

Rapport de gestion 2013

Spitalzentrum
Centre hospitalier
Biel-Bienne



Impressum

Editeur: Centre hospitalier Bienne

Responsable: Marie-Pierre Fauchère

Interviews: Jodok W. Kobelt, Berne

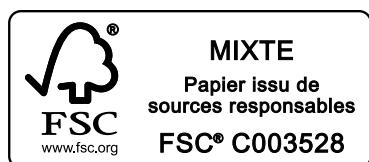
Photos: Marco Zanoni, Liebefeld

Traduction: Muriel Baudat, Ravoire; Aude Isoz, Penthéréaz; Inter-Translations SA, Berne

Mise en page: media perret, Aarberg; artbeat graphic design, Berne (p. 5, 15)

Impression: Ediprim SA, Bienne

Imprimé sur du papier contenant 100% FSC fibres naturelles



Centre hospitalier Bienne
Chante-Merle 84
Case postale
2501 Bienne
Téléphone 032 324 24 24
www.centre-hospitalier-bienne.ch

Votre hôpital de confiance

Le Centre hospitalier Bienne se réjouit de la confiance que ses patientes et ses patients lui témoignent. Dans une situation exceptionnelle comme un séjour hospitalier, avoir confiance est en effet primordial, que ce soit pour une femme qui se soumet à un électro-encéphalogramme, un enfant qui chasse son angoisse avant une opération ou encore une personne âgée qui reprend de l'assurance à la marche.

Souvent, un simple regard entre le patient et le médecin ou entre une patiente et un infirmier suffit pour créer le rapport de confiance sur lequel repose entre autres un traitement optimal. Sur les photos qui sont publiées dans le présent rapport de gestion, nous avons essayé de capturer les échanges de regards à la base du développement ou du renforcement de relations de confiance.



Table des matières

4	Préface
7	Management
17	Prestations et ressources
37	Qualité
49	Finances
68	Rapport de l'organe de révision

Préface |

Pour tous les patients et patientes



Bruno Letsch, président du comité directeur
Dr. Fredy Sidler, président du conseil d'administration

Chères lectrices, chers lecteurs

Les entreprises veulent avoir de bons résultats. Le Centre hospitalier Bienne ne fait pas exception à la règle. Cependant, toute institution médicale publique a une vocation sociale et, partant, une responsabilité particulière: garantir des soins médicaux de haute qualité à l'ensemble de la population. Cette responsabilité constitue un engagement, tout comme la confiance que nous manifestent nos patients lorsque leur santé, leur bien le plus précieux, est en jeu.

Notre stratégie 2014 – 2018

Afin d'être préparé pour faire face aux défis actuels et futurs que nous aurons à relever dans un contexte de plus en plus exigeant, le conseil d'administration du CHB a élaboré, durant le dernier exercice, une stratégie d'entreprise tournée vers l'avenir. En initiant un processus de réflexion auquel de nombreux cadres et collaborateurs ont activement participé, nous sommes parvenus à définir les principaux points de repère et à clarifier le futur positionnement ainsi que la planification de l'offre du Centre hospitalier Bienne.

Dans le même temps, nous avons établi quelles étaient nos valeurs communes et défini quelle vision d'un centre hospitalier public nous motivait et nous faisait aller de l'avant. L'élaboration de cette stratégie nous a en outre

donné l'occasion de résumer simplement notre mission commune, aujourd'hui et demain: le Centre hospitalier Bienne est le centre médical public pour la population de la région de Bienne – Seeland – Jura bernois. Il est au service de ses patients et patientes 24 heures sur 24.

Unis pour nos patientes et patients

La nouvelle stratégie 2014 – 2018 sera un instrument précieux pour notre hôpital au cours des prochaines années et nous donnera une perspective claire. Elle constitue également une ligne directrice bien définie pour les innombrables décisions, grandes et moins grandes, que chacun de nos quelque 1500 collaborateurs et collaboratrices doit prendre chaque jour. C'est un élément important dans le contexte actuel: en effet, aujourd'hui plus que jamais, un travail d'équipe interdisciplinaire et interprofessionnel est une condition indispensable pour garantir une médecine de haute qualité.

La population de la région de Bienne – Seeland – Jura bernois a confiance en notre hôpital. Lorsqu'une assistance médicale est nécessaire, elle s'en remet à nous et à la mise à disposition rapide de nos vastes compétences interdisciplinaires. Quelle que soit l'heure, quelle que soit la période de sa vie et quel que soit son problème de santé.

Nous remercions chaleureusement nos collaborateurs et collaboratrices, qui s'engagent sans relâche pour répondre aux besoins de nos patients. Seuls leur engagement, leur expérience et leurs multiples compétences permettront au Centre hospitalier Bienne de continuer de remplir sa mission particulière de centre médical public pour la population de la région.

Dr Fredy Sidler,
président du conseil d'administration

Bruno Letsch,
président du comité directeur

Notre mission

Le CHB est le centre médical public de la population vivant dans la région de Bienne – Seeland – Jura bernois.

Le CHB est au service de tous les patients et patientes 24 heures sur 24.

Son mandat de prestations comprend la formation de base et la formation continue de la relève et du personnel qualifié.

Notre vision

Les patientes et les patients sont au centre de nos préoccupations.

La population, les collaboratrices et collaborateurs ainsi que les partenaires nous choisissent comme leur hôpital de confiance.

Nos compétences et performances confèrent au CHB un rayonnement suprarégional.



MANAGEMENT

En tant que centre médical public de la région de Bienne – Seeland – Jura bernois, au cours des dernières années, le Centre hospitalier Bienne a relevé avec succès d'importants défis. Il s'agissait notamment d'apporter des réponses d'entreprise au nouveau système de financement des hôpitaux, tout en améliorant l'efficacité économique. La réorganisation des structures et des processus de tout l'hôpital réalisée en 2012 a également fait ses preuves.

Au cours de l'année 2013, le Centre hospitalier Bienne s'est résolument tourné vers l'avenir en élaborant, dans le cadre d'un vaste processus, une nouvelle stratégie d'entreprise. Le positionnement clair de l'établissement et la nouvelle planification de l'offre qui en résultent contribueront à orienter les décisions des années à venir. Grâce à sa nouvelle stratégie, le Centre hospitalier Bienne est préparé pour relever avec succès les défis auxquels il devra faire face dans le futur.

Les patients en premier

En 2013, le nombre de patients traités au Centre hospitalier Bienne a été plus élevé que jamais. Au vu de la concurrence croissante, ce résultat est l'expression de la confiance que la population accorde aux vastes compétences médicales de notre hôpital. Et peu importe si le contexte économique est de plus en plus exigeant: au Centre hospitalier Bienne, les patientes et les patients passeront toujours en premier. Leur satisfaction, leur sécurité et leur confiance resteront notre priorité.

Conseil d'administration



D.g.à.d.: Urs Metzger, Thomas von Burg, Fredy Sidler, Manuel Fricker, Philippe Paroz

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; membre du conseil scientifique de l'Organe d'accréditation et d'assurance qualité des hautes écoles suisses (OAQ).

Vice-président

Philippe Paroz, Dr sc. nat., Pery

Vice-président exécutif d'une société spécialisée dans la lutte contre les maladies transmissibles du groupe Johnson & Johnson; 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, LU

Membre du comité de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM); mandats de conseil d'administration et de conseil de fondation dans différentes institutions scientifiques et médicales; 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 (Credit 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.



D.g.à.d.: Urban Laffer, Urs Kellerhals, Isabelle Spérisen, Bruno Letsch, Fabian Schwab, Paul Säker

Bruno Letsch

Président du comité directeur

Urban Laffer, Prof. Dr med.

Directeur médical

Fabian Schwab

Direction des soins

Isabelle Spérisen

Direction des ressources humaines

Urs Kellerhals

Direction des finances

Paul Säker

Direction de l'exploitation



Dans un environnement en pleine mutation, le Centre hospitalier Bienne (CHB) réaffirme sa position de leader en tant que centre médical public de la région de Bienne – Seeland – Jura bernois en cette deuxième année après l'introduction du nouveau système de financement des hôpitaux. En 2013, l'offre médicale et la coopération avec d'autres fournisseurs de prestations ont continué de se renforcer. Savoir allier une qualité élevée des prestations à une efficacité économique améliorée s'avère être l'un des principaux facteurs de succès face à la baisse des prix qui perdure. En 2013, le CHB a traité plus de patients que jamais.

En 2013, le Centre hospitalier Bienne a accueilli plus de patients et patientes qu'aucune autre année auparavant. Par rapport à l'exercice précédent, le nombre de patients stationnaires a augmenté de 3,4% à 12 864 personnes et celui des patients ambulatoires de 3,8% à 56 437. Au total, 69 301 personnes ont bénéficié des prestations de notre hôpital, ce qui représente une hausse de 3,7% par rapport à 2012.

Plus de patients que jamais

Ces chiffres prouvent les liens qui unissent la population de la région au Centre hospitalier Bienne. Les compétences médicales et en matière de soins du CHB jouissent de la confiance de la population. Nos patients le savent: les collaboratrices et collaborateurs du CHB s'investissent pour eux tous les jours, 24 heures sur 24. Ils s'engagent avec ardeur et compétence afin de leur offrir des traitements et des soins de qualité élevée.

Cette confiance ne fait que renforcer notre volonté de continuer de nous affirmer à l'avenir en tant que centre médical public pour la région et de garantir à la population un éventail vaste et spécialisé de prestations médicales.

Extension de l'offre médicale

En 2013, l'offre médicale a également été développée et améliorée. Le Centre hospitalier Bienne fait ainsi partie des hôpitaux du canton de Berne ayant obtenu un mandat cantonal pour la réalisation de mammographies systématiques de dépistage du cancer du sein.

Grâce à l'acquisition d'un nouveau scanner de dernière génération, la radiologie du CHB est à la pointe technologique. Utilisable tant pour l'imagerie diagnostique que pour les interventions thérapeutiques, ce nouvel appareil offre à nos patients et patientes devant subir des examens par CT une précision optimale avec une exposition minimale aux rayons. Désormais, même les examens du cœur par CT peuvent être effectués au Centre hospitalier Bienne.

Une coopération renforcée et étendue

L'été dernier, le Centre hospitalier Bienne a mis en place une coopération avec le Centre médical Bienne (CMB) qui a ouvert récemment au centre-ville. A la mi-juillet, le service de neurologie du CHB a pris ses nouveaux quartiers au CMB, dans des locaux accueillants. Outre l'importance croissante d'une collaboration étroite entre les médecins établis et l'hôpital de soins aigus, ce déménagement a aussi permis de rapprocher le service de neurologie et la Memory Clinic du CHB – qui se trouvaient auparavant à deux endroits séparés – dans un emplacement commun proche du centre.

Dans le domaine du suivi des patients après l'hospitalisation, le CHB a développé sa collaboration avec différents centres de soins de la région, dont le Centre pour malades chroniques Schlossli Biel-Bienne. L'objectif est de pouvoir proposer aux patients qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés une solution transitoire immédiate dans un établissement de soins approprié.

Nouveaux médecins-chef(fe)s

Le changement de génération qui a débuté en 2012 parmi les médecins-chef(fe)s s'est poursuivi en 2013. Le 1^{er} janvier 2013, le professeur Carsten Viehl a pris ses fonctions de médecin-chef à la tête de la clinique de chirurgie, succédant ainsi au professeur Urban Laffer, qui se consacre depuis à plein temps à ses tâches de directeur médical au sein du comité directeur. Le 1^{er} septembre 2013, le Dr Lorenz Büchler a pris la relève du Dr Hans-Peter Sieber en tant que nouveau médecin-chef de la clinique d'orthopédie. Le Dr Sieber reste responsable du département Chirurgie jusqu'à fin septembre 2014.

Le 1^{er} janvier 2014, trois nouveaux médecins-chefs ont pris simultanément leurs nouvelles fonctions au sein du CHB. La Dr Kirsten Stähler, jusqu'ici co-médecin-chef du département Femme & enfant, a été nommée médecin-chef en gynécologie et succède au professeur Uli Herrmann à la direction de la clinique de gynécologie. Le Dr Philippe Liniger, chef de service au CHB depuis 2005, succède au Dr Markus Bittel en tant que médecin-chef en chirurgie pédiatrique. Au service des

1059 naissances – plus que jamais

Grâce à la qualité élevée des soins et du suivi dans le domaine de l'obstétrique, le Centre hospitalier Bienne enregistre depuis plusieurs années un nombre croissant de naissances. En 2013, un nouveau record a été atteint avec 1059 naissances. Nous nous réjouissons de ce succès ainsi que de la confiance que nous témoignent les mères et les pères de la région. En effet, dans notre clinique de gynécologie et obstétrique «amie des bébés», la maman et l'enfant bénéficient d'un départ optimal dans leur nouvelle vie.

urgences, un poste de médecin-chef à plein temps a été créé afin de répondre à l'importance croissante de la médecine d'urgence et au nombre de patients qui ne cesse d'augmenter dans le service. La Dr Sabine Thomke a été nommée à ce nouveau poste. Le Dr Claudio Jenni, qui assumait jusqu'ici cette fonction à temps partiel, fera encore profiter le CHB de son expérience et de ses compétences en tant que médecin-chef des soins intensifs.

Un bilan solide et des progrès au niveau de la marge

Afin d'améliorer la transparence financière, le CHB est passé en 2013 à une présentation des comptes correspondant au standard Swiss GAAP RPC, qui est en train de s'établir également dans la branche hospitalière. Les principales modifications apparaissant dans le bilan concernent l'évaluation des actifs immobilisés ainsi que la présentation des provisions et des réserves. Les répercussions sur le compte de pertes et profits sont minimes.

Au 31 décembre 2013, le total du bilan s'élevait à 263,6 millions de francs (contre 261 millions l'année précédente). La part de fonds propres atteint 87%. Le Centre hospitalier Bienne peut donc se prévaloir d'un bilan très solide, ce qui est d'une importance capitale au vu du contexte toujours aussi exigeant.

L'exercice 2013 est bouclé avec un bénéfice de 3,6 millions de francs (contre 0,3 million l'année précédente). Grâce à la hausse du nombre de patients, le chiffre d'affaires a augmenté de 4,5% à 184,3 millions de francs malgré la baisse des prix des traitements stationnaires. Les charges d'exploitation ont connu une hausse de 2,6% à 172 millions de francs. Il en résulte un bénéfice d'exploitation avant intérêts, impôts et amortissements (EBITDA) de 12,3 millions de francs (contre 8,9 millions en 2012). Ce résultat représente certes une amélioration par rapport à l'année précédente, mais la marge est encore trop faible pour permettre le financement durable des investissements.

Etapes clés d'un grand projet de construction

Au cours de l'année, le principal projet de construction du CHB a aussi considérablement progressé. Après la décision du canton de Berne fin 2011 d'octroyer un crédit de 85 millions de francs pour la rénovation globale des bâtiments, le projet a été validé suite à la prise en considération d'importantes modifications des conditions cadres. Cette vérification a clairement confirmé la nécessité du projet tout en révélant de nouveaux besoins supplémentaires spécifiques, dus au développement dans le domaine des prestations ambulatoires. Outre l'amélioration technique et structurelle des bâtiments et la rénovation des unités hospitalières, on prévoit une rénovation globale des unités ambulatoires. De plus, le CHB a décidé d'investir 40 millions de francs de ses propres fonds dans ce projet, portant ainsi le budget total à quelque 125 millions de francs. A la fin de 2013, le dépôt de la demande de permis de construire a marqué une étape importante du projet. En 2014, la planification d'exécution pourra ainsi aller de l'avant et la construction devrait pouvoir débuter en 2015.

Défis et perspectives

Le Centre hospitalier Bienne a bien géré les deux premières années du nouveau système de financement des hôpitaux. Néanmoins, il est clair que la mutation de la santé publique va se poursuivre et que les défis que les hôpitaux devront relever à court terme seront encore nombreux et considérables. Il ne suffit pas de



Tempête sur la Fête fédérale de gymnastique 2013

Le CHB prend en charge plus de 40 blessés

Des ambulances qui défilent devant les urgences, un grand nombre de blessés à prendre en charge simultanément, des proches qui assaillent la hotline et des salles d'opération à préparer en toute hâte... Lors de la Fête fédérale de gymnastique 2013, il est arrivé ce qu'on souhaiterait pouvoir éviter à toute grande manifestation: un incident majeur. Suite aux bournasques qui ont déferlé sur l'espace de la fête, quelque 80 personnes ont été blessées ce jour-là. Afin de pouvoir accueillir et prendre en charge rapidement les personnes concernées, le CHB a déclenché le dispositif d'urgence prévu pour ce genre de situation exceptionnelle.

Le dispositif d'urgences a fait ses preuves

Ce soir-là, dans l'espace de quelques heures seulement, les collaboratrices et collaborateurs du CHB ont pris en charge plus de 40 personnes. C'est grâce à leur grand et généreux investissement que nous avons pu soigner avec efficacité et compétence les blessés de cette manifestation.

compenser la baisse des prix, il faut également améliorer la marge afin d'élargir le champ d'action pour de futurs investissements. D'autre part, il est de plus en plus important d'adapter l'offre médicale aux nouveaux besoins des patients et de garantir une qualité et une sécurité supérieures à la moyenne.

Avec sa nouvelle stratégie 2014 – 2018 élaborée au cours du dernier exercice, le Centre hospitalier Bienne revendique clairement son rôle de centre médical public pour la population de la région de Bienne – Seeland – Jura bernois. Il vise un rayonnement suprarégional dans quatre domaines phares: femme & enfant, les maladies tumorales, l'appareil locomoteur et les maladies cardiovasculaires et attaques.

La mise en œuvre de la nouvelle stratégie est d'ores et déjà en cours. La sécurité des patients et la qualité élevée des traitements y sont prioritaires. Ainsi, le service des urgences bénéficiera non seulement d'un renforcement du personnel mais aussi d'adaptations au niveau des locaux et du fonctionnement qui devraient permettre une prise en charge plus rapide et plus efficace des patients.

Nous remercions sincèrement nos collaboratrices et collaborateurs pour leur travail dévoué et compétent. Ils œuvrent nuit et jour avec ardeur au service de nos patientes et patients et constituent la base sur laquelle repose le succès de notre hôpital.

Suivant le mot d'ordre «Unis pour nos patientes et patients», le Centre hospitalier Bienne progresse avec confiance sur la voie tracée au cours des dernières années. En unissant nos forces, nous nous engageons pour qu'en 2014, la population, nos collaborateurs et nos partenaires continuent de choisir le Centre hospitalier Bienne comme leur hôpital de confiance.

Bruno Letsch
Président du comité directeur

Chiffres clés

	2013	2012
Patients ambulatoires (cas)	56 437	54 355
Patients stationnaires (cas)	12 864	12 444
Total patients (cas)	69 301	66 799
donc:		
au service des urgences	22 192	21 207
à l'unité des soins intensifs	1 056	976
Nuitées de séjour	76 171	72 586
Durée moyenne de séjour (nuits)	5,9	5,8
Nombre de lits	265	256
dont placés aux soins intensifs	8	8
Personnel (postes)¹	947	927
	(Swiss GAAP)	(Swiss GAAP)
	2013	2012²
Produits d'exploitation (mio CHF)	184,3	176,4
dont produits des patients	175,4	166,3
Charges d'exploitation (mio CHF)	172,0	167,5
dont charges de personnel	116,7	115,2
Bénéfice de l'exercice (mio CHF)	3,6	0,3

¹ Postes à plein temps occupés, sans le personnel en formation.

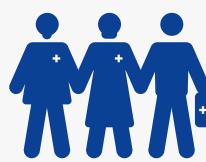
² A partir de l'exercice 2013, les comptes annuels sont publiés selon le standard Swiss GAAP RPC. Les chiffres de l'exercice précédent ont été adaptés en conséquence.

Nos valeurs

1. Les patients en premier



2. La médecine est une affaire d'équipe



3. Assumer ses responsabilités



4. Agir tout simplement



Au Centre hospitalier Bienne, rien n'est plus important que les besoins et les requêtes de nos patients et patientes. Nous nous engageons pour leur bien-être et leur sécurité. Respecter leur volonté et leur dignité est pour nous une évidence.

A l'heure actuelle, une collaboration étroite et bien rôdée entre les différents professionnels est une condition indispensable à une médecine de qualité élevée. En effet, c'est ensemble que nous sommes là pour nos patients, au-delà de toutes les disciplines et de tous les domaines d'activité.

Mais outre le travail d'équipe, chacun et chacune d'entre nous compte. Le Centre hospitalier Bienne accorde également une grande importance au sens des responsabilités de ses collaboratrices et collaborateurs ainsi qu'à leur autonomie dans l'exercice de leurs fonctions.

En médecine, il faut souvent être capable d'intervenir rapidement. Aujourd'hui, il est également nécessaire d'affirmer sa volonté d'agir et de faire preuve d'ouverture à l'égard du changement dans tous les aspects de la collaboration professionnelle.



PRESTATIONS ET RESSOURCES

En tant que centre médical public pour la population de la région de Bienne – Seeland – Jura bernois, le Centre hospitalier Bienne a à cœur de renforcer et développer en permanence son large éventail de prestations médicales de qualité. Il est essentiel de continuer à remplir pleinement notre mandat de prestations dans la région et de répondre en tout temps de manière adéquate aux besoins de nos patients, qui ne cessent d'évoluer.

Une offre attractive dans les domaines phares

Le Centre hospitalier Bienne entend développer en particulier l'attractivité de quatre domaines stratégiques, dans lesquels ses propres compétences spécialisées et celles de ses partenaires lui permettent déjà d'offrir d'excellentes prestations à l'heure actuelle. Le domaine Femme & enfant, les maladies tumorales, l'appareil locomoteur ainsi que le vaste domaine du système cardiovasculaire et des maladies vasculaires, y c. les attaques cérébrales, recevront à l'avenir une attention toute particulière. Tous touchent des problématiques et disciplines dans lesquelles une collaboration interdisciplinaire est aujourd'hui indispensable.

Au cours des dernières années, ces domaines ont été renforcés par la nomination de nouveaux médecins-chefs: autant de personnalités réputées et jouissant d'esprit d'initiative, qui, dans le cadre d'un changement de génération, ont pris la direction d'importants services et cliniques du CHB, marquant d'ores et déjà considérablement de leur empreinte l'offre de soins.

Une haute compétence interdisciplinaire

Qu'il s'agisse de choisir la bonne stratégie d'examen en cas de maladie cardiaque, d'utiliser en virtuose les techniques chirurgicales, de réaliser des interventions orthopédiques complexes même sur des patients d'un âge avancé ou encore de pratiquer une médecine pleine d'empathie pour nos plus jeunes patients, le Centre hospitalier Bienne dispose de compétences interdisciplinaires globales pour quasiment tous les problèmes de santé.

Pédiatrie |

Les enfants ne sont pas des petits adultes

Les enfants et les jeunes sont des patients qui ont besoin qu'on leur accorde une attention particulière et du temps pendant un séjour hospitalier. A l'hôpital, les enfants et leurs parents ont en outre des droits, clairement définis dans une charte européenne. Le Dr Rodo von Vigier, médecin-chef en pédiatrie, s'exprime sur les petits patients et la fascination qu'il éprouve pour la médecine adaptée aux exigences des enfants.

«La pédiatrie est une médecine à part», déclare le Dr Rodo von Vigier. Cette discipline se distingue notamment par une communication particulière. «Dans la plupart des cas, nous menons des entretiens à trois», explique le Dr von Vigier. Ces entretiens incluent les parents ou d'autres personnes de confiance, l'équipe des soins et, en fonction de son âge, l'enfant ou le jeune. «A un certain âge, tous les enfants décrivent leur douleur en expliquant qu'ils ont mal au ventre. Bien que je ne puisse pas attendre d'un enfant de quatre ans qu'il me transmette des informations détaillées pour l'anamnèse lorsque je m'entretiens avec lui, il est important de l'intégrer dans la discussion, tout en tenant compte de son âge.

Dr Rodo von Vigier
Médecin-chef en pédiatrie



En tant que médecin, je peux ainsi établir une relation, ce qui me facilite ensuite souvent l'examen des petits patients.»

La normalité, autant que possible

Si une hospitalisation est nécessaire, les parents sont informés qu'ils ont le droit de rester en permanence aux côtés de leur enfant. «Ces droits sont inscrits dans la charte de la fondation EACH», explique le Dr von Vigier. Depuis plus de 20 ans, la charte de l'European Association for Children in Hospital définit les droits des enfants et de leurs parents durant un séjour à l'hôpital. «L'enfant doit être privé le moins possible de son environnement normal. Le père ou la mère peut passer la nuit à ses côtés et les parents sont intégrés dans le déroulement de la journée, en se chargeant par exemple des soins corporels.» Peuvent-ils aussi participer au traitement médical? «Pas pour les traitements qui nécessitent du personnel spécialisé. Mais pour les thérapies par inhalation par exemple, nous prenons le temps de transmettre aux personnes de confiance les

connaissances requises pour le traitement qui devra par ailleurs être poursuivi à la maison.»

Toutes sortes de conséquences

Dans le domaine thérapeutique, les particularités des petits patients doivent aussi être prises en considération. «Avant d'administrer à un enfant un médicament, il ne suffit pas de réduire la dose prévue pour un adulte en fonction de la taille de l'enfant. Dans l'organisme de l'enfant, les fonctions biologiques sont très différentes de celles de l'adulte. Par ailleurs, les études d'efficacité des médicaments sont souvent inexistantes pour cette tranche d'âge.

Les défis sont donc nombreux dans le domaine de la pédiatrie. Or, le Dr von Vigier se montre très clair: «Pour moi, ce sont justement ces particularités – à savoir l'approche thérapeutique complètement différente, la situation triangulaire parfois exigeante et la communication particulière avec l'enfant – qui rendent chaque jour la pédiatrie à nouveau si fascinante.»

Le cancer de l'intestin est le troisième cancer le plus fréquent. Cependant, grâce à l'extrême collaboration entre les disciplines médicales – avant tout la chirurgie, la gastro-entérologie, la radiologie, l'oncologie et la radio-oncologie –, il est aujourd'hui possible de traiter avec succès la plupart des cancers de l'intestin dépistés précocement. Au niveau des interventions, la technique de l'opération mini-invasive augmente depuis quelque temps la marge de manœuvre du chirurgien en lui offrant d'importantes options additionnelles. Le professeur Carsten Viehl, médecin-chef de la clinique de chirurgie, explique les avantages et la sécurité de cette méthode d'opération.

Prof. Dr Carsten Viehl
Médecin-chef en chirurgie



La conquête de la chirurgie mini-invasive, également appelée «laparoscopie», a débuté dans les années 80 après la première ablation de l'appendice par laparoscopie. «La chirurgie mini-invasive qui en découle a commencé à se développer dans les années 90», explique le professeur Carsten Viehl. Au départ, l'opération de la vésicule biliaire était un exemple révélateur de l'intervention mini-invasive. Le chirurgien ne devait plus inciser toute la cavité abdominale, car la caméra et les appareils nécessaires pour l'opération pouvaient être introduits de manière ciblée à travers quatre petites incisions. Cette technique s'est développée à toute vitesse et est utilisée depuis dans de nombreux domaines de la chirurgie. «Les avantages pour le patient sont manifestes: les petites incisions guérissent plus rapidement que les incisions plus importantes, le danger d'infection est fortement réduit, l'intestin se remet plus rapidement en route et le patient se rétablit plus vite», explique Carsten Viehl. «Mais ce n'est pas tout! En tant que chirurgien, les images en haute définition fournies par la caméra

sont parfois beaucoup plus précises que ce que je pourrais voir à l'œil nu. C'est un immense avantage!»

Il n'est pas facile de dépister le cancer de l'intestin. Il se développe de manière insidieuse et souvent indolore. C'est une excroissance de la muqueuse intestinale qui se transforme ensuite en un polype bénin. Si ces polypes sont découverts lors d'une coloscopie de dépistage, ils peuvent être retirés avec une simple pince. Toutefois, un polype qui n'a pas été enlevé peut se transformer en cancer de l'intestin.

Presque toujours le premier choix

«Peu importe où la tumeur se trouve précisément dans l'intestin, je débute très souvent par une opération mini-invasive. Cela ne signifie cependant pas que je ne changerai pas d'avis au cours de l'intervention pour recourir à la technique classique, mais c'est heureusement plutôt rare. Je dois pouvoir adapter les possibilités dont je dispose à la situation.» Le professeur Viehl explique les différentes

étapes de l'intervention: «Pendant l'opération, il peut arriver que des adhérences ou la taille de la tumeur m'empêchent de poursuivre l'intervention avec la technique mini-invasive. Mais comme j'ai déjà pu pratiquer une partie de l'opération selon cette méthode, je peux ensuite continuer en pratiquant une incision ciblée beaucoup plus petite que si j'avais dû ouvrir toute la paroi abdominale dès le début.» Or, l'objectif premier reste toujours le retrait de la tumeur. «Malgré tous les avantages d'une opération mini-invasive, il faut se concentrer en permanence sur la tumeur. Je ne pratique jamais une opération si un patient m'interdit de faire une incision plus importante. Je n'ai cependant jamais rencontré non plus de patient qui souhaitait qu'on ne lui retire pas toute la tumeur parce qu'il préférerait que l'on privilégie la méthode mini-invasive», déclare le professeur Viehl.

Le cancer de l'intestin est aussi susceptible de s'étendre dans les ganglions lymphatiques. Il est donc important de retirer toute la région d'écoulement de la lymphe de la tumeur. «La technologie m'est aussi très utile dans ce domaine», explique Carsten Viehl. «En travaillant avec des images en haute définition, je peux localiser précisément la couche tissulaire et extraire la tumeur avec le tissu potentiellement malade en bloc, ce qui permet de retirer simultanément les métastases éventuellement présentes dans les ganglions lymphatiques.»

Trouver une thérapie commune

Les critères pour décider du retrait des tumeurs sont clairement établis: si celles-ci se trouvent dans le côlon, il est possible d'opérer immédiatement dans la plupart des cas.

Dans le rectum et en particulier à proximité de l'anus, l'intervention est plus complexe et peut souvent être effectuée seulement après une phase de préparation. «Nous faisons alors appel à nos collègues de l'oncologie et de la radio-oncologie. Dans le cadre d'un comité interdisciplinaire, le tumorboard, nous discutons et décidons de la meilleure thérapie pour chaque patient. Dans ce genre de cas, il s'agit souvent, dans un premier temps, de réduire la tumeur grâce aux rayons et à la chimiothérapie pendant environ cinq semaines. L'opération sera effectuée ensuite après un temps d'attente de six à huit semaines, ce qui augmente les chances de pouvoir retirer entièrement la tumeur tout en préservant le sphincter anal.»

Méthodes équivalentes

Des études comparatives entre les méthodes d'opération ouverte et mini-invasive ont démontré qu'elles sont parfaitement équivalentes au niveau de la sécurité oncologique. Pour le patient, les risques de rechute sont identiques dans les deux cas. «C'est en fait assez logique. Que nous pratiquions une opération mini-invasive ou ouverte, l'intervention en soi et les prescriptions pour le retrait de la tumeur et des tissus avoisinants sont les mêmes», explique le professeur Carsten Viehl. Pour le patient, le recours à la méthode mini-invasive signifie toutefois que les cicatrices guériront plus rapidement et qu'il retrouvera beaucoup plus vite sa mobilité.



Trouver les meilleures stratégie d'examen et de thérapie

En Suisse, les maladies cardio-vasculaires restent la première cause de décès. Au CHB, la cardiologie est depuis plusieurs décennies une discipline clé, et l'hôpital possède sa propre salle de cathétérisme. Grâce à un large spectre d'options diagnostiques et thérapeutiques, la médecine moderne est aujourd'hui en mesure d'intervenir de manière douce et rapide contre les troubles de l'irrigation. Cependant, au niveau des artères, l'intervention permet souvent seulement de soigner un dysfonctionnement aigu, sans pouvoir en éliminer la cause.



Dr Christian Röthlisberger, est-ce que vos patients sont aujourd'hui plus âgés qu'autrefois?

On assiste à un déplacement des groupes d'âge. Il y a encore peu de temps, nos patients avaient la cinquantaine alors qu'aujourd'hui, ils ont entre 70 et 90 ans. A l'heure actuelle, beaucoup de nos patients octogénaires sont tellement résistants et en si bonne forme qu'ils ont souvent un problème unique, par exemple une artéiosclérose. Dans la plupart des cas, nous pouvons aider ces patients. La situation devient plus difficile lorsque les troubles de l'irrigation font partie d'une longue liste de maladies.

telle intervention ne nous permet pas d'éliminer la véritable maladie, à savoir l'artéiosclérose. Après l'opération, le patient doit veiller à ses propres facteurs de risques avec l'aide de son médecin généraliste: mouvement, tabac, alimentation saine, cholestérol et pression sanguine.

Est-ce que le patient en est conscient?

Savoir et agir sont deux choses différentes. C'est la plupart du temps dans le cadre d'un programme de réadaptation organisé à la fin du traitement que nos patients apprennent à gérer les facteurs de risques qui influencent de manière décisive les prévisions. Leur réaction à l'égard de ces programmes est très positive. Ils ont cependant plus de peine à mettre en œuvre concrètement dans leur quotidien ce qu'ils ont appris.

Est-ce que les techniques modernes d'examen, comme le scanner des vaisseaux coronaires, vous aident à établir le diagnostic?

Dr Christian Röthlisberger
Médecin-chef en cardiologie



La technologie de cathétérisme est efficace et rapide. Elle retire à la maladie ses méchants aspects. Est-ce un inconvénient?

Parfois, oui. Nous essayons d'expliquer à nos patients qu'en recourant à la technique du ballonnet ou en posant un stent ou un support vasculaire, nous rétablissons uniquement l'irrigation des artères. Une

Cela dépend à quel stade de la maladie se trouve le patient qui consulte. Pour moi, la suspicion d'un trouble de l'irrigation est un premier indice: est-ce que le patient ressent des douleurs au niveau du thorax qui font penser à une angine de poitrine ou est-ce que l'ECG de repos, l'ECG d'effort ou l'échographie cardiaque mettent en évidence des troubles de l'irrigation? Si, dans le cadre de ces examens relativement simples, je conclus que le patient souffre très vraisemblablement d'une maladie des vaisseaux coronaires, le cathétérisme cardiaque est indiqué.

Si j'ai par contre encore des doutes au niveau du diagnostic, je procède à des examens complémentaires en fonction de la situation. L'échocardiographie de stress, l'IRM cardiaque ou encore le scanner coronaire sont des examens plus contraignants et plus onéreux. L'échocardiographie de stress et l'IRM cardiaque permettent de déterminer quelle partie du muscle cardiaque, et par conséquent aussi quel vaisseau coronaire, a un problème. En revanche, le scanner coronaire est surtout utile pour exclure une maladie des vaisseaux coronaires, lorsque les résultats du scanner sont tout à fait normaux et ne montrent pas de vaisseaux calcifiés. Dans ce cas, le patient n'aura pas besoin de se soumettre à un cathétérisme cardiaque.

Est-ce qu'un pontage coronarien, une opération ou le renforcement de l'artère par la pose d'un stent permettent de résoudre le problème?

Parfois seulement pour une courte période, ce qui n'est souvent pas facile à expliquer aux patients. On doit observer l'ensemble de la circu-

lation sanguine et de l'artérosclérose. Même si j'ai élargi et renforcé un rétrécissement, d'autres dépôts peuvent très vite apparaître à un autre endroit, boucher la circulation sanguine et provoquer un infarctus. Aujourd'hui, il n'est pas encore possible d'identifier à l'avance à quels endroits les artères présentent un danger.

Est-il possible de réduire le risque d'infarctus grâce à des examens préliminaires?

Quelque 70% des infarctus se produisent sans que l'on puisse identifier une menace préalable. Parfois, certains patients qui ont déjà fait un infarctus souhaitent effectuer un ECG d'effort annuel «pour contrôle». Cela peut les rassurer, mais d'un point de vue médical, cet examen n'est pas indiqué tant que le patient ne ressent pas d'autres douleurs. La meilleure chose que le patient puisse faire est d'analyser ses propres facteurs de risques – nous en connaissons neuf que l'on peut influencer – et les corriger si nécessaire. Il est aussi important qu'il prenne les médicaments prescrits et qu'il consulte immé-

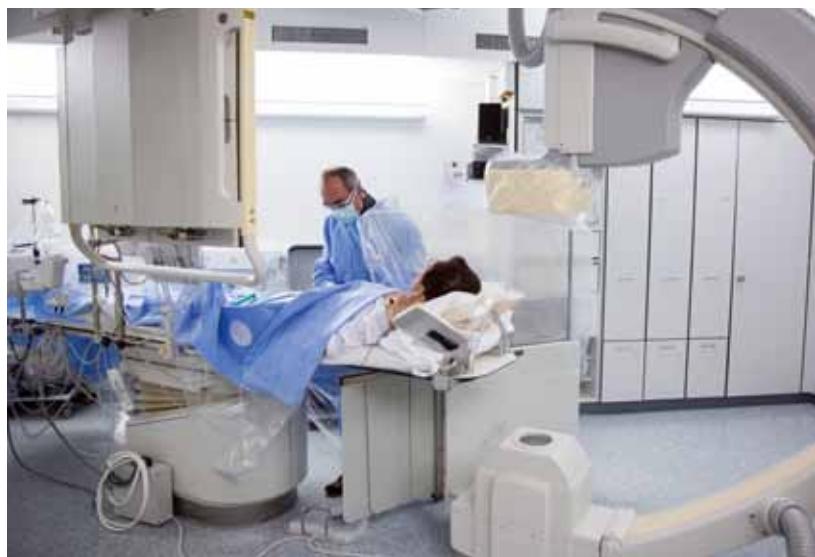
diatement si de nouvelles douleurs apparaissent ou s'il constate une baisse de la vitalité.

A l'heure actuelle, quelles sont les possibilités de traitements par cathéter?

Au CHB, nous nous limitons aux interventions dans les vaisseaux coronaires. Grâce au développement de ces dernières années, il est toutefois désormais possible de traiter certaines maladies cardiaques structurelles avec la technique du cathéter. Un dispositif similaire à un petit parapluie permet de fermer certains trous et aussi d'opérer la valve. Actuellement, le remplacement de la valve aortique avec la technique du cathéter est très en vogue chez les patients qu'on ne peut plus opérer.

Est-ce qu'on le fait dans tous les cas?

Pas forcément. Au CHB, notre philosophie est d'offrir à nos patients une thérapie optimale et sur mesure, sans pour autant nécessairement utiliser les possibilités maximales disponibles.



Conserver sa mobilité, même à un âge avancé

Pour de nombreuses personnes, pouvoir se déplacer sans ressentir de douleurs est une question de qualité de vie que l'âge ne doit pas remettre en question. En effet, si nous sommes incapables de bouger les épaules, la hanche, les genoux ou encore les pieds, nous perdons beaucoup en autonomie. Le médecin-chef de la clinique d'orthopédie, le Dr med. Lorenz Büchler, donne une définition précise de la mobilité: «Etre mobile ne signifie pas seulement pouvoir se déplacer du point A au point B, mais également conserver son indépendance.»

Dr Büchler, est-ce que pour vous, le maintien de la mobilité et de l'autonomie représente un objectif essentiel dans le domaine de la santé?

Bien évidemment, car l'homme a besoin de bouger. Etant donné qu'en Suisse, la population devient de plus en plus âgée tout en conservant une bonne santé mentale, il est très important que l'appareil locomoteur puisse continuer de fonctionner sans occasionner de douleurs. Il est clair que l'environnement social est important dans les dernières années de vie, mais la mobilité reste un élément central.

Dr Lorenz Büchler
Médecin-chef en orthopédie



Est-ce qu'il existe des critères précis qui permettent de déterminer quand une intervention orthopédique est nécessaire?

Oui. La question fondamentale est toujours la suivante: quels symptômes le patient ressent-il? En effet, je soigne uniquement le patient et ses douleurs et non pas ses radiographies! Une radiographie permet par exemple d'identifier facilement une arthrose importante sans que le patient ne souffre ou ne ressente de fortes douleurs pour autant. J'analyse alors la situation et lui présente l'étendue de son arthrose en lui expliquant en quoi consiste une éventuelle intervention. Souvent, il n'est toutefois pas nécessaire d'opérer. Si les douleurs sont supportables, nous pouvons mettre en place avec succès un traitement de longue durée à base de médicaments antidouleur et anti-inflammatoires.

Comment réagissent les patients?

Lorsque je leur explique précisément ce qu'est une arthrose, la plupart des patients sont soulagés. Ils savent que l'on peut placer une prothèse en tout temps – je suis pratiquement toujours prêt à

intervenir – et ils sont bien informés au sujet de l'éventuelle future opération. Ils sont alors rassurés et se disent: «Je sais de quoi je souffre et que je peux compter sur quelqu'un qui sait comment m'opérer. Attendons de voir comment ça évolue.»

Est-ce que les patients attendent réellement en observant l'évolution de leur état de santé?

La réaction des patients est très individuelle. Certains consultent de nouveau rapidement en expliquant qu'ils ne peuvent plus se mouvoir sans ressentir de douleurs ou qu'ils ne sont plus capables de mettre leurs chaussettes. Nous planifions alors l'intervention. Un autre patient ne pourra presque plus se déplacer, mais craindra l'opération. Dans ce cas, nous déciderons d'attendre encore un peu.

Est-ce qu'il y a des prédispositions ou des raisons spécifiques qui expliquent pourquoi une articulation ne fonctionne plus comme elle devrait?

Pour les genoux, c'est souvent parce qu'on s'est une fois tordu l'articulation lorsqu'on était jeune

et que le ligament croisé s'est déchiré ou que le ménisque a été endommagé. Le patient a eu mal sur le moment, mais tout s'est ensuite arrangé. Pour la hanche, il existe différentes causes. Il peut s'agir de raisons anatomiques qui gênent les mouvements dès le début. Le surpoids peut également être en cause. Il peut aussi y avoir une usure du cartilage qui s'explique par des prédispositions familiales, mais nous n'avons pas encore beaucoup de connaissances dans ce domaine. Enfin, on observe également des blessures subies aux épaules par les personnes qui effectuent un travail physique en devant soulever régulièrement des charges ou lever les bras au-dessus de la tête. En exerçant leur profession, ces personnes peuvent se coincer un tendon, qui finit par être endommagé, ce qui peut occasionner des douleurs et limiter les mouvements de l'épaule.

Est-ce que les interventions orthopédiques sont sans risques?

Cela dépend de l'articulation et du groupe d'âge et s'il s'agit d'un accident ou d'une intervention planifiée. Si nous considérons par exemple une arthrose de la hanche chez un patient âgé de plus de 60 ans, ce dernier a plus de neuf chances sur dix que sa prothèse fonctionne parfaitement et sans douleurs pendant une quinzaine d'années. C'est l'un des traitements qui vaut le plus la peine dans tout le domaine de la médecine. Un patient pratiquement incapable de marcher retrouve sa pleine mobilité après une courte intervention, c'est extraordinaire! Le genou est un système plus complexe, mais l'orthopédie permet également d'obtenir de bons résultats. Toutefois, un patient avec une prothèse du genou ou



de l'épaule ne devrait pas devoir travailler pendant encore 15 ans sur les chantiers.

Est-ce que les personnes très actives doivent ensuite parfois lever un peu le pied?

Ma tâche consiste à permettre aux patients de continuer à faire ce qu'ils veulent. Je ne suis pas là pour leur dire qu'ils n'ont plus le droit de faire certaines choses. La médecine devrait être capable de répondre à ce désir.

Le but est donc d'offrir aux patients la possibilité de se faire opérer et de vivre sans douleurs jusqu'à un âge avancé?

Je souhaite que même une personne âgée de 95 ans puisse conserver sa mobilité sans ressentir de douleurs.

Faites-vous partie d'un réseau professionnel?

Bien sûr. Le médecin généraliste est toujours au cœur du traitement. Il connaît l'environnement social du patient, établit le diagnostic de base et assure la coordination avec les spécialistes. C'est ce que j'explique toujours aux personnes

qui s'adressent directement à moi. Au sein de l'hôpital, les orthopédistes collaborent étroitement avec les chirurgiens viscéraux, les internes, les infectiologues et les physiothérapeutes.

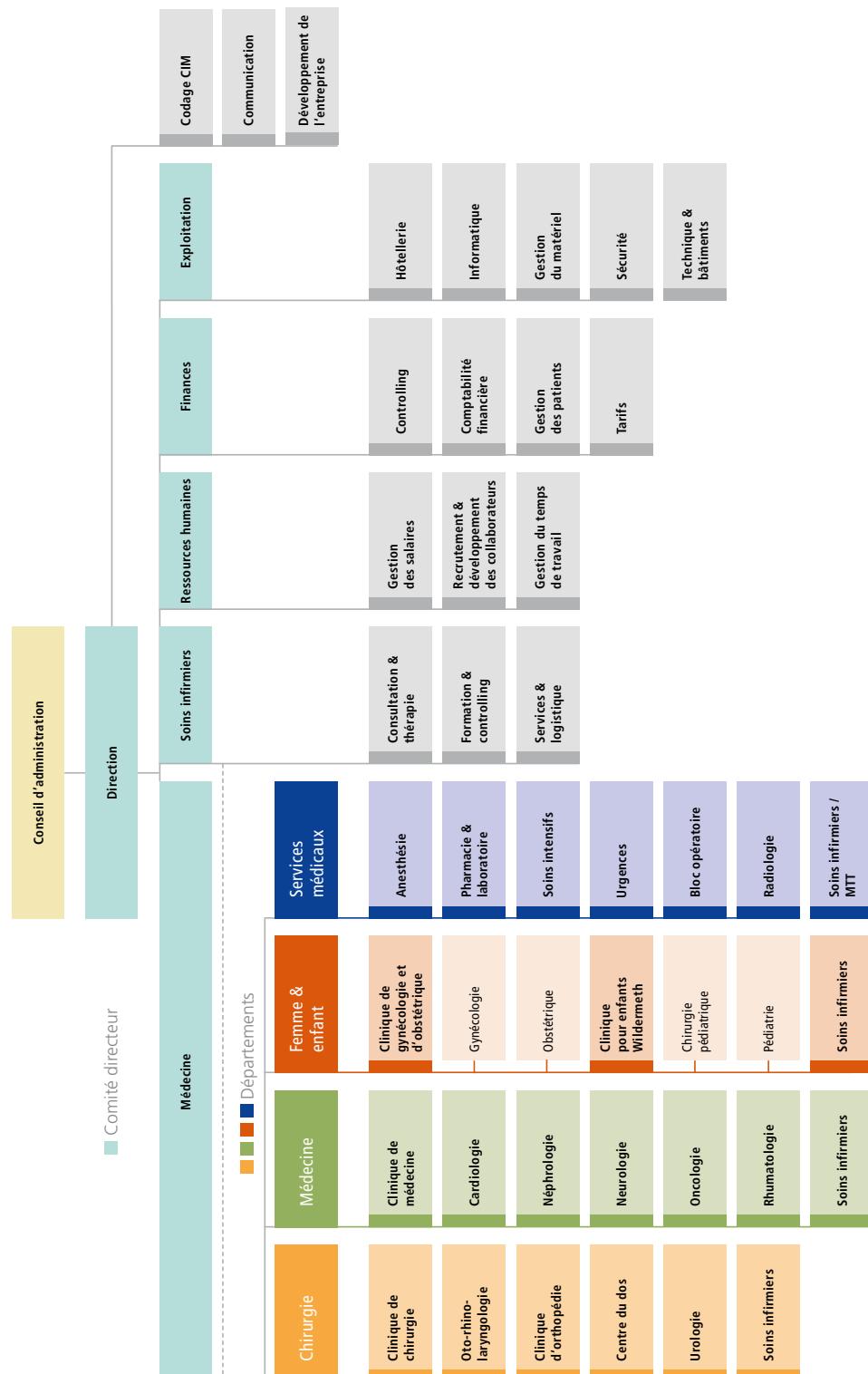
Peut-on éviter une intervention orthopédique grâce à des mesures de prévention, en suivant par exemple des séances de physiothérapie?

La physiothérapie est un traitement ciblé après un accident, une maladie ou une opération. On fixe un objectif à atteindre pendant une période donnée et effectue ensuite l'entraînement sur ces bases. De nombreux patients souhaitent que je leur prescrive des séances de physiothérapie. Mais cela peut être contre-productif, par exemple dans le cas d'un patient souffrant d'une usure du cartilage. Les personnes qui souhaitent faire quelque chose pour conserver leur appareil locomoteur n'ont pas besoin de séances de physiothérapie, mais simplement d'une activité sportive. Un entraînement régulier qui leur procure du plaisir. Pour cela, l'intervention du médecin n'est pas nécessaire, il suffit simplement de prendre les choses en main personnellement.

Organisation

Etat au 1.1.2014

24 | 25



Notre secteur Médecine

Etat au 1.1.2014

Médecine

Directeur médical
Prof. Dr Urban Laffer



Département Chirurgie

**Responsable de département/
Responsable médical**
Dr Hans-Peter Sieber

Responsable des soins
Susanne Fink

Economiste d'entreprise
Ludmilla Sturny



Chirurgie
Médecin-chef
Prof. Dr Carsten Viehl



Chefs de service
Dr Paul-Martin Sutter
Dr Seline Voney
Dr Hans-Ueli Würsten
Médecins adjoints
Dr Francis Chammartin
Dr Walther Keller
Dr Pierre Fitting

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 Daapp

Médecins adjoints

Oto-rhino-laryngologie Dr Marcel Stampfli, Dr Daniel Althaus,
Dr Ariane Baumann, Dr Thomas Schweri

Centre du dos Dr Othmar Schwarzenbach, Dr Rolf Busch

Département Médecine

Responsable de département a.i./

Responsable des soins

Alice Bart



Responsable médical a.i.

Dr Filippo Donati

Economiste d'entreprise

Mirjam Morgenthaler

Médecine interne

Cheffe de service

Responsable de la clinique a.i.

Dr Madeleine Rothen



Chefs de service

Dr Sandra Fatio

Dr Michael Grob

Dr Anne-Chantal Lambert

Dr Martin Ulrich

Dr Thomas Widmer

Cardiologie

Médecin-chef

Dr Christian Röthlisberger



Chefs de service

Dr Tomasz Kujawski

Dr Andreas Indermühle

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

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 Börner



Cheffe de service

Dr Annette Winkler Vatter

Rhumatologie

Médecin-chef

Dr Erwin Wyss



Département Femme & enfant

Responsable de département/ Responsable médical

Dr Kirsten Stähler

Responsable des soins

Damiana Hafner

Economiste d'entreprise

Dominik Meier



Gynécologie et obstétrique

Médecin-chef

Dr Kirsten Stähler



Cheffe de service
Dr Silke Johann
Médecins adjoints
Dr Regine Bitter
Dr Béatrice Frei
Prof. Dr Uli Herrmann
Dr Daniel Thomann

Chirurgie pédiatrique

Médecin-chef

Dr Philippe Liniger



Médecin spécialiste
Dr Markus Bittel

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

Département Services médicaux

**Responsable de
département/
économiste d'entreprise**
Luca Todeschini



Responsable médical
Dr Claudio Jenni

Responsable des soins
Manfred Kleist

Anesthésie
Médecin-chef
PD Dr Karl Hampl



Chefs de service
Dr Peter Bigler
Dr Dariusz Kwiatkowski
Dr Markus Schily

Pharmacie & laboratoire
Pharmacien-chef
PD Dr Thomas Zysset



Soins intensifs
Médecin-chef
Dr Claudio Jenni



Chef de service
Dr Marcus Laube

Urgences
Médecin-chef
Dr Sabine Thomke



Bloc opératoire
Responsable
Dr Peter Bigler



**Chargée de gestion
du bloc opératoire**
Rosi Stanglmair

Radiologie
Médecin-chef
Dr Marianne Braunschweig



Physiothérapie

Chefs de service
Prof. Dr Zsolt Szűcs
Dr Ursula Tesche
Responsable TRM
Renato Leuenberger
Responsable physiothérapie
George Pels

Nos médecins-chefs et médecins-cheffes

Etat au 1.1.2014



D.g.à.d.:

(au fond) Thomas Zysset, Philippe Liniger, Rodo von Vigier, Markus Börner, Filippo Donati, Lorenz Büchler, Sabine Thomke, Karl Hampl; (à l'avant) Carsten Viehl, Kirsten Stähler, Anja Kruse, Claudio Jenni, Christian Röthlisberger

Prof. Dr Markus Börner

Médecin-chef du service d'oncologie

Dr Lorenz Büchler

Médecin-chef de la clinique d'orthopédie

Dr Filippo Donati

Médecin-chef du service de neurologie

PD Dr Karl Hampl

Médecin-chef du service d'anesthésie

Dr Claudio Jenni

Médecin-chef des soins intensifs

Dr Anja Kruse

Médecin-cheffe du service de néphrologie

Dr Philippe Liniger

Médecin-chef du service de pédiatrie

Dr Christian Röthlisberger

Médecin-chef du service de cardiologie

Dr Kirsten Stähler

Médecin-cheffe du service de gynécologie

Dr Sabine Thomke

Médecin-cheffe du service des urgences

Prof. Dr Carsten Viehl

Médecin-chef de la clinique de chirurgie

Dr Rodo von Vigier

Médecin-chef du service de pédiatrie

PD Dr Thomas Zysset

Pharmacien-chef

Absents sur la photo:

Dr Marianne Braunschweig, médecin-cheffe du service de radiologie, PD Dr Roberto Casella, médecin-chef du service d'urologie, Dr Erwin Wyss, médecin-chef du service de rhumatologie.



Statistiques des patients

Patients stationnaires

En 2013, 12 864 patients et patientes au total ont bénéficié d'un traitement stationnaire au Centre hospitalier Bienne, ce qui représente une augmentation de 3,4% par rapport au nombre de cas traités l'année précédente.

Patients par discipline	2013	2012	2011	Δ 2013 / 2012
Angiologie	36	32	26	4 12,5%
Médecine interne (y c. rhumatologie dès 2012)	3 280	3 056	3 018	224 7,3%
Gériatrie aiguë	120	110	97	10 9,1%
Pneumologie	42	27	25	15 55,6%
Cardiologie invasive	83	130	116	-47 -36,2%
Néphrologie	185	159	157	26 16,4%
Rhumatologie	-	-	41	-
Total médecine (M 100)	3 746	3 514	3 480	232 6,6%
Chirurgie (y c. adipositas)	2 645	2 777	3 016	-132 -4,8%
Orthopédie	958	981	1 103	-23 -2,3%
Chirurgie de la main	27	17	15	10 58,8%
Urologie	505	408	461	97 23,8%
Chirurgie spinale	135	46	-	89 193,5%
Total chirurgie (M 200)	4 270	4 229	4 595	41 1,0%
Gynécologie	631	713	731	-82 -11,5%
Obstétrique	1 189	1 091	1 071	98 9,0%
Nouveau-nés en bonne santé	991	889	891	102 11,5%
Total maternité (M 300)	2 811	2 693	2 693	118 4,4%
Pédiatrie	773	762	645	11 1,4%
Chirurgie pédiatrique	546	469	427	77 16,4%
Total clinique pour enfants (M 400)	1 319	1 231	1 072	88 7,1%
Ophtalmologie adultes	-	-	1	-
Total ophtalmologie (M 600)	-	-	1	-
ORL adultes	241	300	310	-59 -19,7%
ORL enfants	118	109	135	9 8,3%
Total ORL (M 700)	359	409	445	-50 -12,2%
Sous-total patients stationn. aigus	12 505	12 076	12 286	429 3,6%
Réadaptation gériatrique (M 950)	204	221	201	-17 -7,7%
Patients longue durée (M 950)	126	108	28	18 16,7%
Accompagnateur enfant	29	39	22	-10 -25,6%
Total patients stationnaires¹	12 864	12 444	12 537	420 3,4%

Case-mix Durée de séjour Journées de séjour

	2013	2012	2011
Case-mix-index patients aigus selon APDRG jusqu'en 2011; à partir de 2012 selon SwissDRG	0,908	0,8842	0,8662
Durée de séjour			
Ø Durée de séjour aigu (recensement des nuits)	5,7	5,6	5,6
Ø Durée de séjour total	5,9	5,8	5,9
Journées de séjour			
Journées de séjour aigu (recensement des nuits)	71 490	67 064	69 098
Journées de séjour total	76 171	72 586	73 914

¹ Durant l'exercice 2012, selon la nouvelle méthode de décompte statistique (SwissDRG).

Patients ambulatoires

En 2013, 56 437 patients et patientes au total ont bénéficié d'un traitement ambulatoire au Centre hospitalier Bienne, soit 2 082 de plus que l'année précédente. Le nombre de patients ambulatoires a donc connu une augmentation de 3,8%.

Patients par discipline	2013	2012	2011	Δ 2013 / 2012
Angiologie	85	87	99	-2 -2,3%
Médecine interne	4 758	4 354	4 260	404 9,3%
Médecine interne, infectiologie	325	283	271	42 14,8%
Médecine interne, service ambulatoire	486	485	605	1 0,2%
Médecine interne, serv. méd. p. personnel	56	62	77	-6 -9,7%
Endocrinologie/diabétologie	640	535	344	105 19,6%
Pneumologie	554	456	343	98 21,5%
Cardiologie	2 530	1 376	536	1 154 83,9%
Insuffisance cardiaque	14	15	13	-1 -6,7%
Corfit	139	126	133	13 10,3%
Néphrologie	506	497	527	9 1,8%
Oncologie	818	769	684	49 6,4%
Gastroentérologie	129	119	74	10 8,4%
Rhumatologie	17	20	40	-3 -15,0%
Neurologie adultes	1 298	1 578	1 316	-280 -17,7%
Le Drive	74	80	98	-6 -7,5%
Memory Clinic	198	174	173	24 13,8%
Gériatrie «Résidence au Lac»	4	2	14	2 100,0%
Total médecine (M 100)	12 631	11 018	9 607	1 613 14,6%
Chirurgie	6 482	6 064	6 069	418 6,9%
Adipositas (sép. dès 1.4.2012, avant chirurgie)	-	240	-	-240 -100,0%
Conseils en stomathérapie	188	159	156	29 18,2%
Chirurgie orthopédique	1 824	2 214	2 334	-390 -17,6%
Chirurgie de la main	410	477	554	-67 -14,0%
Urologie	1 525	1 558	1 628	-33 -2,1%
Proctologie	358	301	319	57 18,9%
Fast-track	12	27	24	-15 -55,6%
Chirurgie spinale (dès 1.5.2012)	295	73	-	222 304,1%
Total chirurgie (M 200)	11 094	11 113	11 084	-19 -0,2%
Gynécologie/consult. gynécologiques	4 865	5 781	5 479	-916 -15,8%
Gynécologie planning familial*	2 038	2 098	2 149	-60 -2,9%
Obstétrique	1 378	1 382	1 388	-4 -0,3%
Nouveau-nés en bonne santé	15	6	14	9 150,0%
Total maternité (M 300)	8 296	9 267	9 030	-971 -10,5%
Pédiatrie (y c. fonction pulmonaire)	5 472	4 599	4 431	873 19,0%
Chirurgie dentaire enfants	55	74	54	-19 -25,7%
Chirurgie pédiatrique	4 853	4 830	4 785	23 0,5%
Neuropédiatrie enfants	373	473	492	-100 -21,1%
Total clinique pour enfants (M 400)	10 753	9 976	9 762	777 7,8%
Orthoptique/périmétrie adultes	541	611	687	-70 -11,5%
Ophtalmologie enfants	2	4	2	-2 -50,0%
Orthoptique/périmétrie enfants	112	106	99	6 5,7%
Total ophtalmologie (M 600)	655	721	788	-66 -9,2%
ORL adultes	25	28	20	-3 -10,7%
ORL enfants	322	295	311	27 9,2%
Total ORL (M 700)	347	323	331	24 7,4%
Radiologie adultes	6 385	5 781	5 996	604 10,4%
Radiologie enfants	447	572	601	-125 -21,9%
Total Radiologie	6 832	6 353	6 597	479 7,5%
Thérapie de la douleur	50	-	-	50
Cabinet d'urgences (médecins hospitaliers)	-	-	492	-
Cabinet d'urgences Bienne (médecins externes)	3 630	3 375	2 406	255 7,6%
Autres adultes	1 935	2 019	1 617	-84 -4,2%
Autres enfants	214	190	209	24 12,6%
Total patients ambulatoires	56 437	54 355	51 923	2 082 3,8%

* Sans les consultations suivantes du planning familial

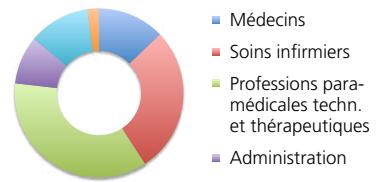
6 267 6 211 5 974 56 0,9%

Personnel

Collaborateurs¹

Collaborateurs ¹	2013	2012	Diff. 2013/2012
Médecins	164	163	1
Soins infirmiers	342	355	-13
Professions paramédicales techniques et thérapeutiques	453	456	-3
Administration	117	117	-
Economat	143	149	-6
Services techniques	29	28	1
Total	1 248	1 268	-20

Répartition en groupes professionnels



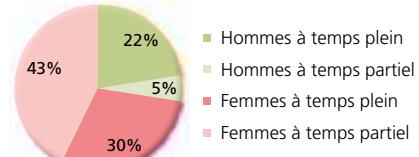
Postes à plein temps occupés¹

Postes à plein temps occupés ¹	2013	2012	Diff. 2013/2012
Médecins	150	140	10
Soins infirmiers	242	241	1
Professions paramédicales techniques et thérapeutiques	322	304	18
Administration	89	87	2
Economat	119	130	-11
Services techniques	25	25	-
Total	947	927	20

¹ Sans le personnel en formation

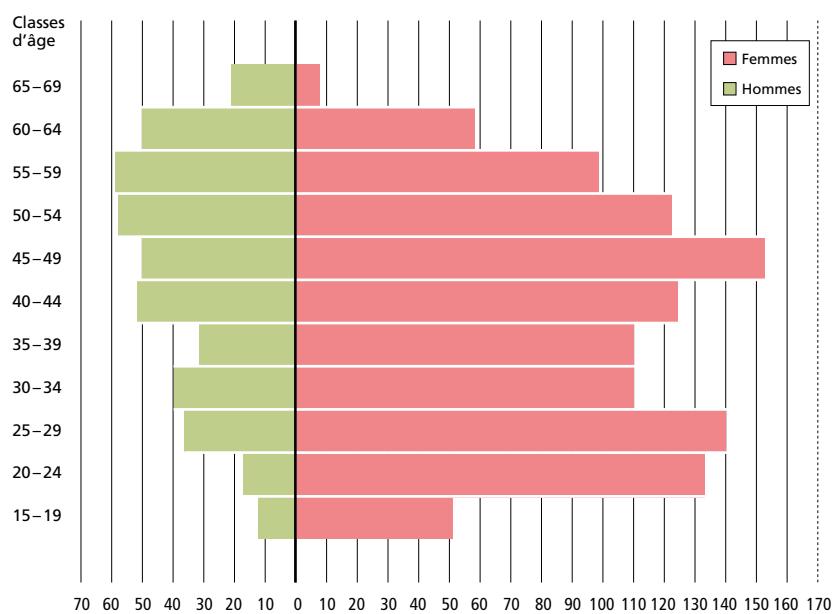
Collaborateurs² selon degré d'occupation et sexe

Collaborateurs ² selon degré d'occupation et sexe	2013	2012	Diff. 2013/2012
Hommes	421	391	30
dont à temps partiel	76	67	9
Femmes	1 108	1 113	-5
dont à temps partiel	655	669	-14
Total des collaborateurs	1 529	1 504	25
dont à temps partiel (en %)	47,8	48,9	1,64



² Y compris postes de formation et salaires horaires

Collaborateurs selon âge et sexe, 2013



Collaborateurs selon nationalité	2013	2012	Diff. 2013/2012
Suisse	1264	1232	32
Allemagne	90	105	-15
Portugal	45	51	-6
France	29	17	12
Espagne	19	19	0
Italie	15	15	0
Autriche	8	7	1
Kosovo	6	8	-2
Croatie	2	3	-1
Pologne	2	1	1
Autres	49	46	3
Total collaborateurs	1529	1504	25
Nombre de nations	38	39	-1



QUALITÉ

Qu'il s'agisse de recherche, de médecine ou de la gestion de tâches plus prosaïques, la qualité est un défi de longue haleine. En effet, rien ne met davantage en péril la qualité des prestations que le fait de relâcher son attention et de se complaire dans une routine satisfaisante. Dans un établissement de soins aigus comme le Centre hospitalier Bienne, où est en jeu un bien particulièrement sensible, à savoir la santé de nos patients, la qualité doit sans cesse rester au centre de l'attention.

Un œil vif et une endurance à toute épreuve

Le système de gestion de la qualité lui-même ne fait pas exception. En tant que moyen de surveillance et stimulateur de la qualité, il est constamment dans le prisme des progrès technologiques et médicaux et doit donc également se perfectionner en permanence. Une bonne gestion de la qualité requiert à la fois un sens aiguisé pour déceler de nouvelles dimensions qualitatives, un œil vif pour identifier les tâches aveugles des procédures d'enquête complexes et une main assurée pour réaliser évaluations et mété-analyses lorsque les actions et les processus sont sur le banc d'essai. Actuellement, le Centre hospitalier Bienne compte sur un processus de certification de son système d'assurance de la qualité lancé en 2013 pour donner d'importantes nouvelles impulsions à sa gestion de la qualité.

La satisfaction des patients en guise de baromètre

Depuis de nombreuses années, les mesures du degré de satisfaction des patients sont l'un des éléments clés de l'engagement du Centre hospitalier Bienne en matière de qualité. En effet, quel que soit l'aspect évalué – qualité du confort et de la communication ou qualité des soins et des prestations médicales –, c'est la perception que les patients ont de notre niveau de qualité qui permet de l'évaluer de manière décisive. Il va sans dire que le Centre hospitalier Bienne saura également faire preuve d'endurance dans ce domaine de son travail sur la qualité.

Développement du système de gestion de la qualité

Au cours de l'année sous revue, le développement du système de gestion systématique de la qualité a été une priorité. Un processus de certification a été engagé à cet effet. Outre l'évaluation d'indicateurs internes et le remaniement de l'enquête interne sur la satisfaction des patients, de nouvelles mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) ont été mises en œuvre. Des collectes de données pertinentes doivent également permettre d'identifier rapidement les possibilités d'amélioration au CHB et de procéder aux adaptations requises.

Le CHB s'attache à garantir et à développer en permanence sa qualité. C'est pourquoi, durant l'année sous revue, il s'est lancé dans le processus de certification sanaCERT. Outre l'objectif d'obtention d'une distinction décernée par un label de qualité reconnu, un tel processus offre de précieuses opportunités d'évaluation, de développement et d'approfondissement du système de gestion systématique de la qualité. L'avis externe fournit d'importantes indications sur les possibilités de développement. De plus, il est possible de standardiser les processus et de vérifier de façon méthodique la collecte d'indicateurs qualitatifs internes.

Lancement du processus de certification – le chemin est le but

La certification sanaCERT est largement reconnue au sein du monde de la santé helvétique. La fondation éponyme s'est spécialisée dans la certification de la gestion de la qualité au sein des hôpitaux, cliniques et institutions de longue durée. Les efforts déployés en termes de qualité sont jugés sur la base de huit standards, à certifier en fonction de critères préétablis. Les processus interdisciplinaires et la mise en évidence d'un cycle d'amélioration (par ex. à l'aide d'indicateurs) en sont ici des aspects clés. La caractéristique importante de la certification sanaCERT réside dans la procédure d'audit par des pairs (ou *peer audit*): durant l'audit, l'évaluation qualitative des standards est entre les mains de spécialistes issus d'hôpitaux ou d'institutions de santé (appelés pairs ou *peers*).

Différents indicateurs sont recensés depuis de nombreuses années au CHB afin d'exprimer la qualité des prestations médicales et des soins prodigués. Ces indicateurs de qualité ont été analysés et interprétés dans le cadre du processus de certification en cours, s'accompagnant des recommandations pour les principaux d'entre eux.

La publication de plus en plus transparente de données sur la qualité (par ex. par l'ANQ) induit une intensification et un développement nécessaires de la gestion de la qualité. Des chiffres transparents sur la qualité, préparés de façon compréhensible, constitueront également des aides et sources d'information importantes pour les patientes et patients. Ils représentent une opportunité de développement permanent pour les hôpitaux.

La sécurité des patients en point de mire

Le CHB participe au projet pilote «progress! La sécurité en chirurgie»

Dans le cadre du programme national «progress! La sécurité en chirurgie» (2013–2015), la Fondation suisse pour la sécurité des patients a lancé un projet dont le but est de renforcer la gestion de la sécurité dans les hôpitaux de Suisse tout en diminuant le nombre d'incidents chirurgicaux indésirés. La clinique de chirurgie du CHB fait partie des dix cliniques pilotes sélectionnées parmi une trentaine de candidatures et participe donc à ce projet interprofessionnel qui a débuté en septembre 2013.

Outre l'entraînement de la check-list de l'OMS – dont l'application correcte est au centre de ce projet – et un renforcement ciblé de la collaboration interprofessionnelle, le CHB met l'accent sur la diffusion des connaissances et la sensibilisation à l'interne.

Mesures de qualité 2013

Mesures de qualité de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)

En 2013 également, le Centre hospitalier Bienné a effectué l'ensemble des mesures prescrites dans le contrat qualité national ou dans le plan de mesures de l'ANQ. La réalisation des 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 2013, les mesures suivantes ont été effectuées:

- mesure des réhospitalisations potentiellement évitables avec SQLape®
- mesure des réopérations potentiellement évitables avec SQLape®
- mesure des taux d'infection après certaines interventions chirurgicales selon les critères de SwissNOSO
- mesure de la prévalence des chutes et des escarres (avec LPZ)
- mesure de la satisfaction des patients avec le questionnaire cours ANQ
- Registre suisse des implants SIRIS

Les nouvelles mesures ANQ suivantes ont été introduites:

Plan de mesures enfant:

- mesure des infections postopératoires à la suite d'appendicectomies selon SwissNOSO
- mesure de la prévalence des escarres (avec méthode LPZ)
- enquête nationale auprès des parents

Réadaptation gériatrique:

- mesure de la satisfaction des patients. D'autres modules de mesure sont en cours de préparation (v. www.anq.ch).

Les valeurs calculées 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 est présentée ci-dessous.

Enquête nationale auprès des patients 2013

L'évaluation des prestations d'un hôpital par les patientes et patients – la satisfaction des patients – est un indicateur de qualité important et reconnu. En 2013 également, le recensement de la satisfaction des patients a été réalisé à l'aide du questionnaire court développé par l'ANQ. Est pris en compte l'ensemble des patientes et patients (≥ 18 ans) ayant séjourné au moins 24 heures à l'hôpital et étant sortis du CHB en septembre 2013.

Résultats des mesures de l'enquête 2011 – 2013	Indice de satisfaction		
	2013 (valeur moyenne) ¹	2012 (valeur moyenne) ¹	2011 (valeur moyenne) ¹
Choisiriez-vous de revenir dans notre hôpital pour une prise en charge similaire?	8,63	8,88	8,64
Que pensez-vous de la qualité des soins que vous avez reçus?	8,64	8,72	8,55
Lorsque vous avez posé des questions aux médecins, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?	8,52	8,88	8,60
Lorsque vous avez posé des questions aux infirmier(ère)s, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?	8,63	8,69	8,53
Estimez-vous que le personnel hospitalier vous a traité(e) avec respect et a préservé votre dignité?	9,09	9,20	9,13

¹ 10 = plus grande valeur possible

0 = plus petite valeur possible pouvant être cochée par les patients

Dans une comparaison sur le long terme, la satisfaction des patients s'est de nouveau stabilisée en 2013 pratiquement au niveau de 2011, après une évolution positive entre 2011 et 2012. Ce résultat nous conforte dans la volonté de poursuivre de façon conséquente nos mesures visant l'amélioration de la qualité.

La satisfaction des patients au quotidien

Les mesures suivantes ont été mises en œuvre en 2013 pour promouvoir la satisfaction des patients:

- mise en œuvre d'un projet pilote case management (v. p. 42)
- refonte des cours de communication pour les collaborateurs en contact avec les patients (v. aussi p. 43)
- introduction d'une formation de deux jours pour les nouveaux médecins

Le plan de mesures enfants de l'ANQ

Avec sa clinique pour enfants Wildermeth, le CHB dispose d'un «service pédiatrique proprement dit». On entend par là les services (ou cliniques) qui prennent en charge exclusivement des enfants de moins de 16 ans et qui disposent du personnel qualifié et des infrastructures nécessaires pour ce groupe de patients. Pour cette raison, le plan de mesures enfants de l'ANQ revêt également un caractère obligatoire pour le CHB. Le plan de mesures 2013 englobait le relevé de la prévalence des escarres, une enquête auprès des parents (réalisée pour la première fois) et le relevé des infections à la suite d'appendicectomies.

A. Mesure de la prévalence des escarres chez les enfants et adolescents

Chez les enfants hospitalisés également, les escarres (lésion cutanée causée par la pression) constituent un indicateur de qualité important et un problème de soins fréquemment sous-estimé. Chez l'enfant, les principaux facteurs de risques sont les dispositifs médicaux (par ex. sondes, cathéters), les possibilités restreintes de communication ainsi que l'immaturité de la peau (en particulier chez les prématurés). Pour les enfants et adolescents, la mesure a été exécutée pour la première fois en 2013 selon la méthode Landelijke Pevalentiemetin Zorgproblemen (LPZ) (jour de référence: 5 novembre 2013). Elle a été réalisée avec l'accord des parents ou des représentants légaux auprès d'enfants et d'adolescents stationnaires ≤ 16 ans (hors nourrissons de la maternité). Elle consigne si les enfants présentent des escarres en raison de points de pression.

Résultats et commentaire:

Treize enfants et adolescents ont été pris en compte dans la mesure. Des escarres ont été constatées chez deux enfants (c'est-à-dire 15,4%; résultat provisoire non corrigé du risque), mais étaient déjà existantes à l'arrivée de l'enfant dans un cas. Un nombre aussi faible de cas ne permet guère d'émettre des énoncés éloquents sur la qualité.

Comme pour les adultes, tous les cas d'escarres de la clinique pour enfants Wildermeth sont consignés au moyen d'un procès-verbal standardisé. La clinique dis-

pose d'une personne affectée aux escarres et de directives pour la prévention des escarres chez les enfants.

B. Enquête auprès des parents 2013

L'évaluation de la qualité des prestations par les patients constitue également un indicateur important de la qualité de la médecine pédiatrique. Chez les enfants et adolescents, ce sont les parents qui sont priés de communiquer leur évaluation.

Menée en septembre 2013, l'enquête concernait tous les enfants et adolescents de moins de 16 ans sortant de l'hôpital au cours de ce mois (séjour à l'hôpital d'au moins 24 heures).

Résultats de l'enquête auprès des parents 2013	Indice de satisfaction 2013 (valeur moyenne) ¹
Seriez-vous disposé(e) à recommander cet hôpital à votre cercle d'amis et à votre famille?	9,25
Que pensez-vous de la qualité de la prise en charge dont votre enfant a bénéficié?	9,17
Lorsque vous avez posé aux médecins des questions importantes sur votre enfant, avez-vous obtenu des réponses que vous pouviez comprendre?	9,14
Lorsque vous avez posé au personnel soignant des questions importantes sur votre enfant, avez-vous obtenu des réponses que vous pouviez comprendre?	8,71
Estimez-vous que le personnel hospitalier a traité votre enfant avec respect et a préservé sa dignité?	9,66

¹ 10 = plus grande valeur possible
0 = plus petite valeur possible pouvant être cochée par les parents

Les résultats de mesures de cette première enquête auprès des parents au CHB sont réjouissants, car ils se situent majoritairement au-dessus de la moyenne des cliniques pour enfants participantes.

C. Relevé des infections à la suite d'appendicectomies chez les enfants et adolescents selon les critères SwissNOSO

Intervention chirurgicale la plus fréquente chez les enfants, l'appendicectomie se prête donc bien au relevé des infections post-opératoires. La mesure a été intégrée en 2013 dans le catalogue des mesures obligatoires de l'ANQ. Le CHB consigne déjà depuis 2010 les infections à la suite d'appendicectomies chez les enfants, selon la méthodologie SwissNOSO.

Les infections post-opératoires peuvent représenter de graves complications et conduisent souvent à une prolongation du séjour hospitalier. Le taux d'infection dépend entre autres des facteurs suivants: degré de gravité de l'affection (classification ASA), technique opératoire, administration correcte d'antibiotiques avant l'opération, désinfection des mains du personnel médical, désinfection de la peau dans la zone de l'opération.

Appendicectomies et infections chez les enfants et adolescents hospitalisés ≤ 16 ans depuis 1.6.2010¹

1.10.2012	1.10.2011	1.6.2010	Tous cas
au	au	au	cumulés
30.9.2013	30.9.2012	30.9.2011	1.6.2010
			au
			30.9.2013

Nombre d'opérations				
consignées	47	26	16	89
Nombre d'infections	1	0	1	2
Taux d'infections au CHB (%) avec intervalle de confiance				
= 95%	2,1	0	6,3	2,2
(entre parenthèses)	(0,1 – 11,3)	(0 – 13,2)	(0,2 – 30,2)	(0,27 – 7,88)

¹ résultats non corrigés du risque

Les résultats de mesure sont réjouissants. Il convient de noter que le nombre d'opérations consignées était encore faible durant la première année du relevé et qu'une infection éventuelle induisait donc un taux proportionnellement plus élevé que lors d'une période d'observation ultérieure. A mesure que le nombre d'opérations consignées augmente, la fiabilité des données s'accroît également.

Le plan de mesures enfants décerne de bonnes notes au CHB

Même si l'on tient compte du nombre de participants plutôt faible du plan de mesures enfants, les éléments suivants peuvent être relevés: la satisfaction des parents vis-à-vis de la clinique pour enfants et le faible taux d'infections à la suite d'une appendicectomie sont très réjouissants. Pour ce qui est de la mesure des escarres, le faible nombre d'enfants et d'adolescents considérés ne permet malheureusement pas de se prononcer sur la qualité. L'évolution sera toutefois suivie en continu.



Lien

Chaque année, le CHB publie un rapport de qualité détaillé selon les directives du groupement «Développement de la qualité dans les hôpitaux de soins aigus du canton de Berne» (QABE) et H⁺ (Les hôpitaux de Suisse). Le rapport peut être téléchargé sur le site web: www.centre-hospitalier-bienne.ch.

Case Management |

Coordonner les cas complexes

Le case management a été introduit avec succès au sein du département de médecine au cours de l'exercice écoulé. Un projet pilote a démontré que cette forme d'encadrement apporte des avantages à toutes les personnes impliquées: les patients sont mieux accompagnés, les médecins et le personnel soignant déchargés de tâches administratives, et les ressources mieux utilisées.

Dans le cadre d'un projet pilote d'une durée de six mois, 123 patientes et patients de deux unités du département de médecine ont été encadrés par des case managers. Cette nouvelle prestation s'adresse aux patients âgés qui ont déjà dû être hospitalisés à plusieurs reprises au cours de l'année et qui ne peuvent pas sortir de l'hôpital sans que des soins et un encadrement ne soient mis en place dans leur environnement habituel. Yvonne Basile, chargée du développement des soins et responsable du projet pilote, explique: «Il s'agit de cas très complexes, et pas unique-



ment au niveau du diagnostic et des traitements. Souvent, ces patients n'ont guère d'environnement social sur lequel s'appuyer.»

Communication et organisation

La case manager s'occupe de tout ce qui a trait à la communication et à la planification des ressources pendant le séjour hospitalier et après la sortie de l'hôpital. «Elle rassemble les documents, coordonne les thérapies et explique à ses patients la planification et le déroulement des soins», explique Yvonne Basile. «Elle informe et intègre aussi les proches.» En collaboration avec eux et des organes externes, par exemple Spitex ou un service de livraison des repas, il est décidé qui fournira quelles prestations, afin qu'après sa sortie de l'hôpital, le patient puisse obtenir les soins et le soutien thérapeutique indispensables. «Le travail est autant axé sur le patient que sur les résultats», souligne l'experte. Dans ce contexte, la collaboration avec les services sociaux est très importante: «Pendant l'essai pilote, nous avons constaté à quel point il est parfois difficile de délimiter nos presta-

tions. Cela est toutefois nécessaire, notamment pour des thèmes concernant des aspects existentiels comme le chômage ou les problèmes de dépendance.»

Feed-backs positifs

Les échos des patients sont tous positifs. La coordination et l'accompagnement pendant le séjour hospitalier sont particulièrement appréciés. La qualité de cette nouvelle prestation est déjà reconnue: «A l'heure actuelle, certains médecins généralistes commencent par prendre contact par téléphone avec le case management.» Pour les trois case managers du groupe de projet, il s'agit aujourd'hui de continuer à tisser leurs réseaux, à l'interne de l'hôpital aussi bien qu'à l'externe. Cette tâche est complexe, car selon les cas, il faut coordonner jusqu'à trente domaines spécialisés et organes différents. Et que pensent les trois collaboratrices de cette nouvelle fonction pour laquelle elles ont dû suivre une formation continue? Yvonne Basile rit: «Elles ne voudraient plus céder ce travail pour rien au monde!»

Yvonne Basile

Responsable du développement des soins



L'échange joue un rôle important dans chaque phase de la relation entre le patient et le médecin. Nous communiquons en permanence, mais dans cette constellation sensible, la communication doit sans cesse être entretenue et exercée. Le professeur Wolf Langewitz, chef de service au département de médecine psychosomatique à l'Hôpital universitaire de Bâle, et le professeur Alexander Kiss, médecin-chef du même département, organisent régulièrement des séminaires au CHB sur la communication entre le médecin et le patient. Un entretien qui repose sur la structuration, l'écoute et la compréhension mutuelle.

Prof. Dr Wolf Langewitz

Chef de service, département de médecine psychosomatique, Hôpital universitaire de Bâle



Professeur Wolf Langewitz, comment structurez-vous vos séminaires sur la communication ?

Le matin, nous accompagnons les médecins, c'est-à-dire les participants au cours, lors de la visite aux patients, puis nous reprenons nos observations comme point de départ pour des jeux de rôles l'après-midi. Si les médecins sont d'accord, nous essayons d'identifier les problèmes qui sont apparus lors des visites du matin et nous testons des alternatives au niveau de la communication. Nous passons ensuite aux exercices. Après plusieurs séquences, les participants parviennent à identifier les éléments qui pourraient fonctionner et qui sont définitivement différents de ce qu'ils ont essayé jusqu'alors. De manière générale, les participants du CHB disent apprécier l'entraînement à la communication et estiment qu'ils peuvent bien l'intégrer au quotidien.

S'agit-il d'améliorer l'écoute ou de structurer l'entretien ?

Le problème réside dans le fait que pour pouvoir utiliser des éléments plus profonds, en repérant par

exemple des signaux subtils, il faut d'abord aménager un espace dans lequel ce type de signaux peut apparaître. Et pour cela, il faut mettre en place une structure et gérer le temps à disposition. Il s'agit de trouver un compromis entre une gestion optimale du temps, une structure limpide et l'ouverture d'un espace de dialogue. L'idée de base consiste à permettre au patient de participer au déroulement de l'entretien en lui expliquant les objectifs que je souhaite atteindre, le temps que j'ai à disposition et en lui demandant dès le début ce qu'il attend de notre discussion.

Comment réagissent les patients par rapport à ces indications claires ?

En général, le patient apprécie beaucoup de savoir comment réfléchit le médecin et pourquoi il pose les questions dans un certain ordre. En revanche, les médecins considèrent rarement cette procédure comme un gage de qualité. Sur ce point, la perception du patient et du médecin est très différente. Pour nous, en tant que spécialistes, l'entretien est toujours clairement



structuré, car nous savons bien entendu comment nous souhaitons qu'il se déroule, sans toutefois en informer le patient. Ce dernier participe à l'entretien sans vraiment savoir où il va.

Est-ce que le patient comprend vraiment les informations que vous souhaitez lui transmettre?

Cela dépend de la manière dont je structure l'entretien. Le principe est le suivant: transmets les informations, observe ce qui se passe, la réaction que tes informations provoquent et les questions qu'elles engendrent. Je dois laisser le champ libre au patient afin qu'il me pose les questions qui l'intéressent le plus sur le moment. Si je m'entretiens par exemple avec un patient au sujet d'une opération de l'épaule et qu'il me pose la question suivante: «Est-ce que cet été, je pourrai à nouveau faire de la voile?», il traduit une discussion sur la stabilité de l'articulation par «Est-ce que je pourrai reprendre cette activité?». Je sais alors quelle approche choisir et à partir de ce moment-là, il comprendra et retiendra toutes les informations que je lui transmettrai sur la réhabilitation

de l'articulation de l'épaule, parce qu'il a intégré cet élément dans son univers personnel.

Quelle est l'efficacité des entretiens qui doivent se dérouler en présence d'un interprète?

Cela dépend bien sûr des compétences de l'interprète, s'il connaît par exemple dans les deux langues les termes techniques utilisés lors de l'entretien d'explication. Ça dépend aussi s'il se considère comme un interprète fidèle ou comme quelqu'un qui assume une fonction

propre comme celle de *cultural broker*. Dans ce cas, il sera tenté de non seulement traduire les propos du spécialiste dans une autre langue, mais également dans une autre culture, ceci souvent sans dire au spécialiste ce qu'il fait. Dans certaines circonstances, cela favorise les malentendus et ne prend pas en considération le fait qu'au final, c'est le médecin qui doit assumer les informations qui sont transmises au patient. En tant que médecins, nous ne pouvons pas diviser cette responsabilité.

Comment réagissez-vous quand vous avez le sentiment que le patient cache quelque chose?

L'anamnèse, c'est-à-dire l'ensemble des renseignements sur l'histoire d'une maladie, est une procédure dont la responsabilité incombe aux deux parties. Je ne peux user d'aucune technique de communication pour forcer les patients à me communiquer toutes les informations qui seraient importantes pour le diagnostic et le traitement. Un entretien médical réussi est toujours le résultat d'un travail commun entre le patient et le médecin.

Une communication réussie – un gage de qualité

«Nous analysons les feed-backs des patients dans le contexte de l'assurance de la qualité», explique la Dr Karin Aeberhard, responsable de la gestion de la qualité au CHB. «Les entretiens entre le patient et le médecin sont souvent influencés par deux facteurs: le patient hospitalisé se trouve dans une situation personnelle exceptionnelle et le médecin doit faire face à la pression du temps. Les informations sont certes transmises, mais elles ne couvrent pas toujours les besoins et les questions du patient. Dans un feed-back, il peut alors paraître que le médecin n'a pas fourni assez d'informations. Grâce aux cours de communication, nous souhaitons offrir à nos cadres, et également aux médecins, la possibilité de se mettre dans la peau du patient. L'empathie et des structures de communication claires permettent d'améliorer l'échange et, partant, la communication.»

Plus de temps et de tranquillité pour maman et bébé

En 1994, le CHB était le premier hôpital du canton de Berne à être certifié «Hôpital ami des bébés».

En 2013, dans le cadre de la recertification, il s'est à nouveau vu décerner ce prestigieux label UNICEF: car au CHB, la maman et son bébé peuvent démarrer leur nouvelle vie de manière optimale. Alors qu'autrefois, l'accent reposait sur l'encouragement à l'allaitement, aujourd'hui, une plus grande importance est accordée au développement d'un lien d'attachement entre les parents et le bébé dès sa naissance.

Entretien avec Damiana Hafner, responsable des soins, et Marguerite Stoltz, sage-femme responsable au CHB.

Damiana Hafner

Responsable des soins,
département Femme & enfant



Marguerite Stoltz

Sage-femme responsable



Est-ce que la recertification est une affaire purement administrative?

Damiana Hafner: Bien sûr que nous devons remplir quelques exigences administratives, par exemple relever des données pour les statistiques au niveau de l'allaitement. Ceci nous permet toutefois de surveiller en permanence notre niveau de qualité et de nous comparer à d'autres hôpitaux. Mais une recertification, c'est avant tout un audit effectué sur place par des expertes. Celles-ci viennent à la clinique de gynécologie et obstétrique et examinent en détail les différentes procédures, la philosophie et la communication avec les patients ainsi que la culture de collaboration. L'an dernier, nous avons obtenu de très bons résultats au niveau de l'évaluation générale avec 97,6 points sur 100.

Auparavant, la certification en question était intitulée «Hôpital ami de l'allaitement». La dénomination a été remplacée par le label «Hôpital ami des bébés». Comment expliquer cette réinterprétation?

Damiana Hafner: Dans le texte original des directives de l'UNICEF,

le terme utilisé en anglais a toujours été «*babyfriendly*». Il y a quelques années, l'accent reposait sur l'allaitement, parce que les mères issues des pays industrialisés devaient servir d'exemple aux mamans des pays en développement.

Marguerite Stoltz: A une certaine époque, on y croyait à tort que l'allaitement était réservé aux pauvres et que les parents qui pouvaient se le permettre se devaient de nourrir leur enfant au biberon. Cela a eu des conséquences dramatiques: comme l'eau n'est pas toujours propre dans les pays en développement, de nombreux enfants sont tombés malades ou décédés. C'est pour cette raison que les jeunes mères ont ensuite été fortement encouragées à allaiter.

Aujourd'hui, l'accent repose davantage sur le développement d'un lien d'attachement entre la mère et l'enfant, le «bonding». A quoi faut-il être attentif dans ce contexte?

Marguerite Stoltz: Autrefois, juste après sa naissance, le bébé ne restait que quelques instants auprès de sa maman. On le prenait tout

de suite pour le laver, le mesurer et le peser, puis seulement ensuite le ramener à sa mère. Les choses ont beaucoup évolué entre-temps. Aujourd'hui, le nouveau-né est soigneusement couvert et reste jusqu'à deux heures auprès de sa maman avant que les premiers soins ne lui soient prodigues. Certains bébés tétent déjà au sein après deux minutes alors que d'autres ouvrent d'abord des grands yeux sur le monde qui les entoure.

Est-ce que toutes les femmes apprécient le «bonding»?

Marguerite Stoltz: Certaines femmes ne souhaitent pas garder longtemps leur enfant nu et couvert de sang auprès d'elles. Certains papas souhaitent aussi connaître tout de suite le poids et la taille de leur bébé. Nous devons alors leur expliquer que cela peut attendre. Toutefois, nous ne pouvons que conseiller les parents.

Damiana Hafner: En effet, nous pouvons seulement les conseiller, en leur expliquant qu'il est important de rester autant longtemps que possible avec leur enfant, parce que cela favorise le développement du lien unissant la maman et son bébé.

Comment les femmes s'adaptent-elles à la nouvelle situation familiale?

Damiana Hafner: Certaines jeunes femmes ont grande confiance en leurs propres ressources, alors que le chemin est un peu plus long pour d'autres. Le sentiment de responsabilité à l'égard d'un nouveau-né est une expérience unique: un petit être vient de naître, je suis désormais responsable de son existence et je vais faire de mon mieux. Par

ailleurs, toute naissance modifie complètement la situation familiale, qu'il s'agisse du premier, du second ou du troisième enfant.

Comment cela se passe-t-il avec les femmes plus âgées qui mettent au monde leur premier enfant?

Marguerite Stoltz: Pour elles, la naissance est davantage un changement psychique que physique. Souvent, habituées à une vie professionnelle très bien organisée, elles s'attendent à un enfant parfait et une naissance sans problème au moment idéal. Pour ces femmes, la naissance est un véritable enseignement, car il n'est pas possible de vivre cette expérience intellectuellement, il faut réellement l'expérimenter.

L'an dernier, 1059 enfants sont nés au CHB, un record. Avez-vous réellement la capacité d'offrir à la mère et à l'enfant ces moments de tranquillité et un encadrement de proximité?

Damiana Hafner: Oui, nous avons la place et les ressources requises pour garantir un suivi de qualité. Il reste qu'il n'est pas toujours possible de planifier l'obstétrique. Certaines situations sont susceptibles de s'accompagner d'un brin

de stress. Le sentiment de sécurité que les sages-femmes transmettent aux mamans et une disponibilité permanente pour les femmes avant et après la naissance sont des éléments d'autant plus importants.

Marguerite Stoltz: Nous gérons les éventuelles situations de stress sans le faire sentir aux parents. En accordant le temps nécessaire aux patientes, les interventions médicales sont moins nombreuses et les naissances plus faciles. Par ailleurs, il faut aussi veiller à laisser suffisamment de temps aux mamans pour se reposer après l'accouchement et pour allaiter, faute de quoi les problèmes surgissent rapidement. Ce sont des instants précieux pour la maman, le bébé et toute la famille, raison pour laquelle ils doivent être dérangés le moins possible.

Damiana Hafner: C'est pour cela que le concept du «rooming-in», qui permet à la mère et à l'enfant d'être ensemble même à l'hôpital, a été introduit dans les années 80. A l'époque, c'était un élément indispensable pour obtenir la certification. Aujourd'hui, comme beaucoup d'autres éléments inhérents à la philosophie des hôpitaux «amis des bébés», nous ne le percevons plus comme une exigence mais comme la normalité.







FINANCES

Du point de vue financier également, le Centre hospitalier Bienne est dans une bonne dynamique: le nombre de patients a de nouveau augmenté au cours du dernier exercice. Le domaine ambulatoire a connu une hausse de 3,8% par rapport à l'année précédente, le domaine stationnaire de 3,4%. Avec plus de 69 000 personnes soignées, le Centre hospitalier Bienne a traité en 2013 un nombre de patients et patientes plus élevé que jamais.

Les recettes provenant des soins stationnaires ont été supérieures à celles de 2012 de quelque 5,7 millions de francs, tandis que les recettes provenant des soins ambulatoires ont augmenté de 3,5 millions de francs. Au total, nous avons réussi à faire augmenter le chiffre d'affaires de notre centre médical public de 4,5% à 184,3 millions de francs.

Suite à l'augmentation des prestations fournies, les charges d'exploitation ont connu une hausse modérée de 4,5 millions de francs (2,6%) par rapport à l'année précédente, pour atteindre 172 millions de francs. Il en résulte un bénéfice d'exploitation avant intérêts, impôts et amortissements (EBITDA) de 12,3 millions de francs (contre 8,9 millions en 2012). Malgré l'amélioration que cela représente par rapport à l'exercice précédent, la marge de l'EBITDA, avec ses 7%, est encore inférieure au niveau requis pour permettre le financement durable des investissements. Les résultats globaux de 2013 demeurent toutefois réjouissants, l'exercice étant bouclé avec un bénéfice de 3,6 millions de francs (contre 0,3 million l'année précédente).

Le total du bilan a augmenté de 2,6 millions de francs à 263,6 millions, le capital propre de 3,6 millions à 228,7 millions. Le Centre hospitalier Bienne dispose ainsi d'une part solide de fonds propres qui s'élève à 87%, un élément non négligeable dans un contexte toujours aussi exigeant. Cette situation saine et l'amélioration de l'efficacité économique permettent au Centre hospitalier Bienne d'être confiant quant à sa capacité à relever avec succès les défis des années à venir.

Comptes annuels

Bilan Swiss GAAP RPC

Les comptes annuels sont publiés pour la première fois selon la norme Swiss GAAP RPC. Les chiffres de l'exercice précédent ont été adaptés conformément à cette norme.

Actifs	Chiffre dans l'annexe	31.12.2013 CHF	31.12.2012 CHF
Liquidités	25 429 201	26 935 459	
Titres	5 000 000	0	
Créances résultant de livraisons et de prestations	1 24 598 385	24 944 760	
Autres créances à court terme	2 960 691	502 194	
Prestations non décomptées / traitements en cours	3 2 228 425	2 542 848	
Stocks	4 4 049 991	3 924 621	
Actifs de régularisation	5 425 578	592 791	
Actif circulant	62 692 271	59 442 673	
Immobilisations corporelles	6 106 380 569	99 966 530	
Immobilisations financières	7 91 917 078	99 378 647	
Immobilisations incorporelles	8 2 575 231	2 214 851	
Actif immobilisé	200 872 878	201 560 028	
Total Actif	263 565 149	261 002 701	

Passifs	Chiffre dans l'annexe	31.12.2013 CHF	31.12.2012 CHF
Dettes résultant de livraisons et de prestations	9	12 253 772	9 411 004
Autres dettes à court terme	10	6 346 484	9 645 787
Passifs de régularisation	11	6 703 300	5 070 934
Engagements à court terme		25 303 556	24 127 725
Autres dettes à long terme / fonds	12	285 994	3 708 231
Provisions	13	9 278 215	8 038 350
Engagements à long terme		9 564 209	11 746 581
Engagements		34 867 765	35 874 306
Capital actions		7 750 000	7 750 000
Réserves provenant de bénéfices		217 378 395	217 085 752
Bénéfice de l'exercice		3 568 989	292 643
Fonds propres		228 697 384	225 128 395
Total Passif		263 565 149	261 002 701

L'annexe fait partie intégrante de ces comptes annuels.

Compte de résultat Swiss GAAP RPC

Les comptes annuels sont publiés pour la première fois selon la norme Swiss GAAP RPC. Les chiffres de l'exercice précédent ont été adaptés conformément à cette norme.

	Chiffre dans l'annexe	2013 CHF	2012 CHF
Produits envers les patients	14	175 451 873	166 261 470
Autres produits	15	8 801 826	10 110 418
Produits d'exploitation		184 253 699	176 371 888
Charges de personnel	16 / 17	116 743 059	115 228 258
Matériel médical d'exploitation	18	32 884 404	31 097 609
Autres charges pour biens et services	19	22 326 953	21 191 376
Charges de personnel et pour biens et services		171 954 416	167 517 243
Résultat d'exploitation avant intérêts, impôts et amortissements (EBITDA)		12 299 283	8 854 645
Amortissements sur immobilisations corporelles	6	7 274 059	7 256 343
Amortissements sur immobilisations incorporelles	8	1 470 555	1 376 416
Résultat d'exploitation avant impôts et intérêts (EBIT)		3 554 669	221 886
Produits financiers	20	67 652	62 027
Charges financières	20	–75 568	–7 724
Résultat financier		–7 916	54 303
Résultat ordinaire		3 546 753	276 189
Apports aux fonds en capitaux étrangers	12	–120 586	–110 509
Prélèvements des fonds en capitaux étrangers	12	142 822	126 963
Résultat des fonds affectés		22 236	16 454
Impôts		0	0
Bénéfice de l'exercice		3 568 989	292 643

L'annexe fait partie intégrante de ces comptes annuels.

Flux de trésorerie

	Chiffre dans l'annexe	2013 CHF	2012 CHF
Bénéfice de l'exercice		3 568 989	292 643
Amortissements immobilisations corporelles et incorporelles	6 / 8	8 744 614	8 632 759
Perte sur sorties d'actifs immobilisés	6	28 986	0
Correction de valeur sur immobilisations financières	7	61 569	0
Modification provisions	13	1 239 864	1 666 758
Prélèvement de fonds (net)	12	-22 236	-16 454
Diminution / augmentation créances résultant de livraisons et prestations	1	346 375	-4 627 294
Diminution / augmentation stocks, prestations non décomptées et traitements en cours	3 / 4	189 053	-513 608
Augmentation autres créances et actifs de régularisation	2 / 5	-291 284	-210 977
Augmentation dettes résultant de livraisons et prestations	9	834 900	2 625 418
Diminution / augmentation autres dettes à court terme et passifs de régularisation	10 / 11	-5 066 938	2 628 601
Flux de trésorerie provenant de l'activité d'exploitation		9 633 892	10 477 846
Investissements dans des immobilisations corporelles	6	-11 763 487	-12 900 762
Paiement canton projets de fonds hospitalier	7	7 400 000	8 820 000
Investissements dans des titres / immobilisations financières		-5 000 000	-255 841
Désinvestissements d'immobilisations financières		0	501
Investissements dans des immobilisations incorporelles	8	-1 776 663	-656 300
Flux de trésorerie provenant de l'activité d'investissement		-11 140 150	-4 992 402
Flux de trésorerie provenant de l'activité de financement		0	0
Variation des liquidités		-1 506 258	5 485 444
Tableau de concordance			
Liquidités au 1 ^{er} janvier		26 935 459	21 450 015
Liquidités au 31 décembre		25 429 201	26 935 459
Variation des liquidités		-1 506 258	5 485 444

L'annexe fait partie intégrante de ces comptes annuels.

Tableau des fonds propres

Chiffre dans l'annexe	Capital actions CHF	Réserves légales CHF	Réserves libres CHF	Fonds CHF	Bénéfice au bilan CHF	Total réserves provenant de bénéfices CHF	Total fonds propres CHF
Etat au 31.12.2011	7 750 000	2 350 000	215 002 315	1 033 543		218 385 858	226 135 858
Retraitement			–1 300 106 ¹			–1 300 106	–1 300 106
Etat au 01.01.2012	7 750 000	2 350 000	213 702 209	1 033 543	0	217 085 752	224 835 752
Bénéfice de l'exercice					292 643	292 643	292 643
Etat au 31.12.2012	7 750 000	2 350 000	213 702 209	1 033 543	292 643	217 378 395	225 128 395
Bénéfice de l'exercice					3 568 989	3 568 989	3 568 989
Etat au 31.12.2013	21	7 750 000	2 350 000	213 702 209	1 033 543	3 861 632	220 947 384
							228 697 384

¹ Le retraitement concerne une provision qui avait été attribuée aux fonds propres lors de la première application de Swiss GAAP RPC au 1.1.2012. Au cours de l'exercice 2013, ce montant a été attribué à nouveau aux provisions.

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

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

c. Crédances

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 facturé durant la nouvelle année.

L'évaluation des traitements débutés (prestations 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 2013.

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

Terrains	pas d'amortissement
Bâtiments	33 $\frac{1}{3}$ 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 en leasing financier 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 d'amortissement est décomptée avec les dettes portées au bilan, la part d'intérêts 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 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 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 s'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 Bienné 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 issus 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 fournie, 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 des médecins assistants, le service d'interprètes, le conseil aux familles et en matière de grossesse ainsi que pour l'entretien de la salle d'opération protégée pour la protection civile.

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

		31.12.2013 CHF	31.12.2012 CHF	Δ 2013/2012 CHF
1	Créances résultant de livraisons et de prestations de services			
	Créances résultant de livraisons et de prestations de services envers des tiers	25 515 050	25 190 301	324 749
	Créances résultant de livraisons et de prestations de services actionnaire / canton	471 335	1 200 459	-729 124
	Correction de valeur	-1 388 000	-1 446 000	58 000
	Total	24 598 385	24 944 760	-346 375
2	Autres créances à court terme			
	Créances envers des tiers	400 402	408 308	-7 907
	Créances envers l'actionnaire / canton	442 567	0	442 567
	Créances envers les sociétés liées	66 817	82 710	-15 894
	Créances envers les institutions de prévoyance	50 906	11 176	39 730
	Total	960 691	502 194	458 497
3	Prestations non décomptées			
	Prestations ambulatoires non décomptées	94 459	128 752	-34 293
	Traitements stationnaires en cours	2 133 966	2 414 096	-280 130
	Total	2 228 425	2 542 848	-314 423
	Les prestations fournies aux patients et patientes stationnaires sortis avant le 31.12.2013 sont intégralement facturées. Celles fournies aux patients encore en traitement au cours de la nouvelle année sont délimitées.			
4	Stocks			
	Consommables médicaux	1 437 886	1 388 304	49 582
	Médicaments	1 278 761	1 154 283	124 478
	Implants et pansements	653 607	722 906	-69 299
	Combustibles y c. réserve de secours	392 245	398 979	-6 734
	Autres stocks	287 492	260 149	27 343
	Total	4 049 991	3 924 621	125 370
5	Actifs de régularisation			
	Charges payées d'avance	229 876	325 426	-95 550
	Produits reçus d'avance	195 702	267 365	-71 663
	Total	425 578	592 791	-167 213

6

Immobilisations corporelles		Biens immobiliers	Installations fixes	Biens mobiliers	Immobilisations médico-techniques	Immobilisations informatiques	Immobilisations corporelles en construction	Total immobilisations corporelles
Coûts d'acquisition								
Etat au 01.01.2012	102 750 215	51 206 019	18 489 900	28 556 816	2 761 422	19 321 694	223 086 066	
Entrées	1 822 671	477 582	629 016	1 585 583	59 546	8 326 364	12 900 762	
Sorties	0	0	-1 854 251	-1 006 330	0	0	-2 860 581	
Etat au 31.12.2012	104 572 886	51 683 601	17 264 665	29 136 069	2 820 968	27 648 058	233 126 247	
Amortissements et corrections de valeur								
Etat au 01.01.2012	55 086 268	40 880 074	11 413 212	19 394 826	1 989 576	0	128 763 956	
Amortissements ordinaires	1 993 282	1 854 424	1 154 202	1 904 779	349 655	0	7 256 342	
Sorties	0	0	-1 854 251	-1 006 330	0	0	-2 860 581	
Etat au 31.12.2012	57 079 550	42 734 498	10 713 163	20 293 275	2 339 231	0	133 159 717	
Valeur comptable au 31.12.2012	47 493 336	8 949 103	6 551 502	8 842 794	481 737	27 648 058	99 966 530	
Dont immobilisations en leasing	0	0	0	0	0	0	0	0
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	0

¹ Reclassification en provenance et vers les immobilisations incorporelles, v. chiffre 8.

Investissements sans incidence sur les liquidités	2013	2012
Dettes d'investissements non payées	3 672 826	1 664 958

7 Immobilisations financières

en CHF	Titres	Participations ²	Créances actionnaire / canton ¹	Actifs issus des réserves de cotisations d'employeur ³	Total immobilisations financières
Coûts d'acquisition					
Etat au 01.01.2012	369 127	200 000	107 170 000	3 204 181	110 943 308
Entrées	255 840	0	0	0	255 840
Sorties	-501	0	-8 820 000	-3 000 000	-11 820 501
Etat au 31.12.2012	624 466	200 000	98 350 000	204 181	99 378 647
Amortissements et corrections de valeur					
Etat au 01.01.2012	0	0	0	0	0
Entrées	0	0	0	0	0
Sorties	0	0	0	0	0
Etat au 31.12.2012	0	0	0	0	0
Valeur comptable au 31.12.2012	624 466	200 000	98 350 000	204 181	99 378 647
Coûts d'acquisition					
Etat au 01.01.2013	624 466	200 000	98 350 000	204 181	99 378 647
Entrées	0	0	0	0	0
Sorties	0	0	-7 400 000	0	-7 400 000
Etat au 31.12.2013	624 466	200 000	90 950 000	204 181	91 978 647
Amortissements et corrections de valeur					
Etat au 01.01.2013	0	0	0	0	0
Constitution corrections de valeur	61 569	0	0	0	61 569
Sorties	0	0	0	0	0
Etat au 31.12.2013	61 569	0	0	0	61 569
Valeur comptable au 31.12.2013	562 897	200 000	90 950 000	204 181	91 917 078

¹Montant résiduel projets de fonds hospitalier

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 Biel/Bienne peut encore disposer pour des investissements.

Participations en CHF	31.12.2013	31.12.2012
² ARB SA en matière d'ambulance de la région bernoise		
Service de transport de malades et de blessés pour les secours dans la région de Biel/Bienne et environs		
Capital actions nominal	300 000	300 000
Taux de participation	66,6%	66,6%
Valeur comptable	200 000	200 000
Cette participation n'est pas considérée comme significative par le conseil d'administration et ne fait pas l'objet d'une consolidation intégrale.		
Part aux capitaux propres:	639 630	515 772
Part au résultat de l'exercice 2013 / 2012:	123 858	-133 968

Actifs résultant des réserves de cotisations d'employeur

³Renonciation à 3,0 MCHF durant l'année 2012 comme contribution au financement du changement de primauté; la renonciation constitue un processus de désinvestissement sans incidence sur les liquidités (décompte avec provision).

8 Immobilisations incorporelles

Logiciels	Total CHF
Coûts d'acquisition	
Etat au 01.01.2012	10 245 463
Entrées	656 300
Etat au 31.12.2012	10 901 763
Amortissements et corrections de valeur	
Etat au 01.01.2012	7 310 496
Amortissements ordinaires	1 376 416
Etat au 31.12.2012	8 686 912
Valeur comptable au 31.12.2012	2 214 851
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	2 575 231
Dont immobilisations en leasing	0

¹ Reclassification en immobilisations corporelles

² Reclassification depuis immobilisations corporelles

Les immobilisations incorporelles concernent les logiciels.

9	Dettes résultant de livraisons et de prestations	31.12.2013	31.12.2012	Δ 2013/2012
		CHF	CHF	CHF
	Dettes résultant de livraisons et de prestations de tiers	12 165 414	9 314 018	2 851 396
	Dettes résultant de livraisons et de prestations filiale	88 358	96 986	-8 628
	Total	12 253 772	9 411 004	2 842 768

Les dettes résultant d'achats et de prestations de services se montent à 12,3 MCHF soit 2,8 MCHF (+30,2%) de plus que l'année précédente. Cette augmentation est due à une activité importante en fin d'année au niveau de l'exploitation ainsi que des investissements.

Dettes d'investissements non payées	3 672 826	1 664 958	2 007 868
-------------------------------------	-----------	-----------	-----------

10 Autres dettes à court terme

Dettes envers des tiers	2 638 903	4 069 021	-1 430 118
Dettes envers l'actionnaire / canton	37 019	1 954 072	-1 917 053
Dettes envers les institutions de prévoyance ¹	3 670 562	3 622 694	47 868
Total	6 346 484	9 645 787	-3 299 303

¹ Y compris 3,4 MCHF (v. notice explicative 12) à verser à la fondation en 2014.

11 Régularisations passives

Vacances dues	1 999 812	1 700 182	299 630
Heures supplémentaires dues	1 958 704	1 746 773	211 931
Remboursement chiffre d'affaires aux caisses maladie (LCA)	613 314	580 000	33 314
Prime au personnel	600 000	0	600 000
Autres passifs de régularisation	1 531 470	1 043 979	487 491
Total	6 703 300	5 070 934	1 632 366

12 Autres dettes à long terme / fonds

	Fonds scientifiques CHF	Dettes à long terme ¹ CHF	Total CHF
Valeur comptable au 01.01.2012	324 685	0	324 685
Apports avec incidence sur le résultat	110 509	0	110 509
Prélèvements avec incidence sur le résultat	-126 963	0	-126 963
Entrées	0	3 400 000	3 400 000
Valeur comptable au 31.12.2012	308 231	3 400 000	3 708 231

	Fonds scientifiques CHF	Dettes à long terme ¹ CHF	Total CHF
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
Reclassifications en tant que dettes à court terme	0	–3 400 000	–3 400 000
Valeur comptable au 31.12.2013	285 994	0	285 994

¹ Les dettes à long terme au 31.12.2012 existaient vis-à-vis de l'institution de prévoyance en raison du changement de primauté au 01.01.2013.

Le montant doit être payé en 2014 et a donc été reclassifié dans les dettes à court terme (v. notice explicative 10). Cette reclassification est sans incidence sur les liquidités.

13 Provisions	Risques tarifaires¹ CHF	Litiges (restated)² CHF	Gratific. pour ancienneté CHF	Changement de primauté CP³ CHF	Total CHF
Valeur comptable au 01.01.2012	2 103 245	2 968 347	1 100 000	10 000 000	16 171 592
Constitution	1 719 999	255 000	166 488	3 000 000	5 141 487
Utilisation	0	–108 241	–166 488	–13 000 000	–13 274 729
Etat au 31.12.2012	3 823 244	3 115 106	1 100 000	0	8 038 350
dont provisions à court terme	0	0	0	0	0
dont provisions à long terme	3 823 244	3 115 106	1 100 000	0	8 038 350
Valeur comptable au 01.01.2013	3 823 244	3 115 106	1 100 000	0	8 038 350
Constitution	1 255 000	68 000	181 942	0	1 504 942
Utilisation	0	–143 136	–121 942	0	–265 078
Etat au 31.12.2013	5 078 244	3 039 970	1 160 000	0	9 278 214
dont provisions à court terme	0	0	0	0	0
dont provisions à long terme	5 078 244	3 039 970	1 160 000	0	9 278 214

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 un tribunal, 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 Litiges du droit du travail et cas de responsabilité civile. Concernant le retraitemen, il est renvoyé à la remarque dans le tableau de fonds propres.

³ La fondation de prévoyance de CHB SA est passée au 1^{er} janvier 2013 de la primauté des prestations à la primauté des cotisations. La provision a été utilisée pour la garantie des prestations de prévoyance du personnel.

14 Produits envers les patients

	2013 CHF	2012 CHF	Δ 2013/2012 CHF
Recettes stationnaires	123 941 429	116 533 963	7 407 466
Variation traitements stationnaires en cours	–280 128	681 069	–961 197
Recettes ambulatoires	52 481 515	49 005 362	3 476 153
Modification prestations ambulatoires non décomptées	–34 293	–15 774	–18 519
Réduction sur les recettes	–656 650	56 850	–713 500
Total	175 451 873	166 261 470	9 190 403

15 Autres produits

Contrat de prestations canton	2 693 851	4 369 744	–1 675 893
Prestations à des tiers	5 556 879	5 740 674	–183 795
Produits issus des pools	551 096	0	551 096
Total	8 801 826	10 110 418	–1 308 592

Le contrat de prestation envers le canton apporte une contribution au financement de la formation continue des médecins, du planning familial et du bilinguisme. La baisse de 1,7 MCHF par rapport à l'année précédente s'explique par le financement réduit du canton pour la formation continue des médecins (passant de CHF 40 000 à CHF 10 000 par médecin en formation par année) ainsi que le financement différent de la formation non universitaire, comprise dans les tarifs depuis 2013.

16 Charges de personnel

Charges salariales	90 535 544	88 921 885	1 613 659
Charges sociales	15 601 193	16 932 811	–1 331 618
Charges des honoraires médecins de l'hôpital	8 552 415	8 210 628	341 787
Autres charges de personnel	2 053 907	1 162 934	890 973
Total charges de personnel	116 743 059	115 228 258	1 514 801
	Nombre	Nombre	
Total postes à plein temps	947	927	20

Les charges sociales de l'exercice 2012 contiennent des cotisations extraordinaires de 3,0 MCHF pour le financement de la fondation de prévoyance. Ceci explique pourquoi ce poste a diminué de 1,3 MCHF en 2013, malgré l'augmentation des charges salariales.

17 Prévoyance en faveur du personnel

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	1 103	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	113	ASMAC	Primauté des cotisations	Fondation commune pour médecins-assistants et chefs de clinique
Médecins-chefs et chefs de service	43	AMDHS Mercer	Primauté des cotisations	Fondation commune pour médecins-chefs et chefs de service

Engagements envers des institutions de prévoyance	31.12.2013	31.12.2012
Cotisations	270 562	222 694
Autres dettes à court terme changement de primauté	3 400 000	3 400 000
Autres dettes à long terme changement de primauté	0	3 400 000

Réserves de cotisations d'employeur (RCE)

en CHF	Valeur nominale 31.12.2013	Renonciation d'utilisation 31.12.2013		Bilan 31.12.2013	Constitu- tion 2013	Résultat de RCE dans charges de personnel 2013 2012	
		Bilan 31.12.2012	Résultat de RCE dans charges de personnel 2013 2012				
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

en CHF	Couverture selon Swiss GAAP FER 26 31.12.2013 ¹	Part économique en faveur de l'entreprise 31.12.13 31.12.12		Modification avec incidence sur le résultat 2013	Cotisations délimitées sur la période 2013	Charges de prévoyance dans charges de personnel 2013 2012	
		31.12.13	31.12.12			2013	2012
Fondation de prévoyance CHB	12 796 290	0	0	0	6 229 676	6 229 676	8 989 125 ³
ASMAC ²		0	0	0	734 823	734 823	685 996
AMDHS Mercer ²		0	0	0	280 157	280 157	265 871
Total	12 796 290	0	0	0	7 244 656	7 244 656	9 940 992

¹ Il est indiqué la couverture intégrale, y c. la part dévolue à ARB SA pour le secteur ambulancier de la région de Bienne, qui assure 49 personnes dans la fondation.

² Les deux fondations de prévoyance présentent au jour de référence 31.12.2013 des taux de couverture > 100%.

³ Y compris 3,0 MCHF pour le financement du changement de primauté.

18 Matériel médical d'exploitation

	en CHF	2013	2012	Δ 2013/2012
Médicaments		12 590 076	11 982 347	607 729
Implants		4 173 741	4 195 440	-21 699
Matériel, instruments, ustensiles et textiles		8 411 990	8 326 650	85 340
Produits chimiques et réactifs		1 336 309	1 304 729	31 580
Prestations tierces médicales, diagnostiques et thérapeutiques		6 313 742	5 248 102	1 065 640
Autre matériel médical d'exploitation		58 546	40 341	18 205
Total		32 884 404	31 097 609	1 786 795

En raison du recours à de nouveaux médecins-adjoints, les prestations tierces médicales, diagnostiques et thérapeutiques ont fortement augmenté.

19 Autres charges

Produits alimentaires		2 143 126	2 145 102	-1 976
Charges de ménage		1 965 527	1 674 666	290 861
Charges d'entretien et de réparation		4 015 225	3 199 658	815 567
Charges d'utilisation des installations		1 548 691	1 726 889	-178 198
Charges d'énergie et d'eau		1 900 389	2 054 308	-153 919
Charges d'administration et d'informatique		7 078 272	6 897 084	181 188
Autres charges liées aux patients		1 377 770	1 279 125	98 645
Autres charges non liées aux patients		2 297 953	2 214 544	83 409
Total		22 326 953	21 191 376	1 135 577

20 Résultat financier

Produit des intérêts des capitaux		67 652	62 027	5 625
Total produits financiers		67 652	62 027	5 625
Autres charges financières		75 568	7 724	67 844
Total charges financières		75 568	7 724	67 844

21 Justification des fonds propres

	en CHF	31.12.2013	31.12.2012
Capital actions		7 750 000	7 750 000

Le capital actions est réparti en 7750 actions nominatives de chacune CHF 1000.00; les actions sont entièrement libérées.

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
---	-----------	-----------

Informations supplémentaires

	31.12.2013	31.12.2012
Cautionnements, 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	319 683 500	316 104 100
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		
Conseil d'administration	Forfaits + honoraires pour séances	Forfaits + honoraires pour séances
Daniel Borer (jusqu'au 30.06.2013)	6 450	14 000
Manuel Fricker (depuis le 19.06.2013)	9 050	0
Urs Metzger	27 400	21 300
Philippe Paroz, vice-président	19 800	17 900
Fredy Sidler, président	33 800	31 800
Thomas von Burg	24 300	18 200
	120 800	103 200
Comité directeur	Salaires en CHF	Salaires en CHF
dont président du comité directeur	1 479 602 ¹	1 179 041
	314 000	314 000

¹ L'augmentation par rapport à 2012 provient principalement du fait que le poste du directeur médical est occupé à 100% dès janvier 2013, contrairement aux années précédentes.

Les frais du comité directeur sont indemnisés selon la charge effective.

Informations supplémentaires

	31.12.2013	31.12.2012
Valeurs résiduelles d'immobilisations corporelles subventionnées	57 994 371	34 545 947
Conventions à long terme / obligations d'achat		
Contrat de location Résidence au Lac (locaux 125 m ² – résilié au 31.03.2014)	–	24 184
Contrat de location Wildermeth (locaux 320 m ² , résilié au 31.07.2013)	–	33 000
Contrat de location Centre Médical Bienne S. à r.l. – CMB (locaux cabinets 355 m ² – de juillet 2013 à mai 2018)	448 221	–
Transactions significatives avec les parties liées		
Actionnaire canton de Berne		
Produits envers les patients	57 182 117	54 006 950
Contrat de prestation avec le canton	2 693 851	4 369 744
Créances au 31.12.	913 902	1 200 459
Créance concernant les projets du fonds hospitalier au 31.12.	90 950 000	98 350 000
Versements concernant les projets du fonds hospitalier	7 400 000	10 020 000
Engagements au 31.12.	37 019	1 954 072
ARB SA pour le secteur ambulancier de la région de Bienne		
Créances au 31.12.	66 817	82 710
Engagements au 31.12.	88 358	96 986
Coûts des transports en ambulance pour CHB SA	873 781	750 152
Produits avec ARB SA	112 305	112 433
Événements postérieurs à la clôture du bilan		

Les comptes annuels ont été approuvés par le conseil d'administration le 27.03.2014. 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.

Bericht der Revisionsstelle



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

Rapport du réviseur au Conseil d'administration sur les comptes annuels 2013 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 résultats, le tableau de flux de trésorerie, le tableau des fonds propres et l'annexe (pages 50 à 67) pour l'exercice arrêté au 31 décembre 2013.

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 2013 donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et des résultats en conformité avec les Swiss GAAP RPC et sont conformes à la loi suisse.

PricewaterhouseCoopers AG

Peter Held
Expert-réviseur

Hans Peter Linder
Expert-réviseur

Bern, le 27 mars 2014