

enfants (échelle sur 3)			parents (échelle sur 4)		
A l'admission tu te sentais...	1.13		situation après la sortie	2.75	0.69
A la sortie tu te sens...	2.55	0.85	intégration UHPP et PED	2.70	0.68
intégration UHPP et PED	2.45	0.82	les ateliers	2.22	
les ateliers	2.22		impression générale	2.64	
soutien scolaire	2.00		accueil	3.55	
entretiens méd / psychol	1.82		infos méd/psychol	3.27	
entretiens inf	2.20		infos soignants	3.36	
visite médicale	1.56		écoute méd/psychol	3.27	
soins des inf de pédiatrie	2.20		écoute soignant	3.30	
le Sparadrap	2.82		coordination méd/soing.	3.36	
les locaux	2.45	0.82	coordination UHPP/PED	3.45	
l'ambiance générale	2.50		les locaux	3.36	0.84
les repas	1.45	0.48	prestations hôtelières	2.60	0.65

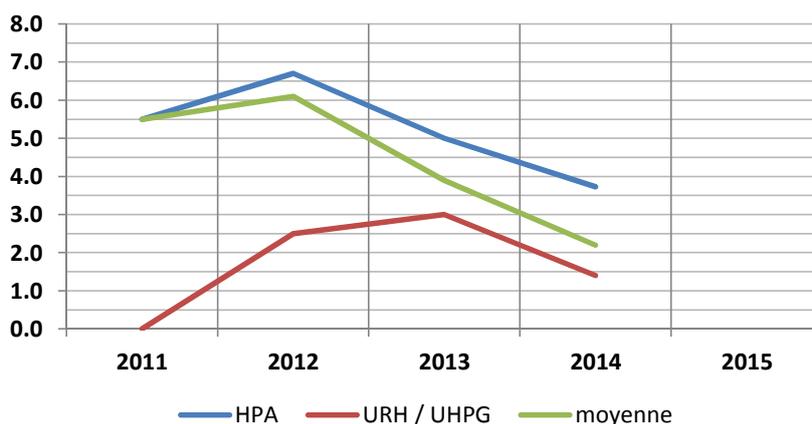
### résultats triés par ordre décroissant

le Sparadrap	2.82		accueil	3.55	
l'ambiance générale	2.50		coordination UHPP/PED	3.45	
les locaux	2.45		infos soignants	3.36	
entretiens inf	2.20		coordination méd/soing.	3.36	
soins des inf de pédiatrie	2.20		les locaux	3.36	
les ateliers	2.20		écoute soignant	3.30	
soutien scolaire	2.00		infos méd/psychol	3.27	
entretiens méd / psychol	1.82		écoute méd/psychol	3.27	
visite médicale	1.56		impression générale	2.64	
les repas	1.45		prestations hôtelières	2.60	
<b>note moyenne</b>	<b>2.12</b>	<b>0.71</b>	<b>note moyenne</b>	<b>3.22</b>	<b>0.80</b>

## Annexe 13

### audits barquettes de médicaments déclarations d'incidents médicamenteux

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>hôpital psychiatrique adulte HPA</b> préparation des barquettes la nuit					
nombre des doses contrôlées	402	1'087	967	909	
nombre de non-concordances	22	73	50	34	
taux d'erreur de préparation	5.5%	6.7%	5.0%	3.7%	
<b>URH et UHPG</b> préparation des barquettes la journée					
nombre des doses contrôlées		199	927	1'664	
nombre de non-concordances		5	24	23	
taux d'erreur de préparation		2.5%	3.0%	1.4%	
<b>moyenne UHP + URH + UHPG</b>					
nbre des doses contrôlées	402	1'286	1'894	2'573	
nbre de non-concordances	22	78	74	57	
taux d'erreur de préparation	5.5%	6.1%	3.9%	2.2%	



déclarations d'incidents	2011	2012	2013	2014	2015
nombre de déclarations d'incidents	37	358	156	116	
déclarations OK pour l'analyse			138	113	
<b>type d'erreur</b>					
<i>prescription médicale</i>		19%	12.9%	11%	
<i>préparation</i>		57%	41.0%	49%	
<i>transcription / transmission</i>		11%	14.0%	20%	
<i>administration</i>		2%	5.1%	6%	
<i>personnel</i>		4%	19.7%	10%	
<i>médicament</i>		2%	6.7%	3%	
<i>cause inconnue</i>		2%	0.0%	1%	
<b>conséquences de l'erreur</b>					
<i>circonstances susceptibles de causer une erreur</i>		20%	13.0%	10%	
<i>elle a été interceptée avant d'atteindre le patient</i>		67%	65.2%	64%	
<i>a atteint le patient mais pas besoin mesure particulière</i>		11%	18.1%	24%	
<i>surveillance accrue mais sans effet délétère observé</i>		2%	3.6%	2%	

\* dès le mois de juillet

**indicateurs QuaThéDA (UTD)**

indicateur	2010	2011	2012	2013	2014
<b>1</b> Taux de rétention (UTD)	86%	90%	86%	87%	97%
<i>Taux de rétention (UAS: 25 cas de rupture)</i>	90%	90%	89%	93%	99%
<i>Taux de rétention (Azimut: 9 cas de rupture)</i>	79%	89%	83%	69%	95%
<b>2</b> File active (UTD)	332	351	318	475	700
<b>3</b> Nombre de cas ouverts pendant l'année (UTD)	292	333	368	344	396
<b>4</b> Répartition alcool (UTD)					
<i>F10 : troubles liés à l'utilisation d'alcool</i>	49	68	84	174	69
<i>F11 : troubles liés à l'utilisation d'opiacés</i>	21	35	19	115	42
<i>F14 : troubles liés à l'utilisation de cocaïne</i>	4	10	21	30	10
<i>F19 : troubles liés à l'utilisation drogues multiples et autres substances</i>	8	5	7	18	8
<b>5</b> Nombre de consultations de liaison pour le Samaritain (UAS)	139	315	599	220	240
<b>6</b> Nombre de consultations UMAC pour l'hôpital de Monthey (Azimut)	186	155	39	26	69
<b>7</b> Nombre de consultations EVITA (UAS)	7	0	0	0	0
<b>8</b> Nombre de consultation TSHM (Azimut)	319	174	63	163	*
<b>9</b> Durée moyenne de traitement (en jours / UTD)	800	710	577	635	733

\* données non disponibles

Indicateur	Définition																		
1. Taux de rétention (inverse du taux de rupture) <i>(nbre de dossiers fermés en 2014 par rupture du traitement = 62)</i>	Il s'agit de l'inverse du taux de rupture. Il est calculé selon la formule suivante : $100\% - (\text{nbre de cas de rupture} / \text{file active})$																		
2. File active (UAS et Azimut)	Nombre des dossiers OPALE ouverts au 1 <sup>er</sup> janvier de la période (sont exclus les cas ARAP pour les expertises)																		
3. Nombre de cas ouverts pendant l'année	Nombre de dossiers ouverts dans OPALE pendant la période (sont exclus les cas ARAP pour les expertises)																		
4. Répartition alcool / drogue pour les deux unités	Nombre de patients traités pendant la période avec un diagnostic principal F10, F11, F14 ou F19.																		
5. Nombre de consultations de liaison (avec ou sans patient) pour l'hôpital du Samaritain	Nombre de consultations enregistrées dans le formulaire OPALE « 300 / Activité de Liaison » pour les patients ayant comme garant l'hôpital du Samaritain (code : 815)																		
6. Nbre de consultations (avec ou sans patient) UMAC pour l'hôpital de Monthey	Consultations enregistrées pour l'hôpital de Monthey (patient OPALE 129181)																		
7. Nombre de consultations EVITA	Nombre des consultations effectuées pour les patients qui ont un code CAS = 76.																		
8. Nombre de consultation TSHM	Nombre de consultation du travail social hors mur																		
9. Durée moyenne de traitement (calculée sur 54 cas fermées)	La valeur est exprimée en jours. Durée du traitement = (Date fin – Date début) + 1 Elle calcule pour l'ensemble des dossiers fermés dans OPALE pendant la période avec un cas clinique : <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Désignation du travail clinique</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Consultations therap., inv. dynamique</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Autres entretiens d'investigation</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>Autre entretien thérapeutique</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>Evaluation méthadone</td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>Evaluation psychiatrique</td> </tr> <tr> <td>32</td> <td>Traitement Psychiatrique</td> </tr> <tr> <td>33</td> <td>Cure de méthadone</td> </tr> <tr> <td>34</td> <td>Sevrage à la méthadone</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Désignation du travail clinique	1	Consultations therap., inv. dynamique	5	Autres entretiens d'investigation	17	Autre entretien thérapeutique	30	Evaluation méthadone	31	Evaluation psychiatrique	32	Traitement Psychiatrique	33	Cure de méthadone	34	Sevrage à la méthadone
Code	Désignation du travail clinique																		
1	Consultations therap., inv. dynamique																		
5	Autres entretiens d'investigation																		
17	Autre entretien thérapeutique																		
30	Evaluation méthadone																		
31	Evaluation psychiatrique																		
32	Traitement Psychiatrique																		
33	Cure de méthadone																		
34	Sevrage à la méthadone																		

**enquête de satisfaction \* - UHPG / 2014**

période de l'enquête du 14.03.2014 au 18.02.2015

sortie de la période 137 formulaires retournés 27

**taux de participation 19.7%**

participants "miroir" 13

*l'enquête miroir a été effectuée auprès de 13 collaborateurs de l'unité*

	répondants (27)	miroir (13)
<b>à l'arrivée</b>	<b>5</b>	<b>4.7</b>
<i>accueil par l'équipe hospitalière</i>	5.1	4.8
<i>informations transmises lors de l'admission</i>	4.8	4.5
<b>pendant le séjour</b>	<b>5</b>	<b>3.8</b>
<i>qualité de la structure, environnement</i>	4.8	3.1
<i>environnement sécurisé</i>	5.4	4.5
<i>signalétique (orientation)</i>	4.8	3.2
<i>variété et qualité des repas</i>	4.9	4.4
<b>contacts et relation avec les collaborateurs</b>	<b>5.1</b>	<b>4.8</b>
<i>écoute personnel médical</i>	5.1	4.8
<i>informations pendant le séjour</i>	4.8	4.2
<i>professionnalisme et expérience</i>	5.2	4.9
<i>écoute personnel soignant</i>	5.0	5.1
<i>confiance en l'établissement</i>	5.2	4.8
<b>à la sortie</b>	<b>5.2</b>	<b>5.3</b>
<i>organisation de la sortie / transfert, infos reçues</i>	5.2	5.3
<b>respect et dignité</b>	<b>5.3</b>	<b>5.4</b>
<b>note globale (sur une échelle de 6)</b>	<b>5.0</b>	<b>4.5</b>

**risque de maltraitance**

non	23 (88%)	10 (91%)
oui	3 (12%)	1 (9%)

\* l'enquête a été adressée aux familles et proches des patients

**Indice de satisfaction**

