

# MANUEL D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS DU BÉNIN



**MANUEL  
D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE  
DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS  
DANS LES ÉTABLISSEMENTS  
HOSPITALIERS DU BÉNIN**

Version septembre 2024

Dans tous les pays du monde, dans toutes les communautés humaines, la tendance aux travers est une réalité. Cela n'est pas une caractéristique du Bénin. Mais pourquoi ailleurs, cette tendance ne gangrène pas complètement la société ? C'est parce qu'on sait l'arrêter au moment où il faut. On sait instaurer des procédures, des règles, des normes et la sanction qu'il faut pour ne pas permettre à nos travers individuels de s'exprimer, de devenir dominants.

*Patrice Athanase Guillaume TALON au cours de l'émission  
« A cœur ouvert » avec la presse nationale. Cotonou, le 1<sup>er</sup> août 2018*

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée. Une autorisation officielle devrait être demandée à ([ars@presidence.bj](mailto:ars@presidence.bj)).

Pour citer ce document : Manuel d'évaluation et de contrôle pour la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers du Bénin. Cotonou. Juillet 2024.  
**N° ISBN** : 978-99982-67-23-7

# SOMMAIRE

---

SOMMAIRE  
ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES  
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES  
GLOSSAIRE  
PRÉFACE  
RÉSUMÉ EXÉCUTIF  
REMERCIEMENTS  
INTRODUCTION

## **1. LIVRE 1 : VUE D'ENSEMBLE DU DISPOSITIF POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS**

- 1.1. DESCRIPTION DU DISPOSITIF**
- 1.2. PRINCIPAUX ACTEURS**
- 1.3. DOMAINES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS**
- 1.4. NORMES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS**
- 1.5. CRITÈRES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS**

## **2. LIVRE 2 : ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS**

- 2.1. CIBLES DE L'ÉVALUATION**
- 2.2. ÉCHELLE D'ÉVALUATION**
- 2.3. ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS**
- 2.4. DOMAINES ET CRITÈRES RESPECTIFS**
- 2.5. OUTILS D'ÉVALUATION**
- 2.6. PROPOSITION DE PROGRAMME D'ÉVALUATION**
- 2.7. MODÈLE DE RAPPORT**

## **3. LIVRE 3 : CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS**

- 3.1. PRINCIPES DU CONTRÔLE**
- 3.2. CIBLES DU CONTRÔLE**
- 3.3. BUT DU CONTRÔLE**
- 3.4. CADRE GLOBAL DU CONTRÔLE**
- 3.5. PROCÉDURE DU CONTRÔLE**
- 3.6. OUTILS DU CONTRÔLE**
- 3.7. FICHES TECHNIQUES**

## ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

ABRÉVIATION ACRONYMES SIGLES	SIGNIFICATION
<b>AMDEC</b>	Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leurs Criticités
<b>A.R.S</b>	Autorité de Régulation du Secteur de la Santé
<b>CCI-SPSM</b>	Cellule de Contrôle et d'Inspection des Structures de Prestations de Soins Médicaux
<b>CHU-MEL</b>	Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
<b>CIM</b>	Classification Internationale des Maladies
<b>CNHU-HKM</b>	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
<b>CNMH</b>	Conseil National de la Médecine Hospitalière
<b>CNSSP</b>	Conseil National des Soins de Santé Primaires
<b>CQSS</b>	Commission Qualité et Sécurité des Soins
<b>CS-SSP</b>	Conseil de Surveillance du Sous-Secteur Pharmaceutique
<b>CSU</b>	Couverture Sanitaire Universelle
<b>DDS</b>	Direction Départementale de la Santé
<b>DEH</b>	Direction des Etablissements Hospitaliers

<b>ISO</b>	International Organization for Standardization (Organisation internationale de normalisation)
<b>ODD</b>	Objectif de Développement Durable
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PCR</b>	Personne Compétente en Radioprotection
<b>PEH</b>	Projet d'Etablissement Hospitalier
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale d'Urgence du Bénin
<b>SE</b>	Secrétariat Exécutif

# LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

---

Tableau 1 : Répartition des normes et critères stratifiés selon les cinq domaines	37
Tableau 2 : Formulation des normes dans chaque domaine	38
Tableau 3 : Exemple de format du code applicable pour l'ensemble des domaines, des normes et des critères pour la sécurité des patients	40
Tableau 4 : Formulation des critères essentiels	41
Tableau 5 : Formulation des critères fondamentaux	43
Tableau 6 : Formulation des critères avancés	48
Tableau 7 : Règles d'attribution du score pour l'évaluation de chaque critère	53
Tableau 8 : Niveaux de performance des établissements hospitaliers sur l'échelle de la sécurité des patients.	55
Tableau 9 : Critères d'évaluation des normes du domaine A	56
Tableau 10 : critères d'évaluation des normes du domaine B	81
Tableau 11 : Critères d'évaluation des normes du domaine C	104
Tableau 12 : Critères d'évaluation des normes du domaine D	134
Tableau 13 : Critères d'évaluation des normes du domaine E	150
Tableau 14 : Documents pertinents pour le Domaine A – Administration et direction	157
Tableau 15 : Documents pertinents pour le Domaine B - implication des patients et du public	162
Tableau 16 : Documents pertinents pour le domaine C – Sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles	165
Tableau 17 : Documents pertinents pour le domaine D : Sûreté de l'environnement	169
Tableau 18 : Documents pertinents pour le domaine E: apprentissage continu	172
Tableau 19 : Considérations générales	174
Tableau 20 : installations environnementales et zones d'hospitalisation	176
Tableau 21 : Sécurité incendie	178
Tableau 22 : Laboratoires	179
Tableau 23 : Radiologie	179
Tableau 24 : Bloc opératoire	180
Tableau 25 : Pharmacie	181
Tableau 26 : Dossiers médicaux	181
Tableau 27 : Entretien avec un cadre supérieur de la sécurité des patients	183
Tableau 28 : Entretien avec la direction de l'établissement hospitalier	184
Tableau 29 : Entretien avec le responsable de la sécurité des patients	184
Tableau 30 : Entretien avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections	187
Tableau 31: Entretien avec les patients	188

<b>Tableau 32 : Entretien avec le responsable de la banque de sang</b>	<b>188</b>
<b>Tableau 33: Entretien avec le responsable des dossiers médicaux</b>	<b>188</b>
<b>Tableau 34 : Entretien avec le responsable de la santé au travail et de la sécurité environnementale</b>	<b>189</b>
<b>Tableau 35 : Entretien avec le directeur ou responsable médical</b>	<b>189</b>
<b>Tableau 36 : Entretien avec le directeur ou responsable des soins infirmiers</b>	<b>190</b>
<b>Tableau 37 : Entretien avec le responsable du développement professionnel du personnel</b>	<b>191</b>
<b>Tableau 38 : Entretien avec le responsable de la gestion des déchets</b>	<b>192</b>
<b>Tableau 39 : Proposition d'un agenda pour l'évaluation</b>	<b>194</b>
<b>Figure 1 : Quatre étapes pour classer les établissements hospitaliers</b>	<b>55</b>

# GLOSSAIRE

---

**Administrateur général** Personne désignée pour agir au nom d'un organe directeur dans la gestion globale de l'établissement hospitalier. D'autres titres peuvent être utilisés, notamment Directeur Général (DG), Directeur Exécutif (DE), Directeur de l'hôpital, Président Directeur Général (PDG), gérant.

**Audit** Examen indépendant systématique visant à déterminer si les activités et les résultats réels sont conformes aux dispositions prévues.

**Bonne pratique** Approche qui s'est avérée produire des résultats supérieurs, sélectionnée au moyen d'un processus systématique et jugée exemplaire, ou dont le succès a été démontré. Celle-ci est ensuite adaptée à un établissement en particulier.

Pratiques tirées de l'expérience de l'organisation qui permettent d'obtenir de bons résultats et qui sont dès lors recommandées comme modèle. C'est une expérience réussie, testée et validée, qui mérite d'être partagée afin qu'un plus grand nombre de personnes se l'approprient.

**Bouquet d'interventions** Un bouquet d'interventions, parfois appelé ensemble de soins, est un moyen structuré visant l'amélioration des processus de soins et les résultats pour les patients ; il s'agit d'un ensemble restreint de pratiques simples et fondées sur des données probantes.

**Buts** Énoncés généraux qui décrivent les résultats recherchés par une organisation et constituent un cadre d'orientation pour les décisions et les activités quotidiennes.

**Cible de l'évaluation** La cible est tout établissement hospitalier public ou privé sur toute l'étendue du territoire béninois, concerné par l'évaluation des normes pour la sécurité des patients. Au sein de ces établissements hospitaliers, ce sont les professionnels de santé, les responsables administratifs, tout personnel intervenant dans l'offre des soins qui sont concernés. C'est aussi les usagers des établissements de santé et la population générale. L'évaluation et le contrôle s'appuient sur le manuel d'évaluation pour la sécurité des patients.

<b>CIM-10, CIM-11</b>	Classification internationale des maladies, dixième et onzième révision.
<b>Code de conduite</b>	Ensemble documenté de principes convenus qui définissent les responsabilités et les attentes au titre de ce code pour toutes les parties.
<b>Communauté</b>	Personnes, familles, groupes et organisations qui résident habituellement dans la même localité.
<b>Confidentialité</b>	Droit des personnes à ce que les informations les concernant ne soient pas divulguées.
<b>Consentement éclairé</b>	Informations données au patient en s'assurant que tous les risques, bénéfices et effets secondaires potentiels sont expliqués, préalablement à l'intervention et à la sédation éventuelle et le retour de la décision prise sans pression, ni influence ou intimidation.
<b>Contrôle</b>	Mesure de la conformité d'une norme ou du respect d'un critère. Cette mesure porte sur quelques-uns des critères ou des normes dédiées aux établissements de santé au cours de la même visite.

<b>Contrôleur</b>	Examineur externe en charge du contrôle de la performance de l'organisation par rapport aux critères convenus.
<b>Culture</b>	Attitudes, croyances et valeurs communes qui définissent un ou plusieurs groupes de personnes. La culture détermine les perceptions et les comportements et influe sur ceux-ci.
<b>DGMHED</b>	Direction générale de la médecine hospitalière et des explorations diagnostiques.
<b>Ecosystème sanitaire</b>	Au sens strict, c'est l'ensemble des parties prenantes du secteur sanitaire interagissant entre elles au sein de ce milieu et avec ce milieu, mais aussi assimilées au secteur de la santé.
<b>Evaluateur</b>	Examineur externe en charge de l'évaluation de la performance de l'organisation par rapport aux normes convenues.
<b>Evaluation</b>	Examen externe par des pairs ayant pour objectif de mesurer la performance de l'organisation par rapport à un ensemble de normes convenues. Elle

porte sur tous les critères au cours de la même visite d'évaluation.

**Établissements hospitaliers** Toutes les structures publiques ou privées, académiques ou non académiques, délivrant des services de santé et offrant un hébergement, notamment les Hôpitaux de zone, les centres hospitaliers départementaux, les centres hospitaliers nationaux publics, les centres hospitaliers universitaires, les polycliniques, les cliniques, tout établissement hospitalier équivalent aux hôpitaux.

**Éthique** Ensemble reconnu de principes qui guident la conduite des personnels d'un point de vue professionnel et moral.

**Evènement indésirable associé aux soins** L'ensemble des dysfonctionnements – des erreurs parfois – qui impactent négativement le parcours de soins du patient alors qu'ils sont évitables pour la majorité d'entre eux.

**Facilitateur** Professionnel disposant de compétences avérées en management de la qualité, ayant une bonne connaissance du dispositif pour la sécurité des

patients et formé à accompagner les établissements de santé dans le déploiement du dispositif.

**Gestion de l'information**

La collecte, le traitement et la diffusion des informations avec la prise de décisions.

**Gestion des risques**

Processus systématique visant à identifier, à évaluer et à prendre des mesures pour prévenir ou pour gérer les risques cliniques, administratifs, matériels ainsi que ceux qui sont liés à la santé et à la sécurité au travail au sein de l'organisation.

**Gouvernance clinique**

Cadre dans lequel les établissements de santé sont responsables du suivi et de l'amélioration continue de leurs services et du respect des soins élevés en créant un environnement dans lequel l'excellence des soins cliniques doit être la référence.

**Gouvernance institutionnelle**

Cadre de règles et de pratiques qui permet à un conseil d'administration/administrateur général ou président directeur général d'assurer ses fonctions dans un souci de redevabilité, d'équité et de

transparence dans la relation entre une entité et ses parties prenantes.

**Incident** Événement inhabituel et inattendu qui peut comporter un élément de risque ou avoir un effet négatif sur les patients, les groupes de personnes, le personnel ou l'établissement.

**Information** Donnée organisée, interprétée et utilisée. L'information peut être sous plusieurs formats notamment papier ou électronique.

**Justifier de** Présenter, produire la preuve d'une chose pour en montrer la régularité, la nécessité, la vérité, la légitimité, le bien-fondé.

« Si l'établissement de santé justifie de toutes les preuves de conformité indiquées , le critère est respecté ».

**Mission** Déclaration écrite générale dans laquelle sont exposés l'objectif et la portée de l'organisation.

**Objectif** Une cible qui doit être atteinte si l'organisation veut réaliser son but.

<b>Orientation</b>	Processus par lequel le personnel est initié à un nouveau rôle et à un nouvel environnement de travail.
<b>PCI</b>	Prévention et contrôle des infections.
<b>Plan d'amélioration de la qualité</b>	Plan qui décrit les initiatives d'amélioration de la qualité, notamment les mesures proposées, les calendriers, les personnes responsables et les ressources allouées.
<b>Plan stratégique</b>	Plan formalisé qui définit les objectifs globaux de l'organisation.
<b>Politique</b>	Déclaration opérationnelle écrite qui formalise l'approche des tâches de manière cohérente avec les objectifs de l'organisation.
<b>Polypharmacie</b>	Ce terme désigne la co-prescription chronique de plusieurs médicaments. Ce phénomène est associé à un taux élevé de réactions indésirables aux médicaments, principalement dues à des interactions médicamenteuses (capacité d'un médicament à modifier l'action ou l'effet d'un autre

médicament administré successivement ou simultanément).

**Procédure** Ensemble écrit d'instructions indiquant les étapes approuvées et recommandées relativement à un acte particulier ou à une série d'actes.

**Procédure Opérationnelle Standardisée (POS)** C'est une procédure de sécurité qui décrit comment affronter un risque et en réduire l'effet. La POS décrit les étapes à suivre pour réduire la possibilité qu'un incident se produise et s'il se produit ce qu'il faut faire pour en limiter les conséquences. En anglais on parle de SOP (standard operating procedure).

**Processus** Ensemble d'actions ou de mesures prises dans le but d'atteindre un objectif précis.

**Principes directeurs** C'est un acte administratif qui indique une façon de faire

<b>Recherche</b>	Contribution à un corpus de connaissances existant par le biais d'enquêtes, visant la découverte et l'interprétation de faits.
<b>Redevabilité</b>	Responsabilité et obligation de rendre compte des tâches ou des activités. Cette responsabilité ne peut être déléguée et doit être transparente pour toutes les parties prenantes.
<b>Risque</b>	Probabilité de danger, de perte ou de préjudice.
<b>Science de l'amélioration</b>	La science de l'amélioration consiste à découvrir comment améliorer des pratiques et apporter des changements de la manière la plus efficace possible. Il s'agit d'examiner systématiquement les méthodes et les facteurs qui fonctionnent le mieux pour faciliter l'amélioration de la qualité.
<b>Système de gestion des documents</b>	Système planifié de l'élaboration, de la diffusion, des modifications et de l'utilisation des documents importants et leur archivage au sein de l'établissement, en particulier les politiques et les procédures.

<b>Trois dispositifs</b>	Dispositif pour la sécurité des patients, Dispositif pour l'accréditation des professionnelles de santé et Dispositif pour la certification des établissements de santé
<b>Valeurs</b>	Principes, croyances ou énoncés de philosophie qui guident le comportement et peuvent inclure des questions sociales ou éthiques.
<b>Vision</b>	Déclaration décrivant les objectifs d'une organisation. La vision doit guider les prises de décisions en interne.
<b>SOP</b>	Voir POS (Procédure Opérationnelle Standardisée) ci-avant

## PRÉFACE

---

En 2024, les éléments de réforme dans l'écosystème sanitaire font encore l'actualité.

En dehors des forces, opportunités et menaces, l'analyse approfondie du secteur de la santé réalisée en 2016 par la Commission technique chargée des réformes dans le secteur de la santé a montré plusieurs faiblesses qui en limitent grandement les performances.

Les recommandations formulées par cette Commission technique ont été révisitées par le Comité de mise en œuvre des réformes et traduites dans les actions déployées dans le secteur dès 2018. Ces réformes progressivement engagées aussi bien dans leurs volets institutionnel, organisationnel que fonctionnel ont permis la création de l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé en abrégé A.R.S, par la loi n°2022-17 du 19 octobre 2022 portant modification de la loi n°2020-37 du 03 février 2021, en son article 47 nouveau. C'est le décret n°2023-409 du 26 juillet 2023 portant attributions, organisation et fonctionnement de l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé qui en précise les termes.

Institution à socle légal, l'A.R.S reçoit la mission de « veiller à la réalisation du droit à la santé pour tous par l'amélioration continue de l'offre et de la qualité des soins ». Pour la concrétisation de cette mission, l'A.R.S se met au travail et élabore une démarche d'amélioration continue de la qualité dans l'écosystème sanitaire du Bénin comportant trois dispositifs distincts : sécurité des patients, accréditation des professionnels de santé et certification des établissements de santé qui vont être successivement déployés.

Le présent manuel, consacré exclusivement aux établissements hospitaliers du Bénin, concerne le premier des trois dispositifs.

Il est un outil didactique important destiné à faciliter le déploiement du dispositif au niveau des établissements hospitaliers. Il constitue aussi un outil majeur d'aide à l'évaluation et au contrôle du respect

des critères pour la sécurité des patients ; que ce soit une auto-évaluation ou une évaluation externe, un contrôle interne ou externe. L'introduction du manuel d'évaluation et de contrôle de la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers, rassure que l'ancrage d'une véritable culture de la qualité des soins et de la sécurité des patients, s'opère solidement dans l'écosystème sanitaire du Bénin.

**Patrice TALON**  
Président de la République

## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

---

L'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé (A.R.S) s'est appropriée de la nécessité de mettre rapidement en œuvre sa mission d'amélioration continue de l'offre et de la qualité des soins. Pour en garantir la réussite, elle a élaboré une stratégie comportant trois dispositifs distincts mais complémentaires. Il s'agit des dispositifs pour : la sécurité des patients, l'accréditation des professionnels de santé et la certification des établissements de santé. Trois hypothèses sous-tendent la prééminence accordée au dispositif pour la sécurité des patients sur les deux autres auxquels il a néanmoins l'avantage de s'interconnecter : la diminution des préjudices causés aux patients à l'occasion des soins, l'amélioration de la qualité des soins et le regain de la confiance des populations avec comme corollaire, une augmentation de la fréquentation des services de santé par ces dernières.

Le présent manuel qui est consacré au dispositif pour la sécurité des patients en établissement hospitalier a été coconstruit avec les acteurs du secteur en s'inspirant des documents tirés de la bibliothèque de l'OMS. Ces documents ont été ajustés en tenant compte du contexte sanitaire du Bénin, des cibles des ODD, de l'objectif de la couverture sanitaire universelle et enfin, de l'inéluctable résistance au changement.

Ce manuel est destiné aux établissements hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés ; aux usagers de ces établissements de santé et à la communauté. Le manuel est réparti en trois (3) livres. Le premier est consacré à la vue générale du dispositif pour la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers ; le deuxième à l'évaluation de la sécurité des patients ; le troisième au contrôle de la sécurité des patients.

**Le livre 1**, relatif au dispositif en fait une description pour en permettre une bonne compréhension. Le dispositif pour la sécurité des patients est un cadre institutionnel qui permet l'application d'un ensemble de normes relatives aux cinq domaines pour la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers. Les 5 domaines sont : *domaine A* ou « *Direction et gestion* » ; *domaine B* ou « *implication des patients et du public* » ; *domaine C* ou « *sûreté des pratiques cliniques fondées sur des*

*bases factuelles* » ; *domaine D* ou « *sûreté de l'environnement* » ; *domaine E* ou « *apprentissage continu* ». Les normes constituent un ensemble de prescriptions indispensables à l'instauration d'un programme pour la sécurité des patients au niveau de chaque établissement hospitalier. Pour qu'elles soient opposables, ces normes doivent être institutionnalisées à travers un décret, au mieux une loi. Les normes sont applicables à l'ensemble de l'établissement hospitalier et non à une partie ou à un service en particulier.

Les principaux acteurs du dispositif pour la sécurité des patients sont : les établissements hospitaliers, l'A.R.S, le Ministère de la Santé, les PTF, mais aussi les patients et les communautés. Chacun de ces acteurs a un rôle précis.

Les vingt et une (21) normes sont évaluées par une série de 134 critères dont 25 essentiels, 94 fondamentaux et 15 avancés. La conformité aux normes garantit que la sécurité des patients bénéficie d'un traitement prioritaire et que les établissements hospitaliers et le personnel mettent en œuvre les meilleures pratiques.

**Le livre 2**, relatif à l'évaluation, décrit toute la méthodologie. Le respect des critères est coté selon 3 paliers (respecté = 1 point, partiellement respecté = ½ point et non respecté = 0 point). Les critères essentiels font exception à cette règle car leur caractère essentiel les rend obligatoires pour garantir le minimum de sécurité à exiger ; alors seuls 2 paliers sont retenus : « respecté » = 1 point ou « non respecté » = 0 point.

L'évaluation externe des établissements hospitaliers fait appel à une équipe d'évaluateurs (au minimum 2 par établissement) qui s'appuie sur l'existence de documents et leur examen minutieux pour y chercher les éléments de preuve, mais aussi l'observation de l'environnement, des pratiques et des entretiens avec les acteurs. Après regroupement des critères par catégorie et calcul des scores, l'établissement est classé en trois étapes sur l'échelle de la sécurité des patients comportant 6 niveaux croissants de 0 à 5.

Ayant fait le pari d'aboutir à un document conforme à la vision du secteur de la santé du Bénin, l'A.R.S a pris l'option de la co-construction. Ainsi,

des groupes techniques de travail incluant les acteurs aussi bien du secteur public que du secteur privé ont été constitués pour amender les domaines, les normes, les critères, les éléments mesurables, les procédures d'évaluation, la cotation et le classement des établissements hospitaliers.

**Le livre 3**, relatif au contrôle en décrit les principes, les outils et les modalités de mise en œuvre et montre le rôle du contrôle dans le maintien de la veille induisant une amélioration continue. Le contrôle externe des établissements hospitaliers fait appel à une équipe de contrôleurs (au minimum 2 par établissement) qui s'appuie sur l'existence de documents et leur examen minutieux pour y chercher les éléments de preuve, mais aussi l'observation de l'environnement, des pratiques et des entretiens avec les acteurs. Le contrôle s'appuie sur des fiches techniques dédiées à la thématique contrôlée.

Le résultat attendu du déploiement du dispositif pour la sécurité des patients est double. Le premier résultat est qu'à partir du lancement du déploiement du dispositif pour la sécurité des patients en République du Bénin, tous les nouveaux établissements hospitaliers autorisés à ouvrir ou à être mis en exploitation sont conformes aux normes pour la sécurité des patients par le respect de 100% des critères essentiels applicables. Le second résultat attendu est qu'à la fin de l'année 2024, au moins 50% des établissements hospitaliers ouverts sont conformes aux normes pour la sécurité des patients par le respect de 100% des critères essentiels applicables. Un délai d'un an sera accordé à tous les établissements hospitaliers pour se conformer aux normes de sécurité des patients.

## REMERCIEMENTS

---

Il est communément admis que, quand les actes parlent, les mots sont inutiles. En revanche, une reconnaissance silencieuse ne sert à personne.

C'est pourquoi l'A.R.S voudrait exprimer sa profonde gratitude :

- *au Bureau de la Représentation de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le Bénin*
- *à l'Agence belge de développement (Enabel)*
- *au Projet de Renforcement des Systèmes de Santé (PReSS/MSH), financement USAID*

pour :

- leur détermination à l'accompagner dans la réalisation de sa mission ;
- leur sens de synergie qui transforme le fardeau supporté en groupe en une plume.
- leur engagement constamment renouvelé à promouvoir l'amélioration de l'offre et de la qualité des soins.

Le Collège de l’Autorité de Régulation du Secteur de la Santé exprime ses sincères remerciements aux différentes parties prenantes qui ont contribué à l’élaboration du manuel Béninois pour la sécurité des patients. La contribution des parties prenantes tant appréciée, s’est exprimée dans les groupes techniques de travail par le temps dédié aux activités de contextualisation technique et socioculturelle ; par les compétences mobilisées pour proposer des amendements et par l’attention soutenue pendant les séances de travail en présentiel ou en distanciel.

Le présent manuel est le fruit d’un travail collectif, d’une véritable co-construction au sein des différents groupes de travail constitués par le Comité ad hoc.

C’est pourquoi, résolue à remercier particulièrement et distinctement chacun des membres des groupes de travail, l’A.R.S prend l’option de leur témoigner sa reconnaissance en inscrivant leur nom dans la liste qui suit :

## **Acteurs du secteur public de la santé**

**Dr Gaudens ACAKPO** *Médecin Gériatre, Master Santé Publique, Chargé de missions près du Ministre de la Santé*

**M. Firmin ASSADETIN** *Assistant du Secrétaire Général du Ministère de la Santé*

**M. Joseph CAPO-CHICHI** *Kinésithérapeute, Chef division du développement et de la promotion de la médecine physique et réadaptation au Ministère de la Santé*

**Dr Mohamed Ismaël HOTEYI** *Maître de Recherche (CAMES) - Écologie Médicale et Santé Environnementale. Membre du Conseil National de la Médecine Hospitalière au Ministère de la Santé*

**Mme Andréa HOUINDOTE** *Ingénieur Spécialiste en Nutrition et Santé, Présidente de la Commission Santé Mère-Enfant, Jeune et Vaccination au Conseil National des Soins de Santé Primaires au Ministère de la Santé*

**Dr Thierry HOUNGBO** *Ing., MSc., Certs., PhD., CR (CAMES). Spécialité : Gestion et Maintenance des Equipements Médicaux et des Technologies Biomédicales et Hospitalières Coordonnateur du Projet de Construction et d’Equipement de l’Hôpital de Zone de Savè à l’Agence des Infrastructures Sanitaires des Equipements et de la Maintenance, Membre du Conseil National de la Médecine Hospitalière au Ministère de la Santé*

- M. Lambert LOKO** *Administrateur Hospitalier, Universitaire et d'Intendance, Économiste de la Santé, Direction, des Établissements Hospitaliers du Ministère de la Santé*
- Dr Aline AGUEGUE** *Pharmacien Responsable au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), Membre du Conseil national de la Médecine Hospitalière au Ministère de la Santé*
- Pr Cossi ATTINSOUNON** *Médecin Infectiologue, Praticien Hospitalier et Universitaire, CHUD Borgou, Parakou*
- Pr Angèle AZON KOUANOU** *Professeur Titulaire de Médecine Interne, Chef du Service de Médecine Interne et Soins Palliatifs du CNHU-HKM de Cotonou, Vice-doyen des écoles à la FSS de Cotonou*
- M. Eloge Florent BOKOSSA** *Directeur de l'Hôpital de Zone de Natitingou*
- M. Wilfrid DANHOUE TO** *Kinésithérapeute, Compétences en management de la qualité Responsable Qualité de la Clinique Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation (CUMPR) du CNHU-HKM. Co-responsable de la sécurité des patients du CNHU-HKM*
- Dr Cyriaque Comlan DEGBEY** *Praticien en Hygiène Hospitalière, Chef de la Clinique Universitaire d'Hygiène Hospitalière et Président de la Commission d'Hygiène et de Sécurité, CNHU-HKM, Cotonou. Chef de Département Santé Environnement, Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey -Calavi*
- Pr Justin Lewis DENAKPO** *Professeur de Gynécologie-Obstétrique, Chef du Service de la, Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique au CNHU-HKM à Cotonou*
- Pr Dieu Donnè GNONLONFOUN** *Professeur de Neurologie à l'Université d'Abomey Calavi, Directeur Général du CNHU-HKM*
- Dr Edgard PADONOU** *Spécialiste en Médecine Transfusionnelle, Chef du Service de Transfusion Sanguine à la DDS LITTORAL*
- Dr Tamara SANSUAMOU** *Médecin Radiologue Interventionnel, Auditeur ISO 9001-2015, Chef Service Imagerie Médicale à la DGMHED*
- M. Thomas ZANGOUNON** *Administrateur Hospitalier, Universitaire et d'Intendance, Directeur de l'Hôpital de Zone de Comé*
- Pr Eugène ZOUMENOU** *Professeur d'Anesthésiste-Réanimateur, Chef de la Clinique Universitaire Polyvalente d'Anesthésie et de Réanimation du CNHU-HKM ; Président de la Commission Offre de Soins et Qualité des Soins, Conseil National de la Médecine Hospitalière au Ministère de la Santé*

## Acteurs du secteur privé de la santé

**Mme Josiane ADANDE** *Consultante en Hygiène Hospitalière, Hôtelière et Agroalimentaire. Auditrice Formatrice en Qualité Hygiène Sécurité Environnement (QHSE)\**

**Dr Eusèbe ADONONSI** *Gynécologue Obstétricien, Médecin-Chef Polyclinique Biosso de Godomey.*

**Mme Anny AGUIAR KOUGBLA** *Sage-femme, Bio hygiéniste, Coordinatrice des services clinique, ABMS/PSI*

**Dr Moufid AKINOCHO** *Pédiatre, secteur privé*

**Dr Kamarou Dyne BABA** *MBA 2 Management des Projets/Entreprises, Consultant technique, Personne ressource chargée de la recherche bibliographique au Comité National Consultatif de Vaccination au Bénin (CNCV), Médecin du Travail, Spécialiste en Santé Sécurité au Travail et Environnement (SSTE), Médecin Evalueur PAG/ Santé, Plateforme des OSC (Organisation de la Société Civile), Médecin Directeur Général, Clinique Centrale Calavi*

**Dr François DEGBELO** *Médecin Généraliste, Épidémiologiste d'intervention, expert du BIT en action coopérative, membre du Groupe de Référence du Ministère de l'Agriculture de l'Élevage et de la Pêche (MAEP), Directeur Général de la Polyclinique Coopérative de Calavi, Trésorier Général de la Plateforme du Secteur Sanitaire Privé (PSSP)i*

**Dr Gylchrist HOUNDJO** *Pharmacien Biologiste, Directeur de la Nouvelle Pharmacie du Grand Marché à Porto-Novo*

**Dr Thierry MANVOA** *Chirurgien en clinique privée*

**M. Onesime G. TCHABY** *Ingénieur & Support technique, Directeur General de MAJESTY SERVICES EQUIPMENTS, Vice-président de APDM*

## Utilisateurs des services de santé

**M. Edmond AMOUSSOU** *Président de l'Association Béninoise des Dialysés*

**M. Ernest GBAGUIDI** *Qualiticien, Président de l'Association des Utilisateurs de Services de Santé*

**M. Janvier HOUNGUEVOU** *Président de la Plateforme Nationale des Utilisateurs des Services de Santé (PNUSS)*

## INTRODUCTION

---

Dans le but d'assurer un développement mondial équilibré et juste, tout en réduisant les inégalités existantes, l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté le 25 septembre 2015, l'Agenda de développement 2030 intitulé « Les Objectifs de Développement Durable (ODD) » comportant 17 ODD associés à 169 cibles.

Pour atteindre l'ODD3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », l'OMS, les États membres et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) s'attellent ces dernières années, à relever le défi majeur qu'est la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) qui exige des soins de qualité.

La CSU consiste en la mise en place d'une organisation dynamique, permettant aux individus et aux communautés d'accéder facilement aux services de santé. Cet accès concerne des soins de qualité, sans obstacle et surtout exempts de dépenses catastrophiques. La CSU est le but de toutes les interventions réalisées dans le cadre des réformes du secteur de la santé intervenues au Bénin depuis 2016.

En outre, les indicateurs d'impact et d'effet publiés dans différents rapports sont mauvais et indiquent la nécessité de réagir :

- le rapport d'évaluation des ODD en 2020 (Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin), montre que la cible 3.1 (mortalité maternelle) et la cible 3.2 (mortalité infantile et néonatale) ne sont pas atteintes.
- l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2018 indique un ratio de mortalité maternelle de 391 décès pour 100 000 naissances vivantes ; un taux de mortalité infantile de 55 décès pour 1 000

naissances vivantes et un taux de mortalité néonatale de 30 décès pour 1 000 naissances vivantes.

Selon le rapport de la Commission technique chargée des réformes dans le secteur de la santé, plusieurs facteurs en lien avec la sécurité des patients expliquent ces contre-performances, qui constituent des défis. Pour y faire face, plusieurs initiatives à haut impact ont été prises par les Gouvernements successifs. On peut citer les procédures d'assurance qualité qui ont eu des champs d'intervention limités aussi bien à l'échelle locale, régionale que nationale (l'approche 5S-KAIZEN- TQM, le financement basé sur les résultats, la certification ISO) et d'autres initiatives comme le plan d'action national de la sécurité sanitaire 2018-2022, la cartographie des risques et le plan multirisque).

Ces interventions, peu centrées sur le patient n'ont significativement pas amélioré la qualité, ni réduit notablement les préjudices liés aux soins.

La mission d'amélioration continue de l'offre et de la qualité des soins confiée à l'A.R.S, nécessite qu'un changement de paradigme s'opère dans l'écosystème sanitaire du Bénin. Pour amplifier la probabilité de réalisation de cette mission, l'A.R.S a décidé de déployer 3 dispositifs distincts mais complémentaires : le dispositif pour la sécurité des patients, le dispositif pour l'accréditation des professionnels de santé et le dispositif pour la certification des établissements de santé.

Le présent manuel est consacré au dispositif pour la sécurité des patients en établissement hospitalier.

La sécurité des patients se définit comme :

- L'absence de préjudice évitable pour un patient et la réduction à un minimum acceptable du risque de préjudice inutile associé aux soins de santé,
- La prévention et la réduction des risques, des erreurs évitables et des préjudices que celles-ci causent aux patients,
- La réduction et l'atténuation des effets d'actes dangereux posés dans le système de santé, sans égard à la maladie du patient, ainsi que l'utilisation de pratiques exemplaires éprouvées qui donnent des résultats optimaux confirmés chez les patients.

L'élaboration du dispositif pour la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers s'est inspirée des documents tirés de la bibliothèque de l'OMS. Après la lecture approfondie desdits documents leur contenu a été ajusté à l'écosystème sanitaire du Bénin, aux cibles des ODD, à l'objectif de la couverture sanitaire universelle et à la résistance au changement.

La co-construction a été le principe de base adopté afin d'obtenir un document conforme à la vision du secteur de la santé du Bénin. Ainsi, des groupes techniques de travail incluant les acteurs aussi bien du secteur public que du secteur privé ont été constitués pour amender les domaines, les normes, les critères et le classement des établissements hospitaliers.

L'état actuel du système sanitaire du Bénin impose des mesures hardies permettant une rapide correction des faiblesses. Il s'agit de parvenir à la création et à l'installation d'un cercle vertueux favorable à l'ancrage de la culture de la qualité, de la sécurité et de l'amélioration continue des performances du secteur.

C'est pourquoi il est apparu nécessaire de démarrer par le dispositif pour la sécurité des patients qui tire son mandat de la loi n°2022 -17 du 19

octobre 2022 portant modification de la loi n°2020-37 du 03 février 2021 ; du décret n°2023-409 du 26 juillet 2023 portant attributions, organisation et fonctionnement de l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé et des dispositions réglementaires subséquentes.

Le présent manuel est intitulé « Manuel d'évaluation et de contrôle de la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers du Bénin.»

Le manuel est principalement composé de trois livres consacrés respectivement (1) à la vue d'ensemble du dispositif pour la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers, (2) à l'évaluation et (3) au contrôle de ces établissements hospitaliers.

# **LIVRE 1**

Vue d'ensemble du dispositif  
pour la sécurité des patients

## 1.1. DESCRIPTION DU DISPOSITIF

---

Le dispositif pour la sécurité des patients est un cadre institutionnel qui permet l'application d'un ensemble de normes relatives aux cinq domaines de la sécurité des patients en établissements hospitaliers.

Les normes pour la sécurité des patients en établissement hospitalier au Bénin, contenues dans le manuel, constituent un ensemble de prescriptions indispensables à l'instauration d'un programme pour la sécurité des patients au niveau de chaque établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé.

La conformité aux normes garantit que la sécurité des patients bénéficie d'un traitement prioritaire et que les établissements et le personnel mettent en œuvre des pratiques sûres.

Pour le déploiement du dispositif, les principaux acteurs ont des rôles précis.

## 1.2. PRINCIPAUX ACTEURS

---

### 1.2.1. Patients et communautés

Le dispositif pour la sécurité des patients est conçu pour une implication active du patient et de la communauté dans le déploiement. Cette implication doit être perceptible et clairement comprise des patients et de la communauté. Ces derniers deviennent ainsi des acteurs de leur santé aussi bien individuelle que collective.

### 1.2.2. Établissements hospitaliers

La participation au déploiement du dispositif pour la sécurité des patients est obligatoire pour **les établissements hospitaliers publics et privés**.

Les établissements hospitaliers ont pour rôles de :

- mettre en place une **équipe restreinte avec un point focal** pour conduire le processus ;
- faire des **auto-évaluations** et **des auto-contrôles** pour passer en revue les normes qui seront utilisées dans le cadre de l'évaluation externe au moins six mois avant la visite d'évaluation ;
- rassembler toutes **les preuves** et identifier les **domaines** nécessitant une attention particulière ;

- disposer d'un registre des écarts et des actions *correctives* nécessaires (plan de résolution des problèmes de sécurité des patients) ;
- disposer également d'une liste de documents qui attestent le respect de chaque critère.

### **1.2.3. Autorité de Régulation du Secteur de la Santé**

L'A.R.S a reçu pour mission, de « veiller à la réalisation du droit à la santé pour tous, par l'amélioration continue de l'offre et de la qualité des soins ».

Il lui revient de :

- organiser et superviser l'évaluation externe et le contrôle externe pour apprécier la conformité des établissements de santé publics et privés aux normes pour la sécurité des patients ;
- labelliser (reconnaissance officielle) les établissements de santé publics et privés pour la sécurité des patients.

### **1.2.4. Ministère de la santé**

Le Ministère de la santé doit :

- s'approprier le dispositif pour la sécurité des patients dans les établissements de santé ;
- planifier, mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre le présent dispositif pour la sécurité des patients dans les établissements publics ;
- renforcer les capacités du personnel de santé du secteur public en sécurité des patients ;
- veiller à l'auto-évaluation semestrielle de la sécurité des patients par les établissements de santé ;
- suivre l'amélioration des indicateurs de la sécurité des patients dans les établissements de santé ;
- accompagner l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé dans l'identification des établissements de santé à évaluer ;
- mettre en œuvre les recommandations de l'A.R.S qui sanctionnent les évaluations et les contrôles.

### **1.2.5. Partenaires techniques et financiers**

Les partenaires techniques et financiers ont pour rôles :

- d'apporter leur appui technique et financier pour la mise en œuvre du dispositif pour la sécurité des patients au bénéfice des établissements publics et privés ;

- d'accompagner le Bénin dans la mise en œuvre des interventions du dispositif pour la sécurité des patients dans les secteurs public et privé ;
- de fournir une assistance en matière de formation d'évaluateurs et de facilitateurs.

### 1.3. DOMAINES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Les cinq (5) domaines sont : administration et direction, implication des patients et du public, des pratiques cliniques sécurisées fondées sur des bases factuelles, environnement sécurisé et apprentissage continu. Chaque domaine du dispositif pour la sécurité des patients est associé à des normes dédiées. Chaque norme est évaluée à travers le respect d'une série de critères. Chaque norme admet trois catégories de critères : des critères essentiels, des critères fondamentaux et des critères avancés.

Tableau 1 : Répartition des normes et critères stratifiés selon les cinq domaines

Domaines	Normes	Critères essentiels	Critères fondamentaux	Critères avancés	Total des critères
<b>A.</b> Direction et gestion	6	7	26	3	36
<b>B.</b> Implication des patients et du public	7	2	22	7	31
<b>C.</b> Pratiques cliniques sécurisées fondées sur des bases factuelles	4	14	24	2	40
<b>D.</b> Environnement sécurisé	2	1	20	1	22
<b>E.</b> Apprentissage continu	2	1	2	2	5
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>94</b>	<b>15</b>	<b>134</b>

Nous aborderons séparément chacun des 5 domaines en détaillant les normes et critères correspondants.

## 1.4. NORMES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Les 21 normes pour la sécurité des patients, applicables aux établissements hospitaliers au Bénin sont formulées dans le tableau ci-après.

### 1.4.1. Formulation des normes

Tableau 2 : Formulation des normes dans chaque domaine

<b>A – Direction et gestion</b>	
1	<b>A.1</b> Les organes d'administration et de direction de l'établissement hospitalier sont engagés en faveur de la sécurité des patients.
2	<b>A.2</b> L'établissement hospitalier a un programme pour la sécurité des patients.
3	<b>A.3</b> La direction générale de l'établissement hospitalier collecte, analyse et utilise des données pour améliorer ses performances en matière de sécurité.
4	<b>A.4</b> L'établissement hospitalier dispose de suffisamment d'équipements et d'appareils essentiels fonctionnels pour fournir ses services.
5	<b>A.5</b> L'établissement hospitalier veille à ce que du personnel compétent, y compris des praticiens indépendants et des bénévoles, soient disponibles pour dispenser des soins sûrs à tout moment.
6	<b>A.6</b> L'établissement hospitalier dispose d'un système de gestion de l'information favorisant des pratiques sûres pour tous les services.
<b>B - Implication du patient et du public</b>	
7	<b>B.1</b> L'établissement hospitalier dispose d'un programme visant à protéger les droits des patients, qui inclut la sécurité de ces derniers.
8	<b>B.2</b> L'établissement hospitalier sensibilise ses patients et leurs accompagnants sur les moyens qu'elle leur donne de participer à la prise de décisions appropriées concernant les soins.
9	<b>B.3</b> L'établissement hospitalier veille à la vérification de l'identité de chaque patient à chaque étape des soins de manière à permettre de l'identifier sans ambiguïté ni risque de confusion entre deux patients.
10	<b>B.4</b> L'établissement hospitalier implique le public dans différentes activités liées à la sécurité des patients.
11	<b>B.5</b> L'établissement hospitalier informe les patients et leurs accompagnants des incidents liés à la sécurité des patients.

- 12 **B.6** L'établissement hospitalier invite les patients à exprimer leurs commentaires et prend en compte leurs préoccupations et leurs avis positifs.
- 13 **B.7** L'établissement hospitalier offre un environnement propice à la sécurité des patients.

### C – Pratiques cliniques sécurisées fondées sur des bases factuelles

- 14 **C.1** L'établissement hospitalier a une gouvernance clinique efficace assurant la prise en compte de la sécurité des patients.
- 15 **C.2** L'établissement hospitalier a un système permettant de réduire le risque d'infections nosocomiales.
- 16 **C.3** L'établissement hospitalier s'assure de l'innocuité du sang et des produits sanguins transfusés.
- 17 **C.4** L'établissement hospitalier a un système pour assurer la sécurité des médicaments.

### D – Environnement sécurisé

- 18 **D.1** L'établissement hospitalier a un environnement physique sûr et sécurisé pour les patients, le personnel, les bénévoles et les visiteurs.
- 19 **D.2** L'établissement hospitalier a un système de gestion des déchets sécurisé.

### E - Apprentissage continu

- 20 **E.1** L'établissement hospitalier a pour le personnel, un programme de développement professionnel continu, dans lequel la sécurité des patients est un thème transversal.
- 21 **E.2** L'établissement hospitalier initie et met en œuvre en permanence des projets de recherche et d'amélioration de la qualité dans le domaine de la sécurité des patients.

## 1.4.2. Interprétation des normes

Les normes sont des prescriptions obligatoires qui permettent de garantir que la sécurité des patients bénéficie d'un traitement prioritaire et que les établissements et le personnel mettent en œuvre les meilleures pratiques.

Les normes pour la sécurité des patients sont applicables à tous les établissements publics et privés.

Dans un établissement, les normes pour la sécurité des patients sont applicables à **l'ensemble de l'établissement hospitalier** et non à une partie ou à un service en particulier.

Les normes mettent l'accent sur la sécurité des patients et privilégient l'amélioration continue des soins plutôt que l'obtention d'un certificat.

La conformité aux normes est mesurée par une série de critères. Chaque critère est assorti d'une liste de documents qui peuvent être présentés,

ainsi que des résultats de l’entretien et de l’observation pour attester que l’établissement hospitalier respecte le critère.

Tableau 3 : Exemple de format du code applicable pour l'ensemble des domaines, des normes et des critères pour la sécurité des patients

IDENTIFICATION	CODE
<b>DOMAINE –Direction et gestion</b>	<b>A</b>
<b>NORME A.1</b> Les organes de direction et de gestion de l’établissement hospitalier sont engagés en faveur de la sécurité des patients	<b>A.1</b>
<b>Critères essentiels</b>	A.1.1.1
	A.1.1.2
	A.1.1.3
<b>Critères fondamentaux</b>	A.1.2.1
	A.1.2.2
	A.1.2.3
<b>Critères avancés</b>	A.1.3.1
	<b>A.1.3.2</b>

**Signification du code alpha numérique.** Exemple **A.1.3.2** : il s’agit ici du deuxième critère (2), des critères avancés (3), comptant pour la première (1) norme du domaine « Direction et gestion » (A).

La conformité à chaque norme passe par l’évaluation et le contrôle des critères opposables aux établissements de santé afin de garantir la sécurité des patients.

Le caractère opposable est renforcé par la prise du décret fixant les modalités d’évaluation et de contrôle de la sécurité des patients.

## 1.5. CRITÈRES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

---

Les critères sont déclinés en trois catégories distinctes :

- **Les critères essentiels** : au nombre de 25, leur prise en compte constitue un bon point de départ de la sécurité des patients pour un établissement hospitalier ;
- **Les critères fondamentaux** : au nombre de 94, sont en lien avec un ensemble de normes de base auxquelles un

établissement hospitalier doit se conformer pour assurer la sécurité de ses patients ;

- **Les critères avancés** : au nombre de 15, sont des critères en lien avec un ensemble de normes auxquelles les établissements hospitaliers doivent tenter de se conformer, dans la mesure de leurs capacités et de leurs ressources, pour assurer des soins sans risque.

### 1.5.1. Critères essentiels

Les vingt-cinq (25) critères essentiels sont formulés dans le tableau ci-après.

Tableau 4 : Formulation des critères essentiels

<b>CRITÈRES ESSENTIELS</b>	
<b>DOMAINE A : DIRECTION ET GESTION</b>	
1	<b>A.1.1.1.</b> La sécurité des patients est une priorité dans le projet d'établissement hospitalier (PEH) ou tout autre document de planification mis en place par l'établissement hospitalier.
2	<b>A.1.1.2.</b> L'établissement hospitalier dispose d'un organigramme qui prend en compte l'ensemble du personnel.
3	<b>A.1.1.3.</b> La direction promeut une culture de la sécurité des patients dans les services et unités de soins en menant des visites administratives mensuelles sur la sécurité des patients afin d'identifier les problèmes de sécurité et de prendre les mesures pour y remédier.
4	<b>A.2.1.1.</b> La direction veille à ce qu'un cadre supérieur qualifié soit responsable, redevable et habilité en matière de sécurité des patients.
5	<b>A.4.1.1.</b> La direction s'assure de la disponibilité des équipements et des fournitures essentiels au fonctionnement de l'établissement.
6	<b>A.5.1.1.</b> La direction assure la disponibilité permanente du personnel compétent et en nombre suffisant pour dispenser des soins sûrs aux patients à tout moment.
7	<b>A.5.1.2.</b> Il existe un processus défini pour s'assurer que tout le personnel clinique est inscrit auprès d'un organisme approprié qui l'autorise à exercer.
<b>DOMAINE B : IMPLICATION DES PATIENTS ET DU PUBLIC</b>	
8	<b>B.2.1.1.</b> Le consentement éclairé est obtenu avant un acte figurant sur la liste dédiée, par du personnel formé et dans une langue que le patient ou la personne autorisée peut comprendre.
9	<b>B.3.1.1.</b> La procédure d'identification utilisée dans tout l'établissement hospitalier nécessite au moins deux moyens d'identifier un patient.
<b>DOMAINE C : PRATIQUES CLINIQUES SÉCURISÉES FONDÉES SUR DES BASES FACTUELLES</b>	

- 10 **C.1.1.1.** L'établissement hospitalier conserve des canaux de communication efficaces dans toute son enceinte, y compris pour les résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents.
- 11 **C.1.1.2.** L'établissement hospitalier a instauré l'utilisation d'une liste de contrôle de la sécurité chirurgicale et respecte les lignes directrices se rapportant à ce domaine.
- 12 **C.1.1.3.** L'établissement hospitalier a instauré des systèmes pour s'assurer que tous les services soient à même de détecter rapidement une détérioration de l'état clinique d'un patient et d'y réagir.
- 13 **C.1.1.4.** L'établissement hospitalier veille à réduire au strict nécessaire la transmission orale ou téléphonique d'ordonnances et de résultats et, le cas échéant, les informations reçues doivent obligatoirement être notées puis répétées par le destinataire.
- 14 **C.1.1.5.** L'établissement hospitalier a mis en place des systèmes pour assurer une passation des informations concernant les patients dans de bonnes conditions de sécurité entre les équipes cliniques et lors de la passation de service.
- 15 **C.1.1.6.** L'établissement hospitalier applique les lignes directrices relatives à la sécurité de l'accouchement et au parcours de soins.
- 16 **C.2.1.1.** L'établissement hospitalier a mis en place un programme coordonné couvrant l'ensemble des activités de prévention et de contrôle des infections impliquant toutes les disciplines.
- 17 **C.2.1.2.** L'établissement hospitalier s'assure que tous les équipements sont nettoyés, désinfectés et stérilisés correctement.
- 18 **C.2.1.3.** Il existe une personne qualifiée, désignée responsable de l'ensemble des activités de prévention et de contrôle des infections.
- 19 **C.3.1.1.** L'établissement hospitalier met en place des lignes directrices sur l'utilisation sans risque des produits sanguins labiles de qualité.
- 20 **C.3.1.2.** L'établissement hospitalier s'assure que les échantillons de sang prélevés des patients en vue d'un test de compatibilité croisé sont identifiés de façon sécurisée au moyen de deux identifiants uniques.
- 21 **C.4.1.1.** Un pharmacien agréé fournit un système de gestion des médicaments qui répond aux besoins des patients, satisfait à la réglementation en vigueur.
- 22 **C.4.1.2.** L'établissement hospitalier conserve de grandes quantités d'électrolytes dans un lieu sécurisé.
- 23 **C.4.1.3.** L'établissement hospitalier s'assure de la disponibilité des médicaments d'importance vitale à tout moment.

## **DOMAINE D : ENVIRONNEMENT SÉCURISÉ**

- 24 **D.2.1.1.** L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets piquants, coupants ou tranchants.

## **DOMAINE E : APPRENTISSAGE CONTINU**

- 25 **E.1.1.1.** L'ensemble du personnel de l'établissement hospitalier suit un programme de formation centré sur la sécurité des patients.

### **1.5.2. Critères fondamentaux**

Les quatre-vingt-quatorze (94) critères fondamentaux sont formulés dans le tableau ci-après.

Tableau 5 : Formulation des critères fondamentaux

<b>CRITÈRES FONDAMENTAUX</b>	
<b>DOMAINE A : DIRECTION ET GESTION</b>	
<b>1</b>	<b>A.1.2.1.</b> L'établissement hospitalier fournit des ressources, notamment un budget annuel alloué aux activités liées à la sécurité des patients fondé sur un plan d'actions détaillé.
<b>2</b>	<b>A.1.2.2.</b> La direction fournit un cadre de gestion éthique à l'appui des décisions en matière de soins cliniques et de gestion de la recherche.
<b>3</b>	<b>A.1.2.3.</b> La direction évalue annuellement la culture de la sécurité des patients et les plans d'actions qui en découlent sont revus tous les trois mois.
<b>4</b>	<b>A.1.2.4.</b> Chaque année, la direction célèbre la Journée de l'hygiène des mains (5 mai) et la Journée mondiale de la sécurité des patients (17 septembre) instaurées par l'OMS.
<b>5</b>	<b>A.2.2.1.</b> L'établissement hospitalier dispose d'un comité interne multidisciplinaire pour la sécurité des patients afin de veiller à la sécurité et prévenir les risques.
<b>6</b>	<b>A.2.2.2.</b> Le programme de sécurité des patients dispose d'un planning d'audits trimestriels ou semestriels et utilise les résultats pour améliorer les services aux patients.
<b>7</b>	<b>A.2.2.3.</b> Le responsable de la sécurité des patients établit des rapports sur les différentes activités en matière de sécurité/risques et le directeur de l'établissement ou son représentant les diffuse auprès de l'ensemble du personnel chaque semestre.
<b>8</b>	<b>A.2.2.4.</b> Il y a une gestion proactive des risques liés à la sécurité des patients.
<b>9</b>	<b>A.2.2.5.</b> Un cadre de gestion des risques, comprenant un plan, une procédure et un registre, est utilisé pour identifier et réduire les événements indésirables et autres risques pour la sécurité des patients, des visiteurs et du personnel.
<b>10</b>	<b>A.2.2.6.</b> L'établissement hospitalier organise des réunions sur la morbidité et la mortalité en cas de survenue d'un décès inattendu ou d'un événement indésirable grave.
<b>11</b>	<b>A.2.2.7.</b> Le responsable de la sécurité des patients élabore et met en œuvre un programme pour améliorer l'efficacité de la communication entre l'ensemble des membres du personnel.
<b>12</b>	<b>A.3.2.1.</b> Le responsable de la sécurité des patients s'appuie sur les mesures et les résultats pour élaborer un plan d'actions visant à améliorer la sécurité des patients.
<b>13</b>	<b>A.3.2.2.</b> Le responsable de la sécurité des patients a mis en place un tableau de bord pour suivre l'amélioration des actions relatives à la sécurité des patients.
<b>14</b>	<b>A.4.2.1.</b> Il existe un programme de maintenance préventive pour inspecter, tester et étalonner tous les équipements.
<b>15</b>	<b>A.4.2.2.</b> Un système est en place pour réparer ou remplacer les équipements endommagés (défectueux), y compris ceux ayant fait l'objet de rappels ou d'avis de danger.

- 16 **A.4.2.3.** L'établissement hospitalier veille à ce que le personnel soit correctement formé à l'utilisation de tous les équipements essentiels, y compris les dispositifs médicaux et que seules des personnes formées et compétentes manipulent des équipements spécialisés.
- 17 **A.5.2.1.** Un système est mis en place pour surveiller de façon continue les niveaux de compétence de l'ensemble du personnel des soins de santé, y compris les praticiens indépendants.
- 18 **A.5.2.2.** L'établissement hospitalier a un programme de prévention de la violence sur le lieu de travail.
- 19 **A.5.2.3.** Le temps de repos accordé au personnel est conforme aux dispositions légales et réglementaires pour assurer la sûreté de l'exercice.
- 20 **A.5.2.4.** Les étudiants et stagiaires effectuent des travaux s'inscrivant dans leur domaine de compétence et sont supervisés de façon adéquate.
- 21 **A.5.2.5.** Un programme de médecine du travail est mis en place pour l'ensemble du personnel.
- 22 **A.5.2.6.** L'établissement hospitalier a mis en place des systèmes pour assurer la sécurité des injections.
- 23 **A.6.2.1.** Il existe un processus pour élaborer et contrôler l'ensemble des documents et des procédures pour tous les services.
- 24 **A.6.2.2.** L'établissement hospitalier conserve un dossier médical standardisé avec un identifiant unique pour chaque patient.
- 25 **A.6.2.3.** L'établissement hospitalier utilise les codes standardisés pour les maladies, les diagnostics et les procédures.
- 26 **A.6.2.4.** L'établissement hospitalier veille à ce que les dossiers médicaux soient sécurisés et facilement accessibles aux soignants lorsque nécessaire.

## **DOMAINE B : IMPLICATION DES PATIENTS ET DU PUBLIC**

- 27 **B.1.2.1.** L'établissement hospitalier dispose d'une charte des droits et devoirs des patients accessible à l'ensemble des patients, des familles et des visiteurs.
- 28 **B.1.2.2.** La sécurité des patients est incluse dans la charte des droits et devoirs des patients.
- 29 **B.1.2.3.** Il existe une procédure documentée pour traiter les cas de refus de traitement par les patients.
- 30 **B.1.2.4.** L'établissement hospitalier informe les patients de leurs devoirs lorsqu'ils reçoivent des soins.
- 31 **B.2.2.1.** L'établissement hospitalier fournit des informations qui favorisent la participation des patients et de leurs familles aux décisions de soins et les sensibilisent aux questions générales de sécurité des patients.
- 32 **B.2.2.2.** Tous les patients obtiennent des informations complètes et à jour sur le diagnostic et le traitement de la part du médecin qui les a pris en charge.
- 33 **B.2.2.3.** L'établissement hospitalier forme le patient et ses accompagnants aux soins à réaliser après la sortie de l'établissement hospitalier.
- 34 **B.2.2.4.** Lors de l'admission et après examen, les antécédents médicaux et chirurgicaux complets, le plan de traitement et les exigences en matière de besoins sont évalués et consignés dans le dossier médical des patients.
- 35 **B.2.2.5.** Lors de la sortie, un compte rendu détaillé de la sortie/de l'orientation est remis au patient et transmis au médecin responsable du traitement de ce dernier.
- 36 **B.2.2.6.** Les méthodes d'éducation sanitaire tiennent compte de la culture, des valeurs et des préférences des patients et de leurs familles.

- 37** B.2.2.7. Les patients sont informés des trois défis mondiaux (Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies, un soin propre est un soin plus sûr et une médication sans erreurs) pour la sécurité des patients et sont encouragés à faire entendre leur voix.
- 38** B.3.2.1. Un système est mis en place afin d'identifier et de documenter les allergies.
- 39** B.3.2.2. Le droit du patient concernant le respect de sa vie privée, de la confidentialité des soins et des informations est assuré.
- 40** B.4.2.1. L'établissement hospitalier organise des campagnes de sensibilisation sur la sécurité des patients à l'endroit des usagers et de la communauté.
- 41** B.4.2.2. L'établissement hospitalier utilise des supports d'information et/ou des matériels promotionnels pour la sécurité des patients.
- 42** B.5.2.1. L'établissement hospitalier dispose d'une procédure relative à la diffusion des incidents au personnel, aux patients et à leurs accompagnants.
- 43** B.5.2.2. L'établissement hospitalier dispose d'un service de médiation au profit des patients pour expliquer les informations transmises par l'équipe clinique ou les incidents aux patients et à leurs soignants.
- 44** B.6.2.1. L'établissement hospitalier recueille l'avis des patients et de leurs accompagnants au moyen de processus réactifs et proactifs.
- 45** B.6.2.2. Il existe une procédure concernant le recueil des avis (avis positif ou plainte ou amélioration) qui couvre la réception, l'enquête et la résolution dans un délai défini. Cette procédure prend en compte le retour d'information aux patients, leurs familles et au public.
- 46** B.7.2.1. L'établissement hospitalier offre aux patients un environnement privé, confidentiel et respectueux des différences entre les sexes.
- 47** B.7.2.2. L'établissement hospitalier met à disposition un espace d'interaction sociale et de divertissement pour les patients.
- 48** B.7.2.3. L'établissement hospitalier dispose d'un lieu réservé à la prière et répond aux besoins spirituels des patients.

## **DOMAINE C : PRATIQUES CLINIQUES SÉCURISÉES FONDÉES SUR DES BASES FACTUELLES**

- 49** C.1.2.1. L'établissement hospitalier a mis en place un processus afin d'élaborer des lignes directrices cliniques et dispose d'un comité local se réunissant régulièrement pour sélectionner, élaborer et assurer la mise en place de directives, de protocoles et de listes de contrôle relatifs à la sécurité.
- 50** C.1.2.2. L'établissement hospitalier a mis en place un système pour garantir la communication sécurisée des résultats d'examens réalisés aux patients et aux soignants.
- 51** C.1.2.3. L'établissement hospitalier s'assure que les procédures diagnostiques invasives sont pratiquées en toute sécurité et dans le respect des lignes directrices standard.
- 52** C.1.2.4. L'établissement hospitalier établit des lignes directrices visant à réduire la survenue des thrombo-embolies veineuses (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires).
- 53** C.1.2.5. L'établissement hospitalier identifie les patients les plus exposés aux dangers et prend des mesures pour minimiser les risques.

54	<b>C.1.2.6.</b> L'établissement hospitalier tient à jour une liste des abréviations, des symboles et des indications de doses approuvés utilisés dans la rédaction des dossiers patients transmis entre professionnels de santé.
55	<b>C.1.2.7.</b> Il existe une procédure d'intégration et de coordination des soins fournis à chaque patient aussi bien entre les services de l'établissement hospitalier qu'au sein de chaque service, mais aussi avec les services externes concernés.
56	<b>C.1.2.8.</b> L'établissement hospitalier identifie les patients les plus vulnérables et prend des mesures pour minimiser les risques de chute.
57	<b>C.2.2.1.</b> L'établissement hospitalier se conforme aux directives fondées sur des données factuelles pour la prévention et le contrôle des infections, notamment la stratégie d'amélioration multimodale visant à mettre en place des programmes efficaces dans ce domaine.
58	<b>C.2.2.2.</b> L'établissement hospitalier s'assure de la disponibilité permanente et du fonctionnement des équipements et appareils essentiels de prévention et de contrôle des infections.
59	<b>C.2.2.3.</b> L'établissement hospitalier dispose des protocoles pour l'isolement, la définition des cas devant être soumis à l'isolement et des mesures de précaution en place.
60	<b>C.2.2.4.</b> L'établissement hospitalier met en place des procédures pour une utilisation rationnelle des antimicrobiens afin de limiter la résistance microbienne et d'instaurer un programme de bonne gestion des antimicrobiens.
61	<b>C.2.2.5.</b> L'établissement hospitalier applique les lignes directrices reconnues internationalement en matière d'hygiène des mains.
62	<b>C.2.2.6.</b> Le personnel passe une visite médicale avant sa prise de fonction et de façon régulière conformément aux textes en vigueur.
63	<b>C.2.2.7.</b> L'établissement hospitalier prend des mesures de protection du personnel contre les infections associées aux soins, incluant la vaccination contre le virus de l'hépatite B.
64	<b>C.2.2.8.</b> L'établissement hospitalier se conforme à la gestion des paquets d'interventions lorsque nécessaire.
65	<b>C.3.2.1.</b> L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices relatives à l'administration sécurisée et appropriée des produits sanguins labiles.
66	<b>C.3.2.2.</b> L'établissement hospitalier respecte les procédures de gestion des accidents et incidents survenus suite à une transfusion sanguine.
67	<b>C.4.2.1.</b> L'établissement hospitalier veille à la lisibilité des ordonnances manuscrites.
68	<b>C.4.2.2.</b> L'établissement hospitalier assure la conciliation médicamenteuse lors de l'admission, des transferts et de la sortie de l'établissement hospitalier.
69	<b>C.4.2.3.</b> L'établissement hospitalier veille à l'éducation du patient (ou de l'accompagnant) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier.
70	<b>C.4.2.4.</b> L'établissement hospitalier normalise et limite les quantités de médicaments stockés.
71	<b>C.4.2.5.</b> L'établissement hospitalier a un système de gestion de la douleur et contrôle l'accès aux narcotiques et le stockage de ces substances conformément à la législation.
72	<b>C.4.2.6.</b> L'établissement hospitalier a mis en place une procédure de gestion des erreurs médicamenteuses.

## DOMAINE D : ENVIRONNEMENT SÉCURISÉ

- 73** D.1.2.1. L'établissement hospitalier a désigné une personne chargée de la sécurité environnementale avec l'appui d'un comité multidisciplinaire.
- 74** D.1.2.2. La conception de l'établissement hospitalier est optimisée pour procurer un environnement sûr, y compris les mesures de lutte contre les infections et la séparation des zones propres et souillées.
- 75** D.1.2.3. L'établissement hospitalier a un programme de maintenance préventive pour ses équipements médicaux et l'environnement physique.
- 76** D.1.2.4. L'établissement hospitalier a mis en place un programme de sécurité et utilise les zones sécurisées lorsque nécessaire.
- 77** D.1.2.5. L'établissement hospitalier s'assure que le personnel porte un identifiant personnel visible.
- 78** D.1.2.6. L'établissement hospitalier élabore et teste des plans d'urgences interne et externe.
- 79** D.1.2.7. L'établissement hospitalier dispose d'un système de surveillance qui alerte lorsque des services essentiels sont à risque, comme l'électricité, l'eau et les gaz médicaux
- 80** D.1.2.8. L'établissement hospitalier a mis en place un programme de sécurité incendie et fumée comportant un plan d'évacuation.
- 81** D.1.2.9. L'établissement hospitalier dispose d'un plan des installations, incluant la distribution d'eau et de gaz à usage médical.
- 82** D.1.2.10. L'établissement hospitalier a mis en œuvre un programme de sécurité des rayonnements, comprenant une personne responsable désignée.
- 83** D.1.2.11. L'établissement hospitalier affiche des panneaux d'avertissement signalant les zones dangereuses.
- 84** D.1.2.12. L'établissement hospitalier fournit des boissons et des aliments sains et appropriés aux patients, au personnel et aux visiteurs.
- 85** D.1.2.13. L'établissement hospitalier maintient un environnement propre.
- 86** D.1.2.14. L'établissement hospitalier applique une politique non-fumeur.
- 87** D.1.2.15. L'établissement hospitalier dispose des mécanismes pour assurer une alimentation de secours des services essentiels, y compris les gaz médicaux, l'eau et l'électricité.
- 88** D.2.2.1. L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices sur la gestion sécurisée des déchets.
- 89** D.2.2.2. L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux.
- 90** D.2.2.3. L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets chimiques.
- 91** D.2.2.4. L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets radiologiques.
- 92** D.2.2.5. L'établissement hospitalier assure le tri des déchets selon leur dangerosité en respectant le code couleur.

## DOMAINE E : APPRENTISSAGE CONTINU

- 93** E.1.2.1. L'établissement hospitalier assure une formation continue à l'ensemble du personnel afin de garantir la sécurité des soins aux patients et le respect de leurs droits.

- 94** **E.2.2.1.** Toutes les recherches sont approuvées et contrôlées par l'organe interne de sécurité des patients ou un comité équivalent, en fonction des besoins de l'établissement hospitalier.

### 1.5.3. Critères avancés

Les quinze (15) critères avancés sont formulés dans le tableau ci-après.

Tableau 6 : Formulation des critères avancés

<b>CRITÈRES AVANCÉS</b>	
<b>DOMAINE A : DIRECTION ET GESTION</b>	
<b>1</b>	<b>A.1.3.1.</b> Le plan stratégique de l'établissement hospitalier comporte les déclarations de mission, de vision et de valeurs qui témoignent d'une réelle culture de la sécurité des patients.
<b>2</b>	<b>A.2.3.1.</b> Le responsable de la sécurité des patients établit des rapports sur les différentes activités en matière de sécurité/risques et les diffuse en externe.
<b>3</b>	<b>A.3.3.1.</b> L'établissement hospitalier compare ses indicateurs sur la durée et/ou avec d'autres établissements hospitaliers respectant les normes de sécurité des patients et/ou les meilleures pratiques.
<b>DOMAINE B : IMPLICATION DES PATIENTS ET DU PUBLIC</b>	
<b>4</b>	<b>B.2.3.1.</b> L'établissement hospitalier invite les patients à participer à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent, y compris au moment de la sortie ou de l'orientation vers un autre établissement.
<b>5</b>	<b>B.2.3.2.</b> L'établissement hospitalier réalise des sensibilisations sur la sécurité des patients au moyen de différents supports, y compris des documents imprimés, des médias sociaux et un site Web accessible au public.
<b>6</b>	<b>B.3.3.1.</b> L'établissement hospitalier identifie les patients au moyen de codes-barres.
<b>7</b>	<b>B.4.3.1.</b> L'établissement hospitalier implique la communauté dans la conception et la mise en œuvre de programmes de sécurité des patients et de projets d'amélioration.
<b>8</b>	<b>B.4.3.2.</b> Les patients ont accès à leur dossier médical et ont la possibilité de demander des éclaircissements au médecin concerné.
<b>9</b>	<b>B.6.3.1.</b> L'établissement hospitalier implique les patients et/ou les associations de défense des patients dans les structures de gouvernance, l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des améliorations de la qualité ainsi que des projets concernant la sécurité des patients.
<b>10</b>	<b>B.6.3.2.</b> L'établissement hospitalier met à disposition des informations et sensibilise les usagers à la sécurité, à l'éducation sanitaire et au bien-être des patients.

## DOMAINE C : PRATIQUES CLINIQUES SÉCURISÉES FONDÉES SUR DES BASES FACTUELLES

**11** **C.2.3.1.** L'établissement hospitalier a un système de surveillance des infections associées aux soins.

**12** **C.4.3.1.** L'établissement hospitalier dispose d'une part, de pharmaciens cliniciens qui participent à la prescription de médicaments et d'autre part, d'un système d'identification des interactions médicamenteuses, puis des interactions entre les médicaments et les aliments.

## DOMAINE D : ENVIRONNEMENT SÉCURISÉ

**13** **D.1.3.1.** L'établissement hospitalier a un système de gestion des informations et des dossiers médicaux informatisés, avec un dispositif de sauvegarde adéquat.

## DOMAINE E : APPRENTISSAGE CONTINU

**14** **E.2.3.1.** L'établissement hospitalier mène des études prospectives, rétrospectives et/ou transversales pour évaluer l'ampleur et la nature des événements indésirables afin d'améliorer la sécurité des soins, sur une base annuelle.

**15** **E.2.3.2.** L'établissement hospitalier mène des projets d'amélioration de la qualité pour promouvoir les activités liées à la sécurité des patients.

# **LIVRE 2**

Évaluation de la sécurité des  
patients dans les établissements  
hospitaliers

Le livre 2 relatif à l'évaluation de la sécurité des patients est structuré en sept points que sont (1) cibles de l'évaluation, (2) échelle d'évaluation, (3) évaluation des établissements hospitaliers, (4) évaluation des critères selon les domaines, (5) outils relatifs au cadre pour la sécurité des patients, (6) proposition de programme d'évaluation, (7) modèle de rapport d'évaluation.

## 2.1. CIBLES DE L'ÉVALUATION

---

Ce manuel est destiné à trois catégories de cibles.

### 2.1.1. Établissements hospitaliers

- **Les établissements hospitaliers non académiques (Publics ou Privés)** : les hôpitaux de zone, les centres hospitaliers départementaux, les polycliniques, les cliniques, les hôpitaux confessionnels, tout établissement hospitalier équivalent aux hôpitaux etc. Ce manuel est à utiliser par ces établissements comme outil pour mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients.
- **Les établissements hospitaliers académiques (Publics ou Privés)** : les centres hospitaliers universitaires. Le manuel pourrait être utilisé non seulement comme outil d'évaluation ou de contrôle de la sécurité des patients, mais aussi pour la formation initiale des professionnels de santé en vue de développer les compétences à assurer la sécurité des patients.

Au sein de ces établissements hospitaliers ce sont les diverses interventions des professionnels de santé, des responsables administratifs, du personnel intervenant dans l'offre des soins qui sont concernées par l'évaluation. Plus tard, certains de ces acteurs seront directement et individuellement évalués dans le cadre du dispositif pour l'accréditation des professionnels de santé.

### 2.1.2. Usagers des établissements hospitaliers et le public.

L'implication des usagers et celle des communautés n'est pas seulement un alignement sur les directives de l'OMS. C'est une nécessité qui répond à deux impératifs. D'abord, celui de la volonté de faire de chacune de ces cibles un véritable acteur de sa santé ; puis celui de faire de chacune de ces cibles un véritable évaluateur du dialogue singulier qu'il a avec l'acteur chargé de le servir, devenant

ainsi un véritable booster de l'amélioration continue de la qualité des soins.

### 2.1.3. Plateau technique des établissements hospitaliers et documents.

Le plateau technique des établissements hospitaliers et les documents sont appréciés au cours des évaluations. Ces documents doivent traduire rigoureusement comment est utilisé le plateau technique et comment sont réalisées les principales activités dans l'établissement ; par qui elles sont réalisées et comment le respect scrupuleux des étapes de chacune des activités contribue à supprimer, au cours des soins, les préjudices évitables qui impactent les utilisateurs et le public.

## 2.2. ÉCHELLE D'ÉVALUATION

---

Le résultat de l'évaluation du dispositif pour la sécurité des patients dans un établissement hospitalier résulte du calcul **du score cumulé** à partir de la cotation modulée par le non-respect, le respect partiel ou total des critères mesurés. Il traduit le niveau de conformité atteint par cet établissement afin de garantir la sécurité des patients.

C'est une échelle d'évaluation des critères sur trois marches qui est utilisée à l'exception des critères essentiels qui recourent à une échelle sur deux points.

### 2.2.1. Critère essentiel

Il est noté « respecté = 1 » ou « non respecté = 0 ». Cette condition est indispensable pour être au premier niveau de conformité de la classification des établissements de santé.

### 2.2.2. Critère fondamental

Il permet d'obtenir une note de 1 si « respecté » 0,5 si « partiellement respecté » ou 0 si « non respecté ». Pour calculer le pourcentage de respect des critères fondamentaux, dans l'hypothèse où tous les critères fondamentaux ont été inclus (aucun désigné « sans objet »), le score **total obtenu après évaluation** doit être divisé par 94. Le pourcentage de respect des critères fondamentaux permet de préciser le niveau de classement des établissements de santé sur l'échelle de la sécurité des patients.

### 2.2.3. Critère avancé

Il permet d'obtenir une note de 1 si « respecté » 0,5 si « partiellement respecté » ou 0 si « non respecté ». Pour calculer le pourcentage de respect des critères avancés, si tous les critères avancés ont été inclus (aucun désigné « sans objet »), le score total obtenu après l'évaluation doit être divisé par 15. Le pourcentage de respect des critères avancés permet d'être au troisième ou quatrième ou cinquième niveau de l'échelle de sécurité des patients.

Tableau 7 : Règles d'attribution du score pour l'évaluation de chaque critère

Évaluation	Score	Justification	Conseils à l'attention des enquêteurs
Atteint	1	80 % au moins des éléments mesurables évalués à partir d'un échantillon sont respectés	Encourager l'établissement à pérenniser les acquis Ajouter une recommandation ou une opportunité d'amélioration
Partiellement atteint (les critères essentiels sont exclus)	0,5	Entre 31 et 79 % des éléments mesurables évalués à partir d'un échantillon sont respectés	Ajouter une opportunité d'amélioration pour aider l'hôpital à progresser
Non atteint	0	Moins de 30 % des éléments mesurables évalués à partir d'un échantillon sont respectés	Ajouter une recommandation et un calendrier

## 2.3. ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

L'objectif de l'évaluation est de *mesurer* la conformité des établissements hospitaliers aux normes pour la sécurité des patients.

L'évaluation est réalisée en équipe. L'effectif de l'équipe en charge de l'évaluation sur site et la durée de celle-ci dépendront du profil de l'établissement hospitalier (p. ex. sa taille, ses services et sa localisation). L'enquête dure entre deux (02) et quatre (04) jours. Le programme des activités quotidiennes est établi et approuvé par le chef d'équipe.

### 2.3.1. Évaluateurs

L'évaluation du dispositif pour la sécurité des patients est assurée par des professionnels de santé et des qualitiens formés à cet effet. Ces évaluateurs sont sélectionnés par l'Autorité de Régulation du Secteur de

la Santé qui doit s'assurer que les évaluateurs ont une pratique basée sur la philosophie de l'amélioration continue par le soutien et l'apprentissage.

### **2.3.2. Sélection des évaluateurs**

Les évaluateurs sont sélectionnés selon des critères bien définis par l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé.

Tous les évaluateurs doivent avoir été préalablement formés au dispositif pour la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers avant de pouvoir effectuer une évaluation.

### **2.3.3. Équipe d'évaluateurs : composition et rôle**

L'équipe des évaluateurs est composée d'au moins deux évaluateurs dont un évaluateur expérimenté, qui possède les compétences requises pour coordonner une équipe. L'équipe doit s'appuyer sur l'expertise institutionnelle et clinique de l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé. Le rôle de l'équipe en charge de l'évaluation est de mesurer la conformité des établissements hospitaliers aux normes et d'apporter des commentaires constructifs sur la manière de l'améliorer.

### **2.3.4. Évaluer et maintenir le niveau de réalisation**

La finalité de l'évaluation des établissements hospitaliers pour la sécurité des patients est d'en mesurer les performances pour identifier les écarts au respect des critères et amener lesdits établissements à élaborer un plan de résolution de ces écarts.

La mise en œuvre du plan de résolution, suivie de nouveaux contrôles puis d'une nouvelle planification de la résolution des écarts, constituent le cercle vertueux de l'amélioration continue de la qualité suivant la roue de DEMING (Planifier, Développer, Contrôler et Ajuster).

Le suivi de chaque établissement hospitalier et la comparaison des établissements hospitaliers entre eux appelle la mise en place d'une classification. Cette classification des établissements hospitaliers comportant six (6) niveaux sur l'échelle de la sécurité des patients, s'appuie sur le taux de respect des critères du dispositif.

Tableau 8 : Niveaux de performance des établissements hospitaliers sur l'échelle de la sécurité des patients.

CRITÈRES			NIVEAUX sur l'échelle de la sécurité des patients
Essentiels	Fondamentaux	avancés	
< 100%			0
100%			1
100%	60 à 89%		2
100%	≥ 90%		3
100%	≥ 90%	≥ 80%	4
100%	100%	100%	5

Les établissements hospitaliers sont classés sur une échelle de cinq niveaux de conformité aux normes pour la sécurité des patients, le niveau 5 étant le niveau de conformité le plus élevé.

La classification d'un établissement hospitalier est réalisée comme ci-après en quatre étapes.

### CALCUL DU NIVEAU DE RÉALISATION DU CADRE POUR LA SÉCURITÉ : 4 étapes

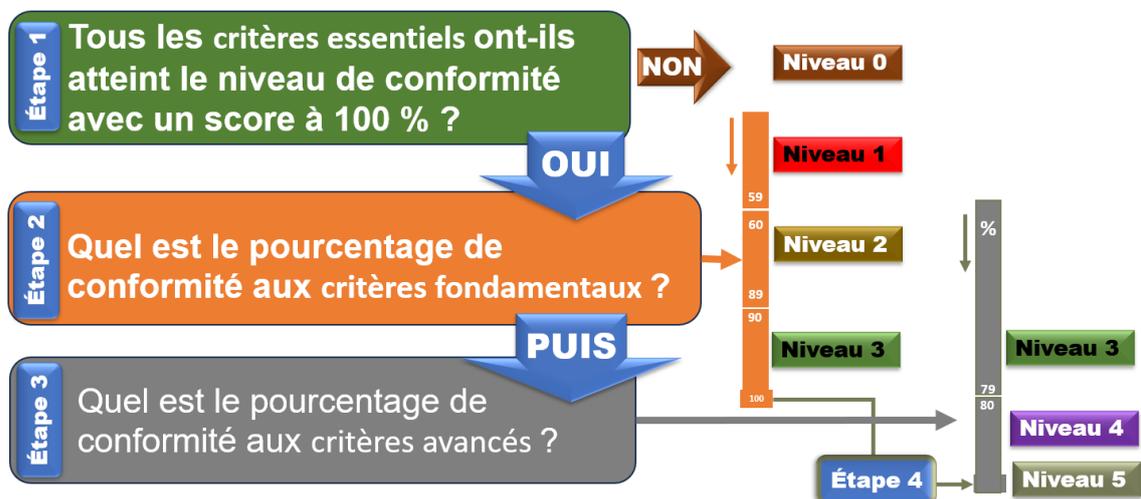


Figure 1 : Quatre étapes pour classer les établissements hospitaliers

Le label A.R.S pour la sécurité des patients est une preuve de la reconnaissance officielle, délivrée à l'établissement hospitalier qui garantit et améliore la sécurité des patients.

Une évaluation externe est reprise tous les trois ans pour chaque établissement hospitalier.

Précisons qu'au moins un contrôle systématique annuel est organisé pour chaque établissement hospitalier. Des circonstances diverses peuvent motiver un ou plusieurs contrôles supplémentaires en cours d'année.

### 2.3.5. Exemples de classification

#### Exemple de l'établissement hospitalier 1 :

- Les 25 critères essentiels sont respectés (100%)
- Le score total pour les critères fondamentaux est de 80 => 80/94 = 85%
- Le score total des critères avancés est de 10 => 10/15 = 67 %

**L'établissement hospitalier 1 a atteint le niveau 2.**

#### Exemple de l'établissement hospitalier 2 :

- Les 25 critères essentiels sont respectés (100%)
- Le score total pour les critères fondamentaux est de 82 avec 3 critères sans objet => 82/91 = 90 %
- Le score total des critères avancés est de 13 => 13/15 = 87 %

**L'établissement hospitalier 2 a atteint le niveau 4**

## 2.4. DOMAINES, NORMES ET CRITÈRES RESPECTIFS

Pour chaque domaine, les normes sont détaillées séparément, avec les critères correspondant dans un tableau distinct. Celui-ci contient également des conseils sur les données factuelles des documents explorant le respect pour chaque critère.

### 2.4.1. Domaine A : Direction et gestion

Le domaine A est associé à un total de 36 critères répartis en 7 critères essentiels, 26 critères fondamentaux et 3 critères avancés.

Tableau 9 : Critères d'évaluation des normes du domaine A

CRITÈRES ESSENTIELS	
<b>1</b>	<b>A.1.1.1 La sécurité des patients est une priorité dans le projet d'établissement hospitalier (PEH) ou tout autre document de planification mis en place par l'établissement hospitalier.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engagement : politique écrite et diffusée dans tous les services.</li> <li>• Projet d'établissement hospitalier (PEH) ou tout autre document de planification mis en place par l'établissement hospitalier</li> <li>• Déclinaison en plans d'actions et son mécanisme de suivi ponctués d'évaluations internes et/ou externes menées dans l'établissement hospitalier en suivant le manuel pour la sécurité des patients de l'A.R.S.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Engagement : politique écrite et diffusée dans tous les services</li> <li>• Projet d'établissement hospitalier (PEH) ou tout autre document de planification de l'établissement hospitalier garantissant l'application des normes de sécurité des patients.</li> <li>• Déclinaison en plans d'actions et son mécanisme de suivi</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
	<p><b>A.1.1.2. L'établissement hospitalier dispose d'un organigramme qui prend en compte l'ensemble du personnel.</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organigramme montrant la hiérarchie et les relations hiérarchiques entre l'ensemble du personnel et des services.</li> <li>- Documents qui montrent le profil de poste du directeur ou son équivalent.</li> <li>- Documents indiquant les rôles et les responsabilités des membres de la commission médicale d'établissement.</li> <li>- Rapports d'évaluation interne ou externe de la sécurité des patients</li> </ul>
<b>2</b>	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organigramme montrant la hiérarchie et les relations hiérarchiques entre l'ensemble du personnel et des services.</li> <li>• Documents qui montrent le profil de poste du directeur ou son équivalent.</li> <li>• Documents indiquant les rôles et les responsabilités des membres de la commission médicale d'établissement et des membres de la commission dédiée à la sécurité des patients.</li> <li>• Rapports d'évaluation interne ou externe de la sécurité des patients.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>

	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>3</b>	<b>A.1.1.3 La direction promeut une culture de la sécurité des patients dans les services et unités de soins en menant des visites administratives mensuelles sur la sécurité des patients afin d'identifier les problèmes de sécurité et prendre les mesures pour y remédier.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports de visites administratives de la direction relatives à la sécurité des patients, effectuées une fois par mois.</li> <li>- Éléments indiquant que la direction effectue ces visites pour promouvoir une culture de la sécurité des patients, identifier les risques que comporte le système, et saisir les opportunités d'amélioration de la sécurité des patients.</li> <li>- Éléments de preuve des améliorations qui découlent des résultats des visites mensuelles de promotion de la sécurité des patients par la direction de l'établissement hospitalier.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Échantillons aléatoires stratifiés des rapports de visites de la direction relatives à la sécurité des patients.</li> <li>• Échantillons aléatoires stratifiés des rapports faisant état des améliorations découlant des informations recueillies lors des visites de la direction relatives à la sécurité des patients.</li> <li>• Échantillons aléatoires stratifiés des lettres/e-mails de notification au personnel de l'examen et la mise en application des améliorations suggérées.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>4</b>	<b>A.2.1.1 La direction veille à ce qu'un cadre supérieur qualifié soit responsable, redevable et habilité en matière de sécurité des patients.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrat ou Mandat du responsable de la sécurité des patients ou document équivalent.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lettre de notification de la désignation du responsable de la sécurité des patients ou document équivalent.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandat du responsable de la sécurité des patients ou document équivalent.</li> <li>• Lettre de notification de la désignation du responsable de la sécurité des patients ou document équivalent.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>5</b>	<b>A.4.1.1 La direction s'assure de la disponibilité des équipements et des matériels essentiels au bon fonctionnement de l'établissement.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manuel d'utilisation des équipements et conduite à tenir en cas de panne.</li> <li>- Procédure d'identification et de maintenance des équipements essentiels fonctionnels.</li> <li>- Inventaire des équipements mis à jour annuellement et répartis par service.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la disponibilité et de la conformité des équipements</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuel d'utilisation des équipements et conduite à tenir en cas de panne</li> <li>• Procédure d'identification et de maintenance des équipements essentiels fonctionnels ;</li> <li>• Inventaire des équipements mis à jour annuellement et répartis par service ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la disponibilité et de la conformité des équipements.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>6</b>	<b>A.5.1.1 La direction assure la disponibilité permanente du personnel compétent et en nombre suffisant pour dispenser des soins sûrs aux patients à tout moment.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>

	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fichier du personnel de l'établissement.</li> <li>- Planning de travail du personnel clinique.</li> <li>- Plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences du personnel clinique.</li> <li>- Preuves de qualification du titulaire du poste de responsable des ressources humaines.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures concernant les effectifs du personnel clinique.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fichier du personnel.</li> <li>• Planning de travail du personnel clinique.</li> <li>• Plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ou tout autre document en tenant lieu.</li> <li>• Dossier du titulaire du poste de responsable des ressources humaines.</li> <li>• Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures de l'établissement hospitalier concernant les effectifs du personnel clinique.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>7</b>	<b>A.5.1.2 Il existe une procédure pour s'assurer que tout le personnel clinique est inscrit auprès d'un organisme approprié qui l'autorise à exercer.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quittance de paiement des cotisations de l'année à son ordre professionnel.</li> <li>- Autorisation d'exercice en clientèle privée.</li> <li>- Registre d'inscription du personnel formé aux procédures concernant les diplômes.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures concernant les qualifications et les homologations du personnel.</li> <li>- Dossiers du personnel justifiant des qualifications et des autorisations d'exercer délivrée par une autorité compétente et inscription du professionnel de santé à jour de ses cotisations au conseil de l'ordre</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quittance de paiement des cotisations de l'année à son ordre professionnel.</li> <li>• Autorisation d'exercice en clientèle privée.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre d'inscription du personnel formé aux procédures concernant les diplômes.</li> <li>• Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures concernant les qualifications et les homologations du personnel.</li> <li>• Dossiers du personnel justifiant des qualifications et des autorisations d'exercer délivrée par une autorité compétente et inscription du professionnel de santé à jour de ses cotisations au conseil de l'ordre</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observation et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>CRITÈRES FONDAMENTAUX</b>	
<b>8</b>	<b>A.1.2.1. L'établissement hospitalier fournit des ressources, notamment un budget annuel alloué aux activités de fonctionnement liées à la sécurité des patients fondé sur un plan d'actions détaillé.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressources dédiées aux activités de fonctionnement liées à la sécurité des patients s'appuyant sur un plan d'actions détaillé.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner le document indiqué ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Budget annuel de fonctionnement dédié aux activités liées à la sécurité des patients, justifié par un plan d'actions détaillé.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, pour seulement, une partie des activités planifiées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas de l'élément mesurable indiqué, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>9</b>	<b>A.1.2.2 La direction fournit un cadre de gestion éthique à l'appui des décisions en matière de soins cliniques et de gestion de la recherche.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Code d'éthique concernant par exemple le consentement, la confidentialité, la recherche et la réanimation.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure de contrôle de la conformité au code d'éthique.</li> <li>• Registre du personnel formé.</li> <li>• Procédures d'application du code d'éthique.</li> <li>• Registre des réunions du comité d'éthique.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Code d'éthique concernant le consentement, la confidentialité, la recherche et la réanimation ;</li> <li>• Rapports des contrôles de conformité au code d'éthique ;</li> <li>• Procédures d'application du code d'éthique ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures d'application du code d'éthique ;</li> <li>• Registre des réunions du comité d'éthique.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
10	<p><b>A.1.2.3 La direction évalue annuellement la culture de la sécurité des patients et les plans d'actions qui en découlent sont revus tous les trois mois.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'évaluation de la culture pour la sécurité des patients au moyen d'un questionnaire, tel que le questionnaire de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).</li> <li>- Procédure d'évaluation de la culture pour la sécurité des patients avant et après la mise en œuvre du programme de sécurité des patients. Elle peut être évaluée au moyen de questionnaires sur les comportements en matière de sécurité et la sécurité des patients ou au moyen d'approches qualitatives.</li> <li>- Les données relatives aux résultats et les activités d'amélioration de la qualité sont communiquées à la direction tous les trois mois.</li> <li>- Procédure d'analyse des données collectées et mise en œuvre d'un plan d'actions pour l'amélioration de la sécurité des patients.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaire d'évaluation de la culture de la sécurité des patients au sein du personnel ;</li> <li>• Résultats d'enquêtes sur la culture de la sécurité des patients et actions qui en ont découlé ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre sur les données relatives aux résultats et les activités d'amélioration de la qualité à l'attention de la direction ;</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens ;</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>11</b>	<b>A.1.2.4 Chaque année, la direction célèbre la Journée de l'hygiène des mains (5 mai) et la Journée mondiale de la sécurité des patients (17 septembre) instaurées par l'OMS.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'établissement hospitalier participe aux activités et à la célébration de la Journée mondiale de l'hygiène des mains et de la Journée mondiale de la sécurité des patients, et veille à y associer le public.</li> <li>- La direction est informée des lignes directrices établies par l'OMS concernant l'hygiène des mains et les normes de sécurité des patients et marque ces deux Journées mondiales.</li> <li>- La mise à l'honneur et la reconnaissance des modèles de l'établissement hospitalier qui veillent au respect des lignes directrices et des normes établies par l'OMS dans le domaine de la sécurité des patients.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentation de la célébration et des contributions de l'établissement hospitalier à la Journée mondiale de l'hygiène des mains, y compris les rapports, vidéos, photos et conférences ;</li> <li>• Documentation de la célébration et des contributions de l'établissement hospitalier à la Journée mondiale de la sécurité des patients, y compris les rapports, vidéos, photos et conférences ;</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

12	<b>A.2.2.1 L'établissement hospitalier dispose d'un comité interne multidisciplinaire pour la sécurité des patients afin de guider l'ensemble de la sécurité et des risques.</b>
<b>Preuves de conformité</b>	
<b>Éléments mesurables</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cahier des charges du comité pluridisciplinaire pour la sécurité des patients ou document équivalent.</li> <li>• Lettre de notification de la désignation des membres du comité multidisciplinaire pour la sécurité des patients.</li> <li>• Comptes rendus de réunion du comité interne multidisciplinaire pour la sécurité des patients ou document équivalent ;</li> </ul>	
<b>Procédure d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cahier de charge du comité multidisciplinaire pour la sécurité des patients ou document équivalent ;</li> <li>• Lettre de notification de la désignation du comité interne multidisciplinaire pour la sécurité des patients.</li> <li>• Comptes rendus de réunion du comité multidisciplinaire pour la sécurité des patients ou document équivalent ;</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>	
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>	
13	<b>A.2.2.2 Le programme de sécurité des patients dispose d'un planning d'audits trimestriels ou semestriels et utilise les résultats pour améliorer les services aux patients.</b>
<b>Preuves de conformité</b>	
<b>Éléments mesurables</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning des audits internes trimestriels ou semestriels sur la sécurité des patients au moyen du manuel d'évaluation et de contrôle de la sécurité des patients.</li> <li>- Procédure d'évaluation trimestrielle ou semestrielle des pratiques en matière de la sécurité des patients.</li> <li>- Mesures prises suite aux rapports des autoévaluations</li> </ul>	
<b>Procédure d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planning autoévaluations trimestriels ou semestriels du programme pour la sécurité des patients ;</li> <li>• Rapports des autoévaluations internes sur la sécurité des patients ;</li> <li>• Mesures prises suite aux rapports des autoévaluations ;</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens ;</p> <p>- Suivre les instructions de notation</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</p>
<b>14</b>	<b>A.2.2.3 Le responsable de la sécurité des patients établit des rapports sur les différentes activités en matière de sécurité/risques et le directeur de l'établissement ou son représentant les diffuse auprès de l'ensemble du personnel chaque semestre.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<p>- Rapports sur la mise en œuvre des activités du plan d'actions pour les écarts pour la sécurité des patients à combler, incluant les difficultés rencontrées, les nouveaux problèmes de la sécurité des patients devant être résolus, les statistiques sur la fréquence des événements indésirables et les enseignements tirés de ces activités.</p> <p>- Preuves de la diffusion semestrielle (voire annuelle) du rapport des activités liées à la sécurité des patients (la lettre d'invitation, le rapport de diffusion ainsi que la liste de présence).</p> <p>- Procédure d'accès du personnel aux rapports sur la sécurité des patients.</p>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<p>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports sur la mise en œuvre des activités du plan d'action de la sécurité des patients, les statistiques sur la fréquence des événements indésirables et les enseignements tirés de ces activités ;</li> <li>• Preuves de la diffusion semestrielle (voire annuelle) du rapport des activités liées à la sécurité des patients (la lettre d'invitation, le rapport de diffusion ainsi que la liste de présence).</li> <li>• Procédure d'accès du personnel aux rapports sur la sécurité des patients</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>15</b>	<b>A.2.2.4 Il y a une gestion proactive des risques liés à la sécurité des patients</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de politique, de prévention et de gestion des risques pour la sécurité des patients.</li> <li>- Cartographie des risques et plan de mitigation.</li> <li>- Rapport sur les manœuvres de simulation organisées au moins une fois par an.</li> <li>- Registre des évènements indésirables et des modalités de résolution.</li> <li>- Actions et améliorations qui découlent des résultats.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de gestion des risques visant à améliorer la sécurité des patients de manière proactive ;</li> <li>• Documents de politique, de prévention et de gestion axés en particulier sur les évènements indésirables ;</li> <li>• Documents d'Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (l'AMDEC) mentionnant une étude proactive des éventuels incidents pouvant arriver à un patient ;</li> <li>• Rapports faisant état de mesures correctives visant à prévenir les risques de manière proactive découlant des résultats trouvés.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>	
<b>16</b>	<b>A.2.2.5 Un cadre de gestion des risques, comprenant un plan, une procédure et un registre, est utilisé pour identifier et réduire les événements indésirables et autres risques pour la sécurité des patients, des visiteurs et du personnel.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le cadre de gestion des risques (plan, procédures et registre) est utilisé au sein de l'établissement hospitalier.</li> <li>- Un système de signalement des incidents indésirables est mis en place.</li> </ul>

	<p>- Une personne est désignée et a pour mission principale de coordonner la mise en œuvre et le suivi des plans et des procédures de gestion des risques.</p>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<p>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents détaillant les procédures et les plans de gestion des risques mis en place par l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Rapports sur les événements indésirables qui attestent de l'existence d'un système reconnu de notification de l'incidence des événements indésirables ;</li> <li>• Profil de poste/fonction de la personne responsable chargée de l'application des plans de gestion des risques.</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</p>
<b>17</b>	<p><b>A.2.2.6 L'établissement hospitalier organise des réunions sur la morbidité et la mortalité en cas de survenue d'un décès inattendu ou d'un évènement indésirable grave.</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<p>- Document précisant les attendus de la revue de morbidité et mortalité ou document équivalent avec une méthodologie qui assure la participation des acteurs concernés lors de la survenue d'un décès inattendu ou d'une complication majeure inattendue.</p> <p>- Procédure d'identification des parties prenantes à la revue de morbidité et mortalité</p> <p>- Comptes rendus anonymisés ou documents équivalents des revues de morbidité et mortalité ou documents équivalents (vérifier au moins trois réunions consécutives).</p>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<p>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Document précisant les attendus de la revue de morbidité et mortalité ou document équivalent ;</li> <li>• Procédure d'identification des parties prenantes à la revue de morbidité et mortalité ;</li> <li>• Comptes rendus anonymisés ou documents équivalents des revues de morbidité et mortalité, pour vérifier au moins trois réunions consécutives.</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>

	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) documents indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>18</b>	<b>A.2.2.7 Le responsable de la sécurité des patients élabore et met en œuvre un programme pour améliorer l'efficacité de la communication entre l'ensemble des membres du personnel.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de communication portant sur la sécurité des patients.</li> <li>- Formulaire utilisés dans le cadre de la transmission des informations, de l'orientation et du parcours du patient au sein de l'établissement hospitalier.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de communication portant sur la sécurité des patients et le système de signalement mis en place par l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Formulaire de communication des cas cliniques dans le cadre de la transmission des informations concernant les patients et entre les services ;</li> <li>• Fiche de référence et de contre référence</li> <li>• Formulaire de communication après vérification des résultats critiques et urgents.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté</li> </ul>
<b>19</b>	<b>A.3.2.1 Le responsable de la sécurité des patients s'appuie sur les mesures et les résultats pour élaborer un plan d'actions visant à améliorer la sécurité des patients</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'actions fondé sur les résultats des études comparatives.</li> <li>- Projets visant à améliorer la sécurité des patients.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats des études comparatives ;</li> <li>• Plan d'actions et projets visant à améliorer la sécurité des patients ;</li> <li>• Rapports/courriels diffusant les enseignements tirés.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>20</b>	<b>A.3.2.2 Le responsable de la sécurité des patients a mis en place un tableau de bord pour suivre l'amélioration des actions relatives à la sécurité des patients</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports de mesure des performances.</li> <li>- Suivi des indicateurs de sécurité des patients.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensemble des mesures, des procédures et des réalisations concernant la sécurité des patients ;</li> <li>• Rapport de suivi des actions relatives à la sécurité des patients et résultats ;</li> <li>• Tableau de bord des actions relatives à la sécurité des patients et indicateurs de suivi.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>21</b>	<b>A.4.2.1 Il existe un programme de maintenance préventive pour inspecter, tester et étalonner tous les équipements.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventaire des équipements mis à jour.</li> <li>- Plan de maintenance préventive des équipements.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre de maintenance préventive des équipements.</li> <li>- Procédures de maintenance préventive des équipements, comprenant des procédures d'étalonnage.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de maintenance préventive des équipements, y compris l'étalonnage.</li> <li>- Méthodes d'évaluation de la conformité aux procédures de maintenance préventive des équipements, y compris de l'étalonnage.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre de maintenance préventive des équipements ;</li> <li>• Procédures de maintenance préventive des équipements ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux politiques et aux procédures de maintenance préventive des équipements ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de maintenance préventive des équipements.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des six (6) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de six (6) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté</li> </ul>
<b>22</b>	<b>A.4.2.2 Un système est en place pour réparer ou remplacer les équipements endommagés (défectueux), y compris ceux ayant fait l'objet de rappels ou d'avis de danger.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre de maintenance corrective des équipements.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de maintenance corrective des équipements.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures de maintenance corrective des équipements.</li> <li>- Registre des immobilisations intégrant l'ensemble des entrées et sorties de matériels.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de maintenance corrective des équipements ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de maintenance corrective des équipements ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de maintenance corrective des équipements ;</li> <li>• Registre de maintenance corrective des équipements ;</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté</p>
<b>23</b>	<p><b>A.4.2.3 L'établissement hospitalier veille à ce que le personnel soit correctement formé à l'utilisation de tous les équipements essentiels, y compris les dispositifs médicaux et que seules des personnes formées et compétentes manipulent des équipements spécialisés.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure permettant d'assurer la formation adéquate du personnel à l'utilisation des équipements de l'établissement hospitalier, anciens et nouveaux.</li> <li>- Registre du personnel formé à l'utilisation des équipements anciens et nouveaux.</li> <li>- Rapports attestant que seules des personnes formées et compétentes manipulent des équipements spécialisés.</li> <li>- Registre de formation sur l'utilisation des pompes à perfusion et des équipements de réanimation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure pour assurer la formation ;</li> <li>• Registre du personnel formé à suivre les procédures appropriées ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la qualité et de la conformité aux procédures de la formation du personnel à l'utilisation des équipements de l'établissement hospitalier, anciens et nouveaux ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures relatives aux équipements spécialisés.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> </ul>

	- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté
<b>24</b>	<b>A.5.2.1 Un système est en place pour surveiller de façon continue les niveaux de compétence de l'ensemble du personnel soignant, y compris les praticiens indépendants.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cahier des charges de la commission médicale d'établissement ou équivalent incluant le contrôle des compétences des professionnels de santé.</li> <li>- Comptes rendus des réunions de la commission médicale d'établissement relatives au contrôle des compétences des professionnels de santé.</li> <li>- Procédure de suivi de l'engagement des professionnels de santé dans le dispositif pour l'accréditation des professionnels de santé.</li> <li>- Programmes d'amélioration des pratiques professionnelles impliquant les professionnels de santé.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cahier des charges de la commission médicale d'établissement ou équivalent incluant le contrôle des compétences des professionnels de santé ;</li> <li>• Comptes rendus des réunions de la commission médicale d'établissement relatives au contrôle des compétences des professionnels de santé ;</li> <li>• Procédure de suivi de l'engagement des professionnels de santé dans le dispositif pour l'accréditation des professionnels de santé ;</li> <li>• Programmes d'amélioration des pratiques professionnelles impliquant les professionnels de santé.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté</li> </ul>	
<b>25</b>	<b>A.5.2.2 L'établissement hospitalier a un programme de prévention de la violence sur le lieu de travail.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de prévention et de gestion de la violence sur le lieu de travail.</li> <li>- Programme de formation du personnel.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre du personnel formé aux procédures du programme de prévention et de gestion de la violence sur le lieu de travail.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures du programme de prévention et de gestion de la violence sur le lieu de travail.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de prévention et de gestion de la violence sur le lieu de travail ;</li> <li>• Programme de formation du personnel.</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de prévention et de gestion de la violence sur le lieu de travail ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité au document de politique ou de procédures de prévention et de gestion de la violence sur le lieu de travail.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>26</b>	<b>A.5.2.3 Le temps de repos accordé au personnel est conforme aux dispositions légales et réglementaires pour assurer la sécurité de l'exercice.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lois et réglementations nationales.</li> <li>- Note de service organisant les temps de repos conformes aux dispositions légales et réglementaires nationales pour exercer sans risque.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux dispositions légales et réglementaires nationales assurant des temps de repos pour exercer sans risque.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lois et réglementations nationales ;</li> <li>• Note de service précisant la durée du temps de repos et les modalités de son organisation dans les équipes ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux dispositions légales et réglementaires nationales assurant des temps de repos pour exercer sans risque.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>

	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
27	<p><b>A.5.2.4 Les étudiants et stagiaires effectuent des travaux s'inscrivant dans leur domaine d'apprentissage et sont supervisés de façon adéquate.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'accueil et de formation des étudiants et stagiaires.</li> <li>- Registre du personnel formé à l'accueil et à l'encadrement des étudiants et stagiaires.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité à la procédure d'accueil et d'encadrement des étudiants et stagiaires.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Document de procédure d'accueil des étudiants et stagiaires prévoyant que ces derniers effectuent des travaux s'inscrivant dans leur domaine de compétences et soient supervisés de façon adéquate ;</li> <li>• Registre du personnel formé à l'accompagnement des étudiants et stagiaires ainsi qu'aux procédures prévoyant que ces derniers effectuent des travaux s'inscrivant dans leur domaine de compétences et soient supervisés de façon adéquate ;</li> <li>• Rapport incluant des évaluations de la conformité à la procédure d'accueil et de formation pratique des étudiants et stagiaires.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
28	<p><b>A.5.2.5 Un programme de médecine du travail est mis en place pour l'ensemble du personnel.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossiers médicaux de tous les membres du personnel, établis par la médecine du travail.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme de médecine du travail.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité au programme de médecine du travail</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossiers médicaux de tous les membres du personnel, établis par la médecine du travail ;</li> <li>• Programme de médecine du travail ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité au programme de médecine du travail ;</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>29</b>	<b>A.5.2.6 L'établissement hospitalier a mis en place des systèmes pour assurer la sécurité des injections.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures concernant les pratiques d'injection sécurisée.</li> <li>- Document de politique pour la sécurité des injections incluant l'interdiction de réutiliser des seringues, l'éducation des patients et de leurs familles concernant la transmission des agents pathogènes véhiculés par le sang et l'élimination sécurisée du matériel piquant ou coupant (ex. pas de recapuchonnage des seringues, conteneurs de sécurité) dans des conteneurs de sécurité.</li> <li>- Registre du personnel formé à la politique pour la sécurité des injections.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité à la politique pour la sécurité des injections.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures concernant les pratiques d'injection sécurisée ;</li> <li>• Document de politique pour la sécurité des injections ;</li> <li>• Registre du personnel formé au suivi de la politique pour la sécurité des injections ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité à la politique pour la sécurité des injections.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>30</b>	<p data-bbox="268 450 1495 568"><b>A.6.2.1 Il existe un processus pour élaborer et contrôler l'ensemble des documents, des procédures pour tous les services d'une manière minutieuse et uniforme.</b></p> <p data-bbox="268 568 1495 618" style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p data-bbox="268 618 1495 667" style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'élaboration, de validation et de mise à jour des procédures de tous les services.</li> <li>- Registre du personnel formé au suivi de l'élaboration des procédures appropriées.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité des procédures appropriées.</li> </ul> <p data-bbox="268 835 1495 884" style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure d'élaboration, de validation et de mise à jour des procédures de tous les services ;</li> <li>• Registre du personnel formé au suivi de l'élaboration, de la validation et de la mise à jour des procédures des services ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité des procédures des services de l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Procédures appliquées notamment à : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identification du personnel ;</li> <li>○ Identification des patients ;</li> <li>○ Respect de l'intimité et de la confidentialité ;</li> <li>○ plaintes ;</li> <li>○ Signalement des incidents indésirables ;</li> <li>○ Signalement des EIAS, des comportements suspects à la police ;</li> <li>○ Établissement sans tabac ;</li> <li>○ Information des patients sur les tarifs ;</li> <li>○ Lutte contre les infections et hygiène des mains ;</li> <li>○ Consentement éclairé ;</li> <li>○ Liste approuvée des abréviations ;</li> <li>○ Sécurité médicamenteuse ;</li> <li>○ Maintenance préventive.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Procéder à un échantillonnage stratifié des procédures de tous les services</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p data-bbox="268 1895 1495 1935" style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>31</b>	<b>A.6.2.2. L'établissement hospitalier conserve un dossier médical standardisé avec un identifiant unique pour chaque patient.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de politique pour s'assurer que chaque patient a un seul dossier médical complet, avec un identifiant unique.</li> <li>- Procédures relatives au dossier médical unique et complet.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures relatives au dossier médical unique et complet.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité à la politique du dossier médical unique et complet.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Document de politique pour un dossier médical unique et complet ;</li> <li>• Procédures relatives au dossier médical unique et complet.</li> <li>• Registre du personnel formé sur le dossier médical unique et complet ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures relatives au dossier médical unique et complet.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>	
<b>32</b>	<b>A.6.2.3. L'établissement hospitalier utilise les codes standardisés pour les maladies, les diagnostics et les procédures</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de politique d'utilisation des codes standardisés (Classification internationale des maladies [CIM], 10e ou 11e révision) pour les maladies, les diagnostics et les explorations.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Codes standardisés pour les maladies (CIM 10e ou 11e révision), les diagnostics et les explorations.</li> <li>- Procédures concernant les codes standardisés pour les maladies.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures concernant les codes standardisés pour les maladies.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité à la politique des codes standardisés pour les maladies.</li> </ul>
<b>Procédure d'évaluation</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Document de politique d'utilisation des codes standardisés pour les maladies ;</li> <li>• Codes standardisés pour les maladies (CIM 10e ou 11e révision), les diagnostics et les explorations ;</li> <li>• Procédures concernant les codes standardisés pour les maladies ;</li> <li>• Registre du personnel formé à la politique d'utilisation des codes standardisés pour les maladies ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures concernant les codes standardisés pour les maladies.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>33</b>	<p><b>A.6.2.4 L'établissement hospitalier veille à ce que les dossiers médicaux soient sécurisés et facilement accessibles aux soignants lorsque nécessaire.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'accès aux dossiers médicaux.</li> <li>- Registre du personnel formé au suivi des procédures d'accès aux dossiers médicaux.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures d'accès aux dossiers médicaux.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures d'accès aux dossiers médicaux.</li> <li>• Registre du personnel formé au suivi des procédures d'accès aux dossiers médicaux.</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures d'accès aux dossiers médicaux.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>CRITÈRES AVANCÉS</b>	
<b>34</b>	<b>A.1.3.1 Le plan stratégique de l'établissement hospitalier comporte les déclarations de mission, de vision et de valeurs qui témoignent d'une réelle culture de la sécurité des patients.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document(s) présentant la mission, la vision et les valeurs de l'établissement hospitalier dans des déclarations claires.</li> <li>- Éléments démontrant la prise en compte de la sécurité des patients dans ces déclarations.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : Documents prenant en compte la sécurité des patients dans des déclarations claires, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la mission ;</li> <li>• la vision ;</li> <li>• les valeurs de l'établissement hospitalier.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>35</b>	<b>A.2.3.1 Le responsable de la sécurité des patients établit des rapports sur les différentes activités en matière de sécurité/ risques et les diffuse en externe.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports sur les différentes activités liées à la sécurité des patients, diffusés en externe au ministère de la Santé ou aux organisations œuvrant pour la sécurité des patients au moins une fois par an.</li> <li>- Rapports incluant, soit des actions du plan d'actions pour la sécurité des patients réalisées, soit des obstacles rencontrés, soit encore de nouveaux problèmes de sécurité des patients devant être résolus, ou des statistiques sur la fréquence des événements indésirables, et communiquant les enseignements tirés de ces activités.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports sur les différentes activités liées à la sécurité des patients, diffusés en externe au ministère de la Santé et/ou aux organisations œuvrant pour la sécurité des patients.</li> <li>• Rapports sur les obstacles rencontrés, les nouveaux problèmes de sécurité des patients devant être résolus, les statistiques sur la fréquence des événements indésirables, et communiquant les enseignements tirés de ces activités.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- - Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>36</b>	<p><b>A.3.3.1. L'établissement hospitalier compare ses indicateurs sur la durée et/ou avec d'autres établissements hospitaliers respectant les normes de sécurité des patients et/ou les meilleures pratiques.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure employée par l'établissement hospitalier pour comparer ses indicateurs de processus et de résultats sur la durée (par exemple avant et après la mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la sécurité), avec ceux d'autres établissements de santé respectant les normes de sécurité des patients et avec les meilleures pratiques connues (par exemple taux zéro de pneumonie acquise sous ventilation mécanique) et les normes (par exemple les dispositions réglementaires sur l'hygiène des mains).</li> <li>- Rapports des études comparatives.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des indicateurs de sécurité des patients sélectionnés et les données correspondantes ;</li> <li>• Procédures employées pour comparer ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre du personnel formé au recueil des données ;</li> <li>• Rapport d'évaluation de la conformité à la procédure.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

### 2.4.2.      **Domaine B : implication des patients et du public**

L'exploration du domaine B s'appuie sur un total de 31 critères répartis en 2 critères essentiels, 22 critères fondamentaux et 7 critères avancés.

*Tableau 10 : critères d'évaluation des normes du domaine B*

<b>CRITÈRES ESSENTIELS</b>	
<b>1</b>	<b>B.2.1.1 Le consentement éclairé est obtenu avant une procédure figurant sur la liste dédiée, par du personnel formé selon des modalités et dans une langue que le patient ou la personne autorisée peut comprendre.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La liste des actes pour lesquels le consentement éclairé est nécessaire comprend, sans s'y limiter : les actes invasifs, les actes chirurgicaux, les anesthésies, les transfusions de sang, les actes et les traitements à haut risque, les dons et les greffes d'organes.</li> <li>- Procédures concernant le consentement éclairé.</li> <li>- Registres du personnel formé aux procédures concernant le consentement éclairé.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures concernant le consentement éclairé.</li> <li>- Formulaires de consentement éclairé disponibles dans les services concernés.</li> <li>- Formulaires de consentement éclairé remplis, signés par les patients et horodatés figurant dans le dossier médical des patients.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La liste des actes pour lesquels le consentement éclairé est nécessaire comprend, sans s’y limiter : les actes invasifs, les actes chirurgicaux, les anesthésies, les transfusions de sang, les actes et les traitements à haut risque, les dons et les greffes d’organes ;</li> <li>• Procédures concernant le consentement éclairé ;</li> <li>• Registres du personnel formé aux procédures concernant le consentement éclairé ;</li> <li>• Rapports d’évaluation de la conformité aux politiques et procédures concernant le consentement éclairé ;</li> <li>• Formulaire de consentement vierge</li> <li>• Formulaire de consentement éclairé, rempli, signé, horodaté, et inclus dans le dossier médical du patient.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d’observations et d’entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l’établissement hospitalier justifie des six (6) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l’établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n’est pas respecté.</li> </ul>
<b>2</b>	<p><b>B.3.1.1 La procédure d’identification utilisée dans tout l’établissement hospitalier nécessite au moins deux moyens d’identifier un patient.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures d’identification et de vérification de l’identité des patients, incluant deux identifiants connus du patient. Les identifiants du patient comprennent son nom complet (jusqu’à la deuxième génération), ses prénoms ; sa date et lieu de naissance ; le nom du médecin traitant, le numéro de chambre ou de lit. Ces identifiants sont utilisés systématiquement dans tout l’établissement hospitalier.</li> <li>- Procédures d’identification du patient au moyen de deux identifiants avant toute administration de médicaments ou intervention médicale et de vérification de l’identité avant tout acte à haut risque.</li> <li>- Liste des actes à haut risque, parmi lesquels figurent la transfusion de sang et la chimiothérapie.</li> <li>- Procédures d’identification et de vérification de l’identité des patients mettant l’accent sur les groupes à haut risque (par exemple les nouveau-nés, les nourrissons, les femmes enceintes, les prématurés, les patients comateux et les patients séniles).</li> <li>- Utilisation d’un système informatisé pour identifier les médicaments et les produits sanguins des patients.</li> <li>- Registres du personnel formé aux procédures concernant l’identification et la vérification de l’identité des patients.</li> </ul>

	<p>- Rapport d'évaluation de la conformité à l'identification et à la vérification de l'identité des patients.</p>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<p>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures concernant l'identification et la vérification de l'identité des patients ;</li> <li>• Procédures d'identification et de vérification de l'identité des patients mettant l'accent sur les groupes à haut risque (par exemple les nouveau-nés, les nourrissons, les patients dans le coma et les patients séniles) ;</li> <li>• Liste des actes à haut risque ;</li> <li>• Document décrivant le système informatisé permettant d'associer les médicaments et les produits sanguins aux patients ;</li> <li>• Registre d'inscription du personnel formé sur les procédures concernant l'identification et la vérification de l'identité des patients ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures concernant l'identification et la vérification de l'identité des patients ;</li> <li>• Échantillon de dossiers médicaux sélectionnés au hasard permettant de vérifier les identifiants des patients.</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des sept (7) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</p>
<b>CRITÈRES FONDAMENTAUX</b>	
<b>3</b>	<b>B.1.2.1 L'établissement hospitalier dispose d'une charte des droits et devoirs des patients accessible à l'ensemble des patients, des familles et des visiteurs.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<p>- Charte des droits et devoirs des patients et de la famille écrite et approuvée.</p> <p>- Charte des droits et devoirs des patients et de la famille visible par les patients et leurs accompagnants dans l'ensemble de l'établissement hospitalier.</p> <p>- La charte des droits et devoirs des patients et des familles est communiquée sur demande</p>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<p>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charte des droits et devoirs des patients et de la famille écrite et approuvée ;</li> <li>• Procédure de communication de la charte des droits et devoirs des patients et des familles sur demande.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>4</b>	<b>B.1.2.2 La sécurité des patients est incluse dans la charte des droits des patients.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Charte des droits et devoirs des patients et de la famille écrite et approuvée, incluant la sécurité des patients, dans laquelle figurent notamment, sans toutefois s'y limiter : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le droit d'accès aux soins dans l'établissement hospitalier ;</li> <li>• le droit au respect de la culture, des croyances spirituelles et des préférences personnelles du patient ;</li> <li>• le droit d'être informé et d'être impliqué dans toutes les décisions concernant les soins ;</li> <li>• le droit de se plaindre ;</li> <li>• le droit à la sécurité, à l'intimité et à la confidentialité ;</li> <li>• le droit à la prise en charge de la douleur ;</li> <li>• le droit d'accès aux informations concernant les services de l'hôpital et leurs résultats ;</li> <li>• le droit de refuser le traitement.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charte des droits et devoirs des patients et des familles écrite et approuvée, incluant la sécurité des patients ;</li> <li>• Procédures concernant les droits à la sécurité des patients.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, pour seulement, une partie des activités planifiées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas de l'élément mesurable indiqué, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

<b>5</b>	<b>B.1.2.3. Il existe une procédure documentée pour traiter les cas de refus de traitement par les patients.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La procédure de gestion des refus de traitement par le patient.</li> <li>- Registre des cas de refus de traitement et des causes qui sous-tendent ces décisions.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire d'engagement des patients refusant de suivre les recommandations de l'équipe médicale et le traitement prescrit ;</li> <li>• Procédure de gestion du refus de traitement par des patients.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>6</b>	<b>B.1.2.4 L'établissement hospitalier informe les patients de leurs devoirs lorsqu'ils reçoivent des soins.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Charte des devoirs des patients et des familles écrite et approuvée.</li> <li>- Charte des devoirs des patients et des familles, visible par les patients et leurs accompagnants dans l'ensemble de l'établissement hospitalier.</li> <li>- Le patient s'engage notamment à fournir des informations précises aux prestataires de soins, à faciliter la prestation des soins et à respecter les droits du personnel.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charte des devoirs des patients et des familles écrite et approuvée.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie moins des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> </ul>

	- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.
<b>7</b>	<b>B.2.2.1 L'établissement hospitalier fournit des informations qui favorisent la participation des patients et de leurs familles aux décisions de soins et les sensibilisent aux questions générales de sécurité des patients.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures concernant l'éducation sanitaire.</li> <li>- Utilisation de supports pédagogiques tels que les dépliants, publications ou notes de conférence.</li> <li>- Comptes rendus des trois dernières réunions de groupe de soutien dédiés à des maladies particulières et signatures des personnes présentes.</li> <li>- Registres du personnel formé aux procédures concernant l'éducation en matière de santé.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures concernant l'éducation en matière de santé.</li> <li>- Formulaire d'évaluation des besoins en matière d'éducation sanitaire complété et inclus dans le dossier médical.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• supports pédagogiques tels que les dépliants, publications ou notes de conférence ;</li> <li>• Procédures concernant l'éducation en matière de problèmes médicaux particuliers et de sécurité des patients ;</li> <li>• Registres du personnel formé à suivre les procédures concernant l'éducation en matière de santé ;</li> <li>• Rapports témoignant de la conformité aux procédures concernant l'éducation en matière de santé ;</li> <li>• Comptes rendus des trois dernières réunions de groupe de soutien dédiés à des maladies particulières et signatures des personnes présentes ;</li> <li>• Dossiers médicaux : présence de formulaires d'éducation en matière de santé complétés.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des six (6) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de six (6) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

8	<b>B.2.2.2 Tous les patients obtiennent des informations complètes et à jour sur le diagnostic et le traitement de la part du médecin qui les a pris en charge.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures concernant la mise à disposition d'informations complètes et à jour sur le diagnostic et le traitement du patient.</li> <li>- Registres du personnel formé aux procédures concernant l'accès aux informations complètes sur le diagnostic et le traitement du patient.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures concernant l'accès aux informations complètes sur le diagnostic et le traitement du patient.</li> <li>- Présence dans le dossier médical de formulaires complétés, signés et horodatés par le médecin traitant et le patient ou la personne autorisée à le représenter.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures concernant l'accès aux informations complètes sur le diagnostic et le traitement du patient ;</li> <li>• Registres du personnel formé aux procédures concernant l'accès aux informations complètes sur le diagnostic et le traitement du patient ;</li> <li>• Rapports d'évaluation témoignant de la conformité aux procédures concernant l'accès aux informations complètes sur le diagnostic et le traitement du patient ;</li> <li>• Formulaire comportant le programme de soins médicaux complété à la fois pour le diagnostic et pour le type de thérapie.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
9	<b>B.2.2.3 L'établissement hospitalier forme le patient et ses accompagnants aux soins à réaliser après la sortie de l'établissement hospitalier.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de formation des patients et leurs accompagnants aux soins à prodiguer au patient après son exéat : soins, régime alimentaire, utilisation sûre et efficace des équipements médicaux et rééducation.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registres du personnel formé aux procédures de formation des patients et leurs accompagnants aux soins à prodiguer après la sortie de l'établissement hospitalier.</li> <li>- Méthodes d'évaluation de la conformité aux procédures de formation des patients et leurs accompagnants aux soins à prodiguer après la sortie de l'établissement hospitalier.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de formation des accompagnants aux soins à prodiguer après la sortie de l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de formation des accompagnants aux soins à prodiguer après la sortie de l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Rapport d'évaluation témoignant de la conformité aux procédures de formation des accompagnants aux soins à prodiguer après la sortie de l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Echantillons randomisés des dossiers médicaux : formulaire de formation aux soins après l'exéat renseigné.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>10</b>	<b>B.2.2.4 Lors de l'admission et après examen, les antécédents médicaux et chirurgicaux complets, le plan de traitement et les exigences en matière de besoins sont évalués et consignés dans le dossier médical des patients.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossiers des patients détaillant leurs antécédents médicaux et chirurgicaux respectifs lors de l'admission.</li> <li>- Dossiers médicaux indiquant les plans de traitement et la prise en charge nécessaires pour chaque patient.</li> <li>- Documents précisant le matériel médical et les médicaments nécessaires pour le plan de prise en charge de chaque patient.</li> <li>- Documents indiquant les services responsables de la gestion du cas et les moyens de communication entre ceux-ci pour fournir des services de soins de santé intégrés.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossiers des patients détaillant leurs antécédents médicaux et chirurgicaux respectifs lors de l'admission ;</li> <li>• Tableaux de suivi de chaque patient qui indiquent en premier lieu l'état de santé de chaque patient au moment de l'admission ;</li> <li>• Dossiers médicaux indiquant les plans de traitement et la prise en charge nécessaires pour chaque patient ;</li> <li>• Documents précisant le matériel médical et les médicaments nécessaires pour le plan de prise en charge de chaque patient ;</li> <li>• Documents indiquant les services responsables de la gestion du cas et les moyens de communication entre ceux-ci pour fournir des services de soins de santé intégrés.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
11	<p><b>B.2.2.5 Lors de la sortie, un compte rendu détaillé de la sortie/de l'orientation est remis au patient et transmis au médecin responsable du traitement de ce dernier.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un compte rendu de sortie/d'orientation est remis à tous les patients lors de la sortie de l'établissement hospitalier.</li> <li>- Le dossier du patient contenant une copie de décharge signée par le patient pour attester de ce qu'il a reçu le compte rendu de sortie.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compte rendu à remettre au patient à la sortie ;</li> <li>• Dossier médical mis à jour incluant la décharge du patient</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> </ul>

	- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables, le critère n'est pas respecté.
<b>12</b>	<b>B.2.2.6 Les méthodes d'éducation sanitaire tiennent compte de la culture, des valeurs et des préférences des patients et de leurs familles.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	- Procédures de l'établissement hospitalier en matière d'éducation sanitaire. - Outils et activités d'éducation sanitaire appliqués à l'établissement hospitalier.
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure de l'établissement hospitalier en matière d'éducation sanitaire ;</li> <li>• Outils utilisés pour faire passer les messages d'éducation sanitaire.</li> <li>• Rapports sur les activités d'éducation sanitaire menées au sein de l'établissement hospitalier ;</li> </ul> - Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens. - Suivre les instructions de notation.
	<b>Attribution du score</b>
	- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté. - Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté. - Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables, le critère n'est pas respecté.
<b>13</b>	<b>B.2.2.7 Les patients sont informés des trois défis mondiaux (Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies, un soin propre est un soin plus sûr et une médication sans erreurs) pour la sécurité des patients et sont encouragés à faire entendre leur voix.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	- Procédure et système de gestion des plaintes pour permettre aux patients de faire valoir leurs besoins en matière de sécurité des soins de santé. - Documents d'information des patients sur les instructions avant et après les interventions chirurgicales qui les encouragent à s'exprimer et à demander des services. - Documents et activités de sensibilisation visant à transmettre les lignes directrices et les instructions en matière d'hygiène des mains à l'attention du personnel, des patients et des familles. - Matériels et instructions en matière d'éducation sanitaire pour garantir la sécurité médicamenteuse.
	<b>Procédure d'évaluation</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure attestant de l'existence d'un système de gestion des plaintes qui permet aux patients de faire valoir leurs droits à des soins plus sûrs ;</li> <li>• Rapports attestant des activités de sensibilisation visant à transmettre les lignes directrices et les instructions en matière d'hygiène des mains à l'attention du personnel, des patients et des familles ;</li> <li>• Documents d'information des patients sur les instructions avant et après les interventions chirurgicales qui les encouragent à s'exprimer et à demander des services ;</li> <li>• Matériels et instructions en matière d'éducation sanitaire pour garantir la sécurité médicamenteuse.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>	
<b>14</b>	<b>B.3.2.1 Un système est en place afin d'identifier et de documenter les allergies.</b>
<b>Preuves de conformité</b>	
<b>Éléments mesurables</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document décrivant le système en place pour identifier les allergies, tel qu'un code couleur, par exemple.</li> <li>- Procédures concernant l'identification des allergies.</li> <li>- Registres du personnel formé aux procédures concernant l'identification des allergies.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures concernant l'identification des allergies.</li> </ul>	
<b>Procédure d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Système en place pour identifier les allergies, tel qu'un code couleur, par exemple ;</li> <li>• Procédures concernant l'identification des allergies ;</li> <li>• Registres du personnel formé aux procédures concernant l'identification des allergies ;</li> <li>• Rapports évaluant la conformité aux procédures concernant l'identification des allergies.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>	

	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
15	<p><b>B.3.2.2 Le droit des patients concernant le respect de leur vie privée, de la confidentialité des soins et des informations est assuré.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Charte de l'établissement hospitalier en matière de respect de la vie privée et de confidentialité des dossiers des patients.</li> <li>- Considérations relatives à la sécurité de l'archivage des dossiers des patients.</li> <li>- Procédures garantissant un accès restreint à ces informations, uniquement réservé au personnel concerné.</li> <li>- Personnel est conscient du droit du patient au respect de la vie privée et de la confidentialité des soins et des informations et le respecte.</li> <li>- Procédures d'investigations en cas de violation de la vie privée et de la confidentialité des soins des patients.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents attestant le respect de la vie privée et de la confidentialité des dossiers des patients ;</li> <li>• Procédures relatives à la sécurité de l'archivage des dossiers des patients</li> <li>• Instructions données à l'ensemble du personnel pour sécuriser les informations personnelles et médicales des patients ;</li> <li>• Le personnel est conscient du respect du droit du patient à sa vie privée, de la confidentialité des soins et des informations ;</li> <li>• Procédures d'investigation en cas de violation des règles de confidentialité pour quelque patient que ce soit.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

16	<b>B.4.2.1 L'établissement hospitalier organise des campagnes de sensibilisation sur la sécurité des patients à l'endroit des usagers et du public.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'organisation de campagnes sur la sécurité des patients.</li> <li>- Comptes rendus de réunions préparatoires et planning d'activité de la campagne sur la sécurité des patients.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure décrivant de l'organisation des campagnes sur la sécurité des patients ;</li> <li>• Comptes rendus de réunions préparatoires et planning d'activité de la campagne sur la sécurité des patients ;</li> <li>• Rapports sur le déroulement des campagnes sur la sécurité des patients</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
17	<b>B.4.2.2 L'établissement hospitalier utilise des supports d'information et/ou des matériels promotionnels pour la sécurité des patients.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supports d'information servant à promouvoir la sécurité des patients (par exemple communiqués de presse, affiches, flyers via les réseaux sociaux annonçant les activités relatives à la sécurité des patients).</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supports d'information servant à promouvoir la sécurité des patients (par exemple communiqués de presse annonçant les activités relatives à la sécurité des patients) ;</li> <li>• Rapports d'activités en lien avec la sécurité des patients</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, pour seulement, une partie des activités planifiées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas l'élément mesurable indiqué, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>18</b>	<b>B.5.2.1 L'établissement hospitalier dispose d'une procédure relative à la diffusion des incidents au personnel, aux patients et à leurs accompagnants.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de transmission des informations concernant les incidents aux patients, à leurs accompagnants et au personnel.</li> <li>- Registres du personnel formé pour suivre le respect de la procédure de transmission de ces informations.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité à la procédure de transmission des informations.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure de transmission des informations concernant les incidents aux patients, à leurs accompagnants et au personnel ;</li> <li>• Registres du personnel formé pour suivre le respect de la procédure de transmission de ces informations ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité à la procédure de transmission des informations.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>19</b>	<b>B.5.2.2 L'établissement hospitalier dispose d'un service de médiation des patients pour expliquer les informations transmises par l'équipe clinique ou les incidents aux patients et à leurs accompagnants.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cahier des charges du médiateur des droits du patient en matière de soins de santé.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lettre de notification de la désignation du médiateur des droits du patient en matière de soins de santé.</li> <li>- Médiateur des droits du patient en matière de soins de santé formé pour expliquer les incidents aux patients et à leurs accompagnants.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cahier des charges du médiateur des droits du patient en matière de soins de santé ;</li> <li>• Note de la désignation du médiateur des droits du patient en matière de soins de santé ;</li> <li>• Registre de formation du médiateur des droits du patient en matière de soins de santé.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>20</b>	<b>B.6.2.1 L'établissement hospitalier recueille l'avis des patients et de leurs accompagnants au moyen de processus réactifs et proactifs.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure mise en œuvre pour recueillir l'avis des patients par divers moyens, par exemple : enquêtes de satisfaction, visites de la direction, groupes de consultation, lettres de réclamation, ligne téléphonique, avis exprimé auprès du personnel, boîte à suggestions, groupes communautaires, etc.</li> <li>- Rapports sur la gestion des plaintes et des événements indésirables.</li> <li>- Rapports d'enquêtes proactives, d'expériences et boîtes à suggestions.</li> <li>- Mesures des résultats rapportés par les patients.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure du recueillir de l'avis des patients par divers moyens,</li> <li>• Rapports sur la gestion des plaintes et des événements indésirables.</li> <li>• Rapports d'enquêtes proactives, d'expériences et boîtes à suggestions.</li> <li>• Mesures des résultats rapportés par les patients.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>

	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>21</b>	<b>B.6.2.2 Il existe une procédure concernant le recueil des avis (avis positif ou plainte ou amélioration) qui couvre la réception, l'enquête et la résolution dans un délai défini. Cette procédure prend en compte le retour d'information aux patients, leurs familles et au public.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports des retours d'information sur un échantillon randomisé indiquant comment ceux-ci ont été traités</li> <li>- Rapports de la gestion des plaintes et modifications qui ont été apportées afin d'éviter d'autres retours négatifs ou plaintes.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports des retours faits par les patients</li> <li>• Rapports de la gestion des plaintes des patients assortis des mesures prises pour les prévenir.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>22</b>	<b>B.7.2.1 L'établissement hospitalier offre aux patients un environnement privé, confidentiel et respectueux des différences entre les sexes.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures garantissant la confidentialité et la réalisation des examens dans des salles respectant la vie privée et la confidentialité des informations communiquées.</li> <li>- Existence des salles d'attente distinctes pour les hommes et les femmes.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures garantissant la vie privée, la confidentialité et un environnement respectueux des différences entre les sexes ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</p>
23	<b>B.7.2.2 L'établissement hospitalier met à disposition un espace d'interaction sociale et de divertissement pour les patients.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	Éléments de divertissements mis à la disposition des patients : musique, télévision, films, bibliothèque.
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<p>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mise à disposition des éléments de divertissements</li> <li>• Rapports sur la mise à disposition des éléments de divertissements pour les patients.</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, le critère est respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, pour seulement, une partie des activités planifiées, le critère est partiellement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas de l'élément mesurable indiqué, le critère n'est pas respecté.</p>
24	<b>B.7.2.3 L'établissement hospitalier dispose d'un lieu réservé à la prière et répond aux besoins spirituels des patients.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	- L'établissement hospitalier dispose d'un lieu neutre réservé à la prière et répond aux besoins spirituels des patients.
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<p>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports sur les besoins spirituels et religieux des patients ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports sur la satisfaction des patients.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, pour seulement, une partie des activités planifiées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas de l'élément mesurable indiqué, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>CRITÈRES AVANCÉS</b>	
<b>25</b>	<b>B.2.3.1 L'établissement hospitalier invite les patients à participer à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent, y compris au moment de la sortie ou de l'orientation vers un autre établissement</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure suivie pour inviter les patients à participer à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent.</li> <li>- Procédure visant à encourager les patients à participer à la planification de leur sortie ou de leur orientation vers un autre établissement.</li> <li>- Registres du personnel formé aux procédures visant à inviter les patients à participer à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures visant à inviter les patients à participer à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent.</li> <li>- Formulaires signés et horodatés par les patients, concernant leur participation à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures pour faire participer les patients à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent ;</li> <li>• Procédure visant à encourager les patients à participer à la planification de leur sortie ou de leur orientation vers un autre établissement hospitalier ;</li> <li>• Registres du personnel formé aux procédures visant à inviter les patients à participer à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent ;</li> <li>• Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures visant à inviter les patients à participer à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse systématique d'échantillons randomisés des dossiers médicaux : formulaires signés et horodatés par les patients, concernant leur participation à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent ;</li> <li>• Les dossiers médicaux du patient doivent indiquer son implication dans la planification de sa sortie ou de son orientation vers un autre établissement hospitalier ;</li> <li>• En cas de décès du patient, les preuves que l'annonce a été faite à la famille, les preuves de l'accompagnement dans la gestion de la douleur et la prise en compte des demandes d'ordre spirituel et culturel.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>26</b>	<b>B.2.3.2 L'établissement hospitalier réalise des sensibilisations sur la sécurité des patients au moyen de différents supports, y compris des documents imprimés, des médias sociaux et un site Web accessible au public.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des supports d'information sur la sécurité des patients.</li> <li>- Documents d'information sur la sécurité des patients sont fournies par de multiples moyens, y compris des documents imprimés, des médias sociaux et des sites Web.</li> <li>- document décrivant le site Web de l'établissement hospitalier accessible au patient</li> <li>- Liste des réseaux sociaux de l'établissement hospitalier accessibles au public.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supports pédagogiques en matière de santé ;</li> <li>• Supports pédagogiques sur la sécurité des patients ;</li> <li>• Document des questions fréquentes et réponses.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>27</b>	<b>B.3.3.1 L'établissement hospitalier identifie les patients au moyen de codes-barres.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	- Système de codes-barres avec clé de contrôle pour l'identification des patients.
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents expliquant le système de codes-barres avec clé de contrôle pour assurer l'identification efficace des patients.</li> <li>• Procédure d'utilisation du code barre pour identification des patients</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de l'élément mesurable indiqué, pour seulement, une partie des activités planifiées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas de l'élément mesurable indiqué, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>28</b>	<b>B.4.3.1 L'établissement hospitalier implique la communauté dans la conception et la mise en œuvre de programmes de sécurité des patients et de projets d'amélioration.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de stratégie d'implication du public (ex. organisations non gouvernementales, et associations de défense des patients).</li> <li>- Liste des informations orales et écrites données aux responsables communautaires concernant leur rôle dans l'amélioration de la sécurité des patients.</li> <li>- Procédures concernant l'implication du public.</li> <li>- Registres du personnel formé pour suivre le respect des procédures concernant l'implication du public.</li> <li>- Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures concernant l'implication du public.</li> <li>- Comptes rendus des réunions du Comité d'établissement pour la sécurité des patients.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Document de stratégie d'implication du public (ex. organisations non gouvernementales, et associations de défense des patients) ;</li> <li>• Liste des informations orales et écrites données aux responsables communautaires</li> <li>• Procédures concernant l'implication du public ;</li> <li>• Registres du personnel formé pour suivre le respect des procédures concernant l'implication du public ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures concernant l'implication du public ;</li> <li>• Comptes rendus des réunions de l'équipe spéciale chargée de l'amélioration de la sécurité des patients.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des six (6) éléments mesurables, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de six (6) éléments mesurables, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
29	<p><b>B.4.3.2 Les patients ont accès à leur dossier médical et ont la possibilité de demander des éclaircissements au médecin concerné.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures d'accès aux dossiers médicaux par les patients.</li> <li>- Registres du personnel formé aux procédures d'accès aux dossiers médicaux par les patients.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures d'accès aux dossiers médicaux par les patients.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures d'accès aux dossiers médicaux par les patients ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures d'accès aux dossiers médicaux par les patients ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures d'accès aux dossiers médicaux par les patients.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>30</b>	<b>B.6.3.1 L'établissement hospitalier implique les patients et/ou les associations de défense des patients dans les structures de gouvernance, l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des améliorations de la qualité ainsi que des projets concernant la sécurité des patients.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de stratégie visant à inciter et à donner les moyens aux patients d'œuvrer pour leur sécurité. Les domaines dans lesquels les patients sont impliqués incluent : l'identification des patients, le contrôle de l'hygiène des mains et l'usage unique des seringues.</li> <li>- Liste des supports pédagogiques et/ou de transmission orale ou écrite d'informations aux patients leur permettant de jouer un rôle déterminant et de devenir acteurs de la promotion de la sécurité des patients.</li> <li>- Procédures concernant l'implication et l'autonomisation des patients.</li> <li>- Procédures de redevabilité (reddition de compte par l'établissement hospitalier)</li> <li>- Registres du personnel formé pour suivre le respect des procédures.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures.</li> <li>- Comptes rendus de réunions faisant état de l'implication des patients et de leurs accompagnants dans l'application des politiques et la suggestion d'améliorations de la qualité et de projets concernant la sécurité des patients.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Document de stratégie visant à inciter et à donner les moyens aux patients d'œuvrer pour leur sécurité à l'occasion des soins. Les domaines dans lesquels les patients sont impliqués incluent : l'identification des patients, le contrôle de l'hygiène des mains et l'usage unique des seringues ; Existence de supports pédagogiques et/ou de transmission orale ou écrite d'informations aux patients leur permettant de jouer un rôle déterminant et de devenir acteurs de la promotion de la sécurité des patients ;</li> <li>• Liste des supports pédagogiques et/ou de transmission orale ou écrite d'informations</li> <li>• Procédures concernant l'implication et l'autonomisation des patients ;</li> <li>• Procédures de redevabilité (reddition de compte par l'établissement hospitalier)</li> <li>• Registres du personnel formé pour suivre le respect des procédures ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports ou comptes rendus de réunions faisant état de l'implication des patients et de leurs accompagnants dans l'application des politiques et la suggestion d'améliorations de la qualité et de projets concernant la sécurité des patients.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
<b>31</b>	<p><b>B.6.3.2 L'établissement hospitalier met à disposition des informations et sensibilise les usagers à la sécurité, à l'éducation sanitaire et au bien-être des patients.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des informations destinée à la sensibilisation des usagers à la sécurité des patients et aux questions de santé, notamment sur la manière de préserver et d'améliorer leur propre bien-être.</li> <li>- Liste des activités permettant de préserver et améliorer leur propre bien-être : <ul style="list-style-type: none"> <li>• programmes de sevrage tabagique</li> <li>• conseils pour la gestion du stress</li> <li>• recommandations en matière de régime alimentaire et d'exercice physique et prise en charge de l'abus de substances psychoactives.</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des informations sur la sécurité des patients et la santé, notamment sur la manière de préserver et d'améliorer leur propre bien-être ;</li> <li>• Documents relatifs aux programmes de sevrage tabagique, aux conseils pour la gestion du stress, aux recommandations en matière de régime alimentaire et d'exercice physique et de prise en charge de l'abus de substances psychoactives ;</li> <li>• Dossiers médicaux des patients.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> </ul>

	- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.
--	---

### 2.4.3.      **Domaine C : Sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles.**

L'exploration du domaine C s'appuie sur un total de 40 critères répartis en 14 critères essentiels, 24 critères fondamentaux et 2 critères avancés.

Tableau 11 : Critères d'évaluation des normes du domaine C

<b>CRITÈRES ESSENTIELS</b>	
<b>1</b>	<b>C.1.1.1 L'établissement hospitalier conserve des canaux de communication efficaces dans toute son enceinte, y compris pour les résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents établie par un comité pluridisciplinaire.</li> <li>- Procédures relatives aux canaux de communication réservés aux résultats cliniques et paracliniques, critiques et urgents.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les procédures relatives aux canaux de communication réservés aux résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures relatives aux canaux de communication réservés aux résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des résultats cliniques et paracliniques urgents posant un diagnostic critique établie par un comité pluridisciplinaire ;</li> <li>• Procédures relatives aux canaux de communication réservés aux résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les procédures relatives aux canaux de communication réservés aux résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents ;</li> <li>• Rapports d'analyse systématique d'échantillons randomisés incluant une évaluation de la conformité aux procédures relatives aux canaux de</li> </ul> </li> </ul>

	<p>communication réservés aux résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>2</b>	<b>C.1.1.2 L'établissement hospitalier a instauré l'utilisation d'une liste de contrôle de la sécurité chirurgicale et respecte les lignes directrices se rapportant à ce domaine.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure employée pour vérifier l'identité du patient, le site chirurgical et le déroulement de l'intervention.</li> <li>- Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale utilisée dans les blocs opératoires à chaque intervention.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la sécurité chirurgicale.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la sécurité chirurgicale.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure employée pour vérifier l'identité du patient, le site chirurgical et le déroulement de l'intervention ;</li> <li>• Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale utilisée dans les blocs opératoires à chaque intervention ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la sécurité chirurgicale ;</li> <li>• Rapport d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la sécurité chirurgicale.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

3	<p><b>C.1.1.3 L'établissement hospitalier a instauré des systèmes pour s'assurer que tous les services soient à même de détecter rapidement une détérioration de l'état clinique d'un patient et d'y réagir.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de surveillance des patients <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure d'élaboration, de mise en œuvre et de conservation d'un système à l'échelle de l'établissement hospitalier permettant de détecter et de réagir à la détérioration de l'état clinique d'un patient.</li> <li>• Procédure de mesure et de recueil des observations par le biais de grilles d'observation, incluant la fréquence respiratoire, la saturation en oxygène, la tension artérielle, la fréquence cardiaque, la température, l'état de conscience, etc.</li> <li>• Procédure de formation d'équipes d'intervention rapide et exercices d'intervention réguliers.</li> <li>• Procédures de détection et de réaction à la détérioration de l'état clinique d'un patient.</li> </ul> </li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures concernant la détection ; la réaction à la détérioration de l'état clinique et à la communication ; les détériorations de l'état clinique d'un patient.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures concernant la détection et la réaction à la détérioration de l'état clinique d'un patient.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures concernant la détection et la réaction à la détérioration de l'état clinique d'un patient ;</li> <li>• Procédure de mesure et de recueil des observations</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures concernant la détection et la réaction à la détérioration de l'état clinique d'un patient ;</li> <li>• Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures concernant la détection et la réaction à la détérioration de l'état clinique d'un patient.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
4	<p><b>C.1.1.4 L'établissement hospitalier veille à réduire au strict nécessaire la transmission orale ou téléphonique d'ordonnances et de résultats et, le cas échéant, les informations reçues doivent obligatoirement être notées puis répétées par le destinataire.</b></p>

	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures assurant une communication efficace, incluant la notation des ordonnances par le destinataire lorsque celles-ci sont communiquées à l'oral ou par téléphone et leur lecture afin que le prescripteur les confirme ou les corrige.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures pour une communication efficace.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures pour une communication efficace.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures pour une communication efficace ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures pour une communication efficace ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures pour une communication efficace.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>5</b>	<b>C.1.1.5 L'établissement hospitalier a mis en place des systèmes pour assurer une transmission des informations concernant les patients dans de bonnes conditions de sécurité entre les équipes cliniques et lors de la passation de service.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures relatives à la transmission des informations concernant les patients.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures relatives à la transmission des informations concernant les patients.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures relatives à la transmission des informations concernant les patients.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures relatives à la transmission des informations concernant les patients ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures relatives à la transmission des informations concernant les patients ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures relatives à la transmission des informations concernant les patients.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>6</b>	<b>C.1.1.6 L'établissement hospitalier applique les lignes directrices relatives à la sécurité de l'accouchement et aux parcours de soins.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informations données aux patients par le personnel à propos de la sécurité de l'accouchement.</li> <li>- Liste de contrôle pour la sécurité de l'accouchement.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la sécurité de l'accouchement.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité à la liste de contrôle pour la sécurité de l'accouchement.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste de contrôle pour la sécurité de l'accouchement ;</li> <li>• Lignes directrices relatives à la sécurité de l'accouchement ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la sécurité de l'accouchement. ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la sécurité de l'accouchement.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>7</b>	<b>C.2.1.1 L'établissement hospitalier a mis en place un programme coordonné couvrant l'ensemble des activités de prévention et de contrôle des infections impliquant toutes les disciplines.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directives, plan et manuel sur la prévention et le contrôle des infections.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structure organisationnelle concernant la prévention et le contrôle des infections.</li> <li>- Cahier des charges et note de service mettant en place le comité de prévention et de contrôle des infections.</li> <li>- Compte rendu des activités du comité pour la prévention et le contrôle des infections.</li> <li>- Procédures en matière de prévention et de contrôle des infections.</li> <li>- Registres du personnel formé pour appliquer les procédures en matière de prévention et de contrôle des infections.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures relatives à la prévention et le contrôle des infections.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures en matière de prévention et de contrôle des infections ;</li> <li>• Structure organisationnelle concernant la prévention et le contrôle des infections ;</li> <li>• Cahier de charge et note de service mettant en place le comité de prévention et de contrôle des infections ;</li> <li>• Comptes rendus des réunions du comité de prévention et de contrôle des infections ;</li> <li>• Registre du personnel formé à appliquer les procédures en matière de prévention et de contrôle des infections ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures de lutte contre les infections.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des sept (7) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>8</b>	<b>C.2.1.2 L'établissement hospitalier s'assure que tous les équipements sont nettoyés, désinfectés et stérilisés correctement.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des équipements.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des équipements.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des équipements</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des équipements ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des équipements ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des équipements.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>9</b>	<b>C.2.1.3 Il existe une personne qualifiée, désignée responsable de l'ensemble des activités de prévention et de contrôle des infections.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document indiquant la structure organisationnelle concernant la prévention et le contrôle des infections.</li> <li>- Cahier des charges et profil de poste d'une personne responsable de la prévention et du contrôle des infections.</li> <li>- Rapports d'activités mensuels fournis par cette personne responsable aux cadres concernés afin de combler les lacunes et de relever les défis identifiés.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents indiquant la structure organisationnelle concernant la prévention et le contrôle des infections au sein de l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Cahier des charges et profil de poste de la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections ;</li> <li>• Rapports d'activité mensuels fournis par la personne responsable aux cadres concernés afin de combler les lacunes et de relever les défis identifiés.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

10	<b>C.3.1.1 L'établissement hospitalier met en place des lignes directrices sur l'utilisation sans risque des produits sanguins labiles de qualité.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices sur l'utilisation sans risque et relatives à l'administration sécurisée des produits sanguins labiles.</li> <li>- Registre du personnel formé pour appliquer les lignes directrices relatives à l'utilisation sans risque des produits sanguins labiles.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux lignes directrices sur l'utilisation sans risque des produits sanguins labiles.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices sur l'utilisation sans risque et l'administration sécurisée des produits sanguins labiles ;</li> <li>• Registre du personnel formé à appliquer les lignes directrices relatives à l'utilisation sans risque des produits sanguins labiles ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à l'utilisation sans risque des produits sanguins labiles.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
11	<b>C.3.1.2 L'établissement hospitalier s'assure que les échantillons de sang prélevés des patients en vue d'un test de compatibilité croisé sont identifiés de façon sécurisée au moyen de deux identifiants uniques.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures concernant l'identification des échantillons prélevés pour les tests de compatibilité croisés.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures concernant l'identification des échantillons prélevés pour les tests de compatibilité croisés.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures concernant l'identification des échantillons prélevés pour les tests de compatibilité croisés.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures concernant l'identification des échantillons prélevés pour les tests de compatibilité croisés ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre du personnel formé aux procédures concernant l'identification des échantillons prélevés pour les tests de compatibilité croisés ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures concernant l'identification des échantillons prélevés pour les tests de compatibilité croisés.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
12	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
	<p><b>C.4.1.1 Un pharmacien agréé fournit un système de gestion des médicaments qui répond aux besoins des patients, satisfait à la réglementation en vigueur.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices relatives à la sécurité et au système de gestion des médicaments.</li> <li>- Cahier des charges d'un pharmacien agréé qui participe directement au système de gestion des médicaments au sein de l'établissement hospitalier afin d'en assurer la sécurité.</li> <li>- Registre de suivi faisant état des besoins des patients en termes de médicaments et de la manière dont ceux-ci sont pris en compte dans le système de gestion.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices relatives à la sécurité et au système de gestion des médicaments.</li> <li>• Profil de poste et cahier des charges d'un pharmacien agréé qui participe directement à la gestion des médicaments au sein de l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Registre de suivi régulier garantissant le respect des lignes directrices établies par l'organe en charge et répondant aux besoins des patients en termes de médicaments.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

13	<b>C.4.1.2 L'établissement hospitalier conserve de grandes quantités d'électrolytes dans un lieu sécurisé.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de retrait des grandes quantités d'électrolytes (notamment le chlorure de potassium, le phosphate de potassium et le chlorure de sodium) des services où des patients sont hospitalisés pour les stocker dans un lieu sécurisé.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de retrait des grandes quantités d'électrolytes et de stockage dans un lieu sécurisé.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de retrait des grandes quantités d'électrolytes et de stockage dans un lieu sécurisé.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de retrait des grandes quantités d'électrolytes des services où des patients sont hospitalisés pour les stocker dans un lieu sécurisé ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de retrait des grandes quantités d'électrolytes et de stockage dans un lieu sécurisé ;</li> <li>• Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures de retrait des grandes quantités d'électrolytes et de stockage dans un lieu sécurisé.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
14	<b>C.4.1.3 L'établissement hospitalier s'assure de la disponibilité des médicaments d'importance vitale à tout moment.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des médicaments vitaux fournis en fonction des besoins de chaque service.</li> <li>- Fiches de stock de médicaments vitaux.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures relatives aux médicaments vitaux.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures relatives aux médicaments vitaux.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des médicaments vitaux fournis en fonction des besoins de chaque service ;</li> <li>• Fiches de stock de médicaments vitaux ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures relatives aux médicaments vitaux ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures relatives aux médicaments vitaux.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>	
<b>CRITÈRES FONDAMENTAUX</b>	
<b>15</b>	<p><b>C.1.2.1 L'établissement hospitalier a mis en place un processus afin d'élaborer des lignes directrices cliniques et dispose d'un comité local se réunissant régulièrement pour sélectionner, élaborer et assurer la mise en place de directives, de protocoles et de listes de contrôle relatifs à la sécurité.</b></p>
<b>Preuves de conformité</b>	
<b>Éléments mesurables</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices relatives aux pratiques cliniques fondées sur les cinq diagnostics les plus fréquents et les cinq maladies les plus graves.</li> <li>- Acte administratif mettant en place un comité multidisciplinaire en charge des directives cliniques en vue d'élaborer des lignes directrices au niveau local</li> <li>- Cahier des Charges des membres du comité multidisciplinaire en charge des directives cliniques.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives aux pratiques cliniques.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives aux pratiques cliniques.</li> </ul>	
<b>Procédure d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices relatives aux pratiques cliniques fondées sur les cinq diagnostics les plus fréquents et les cinq maladies les plus graves ;</li> <li>• Acte administratif mettant en place un comité multidisciplinaire en charge des directives cliniques ;</li> <li>• Cahier des charges des membres du comité multidisciplinaire en charge des directives cliniques ;</li> </ul> </li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives aux pratiques cliniques ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives aux pratiques cliniques.</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</p>
<b>16</b>	<b>C.1.2.2 L'établissement hospitalier a mis en place un système pour garantir la communication sécurisée des résultats d'examens réalisés aux patients et aux soignants.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<p>- Procédures pour communiquer les résultats d'examens réalisés aux patients et aux soignants.</p> <p>- Registre du personnel formé pour suivre le respect des procédures appropriées.</p> <p>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures appropriées.</p>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<p>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures pour communiquer les résultats d'examens réalisés aux patients et aux soignants ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de communication des résultats d'examens réalisés aux patients et aux soignants ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de communication des résultats d'examens réalisés aux patients et aux soignants.</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</p>

17	<b>C.1.2.3 L'établissement hospitalier s'assure que les procédures diagnostiques invasives sont pratiquées en toute sécurité et dans le respect des lignes directrices standard.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices relatives aux cinq procédures diagnostiques les plus invasives.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives aux procédures diagnostiques invasives.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives aux procédures diagnostiques invasives.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices relatives aux cinq procédures diagnostiques les plus invasives ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives aux procédures diagnostiques invasives qui le concernent spécifiquement ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives aux procédures diagnostiques invasives.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
18	<b>C.1.2.4 L'établissement hospitalier établit des lignes directrices visant à réduire la survenue des thrombo-embolies veineuses (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires).</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices visant à réduire la survenue des thrombo-embolies veineuses (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires).</li> <li>- Procédure d'identification des patients présentant un risque de survenue des thrombo-embolies veineuses (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires) et d'utilisation d'une thrombo-prophylaxie appropriée.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices visant à réduire la survenue des thrombo-embolies veineuses (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux lignes directrices visant à réduire la survenue des thrombo-embolies veineuses (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires).</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices visant à réduire la survenue des thrombo-embolies veineuses (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires) ;</li> <li>• Procédure d'identification des patients présentant un risque de survenue des thrombo-embolies veineuses (Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices visant à réduire les thrombo-embolies veineuses (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires) ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices</li> <li>• Rapport d'évaluation de la conformité aux lignes directrices visant à réduire la survenue des thrombo-embolies veineuses (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires).</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>19</b>	<b>C.1.2.5 L'établissement hospitalier identifie les patients les plus exposés aux dangers et prend des mesures pour minimiser les risques.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures pour les évaluations initiales et continues permettant d'identifier et de prendre en charge les patients vulnérables aux risques suivants : escarres, suicide, infections et besoins nutritionnels.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les procédures d'identification et de prise en charge des patients vulnérables aux risques suivants : escarres, suicide, infection et malnutrition ;</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures d'évaluation initiale et continue permettant d'identifier et de prendre en charge les patients vulnérables aux risques suivants : escarres, suicide, infections et malnutrition.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures d'évaluation initiale et continue permettant d'identifier et de prendre en charge les patients vulnérables aux risques suivants : escarres, suicide, infections et besoins nutritionnels ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les procédures d'identification et de prise en charge des patients vulnérables aux risques suivants : escarres, suicide, infection et malnutrition ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures d'évaluation initiale et continue permettant d'identifier et de prendre en charge les patients vulnérables aux risques suivants : escarres, suicide, infections et malnutrition ;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>	
<b>20</b>	<b>C.1.2.6 L'établissement hospitalier tient à jour une liste des abréviations, des symboles et des indications de doses approuvés utilisés dans la rédaction des dossiers patients transmis entre professionnels de santé.</b>
<b>Preuves de conformité</b>	
<b>Éléments mesurables</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des abréviations, des symboles et des indications de doses approuvés pour les termes médicaux.</li> <li>- Liste des abréviations, des symboles et des indications de doses à proscrire dans l'établissement de santé.</li> <li>- Registre du personnel formé pour utiliser la liste.</li> <li>- Rapports d'identification des abréviations non approuvées et de détection de l'utilisation des abréviations, des symboles et des indications de doses à proscrire dans l'établissement hospitalier.</li> </ul>	
<b>Procédure d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des abréviations, des symboles et des indications de doses approuvés pour les termes médicaux ;</li> <li>• Liste des abréviations, des symboles et des indications de doses à proscrire dans l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour utiliser la liste ;</li> <li>• Rapports d'identification des abréviations non approuvées et/ou la détection de l'utilisation des abréviations, des symboles et des indications de doses à proscrire dans l'établissement hospitalier.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>	
<b>Attribution du score</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>21</b>	<b>C.1.2.7 Il existe une procédure d'intégration et de coordination des soins fournis à chaque patient aussi bien entre les services de l'établissement hospitalier qu'au sein de chaque service, mais aussi avec les services externes concernés.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documents concernant les lignes directrices et les instructions destinées aux services de soins de santé concernant la coordination des soins. Ces documents doivent également permettre de vérifier qu'ils incluent ou non une terminologie spécifique à l'implication des patients.</li> <li>- Procédures garantissant des services de soins de santé centrés sur le patient et l'engagement du public.</li> <li>- Protocoles partagés entre les comités pour assurer une planification commune des soins pour chaque patient.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents attestant les directives et instructions destinés aux services de soins de santé concernant la coordination des soins ; des termes qui garantissent ou non l'implication des patients ;</li> <li>• Procédures garantissant des services de soins de santé centrés sur le patient et l'engagement du public ;</li> <li>• Protocoles et comités communs pour une planification commune des soins pour chaque patient.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>22</b>	<b>C.1.2.8 L'établissement hospitalier identifie les patients les plus vulnérables et prend des mesures pour minimiser les risques de chute.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>

	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'identification initiale et continue des patients à risque de chute et d'élaboration d'une gestion proactive des risques pour réduire les risques de chute.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures d'identification initiale et continue des patients à risque de chute et d'élaboration d'une gestion proactive des risques pour réduire les risques de chute.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures de réduction des risques de chute.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures d'identification initiale et continue des patients à risque de chute et d'élaboration d'une gestion proactive des risques pour réduire les risques de chute ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures d'identification initiale et continue des patients à risque de chute et d'élaboration d'une gestion proactive des risques pour réduire les risques de chute ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures d'identification initiale et continue des patients à risque de chute et d'élaboration d'une gestion proactive des risques pour réduire les risques de chute.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
23	<b>C.2.2.1 L'établissement hospitalier se conforme aux directives fondées sur des données factuelles pour la prévention et le contrôle des infections, notamment la stratégie d'amélioration multimodale visant à mettre en place des programmes efficaces dans ce domaine.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices en matière de prévention et de contrôle des infections.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices en matière de prévention et de contrôle des infections.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la prévention et au contrôle des infections.</li> </ul>

	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices en matière de prévention et de contrôle des infections ;</li> <li>• Registre du personnel formé à suivre les lignes directrices en matière de prévention et de contrôle des infections ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux lignes directrices en matière de prévention et de contrôle des infections.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>24</b>	<b>C.2.2.2 L'établissement hospitalier s'assure de la disponibilité permanente et du fonctionnement des équipements et appareils essentiels de prévention et de contrôle des infections.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des équipements et appareils essentiels de prévention et de contrôle des infections et leur fiche de vie respectifs.</li> <li>- Procédures de maintenances préventive et corrective des équipements de prévention et de contrôle des infections.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de maintenances préventive et corrective des équipements de prévention et de contrôle des infections.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures de maintenances préventive et corrective des équipements de prévention et de contrôle des infections.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• inventaire des équipements et fournitures de prévention et de contrôle des infections ;</li> <li>• Procédures de maintenances préventive et corrective des équipements de prévention et de contrôle des infections ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de maintenances préventive et corrective des équipements de prévention et de contrôle des infections ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures concernant les équipements de prévention et de contrôle des infections.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>

	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>25</b>	<b>C.2.2.3 L'établissement hospitalier dispose des protocoles pour l'isolement, la définition des cas devant être soumis à l'isolement et des mesures de précaution en place.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures relatives à l'isolement.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les procédures relatives aux protocoles d'isolement.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures relatives aux protocoles d'isolement.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures relatives aux protocoles d'isolement ;</li> <li>• Registre du personnel formé à suivre les procédures relatives aux protocoles d'isolement ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures relatives aux protocoles d'isolement.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) documents indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>26</b>	<b>C.2.2.4 L'établissement hospitalier met en place des procédures pour une utilisation rationnelle des antimicrobiens afin de limiter la résistance microbienne et instaurer un programme de bonne gestion des antimicrobiens.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des acteurs révélant l'approche pluridisciplinaire incluant des représentants du comité de prévention et de contrôle des infections, de la</li> </ul>

	<p>pharmacie, des cliniciens, de la direction de l'établissement hospitalier et des microbiologistes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures pour une utilisation rationnelle des antimicrobiens afin de limiter la résistance antimicrobienne.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures pour une utilisation rationnelle des antimicrobiens et au programme de bonne gestion des antimicrobiens.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures pour une utilisation rationnelle des antimicrobiens et au programme de bonne gestion des antimicrobiens.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des acteurs révélant l'approche pluridisciplinaire</li> <li>• Procédures pour une utilisation rationnelle des antimicrobiens afin de limiter la résistance microbienne et le programme de bonne gestion des antimicrobiens ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures pour une utilisation rationnelle des antimicrobiens et au programme de bonne gestion des antimicrobiens ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures pour une utilisation rationnelle des antimicrobiens et au programme de bonne gestion des antimicrobiens.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>27</b>	<b>C.2.2.5 L'établissement hospitalier applique les lignes directrices reconnues internationalement en matière d'hygiène des mains.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices en matière d'hygiène des mains.</li> <li>- Registre du personnel formé pour appliquer les lignes directrices en matière d'hygiène des mains.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux lignes directrices en matière d'hygiène des mains dans l'ensemble de l'établissement hospitalier.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices en matière d'hygiène des mains ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre du personnel formé pour appliquer les lignes directrices en matière d'hygiène des mains ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux lignes directrices en matière d'hygiène des mains.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
28	<b>C.2.2.6 Le personnel passe une visite médicale avant sa prise de fonction et de façon régulière conformément aux textes en vigueur.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossiers médicaux du personnel.</li> <li>- Procédures relatives aux visites médicales.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre le respect des procédures relatives aux visites médicales.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures relatives aux visites médicales.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossiers médicaux du personnel ;</li> <li>• Procédures relatives aux visites médicales ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre le respect des procédures relatives aux visites médicales ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures relatives aux visites médicales.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si 100 % du personnel passe une visite médicale avant sa prise de fonction et de façon régulière, et l'établissement hospitalier justifie des procédures relatives aux visites médicale, du registre du personnel formé, et des rapports d'évaluation de la conformité, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si entre 60 à 99 % du personnel passe une visite médicale avant sa prise de fonction et de façon régulière et l'établissement hospitalier justifie des procédures relatives aux visites médicale, du registre du personnel formé, le critère est partiellement respecté.</li> </ul>

	- Si moins de 60 % du personnel passe une visite médicale avant sa prise de fonction et de façon régulière, le critère n'est pas respecté.
<b>29</b>	<b>C.2.2.6 L'établissement hospitalier prend des mesures de protection du personnel contre les infections associées aux soins, incluant la vaccination contre le virus de l'hépatite B.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de protection du personnel contre les infections associées aux soins.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les procédures de protection du personnel contre infections associées aux soins.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de protection du personnel contre les infections associées aux soins.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de protection du personnel contre les infections associées aux soins ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre le respect des procédures de protection du personnel contre les infections associées aux soins ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures de protection du personnel contre les infections associées aux soins.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>30</b>	<b>C.2.2.8 L'établissement hospitalier se conforme à la gestion des paquets d'interventions.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices pour la gestion des paquets d'interventions.</li> <li>- Registre du personnel formé pour la gestion des paquets d'interventions.</li> <li>- Rapports d'évaluation du respect de gestion des paquets d'interventions.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices pour la gestion des paquets d'interventions ;</li> <li>• Registre du personnel formé à la gestion des paquets d'interventions ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports incluant une évaluation du respect de la gestion des paquets d'interventions.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>31</b>	<p><b>C.3.2.1 L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices relatives à l'administration sécurisée et appropriée des produits sanguins labiles.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices relatives à l'administration sécurisée et appropriée des produits sanguins labiles.</li> <li>- Registre du personnel formé à suivre les lignes directrices relatives à l'administration sécurisée et appropriée des produits sanguins labiles.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à l'administration sécurisée et appropriée des produits sanguins labiles.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices relatives à l'administration sécurisée et appropriée des produits sanguins labiles ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à l'administration sécurisée et appropriée des produits sanguins labiles ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à l'administration sécurisée et appropriée des produits sanguins labiles.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

32	<b>C.3.2.2 L'établissement hospitalier respecte les procédures de gestion des accidents et incidents survenus suite à une transfusion sanguine.</b>
<b>Preuves de conformité</b>	
<b>Éléments mesurables</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de gestion des accidents et incidents survenus suite à une transfusion sanguine.</li> <li>- Registre du personnel formé pour les procédures de gestion des accidents et des incidents survenus suite à une transfusion sanguine.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures de gestion des accidents et des incidents survenus suite à une transfusion sanguine.</li> </ul>	
<b>Procédure d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de gestion des accidents et incidents survenus suite à une transfusion sanguine ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de gestion des accidents et incidents survenant suite à une transfusion sanguine ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures de gestion des accidents et incidents survenus suite à une transfusion sanguine.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>	
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>	
33	<b>C.4.2.1 L'établissement hospitalier veille à la lisibilité des ordonnances manuscrites.</b>
<b>Preuves de conformité</b>	
<b>Éléments mesurables</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures visant à assurer la lisibilité des ordonnances manuscrites.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures visant à assurer la lisibilité des ordonnances manuscrites.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures visant à assurer la lisibilité des ordonnances manuscrites.</li> </ul>	
<b>Procédure d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures visant à assurer la lisibilité des ordonnances manuscrites ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures visant à assurer la lisibilité des ordonnances manuscrites ;</li> </ul> </li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures visant à assurer la lisibilité des ordonnances manuscrites ;</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
34	<b>C.4.2.2 L'établissement hospitalier assure la conciliation médicamenteuse lors de l'admission, des transferts et de la sortie de l'établissement hospitalier.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures concernant les modes opératoires normalisés de conciliation médicamenteuse à travers l'établissement hospitalier lors de l'admission, des transferts et/ou de la sortie de l'établissement hospitalier.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de conciliation médicamenteuse.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures de conciliation médicamenteuse.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures concernant les modes opératoires normalisés de conciliation médicamenteuse ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de conciliation médicamenteuse ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de conciliation médicamenteuse ;</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

35	<b>C.4.2.3 L'établissement hospitalier veille à l'éducation du patient (ou de l'accompagnant) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier.</b>
<b>Preuves de conformité</b>	
<b>Éléments mesurables</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'éducation des patients et de leurs accompagnants concernant l'utilisation sûre et efficace des médicaments, tout effet secondaire éventuel, les potentielles interactions avec d'autres médicaments et/ou aliments et la prise en charge de la douleur.</li> <li>- Dossiers médicaux témoignant de l'éducation des patients (ou des accompagnants) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier.</li> <li>- Procédures d'éducation des patients (ou des accompagnants) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures d'éducation des patients (ou des accompagnants) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures d'éducation des patients (ou des accompagnants) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier.</li> </ul>	
<b>Procédure d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures d'éducation des patients (ou des accompagnants) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures d'éducation des patients (ou des accompagnants) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures d'éducation des patients (ou des accompagnants) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures d'éducation des patients (ou des accompagnants) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>	
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie moins de cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>	

36	<b>C.4.2.4. L'établissement hospitalier normalise et limite les quantités de médicaments stockés.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de normalisation et de limitation des quantités de médicaments stockés.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de normalisation et de limitation des quantités de médicaments stockés.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de normalisation et de limitation des quantités de médicaments stockés.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de normalisation et de limitation des quantités de médicaments stockés ;</li> <li>• Registres du personnel formé aux procédures de normalisation et de limitation des quantités de médicaments stockés ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de normalisation et de limitation des quantités de médicaments stockés.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
37	<b>C.4.2.5 L'établissement hospitalier a un système de gestion de la douleur et contrôle l'accès aux narcotiques et le stockage de ces substances conformément à la législation.</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures d'évaluation et de gestion de la douleur lors du premier examen et régulièrement par la suite.</li> <li>- Procédure de contrôle de l'accès et du stockage des narcotiques et des produits réglementés.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de gestion de la douleur.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de gestion de la douleur.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de prise en charge de la douleur, de la manipulation, de la prescription et du stockage approprié des narcotiques et les produits assimilés.</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de gestion de la douleur.</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de gestion de la douleur.</li> <li>• Registre ou système d'enregistrement de la manipulation et de l'utilisation des stupéfiants.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
38	<b>C.4.2.6 L'établissement hospitalier a mis en place une procédure de gestion des erreurs médicamenteuses.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition des concepts de : « erreur médicamenteuse » et « quasi-accident ».</li> <li>- Procédure de notification et d'action en cas d'erreurs médicamenteuses.</li> <li>- Registres du personnel formé aux procédures de gestion des erreurs médicamenteuses.</li> <li>- Rapports d'évaluation du respect des procédures de gestion des erreurs médicamenteuses.</li> <li>- Registre des leçons tirées de l'analyse des erreurs médicamenteuses.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des concepts de : « erreur médicamenteuse » et « quasi-accident ».</li> <li>• L'établissement hospitalier a une procédure de gestion des erreurs médicamenteuses ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de gestion des erreurs médicamenteuses ;</li> <li>• Rapports d'évaluation du respect des procédures de conciliation médicamenteuse ;</li> <li>• Registre sur les leçons tirées de l'analyse des erreurs médicamenteuses.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>

	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>CRITÈRES AVANCÉS</b>	
39	<b>C.2.3.1 L'établissement hospitalier a un système de surveillance des infections associées aux soins.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de surveillance des infections associées aux soins.</li> <li>- Procédure de suivi des taux d'infections associées aux soins, d'analyse des données pour déterminer les groupes, les tendances, les flambées et le partage de l'information.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les procédures de surveillance des infections associées aux soins.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de surveillance des infections associées aux soins.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de surveillance des infections nosocomiales ;</li> <li>• Procédure de suivi des taux d'infections associées aux</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre le respect des procédures du système de surveillance des infections associées aux soins ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de surveillance des infections associées aux soins.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
40	<b>C.4.3.1 L'établissement hospitalier a des pharmaciens cliniciens qui participent à la prescription de médicaments, ainsi qu'un système</b>

	<b>d'identification des interactions médicamenteuses et des interactions entre les médicaments et les aliments</b>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures pour l'identification des interactions entre médicaments et entre les médicaments et les aliments.</li> <li>- Procédure de contrôle des médicaments prescrits, système d'alerte pour les interactions entre médicaments et entre les médicaments et les aliments et alternatives suggérées en cas d'interactions.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures pour l'identification des interactions entre médicaments et entre les médicaments et les aliments.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures pour l'identification des interactions entre médicaments et entre les médicaments et les aliments.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures pour l'identification des interactions entre médicaments et entre les médicaments et les aliments ;</li> <li>• Procédure de contrôle des médicaments prescrits, système d'alerte pour les interactions entre médicaments et entre les médicaments et les aliments et alternatives suggérées en cas d'interactions</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures pour l'identification des interactions entre médicaments et entre les médicaments et les aliments ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures pour l'identification des interactions entre médicaments et entre les médicaments et les aliments ;</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

#### **2.4.4.      Domaine D : Sûreté de l'environnement**

L'exploration du domaine D s'appuie sur un total de 22 critères répartis en 1 critère essentiel, 20 critères fondamentaux et 1 critère avancé.

Tableau 12 : Critères d'évaluation des normes du domaine D

<b>CRITÈRES ESSENTIELS</b>	
<b>1</b>	<b>D.2.1.1 L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets piquants, coupants ou tranchants</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices relatives à la gestion des déchets piquants, coupants ou tranchants.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la gestion des déchets piquants, coupants ou tranchants.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets piquants, coupants ou tranchants.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices relatives à la gestion des déchets piquants, coupants ou tranchants ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la gestion des déchets piquants, coupants ou tranchants ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets piquants, coupants ou tranchants.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>CRITÈRES FONDAMENTAUX</b>	
<b>2</b>	<b>D.1.2.1 L'établissement hospitalier a désigné une personne chargée de la sécurité environnementale avec l'appui d'un comité multidisciplinaire.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Note de désignation et mandat de la personne désignée.</li> <li>- Note de désignation des membres du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement.</li> <li>- Cahier des charges du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement.</li> <li>- Comptes rendus des réunions du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lettre de notification et cahier des charges de la personne désignée ;</li> <li>• Lettre de notification des membres du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement ;</li> <li>• Mandat du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement ;</li> <li>• Comptes rendus des réunions du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>3</b>	<p><b>D.1.2.2 La conception de l'établissement hospitalier est optimisée pour procurer un environnement sécurisé, y compris les mesures de lutte contre les infections et la séparation des zones propres et souillées.</b></p>
<b>Preuves de conformité</b>	
<b>Éléments mesurables</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conformité avec les lois, les réglementations et le code de construction des établissements de santé en vigueur dans le pays.</li> <li>- En l'absence de lois, de réglementations et de code de construction des établissements de santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>• signalétique d'orientation dans l'ensemble de établissements de santé ;</li> <li>• sols conçus pour éviter les chutes (antidérapants, secs) ;</li> <li>• sols en conformité avec les mesures de prévention et de contrôle des infections (propres, en bon état, sans fissures, lisses, imperméables à l'eau, facile à bio-nettoyer, angles sol/sol et sol/mur arrondis, ni murs incurvés) ;</li> <li>• revêtement du plafond en conformité avec les mesures de prévention et de contrôle des infections (propres, convenablement réparés, sans fissures) ;</li> <li>• sanitaires pourvus de barres d'appui ;</li> <li>• les patients ayant des besoins particuliers ont accès à tous les services et leurs besoins sont satisfaits (sanitaires, rampes d'accès, etc.) ;</li> <li>• cordons d'appel d'urgence disponibles, fonctionnels et accessibles aux patients depuis leur lit ou la salle de bain ;</li> <li>• fauteuils roulants et brancards propres, fonctionnels et accessibles dans toutes les zones de l'établissement hospitalier ;</li> <li>• éclairages électriques fonctionnels (ou en attente de réparation) et en quantité suffisante ;</li> <li>• prises électriques sécurisées dans les services de pédiatrie ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chambres d'isolement sécurisées par des vis inviolables ;</li> <li>• séparation des zones propres des zones souillées ;</li> <li>• consignes de sécurité en cas d'incendie et sorties de secours ;</li> <li>• blocs opératoires et circuits de stérilisation assurant une séparation du matériel entrant et sortant ;</li> <li>• ventilation adéquate par air conditionné ou ventilation transversale ;</li> <li>• ventilation équipée de filtres à particules aériennes à haute efficacité (HEPA) et régulée ;</li> <li>• lavabos adéquats, notamment dans les salles de soins, salles d'hospitalisation, salles de consultation et pour les visiteurs ;</li> <li>• préservation de l'intimité du patient ;</li> <li>• prise en compte des besoins spirituels et religieux du patient ;</li> <li>• zones de construction sécurisées et isolées pour empêcher la poussière, le bruit et les vibrations de se répandre ;</li> <li>• salle à pression positive qui est régulée.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• comptes rendus des réunions du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement ;</li> <li>• Plans du bâtiment.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>4</b>	<p><b>D.1.2.3 L'établissement hospitalier a un programme de maintenance préventive pour ses équipements médicaux et l'environnement physique.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comptes rendus des réunions du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement.</li> <li>- Programme de maintenance préventive de l'environnement physique.</li> <li>- Procédures de sécurité du bâtiment.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les procédures de sécurité du bâtiment.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de sécurité du bâtiment.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comptes rendus des réunions du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement ;</li> <li>• Programme de maintenance préventive de l'environnement physique ;</li> <li>• Procédures de sécurité du bâtiment ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les procédures relatives à l'environnement physique ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures relatives à l'environnement physique.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
5	<b>D.1.2.4 L'établissement hospitalier a mis en place un programme de sécurité et utilise les zones sécurisées.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de sécurité de l'établissement hospitalier.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de sécurité de l'établissement hospitalier.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de sécurité de l'établissement hospitalier.</li> <li>- Dossiers médicaux sécurisés.</li> <li>- Blocs opératoires sécurisés.</li> <li>- Service de soins intensifs sécurisé.</li> <li>- Chariots médicaux, salles de stockage des médicaments et pharmacies sécurisés.</li> <li>- Service de soins intensifs néonataux sécurisé.</li> <li>- Service d'obstétrique sécurisé.</li> <li>- Portes menant aux zones dangereuses ou sécurisées verrouillées lorsque nécessaire.</li> <li>- Sécurisation des produits dangereux.</li> <li>- Personnel et usagers suivent les procédures de sécurité lors de l'entrée ou de la sortie des zones à risque.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de sécurité de l'établissement hospitalier ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de sécurité de l'établissement hospitalier ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures de sécurité de l'établissement hospitalier.</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des douze (12) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de douze (12) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</p>
<b>6</b>	<b>D.1.2.5 L'établissement hospitalier s'assure que le personnel porte un identifiant personnel visible.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<p>- Procédures concernant le port d'un badge d'identification visible et d'un uniforme approprié par le personnel.</p> <p>- Registre du personnel formé aux procédures d'identification personnelle.</p> <p>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures d'identification personnelle.</p>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<p>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures concernant le port d'un badge d'identification visible et d'un uniforme approprié par le personnel ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures d'identification du personnel ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures d'identification du personnel.</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</p>
<b>7</b>	<b>D.1.2.6 L'établissement hospitalier élabore et teste des plans d'urgences interne et externe.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>

	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'urgence interne.</li> <li>- Plan d'urgence externe.</li> <li>- Registre du personnel formé sur les plans d'urgences interne et externe.</li> <li>- Rapport de simulation de l'application des plans d'urgences interne et externe.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'urgence interne ;</li> <li>• Plan d'urgence externe ;</li> <li>• Registre du personnel formé sur les plans d'urgences interne et externe ;</li> <li>• Rapports d'exercice de simulation de l'application des plans d'urgences interne et externe.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>8</b>	<b>D.1.2.7 L'établissement hospitalier dispose d'un système de surveillance qui alerte lorsque des services essentiels courent un risque, notamment l'électricité, l'eau et les gaz médicaux.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport du suivi des systèmes de détection précoce des risques liés aux services essentiels.</li> <li>- Procédures et existence des panneaux d'avertissement.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures d'alertes concernant les risques courus par les services essentiels.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures pour répondre aux risques liés aux services essentiels.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport du suivi des systèmes de détection précoce des risques liés aux services essentiels</li> <li>• Procédures pour répondre aux alertes concernant les services essentiels ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures à respecter en cas d'alertes concernant les risques courus par les services essentiels ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures concernant la réponse à apporter aux alertes visant les services essentiels.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>9</b>	<p><b>D.1.2.8. L'établissement hospitalier a mis en place un programme de sécurité incendie et fumée comportant un plan d'évacuation.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de sécurité en cas d'incendie.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de sécurité en cas d'incendie.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de sécurité en cas d'incendie.</li> <li>- Plan d'évacuation en cas d'incendie affiché partout dans l'établissement hospitalier.</li> <li>- Extincteurs, alarmes et système d'évacuation vérifiés au moins une fois par an par un prestataire agréé et en bon état de fonctionnement.</li> <li>- Blocs lumineux d'issue de secours allumés.</li> <li>- Toutes les issues de secours ont des portes coupe-feu.</li> <li>- Les issues de secours et les escaliers ne sont pas encombrés.</li> <li>- Tous les extincteurs ont une étiquette à jour, datée et signée.</li> <li>- Les liquides inflammables sont stockés de façon sécurisée et en quantités limitées.</li> <li>- Le capuchon protecteur est remis en place lorsque la bonbonne d'oxygène n'est pas utilisée.</li> <li>- Bonbonnes d'oxygène pleines et vides stockées séparément en position verticale.</li> <li>- Toutes les bonbonnes sont stockées à l'ombre et à une température appropriée, à l'abri de la lumière du soleil et d'autres sources de chaleur.</li> <li>- Bonbonnes de gaz comprimé enchaînées ou placées dans un lieu verrouillé.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de sécurité en cas d'incendie ;</li> <li>• Plan d'évacuation en cas d'incendie ;</li> <li>• inventaire des composantes du système de protection incendie</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de sécurité en cas d'incendie ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports de simulation périodique de la conformité aux procédures de sécurité en cas d'incendie.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatorze (14) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatorze (14) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté</li> </ul>
<b>10</b>	<b>D.1.2.9 L'établissement hospitalier dispose d'un plan des installations, incluant la distribution d'eau et de gaz à usage médical.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan des installations.</li> <li>- Plan d'exécution des ouvrages y compris le plan de récolement essentiel</li> <li>- Procédures de maintenance préventive des installations.</li> <li>- Plan de secours en cas de panne ou de coupure.</li> <li>- Registres du personnel formé aux procédures de maintenance préventive des installations.</li> <li>- Méthodes d'évaluation de la conformité aux procédures de maintenance préventive des installations.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan des installations ;</li> <li>• Plan d'exécution des ouvrages y compris le plan de récolement essentiel ;</li> <li>• Procédures de maintenance préventive des installations ;</li> <li>• Plan de secours en cas de panne ou de coupure ;</li> <li>• Registres du personnel formé aux procédures de maintenance préventive des installations ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures de maintenance préventive des installations.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des six (6) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de six (6) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>

11	<b>D.1.2.10 L'établissement hospitalier a mis en œuvre un programme de sécurité des rayonnements, comprenant une personne compétente en radioprotection désignée.</b>
<b>Preuves de conformité</b>	
<b>Éléments mesurables</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Note de nomination et cahier des charges de la personne compétente en radioprotection (PCR).</li> <li>- Procédures de sécurité radiologique.</li> <li>- Registre du personnel d'imagerie radiologique et diagnostique, formé aux procédures de sécurité radiologique.</li> <li>- Liste des équipements et des dispositifs de protection adaptés aux pratiques et aux dangers liés à l'imagerie radiologique et diagnostique, ainsi que dans la zone où les services d'imagerie radiologique et diagnostique fournis au personnel, aux patients et aux visiteurs.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de sécurité radiologique.</li> </ul>	
<b>Procédure d'évaluation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Note de nomination et cahier des charges de la personne responsable ;</li> <li>• Procédures de sécurité radiologique ;</li> <li>• Registres du personnel d'imagerie radiologique et diagnostique, formé aux procédures de sécurité radiologique ;</li> <li>• Liste des équipements de protection de la sécurité mis à la disposition du personnel, des patients et des visiteurs, et à leur emplacement dans la zone où les services d'imagerie radiologique et diagnostique sont fournis ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de sécurité radiologique.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>	
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de cinq (5) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté</li> </ul>	
12	<b>D.1.2.11 L'établissement hospitalier affiche des panneaux d'avertissement signalant les zones dangereuses.</b>
<b>Preuves de conformité</b>	
<b>Éléments mesurables</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures relatives aux panneaux d'avertissement, y compris l'identification des zones de sécurité et les restrictions d'accès.</li> <li>- Registres du personnel formé aux procédures concernant les panneaux d'avertissement.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures concernant les panneaux d'avertissement.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures relatives aux panneaux d'avertissement, y compris l'identification des zones de sécurité et les restrictions d'accès ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures concernant les panneaux d'avertissement ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures concernant les panneaux d'avertissement.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>13</b>	<p><b>D.1.2.12 L'établissement hospitalier fournit des boissons et des aliments sains et appropriés aux patients, au personnel et aux visiteurs.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conformité aux lois et réglementations nationales.</li> <li>- Procédures de fourniture des boissons et des aliments sains et appropriés destinés aux patients, au personnel et aux visiteurs.</li> <li>- Procédures concernant les programmes de sécurité des cuisines.</li> <li>- Régimes adaptés en fonction des maladies et des besoins des patients.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les procédures appropriées.</li> <li>- Méthode d'évaluation de la conformité aux procédures concernant la sécurité des aliments et des boissons.</li> <li>- Visites médicales et certificats médicaux du personnel de la restauration.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lois et réglementations nationales concernant la sécurité des aliments et des boissons ;</li> <li>• Procédures de fourniture des boissons et des aliments sains et appropriés destinés aux patients, au personnel et aux visiteurs ;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les procédures appropriées ;</li> <li>• Procédures concernant les programmes de sécurité des cuisines ;</li> <li>• Régimes adaptés en fonction des maladies et des besoins des patients ;</li> <li>• Rapport incluant une évaluation de la conformité aux procédures appropriées ;</li> <li>• Visites médicales et certificats médicaux du personnel de la restauration.</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des sept (7) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de sept (7) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</p>
<b>14</b>	<b>D.1.2.13 L'établissement hospitalier maintient un environnement propre.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<p>- Procédures de nettoyage et de bionettoyage.</p> <p>- Registre du personnel formé aux procédures de nettoyage et de bionettoyage.</p> <p>- Registre du personnel formé à la démarche HACCP (<b>H</b>azard <b>A</b>nalysis <b>C</b>ritical <b>C</b>ontrol <b>P</b>oint ou en Français ; Analyse des dangers et Points critiques pour leur maîtrise) qui est un système qui définit, évalue et maîtrise les dangers menaçant la sécurité des aliments.</p> <p>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures de nettoyage et de bionettoyage</p>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<p>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de nettoyage et de bionettoyage ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de nettoyage et de bionettoyage ;</li> <li>• Registre du personnel formé à la démarche d'analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise</li> <li>• Rapport incluant une évaluation de la conformité aux procédures de nettoyage et de bionettoyage.</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>15</b>	<b>D.1.2.14 L'établissement hospitalier applique une politique non-fumeur.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politique non-fumeur.</li> <li>- Rapport de sensibilisation du personnel sur la politique non-fumeur.</li> <li>- Méthodes d'évaluation de la conformité à la politique non-fumeur.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique non-fumeur ;</li> <li>• Rapport de sensibilisation du personnel sur la politique non-fumeur ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité à la politique non-fumeur.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>	
<b>16</b>	<b>D.1.2.15 L'établissement hospitalier dispose des mécanismes pour assurer une alimentation de secours des services essentiels, y compris les gaz médicaux, l'eau et l'électricité.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures relatives à l'alimentation de secours pour les services essentiels.</li> <li>- Accès à une alimentation électrique ininterrompue ; le générateur doit démarrer dans les dix secondes suivant la panne et offrir une capacité de génération d'électricité de deux heures.</li> <li>- Approvisionnement en eau de secours.</li> <li>- Approvisionnement de secours en gaz médicaux.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures relatives à l'alimentation de secours pour les services essentiels ;</li> <li>• Procédures d'urgence en cas de problème concernant la fourniture des services essentiels, y compris l'électricité, l'eau et les gaz médicaux.</li> </ul> </li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>17</b>	<b>D.2.2.1 L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices sur la gestion sécurisée des déchets.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices relatives à la gestion sécurisée des déchets issus des activités de soins.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la gestion sécurisée des déchets.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la gestion sécurisée des déchets.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices relatives à la gestion sécurisée des déchets issus des activités de soins ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la gestion sécurisée des déchets ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la gestion sécurisée des déchets.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>18</b>	<b>D.2.2.2 L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices relatives à la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices relatives à la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux ;</li> <li>• Rapport d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>19</b>	<p><b>D.2.2.3 L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets chimiques.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices relatives à la gestion des déchets chimiques.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la gestion des déchets chimiques.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets chimiques.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices relatives à la gestion des déchets chimiques ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la gestion des déchets chimiques ;</li> <li>• Rapport incluant une évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets chimiques.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>

	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>20</b>	<b>D.2.2.4 L'établissement hospitalier se conforme aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets radiologiques.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices relatives à la gestion des déchets radiologiques.</li> <li>- Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la gestion des déchets radiologiques.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets radiologiques.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices relatives à la gestion des déchets radiologiques ;</li> <li>• Registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives à la gestion des déchets radiologiques ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives à la gestion des déchets radiologiques.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>21</b>	<b>D.2.2.5 L'établissement hospitalier assure le tri des déchets selon leur dangerosité en respectant le code couleur.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures en matière de tri des déchets en fonction de leur dangerosité et marquage avec un code couleur.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de tri des déchets.</li> <li>- Méthode d'évaluation de la conformité aux procédures de tri des déchets.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de tri des déchets en fonction de leur dangerosité et de marquage avec le code couleur ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de tri des déchets ;</li> <li>• Rapport incluant une évaluation de la conformité aux procédures de tri des déchets.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>CRITÈRES AVANCÉS</b>	
<b>22</b>	<b>D.1.3.1 L'établissement hospitalier a un système de gestion des informations et des dossiers médicaux informatisés, avec un système de sauvegarde adéquat.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Système de gestion des informations et des dossiers médicaux informatisés fonctionnel et pourvu d'une sauvegarde adéquate.</li> <li>- Procédures concernant la gestion des informations et des dossiers médicaux informatisés.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures concernant la gestion des informations et des dossiers médicaux informatisés.</li> <li>- Procédure d'évaluation de la conformité aux procédures concernant la gestion des informations et des dossiers médicaux informatisés.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures concernant la gestion des informations et des dossiers médicaux informatisés ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures concernant la gestion des informations et des dossiers médicaux informatisés ;</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures concernant la gestion des informations et des dossiers médicaux informatisés ; .</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
--	---

### 2.4.5.      **Domaine E : apprentissage continu**

L'exploration du domaine E s'appuie sur un total de 5 critères répartis en 1 critère essentiel, 2 critères fondamentaux et 2 critères avancés.

*Tableau 13 : Critères d'évaluation des normes du domaine E*

<b>CRITÈRES ESSENTIELS</b>	
<b>1</b>	<p><b>E.1.1.1 L'ensemble du personnel de l'établissement hospitalier suit un programme de formation centré sur la sécurité des patients.</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme centré sur la sécurité des patients, incluant des procédures et des lignes directrices.</li> <li>- Thématique de formation du personnel à l'utilisation d'outils de recherche scientifique tels que le Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Outil déclencheur pour la mesure des événements indésirables) proposé par Institute for Healthcare Improvement pour mieux résoudre les problèmes de sécurité des patients,</li> <li>- Registre du personnel formé à l'utilisation d'outils de recherche scientifique et de méthodes rétrospectives et prospectives pour résoudre les problèmes de sécurité des patients.</li> <li>- Registre du personnel formé suivant le programme centré sur la sécurité des patients.</li> <li>- Méthode d'évaluation de la conformité au programme de formation centré sur la sécurité des patients.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme de formation centrée sur la sécurité des patients ;</li> <li>• Registre du personnel formé suivant le programme centré sur la sécurité des patients ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité au programme de formation centré sur la sécurité des patients ;</li> <li>• Dossiers du personnel indiquant le suivi d'un programme de formation centré sur la sécurité des patients.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si entre 80 et 100 % du personnel de l'établissement hospitalier suit un programme de formation centré sur la sécurité des patients, le critère est respecté.</li> <li>- Si moins de 80 % du personnel de l'établissement hospitalier suit un programme centré sur la sécurité des patients, le critère n'est pas respecté</li> </ul>
<b>CRITÈRES FONDAMENTAUX</b>	
<b>2</b>	<b>E.1.2.1 L'établissement hospitalier assure une formation continue à l'ensemble du personnel afin de garantir la sécurité des soins aux patients et le respect de leurs droits.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de formations continues du personnel pour assurer la sécurité des soins aux patients et le respect de leurs droits.</li> <li>- Procédure d'identification du personnel ayant un besoin en formation.</li> <li>- Procédure de formation du personnel à l'utilisation d'outils de recherche scientifique pour mieux résoudre les problèmes de sécurité des patients et du respect des droits des patients.</li> <li>- Registre du personnel formé à l'utilisation d'outils de recherche scientifique et de méthodes rétrospectives et prospectives de résolution des problèmes de sécurité des patients.</li> <li>- Registre du personnel formé aux pratiques de soins sûrs aux patients suivant le plan de formation.</li> <li>- Registre du personnel formé au respect des droits des patients.</li> <li>- Méthode d'évaluation de la conformité aux formations continues de l'ensemble du personnel sur la sécurité des soins aux patients et du respect des droits des patients.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre du personnel formé à l'utilisation d'outils de recherche scientifique et de méthodes rétrospectives ;</li> <li>• Registre du personnel formé au respect des droits des patients ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux pratiques de soins sûrs aux patients selon le plan de formation établi ;</li> <li>• Rapport incluant une évaluation de la conformité aux formations continues de l'ensemble du personnel sur la sécurité des soins aux patients.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier assure la formation continue de 80 à 100 % du personnel sur la sécurité des patients et le respect des droits des patients, le critère est entièrement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier assure la formation continue de 60 à 79 % du personnel sur la sécurité des soins aux patients, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier assure la formation continue de moins de 60 % du personnel sur la sécurité des soins aux patients, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>3</b>	<p><b>E.2.2.1 Toutes les recherches sont approuvées et contrôlées par l'organe interne de sécurité des patients ou un comité équivalent, en fonction des besoins de l'établissement hospitalier.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Éléments mesurables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de recherche sur la sécurité des patients.</li> <li>- Registre du personnel formé aux procédures de recherche sur la sécurité des patients.</li> <li>- Procédure d'évaluation de la conformité aux procédures de recherche sur la sécurité des patients.</li> <li>- Comptes rendus des réunions de l'organe interne (ou d'un comité équivalent) de sécurité des patients.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procédure d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de recherche sur la sécurité des patients ;</li> <li>• Registre du personnel formé aux procédures de recherche sur la sécurité des patients ;</li> <li>• Rapports incluant une évaluation de la conformité aux procédures de recherche sur la sécurité des patients ;</li> <li>• Comptes rendus des réunions de l'organe interne (ou d'un comité équivalent) de sécurité des patients ;</li> <li>• Vérifier l'effectivité de la conformité des recherches approuvées et contrôlées par l'organe interne de sécurité des patients ou un comité équivalent aux besoins de l'établissement hospitalier.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de quatre (4) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté</li> </ul>

<b>CRITÈRES AVANCÉS</b>	
<b>4</b>	<p><b>E.2.3.1 L'établissement hospitalier mène des études prospectives, rétrospectives et/ou transversales pour évaluer l'ampleur et la nature des événements indésirables afin d'améliorer la sécurité des soins, sur une base annuelle.</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Études prospectives, rétrospectives et/ou transversales et leurs rapports pour évaluer l'ampleur et la nature des événements indésirables graves, réalisés régulièrement, au moins une fois par an afin d'améliorer la qualité des soins.</li> <li>- Procédures pour reporter les préjudices subis par les patients.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Études prospectives, rétrospectives et/ou transversales et rapports pour évaluer l'ampleur et la nature des événements indésirables graves, réalisés une fois par an afin de garantir la sécurité des soins.</li> <li>• Rapports d'évaluation de la conformité à la procédure de notification des événements indésirables graves</li> </ul> </li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie des deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de deux (2) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</li> <li>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>5</b>	<p><b>E.2.3.2 L'établissement hospitalier mène des projets d'amélioration de la qualité pour promouvoir les activités liées à la sécurité des patients</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<b>Éléments mesurables</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planification de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des projets d'amélioration de la qualité visant à promouvoir la sécurité des patients.</li> <li>- Registre du personnel formé à la mise en œuvre des projets d'amélioration de la qualité et des activités liées à la sécurité des patients.</li> <li>- Rapports de suivi de la mise en œuvre des projets d'amélioration de la qualité évolutifs et durables.</li> </ul>
	<b>Procédure d'évaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessous :</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des projets d'amélioration de la qualité visant à promouvoir la sécurité des patients ;</li> <li>• Registre du personnel formé à la mise en œuvre des projets d'amélioration de la qualité et des activités liées à la sécurité des patients ;</li> <li>• Rapports de suivi de la mise en œuvre des projets d'amélioration de la qualité évolutifs et durables.</li> </ul> <p>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</p> <p>- Suivre les instructions de notation.</p>
	<b>Attribution du score</b>
	<p>- Si l'établissement hospitalier justifie des trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier justifie de moins de trois (3) éléments mesurables indiqués, le critère est partiellement respecté.</p> <p>- Si l'établissement hospitalier ne justifie pas des éléments mesurables indiqués, le critère n'est pas respecté.</p>

## 2.5. OUTILS D'ÉVALUATION

---

### 2.5.1. Introduction

Cette partie du document a pour objet d'aider l'établissement hospitalier, l'accompagnateur d'établissement et l'équipe des évaluateurs à exécuter chacun, sa mission ; contribuant ainsi à l'instauration d'une véritable culture de la sécurité des patients.

L'utilisation des outils d'évaluation ne relève pas d'une science exacte. Elle est assujettie à des recommandations que l'utilisateur devra suivre pour un usage optimal, améliorant ainsi la qualité de l'évaluation et facilitant sa répétabilité et sa reproductibilité.

Il est de la responsabilité de l'établissement hospitalier d'être transparent et de fournir les documents et données utiles qui valident le respect de chaque critère. Il est souhaitable que l'établissement hospitalier présente les documents de manière logique et séquentielle pour en faciliter l'utilisation.

Il est du devoir de l'accompagnateur d'orienter les activités d'accompagnement de manière à imprimer, dans l'établissement hospitalier, le mode opératoire de l'amélioration continue et de l'élaboration des documents attendus pour l'évaluation.

Il incombe à l'équipe des évaluateurs de croiser autant de données probantes qu'il est nécessaire pour évaluer équitablement et uniformément chaque critère.

Quatre approches complémentaires sont utilisées pour l'évaluation de la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers : (A) Approche des informations générales sur l'établissement hospitalier ; (B) Approche de la revue des documents relatifs aux cinq domaines ; (C) Approche de l'observation à mettre en œuvre pendant le déroulement de l'évaluation en se référant parfois à des guides spécifiques ; (D) Approche des entretiens facilités par une série de questionnaires permettant de recueillir des informations spécifiques auprès du personnel de l'établissement hospitalier ou des patients pendant l'évaluation.

Enfin, un projet d'agenda de visite d'évaluation et un modèle de rapport sont proposés.

### 2.5.2. Informations générales sur l'établissement hospitalier

#### 2.5.2.1. Nom de l'établissement hospitalier

#### 2.5.2.2. Liste des différents types d'offre de soins fournis

#### 2.5.2.3. Statistiques

- Nombre de lits d'hospitalisation exploités au moment de la visite ;

- Nombre moyen de patients hospitalisés par jour ;
- Nombre moyen de consultations externes effectuées par jour ;
- Nombre de personnes accueillies au service des urgences par an ;
- Nombre de naissances par an ;
- Durée moyenne du séjour des patients hospitalisés ;
- Taux d'occupation des lits [calcul du taux d'occupation (en %) = (nombre de journées réalisées/365) / nombre de lits installés\*100.] ;
- Mortalité intra hospitalière ;
- Morbidité des principales affections.

**2.5.2.4.** Énumérez les cinq principaux diagnostics médicaux de sortie et les cinq actes chirurgicaux les plus réalisés

**2.5.2.5.** Énumérez les services non médicaux en soutien à l'établissement hospitalier

**2.5.2.6.** Énumérez les services externalisés

**2.5.2.7.** Garantisiez-vous au moins une ambulance fonctionnelle

**2.5.2.8.** Description du site de l'établissement : répertoriez l'ensemble des bâtiments associés à l'établissement hospitalier

**2.5.2.9.** Description des événements survenus les 12 derniers mois et ayant eu une incidence sur la fourniture de soins aux patients

### **2.5.3. Liste des documents**

La liste des documents n'est pas exhaustive ; elle comprend cinq groupes correspondants chacun à un domaine. Un document peut couvrir plusieurs critères.

Pour permettre aux évaluateurs de se familiariser avec l'établissement hospitalier qui fera l'objet d'évaluation, les documents marqués d'un astérisque (\*) doivent leur être envoyés deux semaines avant la date prévue à cet effet.

Toutes les déclarations de politique, les procédures et directives doivent être fondées sur des données factuelles, datées, signées par une personne habilitée. La diffusion de ces documents doit également être contrôlée. Des preuves doivent être disponibles en ce qui concerne la liste de diffusion, la formation pertinente et la manière dont le respect du critère est évalué. Celles-ci doivent toutes être disponibles au niveau du service, en version papier ou électronique.

Tous les documents doivent être datés et signés par la personne habilitée. Les documents sont examinés en début d'évaluation et leur utilisation est validée par des entretiens et des visites d'observation. Le dispositif pour la sécurité des patients dans l'établissement hospitalier n'a pas vocation à devenir un dispositif excessivement bureaucratique avec un volume de documents important. Par conséquent, il est conseillé de se concentrer sur la validation du respect des critères par l'utilisation des données.

### 2.5.3.1. Pour le domaine A – Direction et gestion

Tableau 14 : Documents pertinents pour le Domaine A – Administration et direction

Document	Preuves à inclure
<b>1. *Plan stratégique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de politique et de stratégie pour la sécurité des patients</li> <li>- Projet d'établissement hospitalier (PEH)</li> <li>- Tout autre document de planification de l'établissement hospitalier garantissant l'application des normes de sécurité des patients.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Activités liées à la sécurité des patients</li> <li>○ Déclarations de politique, de vision, de mission ou de valeurs</li> </ul>
<b>2. Plan d'actions pour la sécurité des patients (Plan et budget opérationnels à court terme)</b>	○ Objectifs annuels
	○ Financement alloué à la sécurité des patients
	○ Cibles atteintes
<b>3. Organigramme de l'établissement hospitalier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Responsabilité et structure hiérarchique pour tous les postes : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organigramme montrant la hiérarchie et les relations hiérarchiques entre les membres de la commission de gestion clinique et de sécurité des patients pour l'ensemble du personnel et des services.</li> <li>▪ Documents qui montrent les profils de poste du directeur général et du directeur médical, ou équivalents.</li> <li>▪ Documents indiquant les rôles et les responsabilités des membres de la commission de gestion clinique et de sécurité des patients (Cahier de charge).</li> </ul> </li> </ul>
	○ Personne responsable de la sécurité des patients :

Document	Preuves à inclure
<b>4. Visites de l'équipe de direction</b> <b>Document indiquant que la direction effectue des visites pour promouvoir une culture de la sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mandat du responsable de la sécurité des patients ou document équivalent.</li> <li>▪ Lettre de notification de la désignation du responsable de la sécurité des patients.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mandat de l'équipe en charge des visites ;</li> <li>○ Échantillons des rapports de visites de la direction relatives à la sécurité des patients.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mesures prises ;</li> <li>○ Échantillons des rapports faisant état des améliorations découlant des informations recueillies lors des visites de la direction relatives à la sécurité des patients.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Retour d'expériences à l'intention du personnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échantillons des lettres/e-mails de notification au personnel de l'examen</li> <li>▪ Mise en application des améliorations suggérées</li> </ul> </li> </ul>
<b>5. Budget alloué à la sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soit dans le cadre d'un autre programme, par exemple : prévention et contrôle des infections, formation du personnel</li> <li>○ Soit sous forme de ligne budgétaire distincte.</li> </ul>
<b>6. Code d'éthique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Structure d'aide à la décision clinique</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Code d'éthique concernant le consentement, la confidentialité, la recherche et la réanimation.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Politique en matière d'éthique de la recherche</li> <li>○ Registre des réunions du comité d'éthique.</li> </ul>
<b>7. Procédure d'évaluation de la culture de la sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Questionnaire d'évaluation de la culture de la sécurité des patients au sein du personnel.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Résultats d'enquêtes sur la culture de la sécurité des patients et actions qui en ont découlé.</li> <li>○ Registre sur les données relatives aux résultats et les activités d'amélioration de la qualité à l'attention de la direction.</li> </ul>
<b>8. Chaque année, soutenir et célébrer les journées pour la sécurité des patients instaurées par l'OMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rapport de la journée mondiale de l'hygiène des mains, le 5 mai</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rapport de la journée mondiale de la sécurité des patients, le 17 septembre</li> <li>○ Liste des membres du personnel qui se sont distingués en matière de sécurité des patients, y compris le respect des lignes directrices sur l'hygiène des mains.</li> </ul>
<b>9. Mandat des comités</b> - Mortalité et morbidité - Risques et sécurité - Sécurité de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lettre de notification de la désignation des membres</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comptes rendus d'au moins trois réunions consécutives</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exemples d'examens de cas et de mesures prises</li> </ul>
<b>10. *Programme de gestion des risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Profil de poste et fonctions de la personne responsable chargée de l'application des plans de gestion des risques.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cartographie des risques et plan de mitigation.</li> <li>○ Rapport sur les exercices de simulation organisés au moins une fois par an</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Registre des événements indésirables et des modalités de résolution</li> <li>○ Liste des événements indésirables associés aux soins graves.</li> <li>○ Rapports faisant état des mesures correctives visant à prévenir les risques de manière proactive découlant des résultats trouvés.</li> <li>○ Modalités de communication des retours d'expériences auprès de l'ensemble du personnel et du conseil d'administration.</li> </ul>
<b>11. Stratégie de communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personne responsable.</li> <li>○ Plan de communication portant sur la sécurité des patients et le système de signalement mis en place par l'établissement hospitalier.</li> <li>○ Formulaire de fiche de référence et de contre référence.</li> <li>○ Formulaire de fiches de communication après vérification des résultats critiques et urgents.</li> <li>○ Rapports sur les différentes activités liées à la sécurité des patients, diffusés en externe au ministère de la Santé et/ou aux organisations œuvrant pour la sécurité des patients</li> </ul>
<b>12. *Programme de sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Calendrier des audits cliniques et environnementaux</li> <li>○ Principaux indicateurs clés de performance.</li> <li>○ Document de politique pour la sécurité des injections.</li> <li>○ Plans d'actions de la sécurité des patients.</li> <li>○ Rapports sur la mise en œuvre des activités du plan d'action pour la sécurité des patients.</li> <li>○ Preuves de la diffusion du rapport des activités liées à la sécurité des patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la lettre d'invitation ;</li> <li>▪ le rapport de diffusion ;</li> <li>▪ la liste de présence.</li> </ul> </li> <li>○ Résultats des études comparatives concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les meilleures pratiques internationales ;</li> <li>▪ Autres dispositifs, le Cadre pour la sécurité des patients en établissement hospitalier.</li> </ul> </li> </ul>
<b>13. Indicateurs de sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Liste des indicateurs de sécurité des patients sélectionnés et les données correspondantes.</li> <li>○ Registre du personnel formé au recueil des données.</li> </ul>
<b>14. Tableau de bord des actions relatives à la sécurité des patients et indicateurs de suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rapport de suivi des actions et des résultats relatifs à la sécurité des patients.</li> <li>○ Indicateurs de suivi de la sécurité des patients.</li> </ul>
<b>15. Programme de maintenance préventive des équipements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inventaire des équipements mis à jour annuellement et répartis par service</li> <li>○ Rapports d'évaluation de la disponibilité et de la conformité des équipements</li> <li>○ Logiciel de gestion des équipements.</li> <li>○ Registre des immobilisations intégrant l'ensemble des entrées et sorties de matériels.</li> <li>○ Registre de maintenance préventive des équipements.</li> <li>○ Registre de maintenance corrective des équipements.</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Calendrier des tests de métrologie de routine et de l'étalonnage</li> <li>○ Rapports d'évaluation de la qualité et de la conformité aux procédures de la formation du personnel à l'utilisation des équipements anciens et nouveaux.</li> <li>○ Rapports montrant que seules des personnes formées et compétentes manipulent des équipements spécialisés.</li> </ul>
<b>16. Plan des ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dossiers du personnel justifiant des qualifications et des autorisations (autorisation d'exercer délivrée par une autorité compétente et inscription du professionnel de santé à jour de ses cotisations au conseil de l'ordre) du personnel.</li> <li>○ Cahier de charges de la commission médicale d'établissement ou équivalent incluant le contrôle des compétences des professionnels de soins.</li> <li>○ Comptes rendus des réunions de la commission médicale d'établissement relatives au contrôle des compétences des professionnels de soins.</li> <li>○ Procédure de suivi de l'engagement des professionnels de santé dans la procédure d'accréditation des professionnels de santé</li> <li>○ Programmes d'amélioration des pratiques professionnelles</li> <li>○ Programme d'accréditation des Professionnels de santé</li> </ul>
<b>17. Santé et sécurité au travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Programme de médecine du travail.</li> <li>○ Registre du personnel formé au suivi du programme de médecine du travail.</li> <li>○ Rapports d'évaluation de la conformité au programme de médecine du travail.</li> <li>○ Manuel de formation en santé et sécurité au travail.</li> <li>○ Vaccination et dépistage.</li> </ul>
<b>18. Prévention de la violence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Programme de prévention de la violence.</li> <li>○ Bien-être du personnel.</li> <li>○ Repos réglementaires.</li> <li>○ Note de service organisant les temps de repos conformes aux dispositions légales et réglementaires nationales.</li> <li>○ Rapports d'évaluation de la conformité aux dispositions légales et réglementaires nationales assurant des temps de repos pour exercer sans risque.</li> <li>○ Santé mentale.</li> <li>○ Évaluations du lieu de travail.</li> </ul>
<b>19. *Politique de contrôle et d'élaboration des procédures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modèles de procédures harmonisées.</li> <li>○ Méthode de contrôle de la documentation, indiquant notamment la date de révision, la date de publication, la personne responsable, la signature de la personne ayant autorité.</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
<p><b>20. Dossiers médicaux</b></p>	<p>Politiques concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le contenu du dossier médical ;</li> <li>○ la création d'un identifiant unique pour chaque patient ;</li> <li>○ la validation de l'identification des patients ;</li> <li>○ les demandes d'information des patients.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vérification de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'exhaustivité des dossiers médicaux</li> <li>▪ la lisibilité de l'écriture manuscrite</li> <li>▪ la disponibilité de la charte</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>21. Procédures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre du personnel formé à la mise œuvre des procédures.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procédure relative à la réanimation</li> <li>○ Procédure de la revue de morbidité et mortalité.</li> <li>○ Procédure d'identification des parties prenantes à la revue de morbidité et mortalité.</li> <li>○ Procédures d'application du code d'éthique.</li> <li>○ Procédure de signalement des événements indésirables.</li> <li>○ Sécurité des injections.</li> <li>○ Procédure de communication : diffusion des informations courantes et à risque élevé.</li> <li>○ Procédure de la transmission des informations relatives aux patients entre les équipes cliniques : Situation, Contexte, Évaluation, Recommandation (SAED)</li> <li>○ Procédure de transcription des ordonnances communiquées oralement ou par téléphone par le destinataire</li> <li>○ Procédure de notification des résultats critiques</li> <li>○ Règles d'utilisation des abréviations</li> <li>○ Procédure de remplacement des équipements défectueux</li> <li>○ Procédure de maintenance préventive et corrective des équipements.</li> <li>○ Procédures concernant la vérification des diplômes et homologations du personnel.</li> <li>○ Procédure de suivi de l'engagement des professionnels de santé dans la procédure d'accréditation des professionnels de santé.</li> <li>○ Procédures de prévention et de gestion de la violence sur le lieu de travail.</li> <li>○ Procédure d'accueil et de formation pratique des étudiants et stagiaires</li> <li>○ Identification du personnel</li> <li>○ Identification des patients</li> <li>○ Respect de l'intimité et de la confidentialité</li> <li>○ Réclamations</li> <li>○ Signalement des incidents indésirables</li> <li>○ Signalement des accidents, des comportements suspects à la police</li> <li>○ Établissement sans tabac</li> <li>○ Information des patients sur les tarifs</li> <li>○ Lutte contre les infections et hygiène des mains</li> <li>○ Consentement éclairé</li> <li>○ Liste approuvée des abréviations</li> <li>○ Sécurité médicamenteuse</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maintenance préventive.</li> <li>○ Procédure relative au dossier médical unique et complet</li> <li>○ Procédure d'utilisation des codes standardisés pour les maladies</li> <li>○ Procédures relatives à l'accès aux dossiers médicaux.</li> </ul>

### 2.5.3.2. Pour le domaine B - implication des patients et du public

Tableau 15 : Documents pertinents pour le Domaine B - implication des patients et du public

Document	Preuves à inclure
1. <b>Charte des droits des patients et des familles documentée et approuvée, dans laquelle figure la sécurité des patients</b>	Charte des droits des patients qui comprend, sans s'y limiter, le droit :
	○ d'accès aux soins dans l'établissement hospitalier
	○ au respect de la culture, des croyances spirituelles et des préférences personnelles du patient
	○ d'être informé et de participer à toutes les décisions concernant les soins
	○ de donner un avis positif et/ou faire une réclamation
	○ de refuser un traitement
	○ à la sécurité, l'intimité et la confidentialité
	○ à la prise en charge de la douleur
	○ aux informations concernant les services de l'hôpital et leurs résultats
	○ Charte des droits des patients et de la famille écrite et approuvée. ○ Procédure de communication de la charte des droits des patients et des familles.
2. <b>Charte des devoirs des patients et des familles écrite et approuvée.</b>	○ Charte des devoirs des patients qui comprend, sans s'y limiter l'engagement du patient à : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fournir des informations précises aux prestataires de soins,</li> <li>▪ faciliter la prestation des soins</li> <li>▪ respecter les droits du personnel.</li> </ul>
3. <b>Procédure sur la vie privée, la confidentialité et un environnement respectueux des différences entre les sexes</b>	○ Matériel de formation pour le personnel afin de mettre en œuvre la procédure sur la vie privée, la confidentialité et un environnement respectueux des différences entre les sexes.
4. <b>Procédure concernant le consentement éclairé libre et renouvelé du patient</b>	○ La liste des actes pour lesquels le consentement libre, éclairé et renouvelé est nécessaire, comprend, sans s'y limiter : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ les actes invasifs et les actes chirurgicaux ;</li> <li>▪ les anesthésies ;</li> <li>▪ les transfusions de sang,</li> <li>▪ les actes à haut risque et les traitements à haut risque ;</li> <li>▪ les dons et les greffes d'organes.</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formulaire de consentement éclairé disponibles dans les services concernés.</li> <li>○ Echantillons randomisés des dossiers médicaux : le formulaire de consentement éclairé est rempli, signé, horodaté, et figure dans le dossier médical du patient.</li> </ul>
<p><b>5. Document relatif au cas de refus de traitement par les patients</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procédure de refus de traitement du patient par l'établissement hospitalier</li> <li>○ Formulaire et consentement des patients refusant de suivre les recommandations de l'équipe médicale et le traitement prescrit</li> <li>○ Registre des cas qui refusent le traitement et des causes qui sous-tendent ces décisions.</li> </ul>
<p><b>6. Procédure concernant l'identification des patients</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identification du patient au moyen de deux identifiants avant toute administration de médicaments ou intervention médicale et de vérification de l'identité avant tout acte à haut risque.</li> <li>○ Procédures d'identification et de vérification de l'identité des patients mettant l'accent sur les groupes à haut risque (par exemple les nouveau-nés, les nourrissons, les patients dans le coma et les patients vulnérables).</li> <li>○ Les identifiants du patient comprennent le nom complet du patient son numéro d'identification personnelle (cf CIP), sa date de naissance, une photo et le numéro attribué par l'établissement hospitalier. Ces données sont utilisées systématiquement dans tout l'établissement hospitalier.</li> <li>○ Système de codes-barres permettant d'associer les médicaments et les produits sanguins aux patients.</li> </ul>
<p><b>7. Identification des allergies</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Système en place pour identifier les allergies</li> </ul>
<p><b>8. Education sanitaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des informations sur la sécurité des patients et la santé, notamment sur la manière de préserver et d'améliorer leur propre bien-être.</li> <li>○ Documents relatifs aux/à la : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ programmes de sevrage tabagique,</li> <li>▪ conseils pour la gestion du stress,</li> <li>▪ recommandations en matière de régime alimentaire et d'exercice physique,</li> <li>▪ prise en charge de l'abus de substances psychoactives.</li> </ul> </li> <li>○ Rapports sur les activités d'éducation sanitaire menées au sein de l'établissement hospitalier.</li> </ul>
<p><b>9. Stratégie visant à inciter et à donner les moyens aux patients d'œuvrer pour leur sécurité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les domaines dans lesquels les patients sont impliqués incluent : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'identification des patients,</li> <li>▪ le contrôle de l'hygiène des mains,</li> <li>▪ l'usage unique des seringues.</li> </ul> </li> <li>○ supports pédagogiques et/ou de transmission orale ou écrite d'informations aux patients leur permettant de jouer un rôle déterminant et de devenir acteurs de la promotion de la sécurité des patients.</li> <li>○ Rapports ou comptes rendus des trois dernières réunions faisant état de l'implication des patients et de leurs accompagnants dans l'application des politiques et la suggestion d'améliorations de la qualité et de projets concernant la sécurité des patients.</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
<b>10. Implication du public dans la conception et la mise en œuvre du programme de sécurité des patients et des projets d'amélioration.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stratégie d'implication de la communauté (ex. organisations non gouvernementales, et associations de défense des patients).</li> <li>○ Rapports ou comptes rendus des réunions de l'équipe spéciale chargée de l'amélioration de la sécurité des patients</li> </ul>
<b>11. Procédure de dépôt des plaintes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procédure à inclure, ainsi que la personne responsable de la réception et de la prise en compte des plaintes.</li> <li>○ Modalités de communication avec les patients.</li> <li>○ Registre des réclamations et des actions des 12 derniers mois.</li> </ul>
<b>12. Organisation des campagnes de sensibilisation sur la sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procédure d'organisation de campagnes sur la sécurité des patients.</li> <li>○ Rapports décrivant l'organisation des campagnes sur la sécurité des patients.</li> <li>○ Comptes rendus de réunions préparatoires et planning d'activité de la campagne sur la sécurité des patients.</li> <li>○ Campagnes dans les médias (par exemple communiqués de presse) annonçant les activités relatives à la sécurité des patients : Supports d'information servant à promouvoir la sécurité des patients</li> <li>○ Matériels publicitaires servant à promouvoir la sécurité des patients</li> <li>○ Supports pédagogiques en matière de santé.</li> <li>○ Supports pédagogiques sur la sécurité des patients.</li> <li>○ Questions fréquentes et réponses sur la sécurité des patients.</li> </ul>
<b>13. Stratégie visant à promouvoir l'engagement communautaire dans les campagnes pour la sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Campagnes pour l'hygiène des mains</li> <li>○ Réunions avec la société civile</li> </ul>
<b>14. Programme de services aux patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médiateur des droits des patients en matière de soins de santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cahier des charges du médiateur des droits du patient.</li> <li>▪ note de la désignation du médiateur des droits du patient.</li> <li>▪ registres de formation du médiateur des droits du patient.</li> </ul> </li> <li>○ Programme de promotion de la santé</li> <li>○ Accès aux brochures éducatives et d'information</li> <li>○ Accès au site Web de l'établissement hospitalier</li> </ul>
<b>15. Retours d'expériences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mesure des expériences des patients</li> <li>○ Enquêtes de satisfaction</li> <li>○ Rapports du traitement des réclamations ou plaintes des patients assortis des mesures prises pour les prévenir.</li> <li>○ Mesures des résultats rapportés par les patients</li> <li>○ Rapports de mise à disposition des éléments de divertissements pour les patients.</li> <li>○ Procédure de communication de la charte des droits et devoirs des patients et des familles.</li> <li>○ Procédure de refus de traitement du patient par l'établissement hospitalier.</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procédure sur la vie privée, la confidentialité et un environnement respectueux des différences entre les sexes.</li> <li>○ Procédures d'identification et de vérification de l'identité des patients mettant l'accent sur les groupes à haut risque (par exemple les nouveau-nés, les nourrissons, les patients dans le coma et les patients vulnérables).</li> <li>○ Procédures concernant l'identification et la vérification de l'identité des patients.</li> <li>○ Protocole d'utilisation du système de codes-barres avec clé de contrôle pour assurer l'identification efficace des patients.</li> <li>○ Procédures relatives à l'identification des allergies.</li> <li>○ Procédures concernant l'éducation sanitaire.</li> <li>○ Procédures d'accès aux dossiers médicaux pour les patients.</li> <li>○ Procédures concernant l'accès aux informations complètes sur le diagnostic et le traitement du patient</li> <li>○ Procédures pour faire participer les patients à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent.</li> <li>○ Procédures de formation des patients et leurs accompagnants aux soins à prodiguer après la sortie de l'établissement hospitalier.</li> <li>○ Procédures concernant l'implication de la communauté.</li> <li>○ Procédure de transmission des informations aux patients, à leurs accompagnants et au personnel.</li> <li>○ Procédure de dépôt des plaintes</li> <li>○ Procédure d'organisation de campagnes sur la sécurité des patients.</li> </ul>

### 2.5.3.3. Pour le domaine C- Sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles

Tableau 16 : Documents pertinents pour le domaine C – Sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles

Document	Preuves à inclure
<b>1. Profil de poste : directeur médical</b>	Personne responsable des directives cliniques, de la supervision et de l'évaluation de l'efficacité de l'ensemble des soins cliniques.
<b>2. *Calendrier des audits et plans d'action associés</b>	Exemples :
	○ hygiène des mains
	○ Prévention et lutte contre les infections
	○ Sécurité médicamenteuse
	○ Usage des antibiotiques
○ Délais des interventions d'urgence	

Document	Preuves à inclure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Temps d'attente (traitement thrombolytique au service des urgences)</li> <li>○ Délais de triage</li> </ul>
<p><b>3. Processus permettant d'identifier les directives cliniques requises et leur mise en œuvre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comité multidisciplinaire en charge des directives cliniques <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cahier des charges du comité pour la qualité et la sécurité (cf projet de décret), des directives cliniques.</li> <li>▪ registre du personnel formé pour suivre les lignes directrices relatives aux pratiques cliniques.</li> <li>▪ rapport d'évaluation de la conformité aux lignes directrices relatives aux pratiques cliniques.</li> </ul> </li> <li>○ Procédure de validation et de diffusion.</li> <li>○ Les procédures doivent inclure, sans s'y limiter : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la sécurité chirurgicale</li> <li>▪ la sécurité de l'accouchement</li> <li>▪ la détection de la détérioration de l'état clinique</li> </ul> </li> <li>○ Les bouquets d'interventions incluent : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la prestation de soins intégrés</li> <li>▪ pneumonie acquise sous ventilation mécanique</li> <li>▪ infection liée aux cathéters veineux centraux</li> <li>▪ Infection urinaire</li> <li>▪ état septique</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>4. Outils d'évaluation pour gérer et atténuer les risques pour patients vulnérables</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des outils d'évaluation sont en place, notamment pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire :</li> <li>▪ lignes directrices visant à réduire la survenue des thrombo-embolies veineuses (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires).</li> </ul> </li> <li>○ Échelles de Morse et Humpty Dumpty pour les risques de chute</li> </ul>
<p><b>5. Liste des abréviations, des symboles et des indications de doses approuvés utilisés dans la rédaction des dossiers patients transmis entre professionnels de santé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Liste des abréviations approuvées pour les termes médicaux.</li> <li>○ Liste des abréviations, symboles et indications de doses à proscrire dans les établissements hospitaliers.</li> <li>○ Registre du personnel formé à utiliser des listes.</li> <li>○ Méthode d'identification des abréviations non approuvées et/ou la détection de l'utilisation d'abréviations, symboles et indications de doses à proscrire dans les établissements hospitaliers.</li> </ul>
<p><b>6. Procédure d'intégration et de coordination des soins.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Documents attestant les directives et instructions destinés aux services de soins de santé concernant la coordination des soins et contenant des termes qui garantissent l'implication des patients.</li> <li>○ Procédures garantissant des services de soins de santé centrés sur le patient et l'engagement communautaire.</li> <li>○ Protocoles et comités communs pour une planification partagée des soins pour chaque patient.</li> </ul>
<p><b>7. Communication efficace pour les résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Liste des résultats cliniques et paracliniques urgents posant un diagnostic critique établie par un comité pluridisciplinaire.</li> <li>○ Rapports d'analyse systématique d'échantillons randomisés incluant une évaluation de la conformité aux procédures relatives aux canaux de communication réservés aux résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
<b>8. Programme de prévention et de contrôle des infections</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personne responsable : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cahier des charges et profil de poste</li> <li>▪ registre de suivi régulier des activités de prévention et de contrôle des infections.</li> </ul> </li> <li>○ Procédures de prévention et de contrôle des infections</li> <li>○ Programme de surveillance</li> <li>○ Dépistage du personnel</li> <li>○ Calendrier des audits</li> <li>○ Isolement</li> <li>○ Procédures concernant, entre autres : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hygiène des mains</li> <li>▪ usage rationnel des antibiotiques</li> <li>▪ eau, assainissement et hygiène</li> <li>▪ lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections</li> <li>▪ infections des sites chirurgicaux</li> <li>▪ approvisionnement en eau sans risque</li> </ul> </li> <li>○ Structure organisationnelle concernant la prévention et le contrôle des infections</li> <li>○ Cahier des charges et note de service mettant en place le comité de prévention et de contrôle des infections</li> <li>○ Échantillon aléatoire des comptes rendus des réunions du comité de prévention et de contrôle des infections.</li> </ul>
<b>9. Utilisation rationnelle des antimicrobiens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Programme de bonne gestion des antimicrobiens.</li> </ul>
<b>10. Sécurité médicamenteuse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Profil de poste et cahier des charges du pharmacien agréé, responsable de la gestion des médicaments.</li> <li>○ Information du patient concernant sa prescription médicamenteuse.</li> <li>○ Registre de suivi régulier garantissant le respect des lignes directrices établies par l'organe en charge et répondant aux besoins des patients en termes de médicaments.</li> <li>○ Liste des médicaments vitaux fournis en fonction des besoins de chaque service.</li> <li>○ Échantillonnage aléatoire des dossiers médicaux pour évaluer le rôle de la pharmacie clinique.</li> </ul>
<b>11. Procédures</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre du personnel formé à la mise œuvre des procédures.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lignes directrices pour la gestion des paquets d'interventions.</li> <li>○ Directives relatives aux cinq procédures diagnostiques les plus invasives</li> <li>○ Lignes directrices visant à réduire la survenue des thromboembolies veineuses</li> <li>○ Procédures d'évaluation initiale et continue permettant d'identifier et de prendre en charge les patients vulnérables de suicide.</li> <li>○ Procédures d'évaluation initiale et continue permettant d'identifier et de prendre en charge les patients vulnérables d'escarres.</li> <li>○ Procédures d'évaluation initiale et continue permettant d'identifier et de prendre en charge les patients vulnérables d'infections.</li> <li>○ Procédures d'évaluation initiale et continue permettant d'identifier et de prendre en charge les patients vulnérables et de malnutrition.</li> <li>○ Procédures de détection et la réaction à la détérioration de l'état clinique d'un patient.</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lignes directrices relatives à la sécurité chirurgicale</li> <li>○ Lignes directrices relatives à la sécurité de l'accouchement</li> <li>○ Procédures pour une communication efficace.</li> <li>○ Procédures relatives à la transmission des informations concernant les patients.</li> <li>○ Directives et instructions destinés aux services de soins de santé concernant la coordination des soins et contenant des termes qui garantissent l'implication des patients.</li> <li>○ Procédures garantissant des services de soins de santé centrés sur le patient et l'engagement communautaire.</li> <li>○ Protocoles et comités communs pour une planification partagée des soins pour chaque patient.</li> <li>○ Procédures relatives aux canaux de communication réservés aux résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents.</li> <li>○ Procédures relatives à la communication aux patients et aux soignants des résultats d'examens réalisés.</li> <li>○ Procédures visant à assurer la lisibilité des ordonnances manuscrites.</li> <li>○ Procédures de prévention et de contrôle des infections.</li> <li>○ Procédures de prévention des infections des sites chirurgicaux.</li> <li>○ Procédures pour un approvisionnement en eau sans risque.</li> <li>○ Procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des équipements.</li> <li>○ Procédures pour une utilisation rationnelle des antimicrobiens afin de limiter la résistance microbienne et programme de bonne gestion des antimicrobiens.</li> <li>○ Procédures de surveillance des infections associées aux soins.</li> <li>○ Procédures relatives aux protocoles d'isolement.</li> <li>○ Procédures relatives aux visites médicales.</li> <li>○ Procédures de protection du personnel contre les infections nosocomiales.</li> <li>○ Procédures concernant l'utilisation sans risque des produits sanguins labiles : Sécurité de prescription - Épreuve de compatibilité croisés.</li> <li>○ Procédures de gestion des accidents et incidents survenus suite à une transfusion sanguine.</li> <li>○ Procédures concernant l'identification des échantillons prélevés pour les tests de compatibilité croisée.</li> <li>○ Procédure de contrôle des prescriptions et d'atténuation des erreurs médicamenteuses.</li> <li>○ Procédures concernant l'achat, la disponibilité et le stockage des médicaments.</li> <li>○ Procédures concernant l'accès limité et la normalisation des substances à fortes concentrations/à risque (exemple : kcl).</li> <li>○ Procédures concernant la conciliation médicamenteuse ville/établissement hospitalier et dé-prescription.</li> <li>○ Procédures concernant bilan comparatif du traitement prescrit à la sortie avec le traitement à l'entrée (bilan de médication)</li> <li>○ Procédures concernant l'utilisation de substances sous contrôle (stupéfiants et assimilés)</li> <li>○ Procédures de retrait des grandes quantités d'électrolytes des services où des patients sont hospitalisés pour les stocker dans un lieu sécurisé.</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procédure de gestion de la douleur et contrôle de l'accès aux narcotiques et le stockage de ces substances conformément à la législation</li> <li>○ Procédures relatives aux médicaments vitaux.</li> <li>○ Procédures d'éducation des patients (ou des accompagnants) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier.</li> <li>○ Procédures de normalisation et de limitation des quantités de médicaments stockés.</li> <li>○ Procédure de gestion des erreurs médicamenteuses.</li> <li>○ Procédures pour l'identification des interactions entre médicaments et entre les médicaments et les aliments.</li> </ul>

### 2.5.3.4. Pour le domaine D – Sûreté de l'environnement

Tableau 17 : Documents pertinents pour le domaine D : Sûreté de l'environnement

Document	Preuves à inclure
<b>1. Mandat du comité de qualité et sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Structure organisationnelle</li> <li>○ Responsable des questions environnementales</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Membres du comité</li> <li>○ Lettre de notification et cahier des charges de la personne désignée.</li> <li>○ Lettre de notification des membres du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement.</li> <li>○ Mandat du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement.</li> <li>○ Comptes-rendus des réunions du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement.</li> <li>○ Exemples de comptes rendus de réunions et de mesures prises</li> </ul>
<b>2. Programme de maintenance préventive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Calendrier des tests et d'étalonnage</li> <li>○ Procédure de gestion des rappels</li> <li>○ Disponibilité des équipements de secours</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inventaire des équipements et fournitures de prévention et de contrôle des infections.</li> <li>○ Comptes-rendus des réunions du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement.</li> <li>○ Programme de maintenance préventive de l'environnement physique.</li> </ul>
<b>3. Plan d'urgence externe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un plan majeur d'urgence/d'organisation des secours est un document détaillé qui doit être spécifique à l'établissement hospitalier et à la communauté dans laquelle l'établissement est situé.</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les situations d'urgence internes et externes nécessitent des plans qui définissent clairement les rôles et les responsabilités de l'ensemble du personnel en cas d'incident.</li> <li>○ Des plans sont nécessaires pour identifier l'impact probable et les services supplémentaires qui seront nécessaires.</li> <li>○ Registre du personnel formé sur les plans d'urgence interne et externe.</li> <li>○ Rapports de simulation de l'application des plans d'urgence interne.</li> </ul>
<p><b>4. Plan d'urgence interne</b>  <i>Des urgences internes peuvent survenir en cas d'incendie, d'inondations ou de pannes technologiques.</i>  <i>Tout d'abord, un plan interne doit couvrir l'évacuation en toute sécurité si nécessaire, puis expliquer comment reprendre les activités le plus rapidement possible.</i>  <i>Un établissement hospitalier peut se trouver dans un scénario où une partie de l'établissement est considérablement endommagée, par exemple par une inondation ou un incendie, dans ce cas, un plan d'urgence interne est utile.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plan d'urgence interne détaille les mesures à prendre lorsque la technologie, le bâtiment ou un service sont gravement touchés et que les services sont perturbés.</li> <li>○ Plan d'urgence interne permet de reprendre l'activité et de retrouver un fonctionnement normal après une période aussi courte que possible suite à la survenue d'une catastrophe.</li> <li>○ Registre du personnel formé sur les plans d'urgence interne et externe.</li> <li>○ Rapports de simulation de l'application des plans d'urgence interne et externe.</li> </ul>
<p><b>5. Plan des installations, incluant la distribution d'eau et de gaz à usage médical</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plan des installations.</li> <li>○ Plan d'exécution des ouvrages y compris le plan de récolement essentiel.</li> </ul>
<p><b>6. Programme de sécurité des rayonnements, comprenant une personne responsable désignée.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Note de désignation et cahier de charge de la personne responsable.</li> <li>○ Procédures de sécurité radiologique.</li> <li>○ Registre de formation continue du personnel d'imagerie radiologique et diagnostique, formé aux procédures de sécurité radiologique.</li> <li>○ Liste des équipements de protection de la sécurité mis à la disposition du personnel, des patients et des visiteurs, et leur emplacement dans la zone où les services d'imagerie radiologique et diagnostique sont fournis.</li> </ul>
<p><b>7. Sécurité des aliments et des boissons.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lois et réglementations nationales concernant la sécurité des aliments et des boissons.</li> <li>○ Régimes adaptés en fonction des maladies et des besoins des patients.</li> <li>○ Visites médicales et certificats médicaux du personnel de la restauration.</li> </ul>
<p><b>8. Gestion des déchets</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lignes directrices relatives à la gestion sécurisée des déchets issus des activités de soins.</li> <li>○ Zone/local sécurisé de stockage et d'élimination des déchets</li> </ul>
<p><b>9. Environnement propice au bien-être des patients</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rapports de mise à disposition des éléments de divertissements (musique, télévision, films, bibliothèque) pour les patients.</li> <li>○ Rapports sur les besoins spirituels et religieux des patients.</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rapports sur la satisfaction des patients.</li> </ul>
<b>10. Environnement propre et sûr.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comptes rendus des réunions du comité pluridisciplinaire de sécurité de l'environnement.</li> <li>○ Plans du bâtiment.</li> </ul>
<b>11. Politique non-fumeur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Politique non-fumeur.</li> <li>○ Rapport de sensibilisation du personnel sur la politique non-fumeur.</li> <li>○ Rapports d'évaluation de la conformité à la politique non-fumeur.</li> </ul>
<b>12. Alimentation de secours des services essentiels, y compris les gaz médicaux, l'eau et l'électricité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mesures d'urgence en cas de problème concernant la fourniture des services essentiels, y compris l'électricité, l'eau et les gaz médicaux.</li> </ul>
<b>13. Procédures</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre du personnel formé à la mise œuvre des procédures.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procédures de sécurité du bâtiment.</li> <li>○ Procédures de réponses aux alertes liées aux services essentiels tels que l'électricité, l'eau et les gaz médicaux.</li> <li>○ Procédures relatives à l'alimentation de secours pour les services essentiels tels que l'électricité, l'eau et les gaz médicaux.</li> <li>○ Procédures de sécurité en cas d'incendie.</li> <li>○ Procédures de maintenance préventive des installations pour la distribution d'eau et de gaz à usage médical.</li> <li>○ Procédures de sécurité radiologique.</li> <li>○ Procédures relatives aux panneaux d'avertissement, y compris l'identification des zones de sécurité et les restrictions d'accès.</li> <li>○ Procédures de fourniture des boissons et des aliments sains et appropriés destinés aux patients, au personnel et aux visiteurs.</li> <li>○ Procédures concernant les programmes de sécurité des cuisines.</li> <li>○ Lignes directrices relatives à la gestion sécurisée des déchets issus des activités de soins.</li> <li>○ Lignes directrices relatives à la gestion des déchets chimiques.</li> <li>○ Lignes directrices relatives à la gestion des déchets radiologiques.</li> <li>○ Lignes directrices relatives à la gestion des objets piquants, coupants ou tranchants</li> <li>○ Lignes directrices relatives à la gestion des liquides biologiques</li> <li>○ Lignes directrices relatives au tri des déchets selon leur dangerosité en respectant le code couleur.</li> <li>○ Procédures de sécurité de l'établissement hospitalier.</li> <li>○ Procédures de nettoyage et de bionettoyage.</li> <li>○ Procédures concernant le port d'un badge d'identification visible et d'un uniforme approprié par le personnel.</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procédures concernant la gestion des informations et des dossiers médicaux informatisés.</li> </ul>

### 2.5.3.5. Pour le domaine E - apprentissage continu

Tableau 18 : Documents pertinents pour le domaine E: apprentissage continu

Document	Preuves à inclure
<b>1. Programme accueil du personnel</b>	Document ou livret d'accueil des nouvelles recrues ou des stagiaires
<b>2. Programme de développement professionnel</b>	○ Lettre de désignation du chargé de développement professionnel
	○ Fiche de poste du chargé de développement professionnel
	○ Formation et éducation
<b>3. Programme de recherche</b>	○ Rapports activités de Recherche
	○ Liste des publications
	○ Programme d'amélioration de la qualité (PAQ) : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Projets d'amélioration de la qualité pour promouvoir les activités liées à la sécurité des patients</li> <li>▪ Documents de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des projets d'amélioration de la qualité visant à promouvoir la sécurité des patients.</li> <li>▪ Registre du personnel formé à la mise en œuvre des projets d'amélioration de la qualité et des activités liées à la sécurité des patients.</li> <li>▪ Rapports de suivi de la mise en œuvre des projets d'amélioration de la qualité évolutifs et durables.</li> </ul>
<b>4. Études prospectives, rétrospectives relatives aux événements indésirables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Études prospectives, rétrospectives et/ou transversales relatives aux événements indésirables.</li> <li>○ Rapports pour évaluer l'ampleur et la nature des événements indésirables graves.</li> </ul>
<b>5. Programme de formation du personnel centré sur la sécurité des patients incluant par exemple des procédures et des lignes directrices.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Programme de formation centré sur la sécurité des patients.</li> <li>○ Registre du personnel formé suivant le programme centré sur la sécurité des patients.</li> <li>○ Rapports d'évaluation de la conformité au programme de formation centré sur la sécurité des patients.</li> <li>○ Procédure de formation du personnel à l'utilisation d'outils de recherche scientifique pour mieux résoudre les problèmes de sécurité des patients, tels que la méthode QOQCP, la méthode des 5 pourquoi, le diagramme d'Ishikawa, la méthode ALARM (Association of Litigation And Risk Management) ou grille ALARM</li> <li>○ Registre du personnel formé à l'utilisation d'outils de recherche scientifique et de méthodes rétrospectives et</li> </ul>

Document	Preuves à inclure
	prospectives pour résoudre les problèmes de sécurité des patients.
<b>6. Formation continue du personnel afin de garantir la sécurité des soins aux patients et le respect de leurs droits.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plan de formations continues du personnel pour assurer la sécurité des soins aux patients et le respect de leurs droits.</li> <li>○ Registre du personnel formé aux pratiques de soins sûrs aux patients suivant le plan de formation.</li> <li>○ Registre du personnel formé au respect des droits des patients.</li> <li>○ Rapport d'évaluation de la conformité aux formations continues de l'ensemble du personnel sur la sécurité.</li> </ul>
<b>7. Procédures Registre du personnel formé à la mise œuvre des procédures. Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procédures pour reporter les préjudices subis par les patients.</li> <li>○ Procédure de formation du personnel à l'utilisation d'outils de recherche scientifique pour mieux résoudre les problèmes de sécurité des patients (Outil déclencheur pour la mesure des événements indésirables tels que la méthode QQQQCP, la méthode des 5 pourquoi, le diagramme d'Ishikawa, la méthode ALARM (Association of Litigation And Risk Management) ou grille ALARM).</li> <li>○ Procédure d'identification du personnel nécessitant une formation.</li> </ul>

#### 2.5.4. Grilles d'observation

Les guides proposés dans le manuel d'évaluation et de contrôle pour la sécurité des patients sont centrés sur les domaines prioritaires de la sécurité des patients communs à tous les établissements de santé, notamment :

- éléments généraux
- installations environnementales et zones d'hospitalisation
- sécurité incendie
- laboratoire et banque de sang
- service d'hémodialyse
- radiologie
- bloc opératoire
- unité centrale de stérilisation
- unité de production d'oxygène
- pharmacie
- dossiers médicaux.

Les évaluateurs, qui sont des examinateurs externes de la performance organisationnelle par rapport aux normes pour la sécurité des patients, visitent

chaque zone concernant les problèmes généraux de sécurité (par ex., incendie, déchets, signalisation) et prennent en compte les problèmes spécifiques à chaque service (par exemple, sécurité radiologique ou sûreté). Pour éviter les doublons, le premier guide est une liste d'éléments généraux à observer ou des membres du personnel à interroger et s'applique à tous les services.

### 2.5.4.1. Considérations générales

Tableau 19 : Considérations générales

Observation	
<b>1. Politiques et procédures disponibles dans le service.</b>	Qui est responsable de cet établissement hospitalier ? service ?
	Cette information est-elle clairement affichée et accessible aux patients ?
<b>2. Pratiques en matière d'hygiène des mains.</b>	Quelles sont les qualifications du personnel présent ?
	L'établissement hospitalier fournit-il du matériel de désinfection des mains au personnel de santé ?
	Ce matériel est-il disponible dans tous les services ?
	A quels endroits le matériel d'hygiène des mains est-il positionné ?
<b>3. Programme de développement professionnel</b>	Quelle formation à la sécurité des patients, le personnel a-t-il reçue au cours des 12 derniers mois ?
<b>4. Tri et gestion des déchets.</b>	Quels audits ce service réalise-t-il ?
	À quelle fréquence et comment les connaissances acquises sont-elles traitées ?
<b>5. Charte des droits des patients</b>	Existe-t-elle ? Est-elle affichée ? Est-elle respectée ?
<b>6. Education sanitaire</b>	Outils utilisés pour faire passer les messages d'éducation sanitaire : hygiène des mains, sécurité médicamenteuse
<b>7. Pratiques en matière de prévention et de lutte contre les infections.</b>	Qui est responsable de l'approvisionnement en équipements de protection individuelle ?
	Équipements spéciaux ?
	Les EPI sont-ils disponibles et mis à la disposition du personnel avant l'accès à chaque local à risque infectieux ?
	A quels endroits les EPI sont-ils positionnés ?
<b>8. Maintenance des équipements, date du dernier test des appareils et nombre d'actif.</b>	Comment vous assurez-vous que les dispositifs médicaux sont fonctionnels ?
<b>9. Équipements d'urgence, y compris chariot de réanimation et défibrillateur.</b>	Disposez-vous d'un chariot pour les urgences ?
	Disposez-vous d'un défibrillateur ?
	Quelle est la date de la dernière vérification du défibrillateur ?
<b>10. Issues de secours.</b>	L'accès aux issues de secours est libéré ?

Observation	
<b>11. Salles d'attente des patients, confort et séparation des hommes et des femmes le cas échéant.</b>	L'organisation physique de votre salle d'attente permet-elle de réduire les risques de transmission des infections ?
	La disposition de la salle d'attente assure-t-elle le confort ?
<b>12. Identification des patients.</b>	L'établissement hospitalier applique-t-il une politique d'identitovigilance ?
	Les patients se voient-ils attribuer un numéro unique dès leur accueil dans l'établissement hospitalier ?
	Ce numéro est-il tracé par tous les services ?
	Ce numéro est-il tracé pour chaque intervention de santé ?
<b>13. Boîtes à suggestions ou autres mécanismes de recueil des plaintes.</b>	L'établissement met-il à disposition du public une boîte à suggestions ou autres mécanismes de recueil des plaintes ?
	La boîte à suggestion est-elle relevée régulièrement ou les plaintes sont-elles fréquemment recueillies ? A quelle fréquence la boîte à suggestions est-elle relevée ?
	L'établissement hospitalier procède-t-il à une analyse des suggestions relevées ? à quelle fréquence ?
	Certaines de ces suggestions sont-elles prises en compte ? Sur quelle base ?
<b>14. Conformité avec les lois, les réglementations et le code de construction des établissements de santé en vigueur dans le pays.</b>	La construction de l'établissement hospitalier est-elle conforme aux exigences des normes et standards pour la construction et l'équipement des établissements de santé au Bénin ?
<b>15. Signalétique d'orientation dans l'ensemble de établissements de santé</b>	Les signalétiques d'orientation dans l'ensemble de établissements de santé permettent-elles clairement aux patients et aux visiteurs de se repérer et de se déplacer ?
<b>16. Environnement sûr et mesures de prévention et de contrôle des infections</b>	Les sols conçus permettent-ils d'éviter les chutes (antidérapants, secs) ?
	Les sols sont-ils en conformité avec les mesures de prévention et de contrôle des infections (propres, en bon état, sans fissures, lisses, imperméables à l'eau, facile à bio-nettoyer, angles sol/sol et sol/mur arrondis, ni murs incurvés) ?
	Les revêtements des plafonds sont-ils en conformité avec les mesures de prévention et de contrôle des infections (propres, convenablement réparés, sans fissures) ?
	Existe-t-il des lavabos adéquats, notamment dans les salles de soins, salles d'hospitalisation, salles de consultation et pour les visiteurs ?
	Les zones propres sont-elles séparées des zones souillées ?
	Les chambres d'isolement sont-elles sécurisées par des vis inviolables ?
	Les sanitaires sont-ils pourvus de barres d'appui ?
	Les éclairages électriques sont-ils fonctionnels (ou en attente de réparation) et en quantité suffisante ?
<b>17. Maintien des zones sécurisées.</b>	Les éclairages électriques sont-ils fonctionnels (ou en attente de réparation) et en quantité suffisante ?

Observation	
	Les prises électriques sont – elles sécurisées dans les services de pédiatrie ?
	La ventilation est-elle assurée par air conditionné ou ventilation transversale ?
	Le système de ventilation est-il équipé de filtres à particules aériennes à haute efficacité (HEPA) et régulée ?
	La salle à pression positive est - elle régulée ?
	L'intimité du patient est-elle préservée ?
	Les patients ayant des besoins particuliers ont-ils accès à tous les services et leurs besoins sont-ils satisfaits (sanitaires, rampes d'accès, etc.) ?
	Les besoins spirituels et religieux du patient sont-ils pris en compte ?
	Les zones en construction sont-elles sécurisées et isolées pour empêcher la poussière, le bruit et les vibrations de se répandre ?
	Les cordons d'appel d'urgence sont-ils disponibles, fonctionnels et accessibles aux patients depuis leur lit ou la salle de bain ?
	Les fauteuils roulants et brancards sont-ils propres, fonctionnels et accessibles dans toutes les zones de l'établissement hospitalier ?

#### 2.5.4.2. Installations environnementales et zones d'hospitalisation

Tableau 20 : installations environnementales et zones d'hospitalisation

Observation
1. Signalétique extérieure au service des urgences.
2. Les signalétiques d'orientation dans l'ensemble de l'établissement de santé permettent clairement aux patients et aux visiteurs de se repérer et de se déplacer
3. Parking d'urgence et besoins spéciaux.
4. Les patients ayant des besoins particuliers ont accès à tous les services et leurs besoins sont satisfaits (sanitaires, rampes d'accès, etc.).
5. Les fauteuils roulants et brancards sont propres, fonctionnels et accessibles dans toutes les zones de l'établissement hospitalier.
6. La construction de l'établissement hospitalier est conforme aux exigences des normes et standards pour la construction et l'équipement des établissements de santé au Bénin.
7. L'intimité du patient est préservée.
8. L'établissement hospitalier dispose de salles d'examen respectant la vie privée et de salles d'attente prenant en compte les différences entre les sexes.
9. Les besoins spirituels et religieux du patient sont pris en compte.

Observation
10. Les zones en construction sont sécurisées et isolées pour empêcher la poussière, le bruit et les vibrations de se répandre.
11. Etablissement de santé bien rangé, bien entretenu et exempt de rouille, de poussière, de saleté, de débris, de déversements accidentels, de sang ou de substances corporelles.
12. La conception tient compte des meilleures pratiques en matière de lutte contre les infections, de sécurité, d'évacuation et de sortie sécurisées.
13. Les sols conçus permettent d'éviter les chutes (antidérapants, secs).
14. Les sols sont en conformité avec les mesures de prévention et de contrôle des infections (propres, en bon état, sans fissures, lisses, imperméables à l'eau, facile à bio-nettoyer, angles sol/sol et sol/mur arrondis, ni murs incurvés).
15. Les revêtements des plafonds sont en conformité avec les mesures de prévention et de contrôle des infections (propres, convenablement réparés, sans fissures).
16. Les sanitaires sont pourvus de barres d'appui.
17. Existence des lavabos adéquats, notamment dans les salles de soins, salles d'hospitalisation, salles de consultation et pour les visiteurs.
18. Les zones propres sont séparées des zones souillées.
19. Les salles à pression positive sont régulées.
20. Les chambres d'isolement sont sécurisées par des vis inviolables.
21. La ventilation est assurée par air conditionné ou ventilation transversale.
22. Le système de ventilation est équipé de filtres à particules aériennes à haute efficacité (HEPA) et régulé.
23. Existence d'un espace de stockage.
24. Panneaux d'avertissement indiquant « nettoyage en cours ».
25. Espaces sans odeurs inconfortables et bien ventilés.
26. Maintenance des équipements.
27. Les éclairages électriques sont fonctionnels (ou en attente de réparation) et en quantité suffisante.
28. Accès restreint à des zones à haute sécurité, par exemple les services de pédiatrie et d'accouchement.
29. Les prises électriques sont-elles sécurisées dans les services de pédiatrie.
30. Système d'appel pour les patients.

Observation
31. Les cordons d'appel d'urgence sont disponibles, fonctionnels et accessibles aux patients depuis leur lit ou la salle de bain.
32. Système de communication d'urgence pour tous les codes, par exemple : arrêt cardiaque, sécurité, incendie.
33. Générateurs de secours (groupe électrogène) en état de fonctionnement.
34. Stockage de gaz médicaux.
35. Stockage des substances dangereuses.
36. Portes menant aux zones dangereuses ou sécurisées et verrouillées lorsque nécessaire.
37. Chariots médicaux, salles de stockage des médicaments et pharmacies sécurisées
38. Service de soins intensifs sécurisé
39. Service de soins intensifs néonataux sécurisé.
40. Service d'obstétrique sécurisé.
41. Personnel et usagers suivent les procédures de sécurité lors de l'entrée ou de la sortie des zones à risque.

### 2.5.4.3. Sécurité incendie

Tableau 21 : Sécurité incendie

Observation
1. Plan d'évacuation en cas d'incendie affiché partout dans l'établissement hospitalier.
2. Les consignes de sécurité en cas d'incendie sont affichées et les sorties de secours accessibles
3. Présence d'alarmes incendie en état de fonctionnement.
4. Les issues de secours et les escaliers ne sont pas encombrés.
5. Les lances à incendie sont en état de fonctionnement.
6. Les liquides inflammables sont stockés en toute sécurité et leur utilisation est limitée.
7. Panneaux de sortie clairement indiqués, éclairés et toutes les portes de sortie sont résistantes au feu.
8. Les zones à forte dépendance ont accès à un système permettant de couper les gaz médicaux en cas d'urgence.
9. Tous les extincteurs ont une étiquette à jour, datée et signée.
10. Bonbonnes de gaz comprimé enchaînées ou placées dans un lieu verrouillé.

Observation
11. Toutes les bonbonnes sont stockées à l'ombre et à une température appropriée, à l'abri de la lumière du soleil et d'autres sources de chaleur.
12. Entre deux utilisations, la bonbonne entamée est conservée dans les meilleures conditions de stockage.
13. Les bonbonnes d'oxygène pleines et vides sont stockées séparément en position verticale.
14. Les consignes de sécurité en cas d'incendie sont affichées et les sorties de secours accessibles
15. Plan d'évacuation en cas d'incendie affiché partout dans l'établissement hospitalier.
16. Extincteurs, alarmes et système d'évacuation en bon état de marche.
17. Blocs lumineux d'issue de secours allumés.
18. Toutes les issues de secours ont des portes coupe-feu.

#### 2.5.4.4. Laboratoires

Tableau 22 : Laboratoires

Observation
1. Enregistrement de tous les échantillons reçus.
2. Transport des échantillons notamment le contenant utilisé pour le transport.
3. Maintenance des équipements.
4. Équipement de premiers secours, y compris lave-œil et kit de déversement de produits chimiques.
5. Contrôle qualité des résultats.
6. Identification des patients.
7. Communication en urgence des valeurs critiques aux prescripteurs de l'examen de biologie médicale
8. Communication des résultats des tests en attente après la sortie du patient.
9. Conservation du sang et des produits sanguins.
10. Épreuves de compatibilité croisée.
11. Gestion des déchets chimiques (ne pas stocker au même endroit les déchets incompatibles, faire enlever les déchets chimiques par une entreprise agréée ...)

#### 2.5.4.5. Radiologie

Tableau 23 : Radiologie

Observation
1. Enregistrement de tous les patients reçus.
2. Identification des patients.
3. Contrôle qualité des résultats.
4. Manipulation et stockage des matières dangereuses.
5. Programme de sécurité radiologique.
6. Panneaux d'avertissement signalant les zones dangereuses.
7. Tabliers en plomb.
8. Système de surveillance du rayonnement (émis par la source et auquel sont exposés les professionnels et les espaces voisins).
9. Signes d'avertissements pour la grossesse.

#### 2.5.4.6. Blocs opératoires et unités centrales de stérilisation

Tableau 24 : Bloc opératoire

Observation
1. Accès restreint.
2. Blocs opératoires sécurisés.
3. Séparation des zones propres et souillées.
4. Consentement libre, éclairé et renouvelé des patients.
5. Identification des patients.
6. Valeurs critiques.
7. Pratiques chirurgicales et anesthésiques sûres.
8. Contrôle de la qualité de la stérilisation.
9. Transmission des informations concernant le transfert des patients.
10. La configuration des blocs opératoires et circuits de stérilisation assurent une séparation du matériel entrant et sortant (le matériel sale ne croise jamais le matériel propre).

### 2.5.4.7. Pharmacie

Tableau 25 : Pharmacie

Observation
1. Contrôle de la qualité des hottes et du courant laminaire.
2. Identification des patients.
3. Disponibilité des médicaments indispensables.
4. Procédure de stockage des médicaments.
5. Procédure de prescription et de transcription des prescriptions.
6. Procédure de préparation et de délivrance.
7. Procédure de double contrôle des délivrances
8. Procédure d'administration et de suivi des prescriptions.
9. Solutions concentrées (stockage et contrôle de délivrance)
10. Médicaments présentant une ressemblance écrite ou auditive.
11. Conciliation médicamenteuse lors de l'admission et bilan de médication lors de la sortie du patient.
12. Éducation du patient (ou de l'aidant) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'hôpital.
13. Signalement des erreurs médicamenteuses.
14. Manipulation et stockage des matières dangereuses.

### 2.5.4.8. Dossiers médicaux

Tableau 26 : Dossiers médicaux

Observation
1. Contrôle des chartes des droits et devoirs du patients
2. Identification des patients.
3. Numéro d'identification personnel (NIP).
4. Audit clinique.
5. Système d'archivage.
6. Dossiers médicaux sécurisés.
7. Standardisation du codage des maladies (CIM 10/11).

Observation
8. Contenu du dossier médical : - exhaustivité - allergies - continuité des soins : diagnostic, traitement et suivi - Conciliation médicamenteuse.
9. Accessibilité des dossiers médicaux.
10. Liste des abréviations approuvées.
11. Exhaustivité.
12. Identification du patient, identifiant unique.
13. Consentement libre, éclairé et renouvelé.
14. Écriture manuscrite (source d'erreur de lecture et de confusion)
15. Notes des infirmières.
16. Notes des médecins.
17. Codage standardisé des maladies.
18. Existence d'un système informatisé de saisie des ordonnances (limite les erreurs).
19. Présence de formulaires d'éducation en matière de santé complétés.
20. Présence dans le dossier médical de formulaires complétés, signés et horodatés par le médecin traitant et le patient ou la personne autorisée à le représenter
21. Formulaire de formation aux soins après l'exéat renseigné
22. Une copie de la décharge signée par le patient pour attester de ce qu'il a reçu le compte rendu de sortie/d'orientation lors de la sortie de l'établissement hospitalier/orientation vers un autre établissement
23. Copie du compte rendu de sortie/d'orientation remis aux patients lors de la sortie de l'établissement hospitalier.
24. Formulaires signés et horodatés par les patients, concernant leur participation à la planification et aux décisions relatives aux soins de santé qui les concernent.
25. Les dossiers médicaux du patient indiquent son implication dans la planification de sa sortie ou de son orientation vers un autre établissement hospitalier.
26. En cas de décès du patient, les preuves que l'annonce a été faite à la famille, les preuves de l'accompagnement dans la gestion de la douleur et la prise en compte des demandes d'ordre spirituel et culturel.
27. Des informations sur la sécurité des patients et la santé, notamment sur la manière de préserver et d'améliorer leur propre bien-être.
28. Documents relatifs aux programmes de sevrage tabagique, aux conseils pour la gestion du stress, aux recommandations en matière de régime alimentaire et d'exercice physique et de prise en charge de l'abus de substances psychoactives
29. Dossiers médicaux des patients.

Observation
30. Échantillon aléatoire de dossiers attestant du rôle du pharmacien clinique dans la mise en place d'un système de gestion des médicaments adéquat au sein de l'établissement hospitalier.
31. Échantillons aléatoires stratifiés des dossiers médicaux afin d'examiner les évaluations initiales et continues et la conformité aux procédures visant à réduire les risques d'escarres, de suicide, d'infection et de malnutrition.
32. Dossiers médicaux du personnel.
33. Dossiers médicaux issus de l'échantillonnage aléatoire afin d'évaluer la conformité aux procédures visant à assurer la lisibilité des ordonnances manuscrites.
34. Dossiers médicaux issus de l'échantillonnage aléatoire afin d'évaluer la conciliation médicamenteuse à l'admission.
35. Dossiers médicaux issus de l'échantillonnage aléatoire afin d'évaluer la conciliation médicamenteuse lors des transferts et/ou de la sortie de l'établissement hospitalier.
36. Échantillonnage aléatoire des dossiers médicaux clos en vue d'évaluer l'éducation des patients (ou des accompagnants) concernant la prise de médicaments après la sortie de l'établissement hospitalier
37. Registre sur les leçons tirées de l'analyse des erreurs médicamenteuses.
38. Système de gestion fonctionnel des informations et des dossiers médicaux informatisés, avec un système de sauvegarde adéquat.
39. Dossiers du personnel indiquant le suivi d'un programme de formation centré sur la sécurité des patients.

## 2.5.5. Guides d'entretien

La section concernant les entretiens propose des questions clés pour différents cas de figure. Les établissements hospitaliers étant différents, les entretiens évolueront également, d'autant que les intitulés de poste peuvent souvent être différents.

Dans les établissements hospitaliers de moindre capacité d'accueil, une personne peut assumer de nombreuses responsabilités et un ou deux comités peuvent couvrir un certain nombre de spécialités. Un modèle de rapport est également inclus.

### 2.5.5.1. Avec un cadre supérieur de la sécurité des patients

Tableau 27 : Entretien avec un cadre supérieur de la sécurité des patients

1. La sécurité des patients est-elle une priorité dans la stratégie de l'établissement hospitalier ? Sa mise en œuvre comporte-t-elle, un plan d'actions détaillé ?
2. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un cadre supérieur responsable de la sécurité des patients et chargé de sa mise en œuvre ?
3. L'établissement hospitalier a-t-il défini un budget annuel alloué aux activités liées à la sécurité des patients fondé sur un plan d'actions détaillé ?
4. La direction effectue-t-elle régulièrement des visites administratives pour promouvoir une culture de la sécurité des patients, identifier les risques que comporte le système, et saisir les opportunités d'amélioration de la sécurité des patients ?

5. L'établissement hospitalier suit-il un code d'éthique en ce qui concerne par exemple la recherche, la réanimation, le consentement libre et éclairé, la confidentialité, et les relations avec ce secteur d'activité ?
6. La direction évalue-t-elle régulièrement l'attitude du personnel vis-à-vis de la sécurité des patients ?
7. Le personnel médical qualifié, qu'il soit employé pour une durée indéterminée ou temporaire, est-il autorisé à exercer par un organisme compétent (inscription au tableau de l'ordre, à jour de leur cotisation) ?
8. Les étudiants et stagiaires effectuent-ils des travaux s'inscrivant dans leur domaine de compétences et sont supervisés de façon adéquate ?
9. L'établissement hospitalier dispose-t-il de procédures et des protocoles dans tous ses services ?

### 2.5.5.2. Avec la direction de l'établissement hospitalier

Tableau 28 : Entretien avec la direction de l'établissement hospitalier

1. La sécurité des patients est-elle une priorité stratégique ?
2. Y a-t-il des éléments indiquant l'existence d'un plan d'actions détaillé pour la sécurité des patients ?
3. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un cadre supérieur responsable de la sécurité des patients et chargé de sa mise en œuvre ?
4. L'établissement hospitalier a-t-il défini un budget annuel alloué aux activités liées à la sécurité des patients fondé sur un plan d'actions détaillé ?
5. L'établissement hospitalier organise-t-il régulièrement des visites effectuées par les responsables de la sécurité des patients ?
6. Si oui, à quelle fréquence ?
7. L'établissement hospitalier suit-il un code d'éthique en ce qui concerne par exemple la recherche, la réanimation, le consentement et la confidentialité ?
8. L'établissement hospitalier évalue-t-il régulièrement l'attitude/l'aptitude du personnel vis-à-vis de la sécurité des patients ?

### 2.5.5.3. Avec le responsable de la sécurité des patients

Tableau 29 : Entretien avec le responsable de la sécurité des patients

1. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un programme de la sécurité des patients et de gestion des risques actuellement mis en œuvre ?
2. Si oui, que comporte-t-il ?
○ Lutte contre les infections ?
○ Utilisation sans risque des médicaments ?
○ Sécurité de l'environnement de soins ?
○ Sécurité des pratiques cliniques ?
○ Sécurité des équipements ?
○ Gestion des urgences ?

3. Les activités du programme de sécurité des patients sont-elles coordonnées avec celles du service chargé de l'amélioration de la qualité ?
4. Comment intégrez-vous les différentes activités liées à la sécurité des patients ?
5. Quelles sont les axes du programme ?
6. Quel est votre rôle en tant que coordonnateur de la sécurité des patients et de la gestion des risques ?
7. Les incidents liés à la sécurité des patients sont-ils notifiés et analysés ?
8. Le système de notification relatif à la sécurité des patients garantit-il la confidentialité ?
9. Le système de notification relatif à la sécurité des patients minimise-t-il le blâme individuel ?
10. Facilite-t-il la notification ?
11. L'établissement hospitalier possède-t-il un organe interne actif chargé de la sécurité des patients qui analyse les événements indésirables prioritaires ?
12. Qui sont les parties prenantes qui interviennent au sein de l'organe interne chargé de la sécurité des patients ?
13. Quels outils l'organe interne chargé de la sécurité des patients utilise-t-il pour analyser et recommander des activités d'amélioration de la sécurité des patients ?
14. Actuellement, existe-t-il des projets/plans d'amélioration de la sécurité des patients ?
15. Si oui, quels sont les détails des projets/plans,
16. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un comité de revue de morbidité et mortalité ?
17. À quelle fréquence les membres du comité de revue de morbidité et mortalité se réunissent-ils ?
18. L'établissement hospitalier rédige-t-il des rapports sur les différentes activités relatives à la sécurité des patients et les diffuse-t-il ?
19. L'établissement dispose-t-il des objectifs mesurables relatifs à la sécurité des patients ?
20. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'une série d'indicateurs de résultat qui évaluent la performance avec un accent particulier sur la sécurité des patients, sous forme de tableau de bord pour la sécurité des patients ?
21. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'une série d'indicateurs de processus qui évaluent la performance avec un accent particulier sur la sécurité des patients sous forme de fiches de tableau de bord pour la sécurité des patients ?
22. L'établissement hospitalier envoie-t-il les fiches de conduite à tenir pour la sécurité des patients une fois par mois à l'organe national chargé de la supervision des établissements de santé (par exemple le ministère de la Santé) à des fins de comparaison avec d'autres établissements de santé ?
23. L'établissement hospitalier entreprend-il des actions en fonction des résultats des comparaisons, par le biais d'un plan d'action et de l'élaboration de projet/plan d'amélioration de la sécurité des patients ?

24. L'établissement hospitalier réalise-t-il des campagnes sur la sécurité des patients?
25. Comment l'établissement hospitalier fait-il participer sa communauté aux activités relatives à la sécurité des patients ?
26. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un système d'information structuré ?
27. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un médiateur de soins de santé pour annoncer les incidents ?
28. L'établissement hospitalier recueille-t-il des réactions/opinions formulées par les patients et leurs accompagnants ?
Si oui, quels outils sont utilisés ?
29. Enquêtes de satisfaction ?
Si oui, à quelle fréquence ?
30. Visites effectuées par la direction ?
Si oui, à quelle fréquence ?
31. Groupes de discussions ?
Si oui, à quelle fréquence ?
32. Lettres de réclamations ?
33. Ligne d'assistance téléphonique concernant la sécurité ?
34. Implication du personnel ?
35. Boîte à suggestions ?
36. Enquêtes au sein de la communauté ?
37. L'établissement hospitalier fait-il participer les patients et leurs accompagnants à la définition des politiques et à la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité, ainsi qu'aux activités relatives à la sécurité des patients ?
Si oui, de quelle manière ?
38. L'établissement hospitalier fournit-il un forum de discussion/une messagerie permettant aux patients et à leurs accompagnants d'exprimer leurs préoccupations et de partager leurs idées ?
39. L'établissement hospitalier offre-t-il un accès à des documents informatisés concernant la sécurité, l'éducation en santé et le bien-être des patients ?
40. L'établissement hospitalier réalise-t-il des études transversales afin d'évaluer l'ampleur et la nature des événements indésirables ?
Si oui, à quelle fréquence ?
41. L'organe interne chargé de la sécurité des patients approuve-t-il et surveille-t-il les études sur la sécurité des patients ?
42. L'établissement hospitalier réalise-t-il des études fondées sur l'examen rétrospectif des dossiers afin d'évaluer l'ampleur et la nature des événements indésirables ?

43. Si oui, à quelle fréquence ?
44. Le groupe de travail sur la sécurité des patients utilise-t-il des outils scientifiques, par exemple des outils d'analyse des causes profondes et d'amélioration, par exemple PDCA : plan, do, check and act ?
45. L'établissement hospitalier publie-t-il des rapports d'études internes comprenant des statistiques sur la fréquence des événements indésirables associés aux soins et communique-t-il des résultats permettant d'agir en interne et en externe ?
46. L'établissement hospitalier utilise-t-il des données et des études prospectives afin d'évaluer l'ampleur et la nature des événements indésirables ?

#### 2.5.5.4. Avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections

Tableau 30 : Entretien avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections

1.L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un programme de prévention et de contrôle des infections ?
2.L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un comité de prévention et de contrôle des infections ?
3.L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un organigramme des personnels impliqués dans la prévention et le contrôle des infections ?
4.L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un système de surveillance des infections nosocomiales ?
5.L'établissement hospitalier évalue-t-il la lutte contre les infections ?
6.Si oui, de quelle manière ?
7.L'établissement hospitalier se conforme-t-il à des lignes directrices reconnues pour la prévention et le contrôle des infections ?
8.L'établissement hospitalier met-il en œuvre des procédures et protocoles d'utilisation rationnelle des antibiotiques, afin de réduire la résistance bactérienne ?
9.L'établissement hospitalier assure-t-il une désinfection/stérilisation appropriées de tous les équipements, en mettant particulièrement l'accent sur les zones à haut risque ?
10.L'hôpital dispose-t-il d'un plan de travail annuel pour la lutte contre les infections et un budget est-il alloué à ce plan ?
11. 11. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'une stratégie d'information, d'éducation et de communication sur la lutte contre les infections destinée au personnel ?
12.L'établissement hospitalier applique-t-il des lignes directrices reconnues en ce qui concerne l'hygiène des mains ?
13.L'établissement hospitalier possède-t-il une liste des équipements et fournitures essentiels pour la lutte contre les infections ?
14.L'établissement hospitalier réalise-t-il des investigations sur les flambées épidémiologiques ?

15. L'établissement hospitalier prend-il des mesures pour protéger le personnel, les stagiaires et les visiteurs des infections nosocomiales, notamment par le biais de la vaccination contre l'hépatite B ?
16. Les patients susceptibles de transmettre des infections font-ils l'objet de procédures distinctes de celles des autres patients, en termes d'horaires et de lieux ?

### 2.5.5.5. Avec les patients

Tableau 31: Entretien avec les patients

1. Avez-vous reçu des informations sur la politique de l'établissement hospitalier en matière de droits des patients et des familles ?
2. La charte des droits des patients et des familles est-elle visible dans l'ensemble de l'établissement hospitalier ?
3. Les médecins qui vous soignent vous ont-ils donné des informations actualisées et complètes sur votre diagnostic, votre traitement ou votre pronostic ?
4. Avez-vous participé aux prises de décision concernant vos soins de santé ?
5. Avez-vous signé un formulaire de consentement avant toute intervention à risque ?
6. L'établissement hospitalier vous a-t-il formé, vous-même ou vos accompagnants, à prendre soin de vous après votre sortie ?
7. En tant que patient, avez-vous reçu des informations sur votre cas/diagnostic lors de votre sortie ?
8. Avez-vous reçu des informations sur vos médicaments ?
9. Le personnel de l'établissement hospitalier est-il attentif à vos besoins et bienveillant ?
10. L'établissement hospitalier propose-t-il des divertissements aux patients ?
11. En général, le personnel de l'établissement hospitalier vous a-t-il traité avec bienveillance et respect ?
12. En général, le personnel de l'établissement hospitalier était-il amical avec vous ?

### 2.5.5.6. Avec le responsable de la banque de sang

Tableau 32 : Entretien avec le responsable de la banque de sang

1. Comment l'établissement hospitalier applique-t-il les directives sur la sécurité transfusionnelle du sang et des produits sanguins ?
2. Comment l'établissement hospitalier s'assure-t-il que les échantillons sanguins des patients utilisés pour l'épreuve de compatibilité croisée sont identifiés de manière sûre à l'aide de deux identifiants uniques ?
3. L'établissement hospitalier dispose-t-il de procédures pré-transfusionnelles sûres, par exemple recrutement, sélection et rétention des donateurs de sang bénévoles, dépistage sanguin (par exemple VIH, VHB) ?
4. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'une procédure de prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) ?

### 2.5.5.7. Avec le responsable des dossiers médicaux

Tableau 33: Entretien avec le responsable des dossiers médicaux

1. Existe-t-il un identifiant et un dossier uniques pour chaque patient ?
2. L'établissement hospitalier dispose-t-il de procédures opérationnelles standardisées en ce qui concerne les dossiers médicaux ?
3. L'établissement hospitalier utilise-t-il des codes normalisés pour les maladies ?
4. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'une gestion automatisée des informations et de dossiers médicaux électroniques ?
5. L'établissement hospitalier possède-t-il un système d'alarme clinique automatisé efficace ?

### 2.5.5.8. Avec le responsable de la santé au travail et de la sécurité environnementale

Tableau 34 : Entretien avec le responsable de la santé au travail et de la sécurité environnementale

1. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un comité pluridisciplinaire chargé de la sécurité environnementale ?
2. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un plan préventif et correctif pour la sécurité des bâtiments ?
3. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un plan de sécurité ?
4. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un plan d'actions en cas de catastrophe externe ?
5. Si oui, à quelle fréquence fait-il l'objet d'un exercice de répétition ?
6. L'hôpital dispose-t-il d'un plan d'actions en cas de catastrophe interne ?
7. Si oui, à quelle fréquence fait-il l'objet d'un exercice de répétition ?
8. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un plan de sécurité incendie mettant particulièrement l'accent sur les zones à haut risque, telles que les laboratoires et les cuisines ?
9. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un éclairage et d'une alimentation électrique de secours dans les zones à haut risque (par exemple salle d'opération, unité de soins intensifs, banque de sang et système de gaz médicaux) et les ascenseurs ?
10. L'établissement hospitalier possède-t-il un plan efficace en ce qui concerne les réseaux, comprenant un plan de maintenance préventive et de secours en cas de panne ou d'interruption ?
11. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un plan de radioprotection ?
12. Comment l'établissement hospitalier assure-t-il la fourniture d'aliments et de boissons sains et appropriés aux patients, au personnel et aux visiteurs ?
13. L'établissement hospitalier applique-t-il une politique non-fumeur ?

### 2.5.5.9. Avec le Directeur ou responsable médical

Tableau 35 : Entretien avec le directeur ou responsable médical

1. La direction apporte-t-elle un soutien au personnel impliqué dans les incidents liés à la sécurité des patients, pour autant qu'il n'y ait ni faute intentionnelle, ni négligence ?
2. Quel processus de communication les médecins utilisent-ils pour transmettre les informations concernant les patients entre collègues ?
3. L'établissement hospitalier suit-il un code d'éthique, par exemple en ce qui concerne la recherche, la réanimation, le consentement libre et éclairé et la confidentialité ?

4. Selon vous, existe-t-il, à tous les niveaux de l'établissement hospitalier, une culture ouverte, non répressive, non culpabilisante, d'apprentissage et d'amélioration continue de la sécurité des patients ?
5. La direction évalue-t-elle régulièrement les attitudes du personnel à l'égard de la culture de sécurité des patients ?
6. L'établissement hospitalier s'assure-t-il que le personnel reçoit une formation appropriée sur les équipements disponibles ?
7. Tous les patients sont-ils identifiés et vérifiés à l'aide d'au moins deux identifiants incluant leur nom complet et leur date de naissance ?
8. L'établissement hospitalier se conforme-t-il à des lignes directrices de pratique clinique, y compris les lignes directrices de l'OMS, lorsqu'il en existe ? Pouvez-vous fournir des exemples de ces lignes directrices dans votre domaine d'expertise ?
9. Existe-t-il des éléments attestant que l'établissement hospitalier veille à ce que les procédures diagnostiques invasives soient réalisées de manière sûre, en conformité avec les lignes directrices standards ?
10. L'établissement hospitalier applique-t-il des lignes directrices pour réduire les cas de thrombo-embolie veineux ?
11. Dans le cadre de votre activité, examinez-vous couramment les patients afin d'identifier ceux qui sont vulnérables (par exemple chutes, escarres, suicide, malnutrition ou infections) ?
12. L'établissement hospitalier tient-il une liste d'abréviations de termes médicaux approuvés ?
13. L'établissement hospitalier réduit-t-il le plus possible la communication verbale et téléphonique des ordonnances et des résultats et lorsque la communication verbale est indispensable, les ordonnances et les résultats sont-ils « répétés » par le destinataire ?
14. L'établissement hospitalier dispose-t-il de canaux de communication clairement définis pour les résultats critiques, urgents ou essentiels ?
15. L'établissement hospitalier a-t-il mis en place des systèmes pour assurer une communication sûre aux patients et aux prestataires de soins des résultats d'analyse en attente après la sortie ?
16. L'établissement hospitalier a-t-il mis en place des systèmes pour assurer une passation exhaustive et sécurisée des informations concernant les patients entre les équipes ?
17. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un comité local chargé des lignes directrices qui se réunit régulièrement pour sélectionner, élaborer et mettre en œuvre des lignes directrices, protocoles et listes de contrôle ayant trait à la sécurité ?

### 2.5.5.10. Avec le responsable des soins infirmiers

Tableau 36 : Entretien avec le directeur ou responsable des soins infirmiers

1. La direction apporte-t-elle un soutien au personnel impliqué dans les incidents en lien avec la sécurité des patients, pour autant qu'il n'y ait ni faute intentionnelle, ni négligence ?
2. Quel processus de communication les infirmiers utilisent-ils au moment de la transmission des informations lors de la relève du personnel ?
3. Selon vous, existe-t-il, à tous les niveaux de l'établissement hospitalier, une culture ouverte, non répressive, non culpabilisante, d'apprentissage et d'amélioration continue de la sécurité des patients ?
4. La direction évalue-t-elle régulièrement les attitudes du personnel à l'égard de la culture de sécurité des patients ?
5. L'établissement hospitalier entreprend-il régulièrement des travaux de maintenance préventive pour l'équipement, notamment en ce qui concerne l'étalonnage ?
6. L'établissement hospitalier répare-t-il ou remplace-t-il régulièrement les équipements endommagés (défectueux) ?

7. L'établissement hospitalier s'assure-t-il que le personnel reçoit une formation appropriée sur les équipements disponibles ?
8. L'établissement hospitalier s'assure-t-il que tous les dispositifs médicaux réutilisables sont correctement stérilisés avant utilisation ?
9. L'établissement hospitalier dispose-t-il de fournitures en quantité suffisante pour assurer une désinfection et une stérilisation rapides ?
10. Tous les patients sont-ils identifiés et vérifiés à l'aide d'au moins deux identifiants incluant leur nom complet et leur date de naissance ?
11. Un système a-t-il été mis en place pour identifier les allergies, par exemple par un système de code couleur ?
12. Prenez-vous en considération les avis des patients et de leurs accompagnants durant tous les processus de soins ?
13. La direction de l'établissement hospitalier vous donne-t-elle des instructions en vue d'offrir un soutien aux familles des patients et à leurs accompagnants dans les cas de fin de vie ?
14. Des systèmes ont-ils été mis en place pour assurer la sécurité des injections par le biais des pratiques suivantes :
o Empêcher la réutilisation des aiguilles ?
o Éduquer les patients et les familles en ce qui concerne la transmission des agents pathogènes véhiculés par le sang ?
o Assurer l'élimination sans risque des seringues, par exemple ne pas replacer le capuchon sur les aiguilles et utiliser des conteneurs de sécurité ?
o Assurer la préparation de la peau (asepsie) avant de pratiquer les injections, perfusions et vaccinations ?
o Mettre en œuvre des lignes directrices relatives aux réactions anaphylactiques qui pourraient survenir à la suite d'une injection, d'une perfusion ou d'une vaccination ?
15. Vous a-t-on proposé de suivre un programme d'orientation sur la sécurité des patients ?
16. Existe-t-il une formation permanente de l'ensemble du personnel afin d'assurer la sécurité des soins dispensés aux patients ?
17. Connaissez-vous la procédure de notification et les mesures à prendre pendant ou après un événement indésirable ?
18. Certains équipements sont-ils endommagés ?
19. Avez-vous déjà été confronté à des retards dans le traitement des patients en raison du mauvais fonctionnement de certains équipements ?
20. Que se passe-t-il si un équipement est endommagé ou fonctionne mal ?
21. Avez-vous été formé à l'utilisation, à la désinfection et à la stérilisation appropriées des équipements ?
22. Avez-vous informé les patients sur la politique de l'établissement hospitalier en matière de droits des patients et des familles ?

### 2.5.5.11. Avec le responsable du développement professionnel du personnel

Tableau 37 : Entretien avec le responsable du développement professionnel du personnel

1. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un programme d'orientation sur la sécurité des patients ?
2. L'établissement hospitalier dispose-t-il d'un programme de développement professionnel du personnel avec pour thème principal, la sécurité des patients ?
Si oui, que comporte-t-il ?

3. L'ensemble du personnel connaît-il la procédure de notification et les mesures à prendre pendant ou après un événement indésirable ?
4. Le comité du personnel médical contrôle-t-il les compétences (qualifications) de tous les professionnels de la santé travaillant dans l'établissement hospitalier ?
5. L'établissement hospitalier vérifie-t-il les compétences de tous les professionnels de la santé par l'intermédiaire d'un comité interne d'accréditation médicale ou de la validation obligatoire de l'accréditation des professionnels de santé en vigueur au Bénin ?
6. Si oui, des éléments l'attestent-ils ?

### 2.5.5.12. Avec le responsable de la gestion des déchets

Tableau 38 : Entretien avec le responsable de la gestion des déchets

1. Combien d'agents travaillent à la gestion des déchets médicaux ?
2. Ont-ils reçu une formation adéquate ?
3. Le personnel connaît-il les risques liés à la manipulation des déchets médicaux ?
4. L'établissement hospitalier vaccine-t-il son personnel contre l'hépatite B et d'autres maladies infectieuses ?
5. L'établissement hospitalier trie-t-il ses déchets ?
6. L'établissement hospitalier utilise-t-il un code couleur pour le système de tri des déchets ?
7. Quel équipement de protection individuelle le personnel utilise-t-il pour manipuler les déchets ?
8. Disposez-vous de conteneurs spéciaux pour les déchets infectieux ?
9. Disposez-vous des conteneurs spéciaux pour les déchets « piquants ou tranchants » ?
10. La zone de stockage des déchets est-elle sécurisée ?
11. Les déchets médicaux sont-ils collectés et transportés de manière sécurisée ?
12. Comment les déchets médicaux sont-ils traités ?
13. L'établissement hospitalier se conforme-t-il aux lignes directrices sur la gestion des déchets et celles d'activité de soins à risque infectieux ?
14. L'établissement hospitalier se conforme-t-il aux lignes directrices sur la gestion des déchets « piquants ou coupants » ?
15. L'établissement hospitalier se conforme-t-il aux lignes directrices sur la gestion des déchets chimiques ?
16. L'établissement hospitalier se conforme-t-il aux lignes directrices sur la gestion des déchets radiologiques ?
17. Où se trouve le site final d'élimination des déchets médicaux ?
18. Combien de cas de piqûres accidentelles ont été signalés au cours des six derniers mois ?
19. Quelles mesures l'établissement hospitalier prend-il lorsqu'une piqûre accidentelle est notifiée ?

## 2.6. PROPOSITION DE PROGRAMME D'ÉVALUATION

---

Le programme d'évaluation proposé est conçu pour les établissements hospitaliers publics et privés (hôpitaux publics, hôpitaux privés, cliniques, et autres structures de santé équivalentes). Ces établissements hospitaliers offrent plusieurs types de soins à leurs clients et surtout offrent des lits d'hospitalisation.

Le programme d'évaluation varie selon les établissements et dépendra des services hospitaliers fournis et du nombre d'évaluateurs sur place. Il doit y avoir au moins deux évaluateurs pour s'accorder après concertation, sur les cotations et le résultat final complété par des recommandations. L'évaluation ne doit pas excéder 4 jours.

Certains établissements peuvent être évalués en une journée. Pour d'autres, il peut être nécessaire d'étendre l'évaluation sur trois jours, même s'il est probable que la majorité des évaluations se déroule sur deux jours.

Le but de l'évaluation sur site est de permettre aux évaluateurs d'obtenir des informations permettant de mesurer la conformité de l'établissement aux exigences applicables pour la sécurité des patients dans un établissement hospitalier.

Dans cet exercice, les évaluateurs doivent inlassablement se poser les trois (3) questions suivantes :

Les patients sont-ils en sécurité ?

Comment puis-je, en tant qu'expert en sécurité des patients, aider cet établissement à atténuer les problèmes de sécurité ?

Et surtout : y a-t-il un problème de sécurité qui justifie une intervention directe avant mon départ ?

Tableau 39 : Proposition d'un agenda pour l'évaluation

1ère journée			
HORAIRES	ACTIVITÉ	DOMAINE/SERVICE	PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER
8 h 00 - 8 h 15	Présentation succincte du dispositif pour la sécurité des patients dans l'établissement hospitalier	Salle de réunion	Direction de l'établissement hospitalier (p. ex. directeur de l'établissement hospitalier, chefs de service)
8 h 15 - 8 h 45	Présentation générale de l'établissement hospitalier (à l'aide du modèle de présentation de l'établissement hospitalier sous forme abrégée) Directeur de l'établissement hospitalier et hauts responsables de la sécurité des patients (la direction de l'établissement hospitalier informe les évaluateurs de la capacité d'accueil et des services hospitaliers disponibles)	Salle de réunion	Direction de l'établissement hospitalier
08 h 45 - 12 h 00	Brève visite de l'établissement hospitalier pour permettre à l'équipe des évaluateurs de se familiariser avec les lieux		Un ou deux membres de l'établissement hospitalier pour accompagner l'équipe des évaluateurs
12 h 00 - 12 h 30	Examen des documents (tous les documents doivent être rassemblés dans une salle pour que les évaluateurs puissent les examiner)	Salle de réunion	Un membre du personnel hospitalier du service de sécurité des patients doit être à la disposition de l'équipe des évaluateurs
12 h 30 - 13 h 15	Déjeuner		
13 h 15 - 14 h 00	<b>Evaluateurs 1 et 2</b> Entretien avec la direction de l'établissement hospitalier axé sur le domaine A	Salle de réunion	Tous les membres de l'équipe de direction de l'établissement hospitalier (infirmière générale, administrateur principal, directeur médical) qui peuvent répondre aux questions concernant le domaine A

1ère journée			
HORAIRES	ACTIVITÉ	DOMAINE/SERVICE	PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER
15 h 00 - 15 h 45	<b>Evaluateur 1</b> Visite de sécurité de l'hôpital axée sur le domaine D	<b>Evaluateur 2</b> Entretien avec le responsable de la sécurité des patients et le représentant de la communauté axé sur le domaine B	
15 h 45 - 16 h 30	Réunion de l'équipe des évaluateurs en vue d'identifier les problèmes et toute clarification nécessaire	Salle de réunion	Pas de personnel hospitalier
2e journée			
HORAIRES	ACTIVITÉ	DOMAINE/SERVICE	PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER
8h 00 - 10h 30 Visites de services concernés par les entretiens à réaliser	<b>Evaluateur 1</b> Service des urgences Entretien avec le pharmacien en chef Laboratoire Service de chirurgie et patient Service de pédiatrie et parent	<b>Evaluateur r 2</b> Service du traitement des brûlures Radiologie Entretien avec le responsable de la banque de sang Service de gynécologie et patient Zone de stockage des déchets	1 membre de l'établissement hospitalier, responsable de la sécurité des patients ou de la qualité avec chaque évaluateur
10h 30 - 11h 00	Pause : possibilité pour les enquêteurs de demander des documents supplémentaires		
11h 00 - 12h 15 Entretiens simultanés, deux salles de réunion requises	<b>Entretiens avec l'évaluateur 1</b> 1. Responsable de la lutte contre les infections 2. Directeur des soins infirmiers 3. Directeur médical	<b>Entretiens avec l'évaluateur 2</b> 1. Responsables de la sécurité des patients et de la qualité 2. Professionnel de santé au travail 3. Responsable du développement professionnel	
12h 15 - 13h 15	<b>L'évaluateur 1 et 2</b> Entretien avec des équipes cliniques multidisciplinaires axé sur le domaine C	Salle de réunion	Il peut s'agir d'un médecin, d'une infirmière, d'un ergothérapeute, d'un physiothérapeute, d'un pharmacien, d'agents du service de contrôle des infections, d'une banque du sang, d'un laboratoire, ou d'un directeur médical L'équipe clinique multidisciplinaire dépendra des services fournis par

2e journée			
HORAIRES	ACTIVITÉ	DOMAINE/SERVICE	PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER
			l'établissement hospitalier
13h 15 - 14h 15 Déjeuner	Réunion de l'équipe des évaluateurs (identification des lacunes pour l'évaluation et les clarifications)	Salle de réunion	Pas de personnel hospitalier
14h 15 - 16h 00 Visites de services associant des entretiens	<b>Evaluateur 1</b> Bloc opératoire : service central de stérilisation Cuisine et diététicien Entretien avec le directeur des ressources humaines Responsable du service de physiothérapie	<b>Evaluateur 2</b> Unité de soins intensifs pour adultes Blanchisserie Dossiers médicaux et gestionnaire Laboratoire et le responsable	1 membre de l'établissement hospitalier, responsable de la sécurité des patients ou de la qualité avec chaque évaluateur
16h 00 - 16h 30	Réunion des évaluateurs pour identifier les problèmes apparus lors de la 1ère journée	Salle de réunion	Pas de personnel hospitalier

3e journée			
HORAIRES	ACTIVITÉ	DOMAINE/SERVICE	PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER
8h 00 - 09h 00	<b>Evaluateurs 1 et 2</b> Entretien avec l'équipe de sécurité environnementale axé sur le domaine D	Salle de réunion	Les membres peuvent être : ingénieur, responsable de la sécurité incendie, responsable de la lutte contre les infections, responsable de la gestion des déchets, responsable de la sécurité des patients, responsable de la maintenance, responsable des achats.
10h 00 - 11h 00	Possibilité pour les évaluateurs de demander des entretiens finaux, des visites ou des documents		1 membre de l'établissement hospitalier, responsable de la sécurité des patients ou de la qualité avec chaque évaluateur
11h 00 - 13h 00 Déjeuner	Réunion des évaluateurs pour décider des notes de l'ensemble des critères "non réalisés" et des recommandations en vue d'un échange avec la direction générale	Salle de réunion	Pas de personnel hospitalier

<b>13h 00 - 13h 30</b>	Échanges avec la direction de l'établissement hospitalier sur les conclusions et les recommandations	Salle de réunion	Direction de l'établissement hospitalier (par exemple directeur de l'établissement hospitalier, membres du comité d'orientation, coordonnateurs de l'évaluation)
<b>13h 30 - 14h 00</b>	Échanges avec le personnel de l'établissement hospitalier sur les conclusions et les recommandations		
<b>14h 00 - 17h 00</b>	Les évaluateurs doivent se mettre d'accord sur toutes les notes obtenues en vue de déterminer le classement obtenu par l'établissement hospitalier avant la conclusion de l'évaluation Remise du rapport dans les deux semaines suivant l'évaluation		

## 2.7. MODELE DE RAPPORT

---

### 2.7.1. Résumé d'orientation

#### 2.7.1.1. Objectif

Procéder à une évaluation externe de (nom de l'établissement hospitalier)  
.....  
.....,  
par rapport au référentiel pour la sécurité des patients en établissement hospitalier  
élaboré par l'Autorité de Régulation du secteur de la santé.

#### 2.7.1.2. Offre de services

(nom ..... de ..... l'établissement  
hospitalier).....  
....., est un  
établissement hospitalier (rayez la mention inutile) PUBLIC/PRIVÉ situé à (nom de la  
ville)..... Il fournit des  
services de soins de santé dédiés aux établissements hospitaliers et a une capacité  
de (nombre de lits) ..... lits.

L'établissement hospitalier offre un large éventail de services chirurgicaux et médicaux  
en hospitalisation et en ambulatoire.

#### 2.7.1.3. Méthodologie

**LE RÉFÉRENTIEL POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS** en établissement  
hospitalier comprend 134 critères répartis comme suit : **25 ESSENTIELS, 94  
FONDAMENTAUX ET 15 AVANCES. LES 134 CRITERES DE SECURITE DES  
PATIENTS SONT ORGANISES EN CINQ DOMAINES :**

A. Direction et gestion

- B. Implication des patients et du public
- C. Sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles
- D. Sûreté de l'environnement
- E. Apprentissage continu.

L'évaluation des établissements hospitaliers est un processus qui débute par une auto-évaluation. Cette auto-évaluation réalisée par des évaluateurs internes, permet d'identifier les lacunes et d'établir des priorités dans les domaines à améliorer à travers un plan d'amélioration.

Une équipe d'experts externes se rend dans l'établissement hospitalier pour évaluer le respect des 134 critères. Cette évaluation externe implique plusieurs approches qui sont croisées pour obtenir les résultats. Il s'agit pour les évaluateurs externes, d'examiner des documents, de réaliser des entretiens et d'observer l'environnement et les soins à l'occasion de visites effectuées dans les principaux services de l'établissement hospitalier.

En raison de la taille de ....., une équipe de ..... évaluateurs externes a réalisé l'évaluation du dispositif pour la sécurité des patients pendant ..... jours, du ..... au .....

#### 2.7.1.4. Résultats

(nom de l'établissement hospitalier).....  
 ..... a atteint un niveau de conformité

de (pourcentage) ..... par rapport aux critères essentiels. Ceux-ci ont été évalués sur la base de (Nombre de critères évalués) ..... des 25 critères essentiels, car (nombre de critères non applicable) ..... ont été jugés non applicables par l'équipe des évaluateurs.

de (pourcentage) .....par rapport aux critères fondamentaux. Ceux-ci ont été évalués sur la base de (Nombre de critères évalués) ..... des 94 critères fondamentaux, car (nombre de critères non applicable) .....ont été jugés non applicables par l'équipe des évaluateurs.

de (pourcentage) .....par rapport aux critères avancés. Ceux-ci ont été évalués sur la base de (Nombre de critères évalués) ..... des 15 critères avancés, car (nombre de critères non applicable) .....ont été jugés non applicables par l'équipe des évaluateurs.

Parmi les cinq domaines, le domaine .....  
.....a obtenu le score le plus élevé, avec un total de ..... % (score en pourcentage). Le domaine .....est deuxième avec .....%, suivi du domaine .....à.....%. Le domaine .....a obtenu la quatrième note de .....% et le domaine ..... la cinquième note de.....%. Le taux de conformité global pour les critères essentiels, fondamentaux et avancés des cinq domaines est de..... %.

#### 2.7.1.5. Conclusions

Etant donné que l'établissement hospitalier satisfait à .....% aux critères essentiel, .....% aux critères fondamentaux et ..... % aux critères avancés, (nom de l'établissement hospitalier) ..... se voit attribuer le niveau .....de conformité aux normes pour la sécurité des patients dans un établissement hospitalier élaboré par l'Autorité de Régulation du secteur de la santé.

## 2.7.2. Introduction au dispositif pour la sécurité des patients

Présentation de (nom de l'établissement hospitalier)  
.....  
.....

## 2.7.3. Méthodologie d'évaluation

Pour (nom de l'établissement hospitalier) .....  
.....

Sur la base du Manuel d'évaluation pour la sécurité des patients élaboré par l'A.R.S, la méthodologie d'évaluation suivante a été appliquée au sein de (nom de l'établissement hospitalier).....  
.....

Une équipe d'évaluation externe a été sur place pendant deux jours (dates).....

Nom, prénoms et établissement ou structure d'origine, ville .....  
.....  
.....

Nom, prénoms et établissement ou structure d'origine, ville .....  
.....  
.....

Nom, prénoms et établissement ou structure d'origine, ville .....  
.....  
.....

L'évaluation a porté sur l'examen des documents, des entretiens avec les principales parties prenantes et des visites d'observation dans les principaux services. La direction et le personnel du (nom de l'établissement hospitalier) ..... doivent être félicités pour la qualité de l'accueil, l'ouverture d'esprit et l'attitude dynamique dont ils ont fait preuve au cours de l'évaluation. Il est à noter que les documents requis étaient clairement indexés et facilement accessibles.

#### **2.7.4. Résultats**

##### **Domaine A : Normes relatives à l'Administration et la direction**

Points forts

Opportunités d'amélioration

##### **Domaine B : Normes relatives à l'implication des patients et du public**

Points forts

Opportunités d'amélioration

##### **Domaine C : Normes relatives à la sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles**

Points forts

Opportunités d'amélioration

##### **Domaine D : Normes relatives à sûreté de l'environnement**

Points forts

Opportunités d'amélioration

## **Domaine E : Normes d'apprentissage continu**

Points forts

Opportunités d'amélioration

### **2.7.5. Conclusions**

### **2.7.6. Recommandations**

- Court terme
- Moyen terme
- Long terme

# **LIVRE 3**

Contrôle de la sécurité des  
patients dans les établissements  
hospitaliers

Le livre 3 relatif au contrôle de la sécurité des patients est structuré en sept parties que sont : (1) principes du contrôle, (2) cibles du contrôle, (3) but du contrôle, (4) cadre global du contrôle, (5) procédure du contrôle, (6) outils de contrôle, (7) fiches techniques.

### **3.1. PRINCIPES DU CONTRÔLE**

---

Le contrôle de l'établissement hospitalier en matière de respect des critères pour la sécurité des patients est une appréciation plus légère et plus rapide que l'évaluation. Il vise à faire installer dans le système la nécessité d'une amélioration continue en raison de l'éventualité d'un contrôle inopiné par la CCI-SPSM pour mesurer le respect des critères.

Le contrôle est une appréciation systématique d'une partie des critères au cours de la même visite. Les critères appréciés peuvent changer à chaque contrôle selon la thématique planifiée ou le plan d'amélioration de l'établissement contrôlé. Ce contrôle se déroule habituellement en deux jours, il dure rarement trois jours.

Le contrôle permet aussi d'apprécier à date, la mise en œuvre du plan d'amélioration et d'adresser à l'établissement hospitalier des recommandations pour suivre la mise en œuvre des actions d'amélioration.

A l'issue de chaque contrôle, le score obtenu par l'établissement hospitalier est calculé. Ce score ne vaut que pour les critères appréciés, il est comparé à ceux des contrôles précédents. Le score peut aussi être comparé avec d'autres établissements hospitaliers, s'ils ont été contrôlés sur les mêmes critères.

Le contrôle est systématique une fois par an ; il peut être répété au cours d'une même année sans limitation.

Le premier contrôle des établissements hospitaliers est programmé pour juillet 2024.

## 3.2. CIBLES DU CONTRÔLE

---

Les cibles concernées par le contrôle sont :

- les établissements hospitaliers
- les usagers des établissements hospitaliers et le public
- le plateau technique des établissements hospitaliers et les documents.

## 3.3. BUT DU CONTRÔLE

---

Approche plus légère et plus réactive que l'évaluation, le contrôle, est très utile dans notre contexte socio-culturel dépourvu de la culture de sécurité des soins.

Le contrôle s'intercale entre deux évaluations qui sont programmées tous les 3 ans. Le contrôle qui peut être réalisé plusieurs fois par an maintient un environnement contraignant pour les établissements hospitaliers et les incite à rester dans la dynamique de l'amélioration continue de la qualité des soins et la sécurité des patients.

Aussi, le contrôle permet-il d'accompagner les établissements dans le suivi de la mise en œuvre de leur plan d'amélioration de la qualité à la faveur de l'espace d'échange formel généré par la mission de contrôle.

## 3.4. CADRE GLOBAL DU CONTRÔLE

---

Le cadre global du contrôle des établissements hospitaliers, privés ou publics, sur l'ensemble du territoire national comprend : les acteurs impliqués à différents niveaux, les normes avec leurs déclinaisons en critères comme précisé dans le dispositif global pour la sécurité des patients (livre 1).

### 3.4.1. Organes de contrôle

Les organes de contrôle de la sécurité des patients sont :

- le Ministère de la Santé : il assure le contrôle au quotidien du bon déroulement des services offerts et dans le respect de la sécurité des patients ;
- l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé (A.R.S) à travers la Cellule de contrôle et d'inspection des structures de prestations des soins médicaux (CCI-SPSM) contribue au contrôle par ses missions d'inspection systématique, par ses missions d'investigations et par ses missions spécifiques dédiées au contrôle de la sécurité des patients. Le Collège de l'A.R.S précise le cadre du contrôle et veille à son bon déroulement.

### **3.4.2. Profil des contrôleurs inspecteurs de l'A.R.S**

La sélection des contrôleurs inspecteurs de l'A.R.S se fait selon les critères suivants :

- être Médecin, Spécialiste en Management de la Qualité ;
- avoir des connaissances et une bonne compréhension du système de santé du Bénin
- avoir des connaissances en matière de normes de sécurité des patients dans les établissements de santé et de la méthodologie de l'enquête ;
- avoir au minimum dix ans d'expérience professionnelle en matière d'évaluation des établissements de santé ;
- avoir une sensibilité culturelle et une bonne compréhension de la diversité culturelle, religieuse et démographique ;
- faire preuve de professionnalisme : respect de normes, éthique personnelle élevée, priorité pour la sécurité des patients, respect de la confidentialité, impartialité et objectivité, enthousiasme, motivation et engagement ;
- disposer de compétences interpersonnelles et relationnelles : aptitude à travailler en équipe, travail constructif et respect des points de vue et de la contribution des autres, interactions efficaces avec les confrères et les patients, communication efficace et courtoise ;

Le recrutement des contrôleurs / inspecteurs est réalisé par l'A.R.S.

Il fait appel à des experts externes à l'A.R.S en cas de nécessité, pour soutenir l'équipe constituée à cette fin.

### **3.4.3. Quand réaliser les contrôles**

Le contrôle des établissements de santé est déclenché selon plusieurs modalités :

- mission systématique de contrôle, habituellement planifiée par l'A.R.S ;
- mesure du niveau de déploiement du dispositif pour la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers ;
- mesure du niveau de mise en œuvre du plan de résolution dans les établissements hospitaliers ;
- mission d'investigation, motivée et à la demande du Ministre de la Santé ou du Président de l'A.R.S.

## **3.5. PROCÉDURE DE CONTRÔLE PAR L'A.R.S**

---

La procédure de contrôle comporte quatre phases : (1) la phase préparatoire ; (2) la phase de réalisation du contrôle ; (3) la phase d'analyse, de cotation et des recommandations ; (4) la phase de suivi.

### **3.5.1. Phase préparatoire**

Elle comporte la planification, l'obtention d'un ordre de mission, la formalisation d'un contrat avec les experts, l'élaboration des termes de référence de la mission de contrôle.

Le contrôle peut être ou non annoncé à l'établissement hospitalier.

### **3.5.2. Phase de réalisation du contrôle**

Le but de la phase de réalisation du contrôle est de recueillir les données permettant de définir le score de performance de l'établissement hospitalier (EH). Elle comporte la rencontre des responsables administratifs de l'EH pour un bref entretien de présentation de l'équipe de contrôleurs puis aux responsables du secteur ou de la thématique à

contrôler et le rappel des objectifs de la visite, l'accès aux zones d'activités médicales concernées par le contrôle avec présentation à l'équipe en place, la visite avec renseignement des fiches techniques : le remplissage des fiches doit être exhaustif (fiches et rubriques des fiches) sans rature ni surcharge. Chaque critère appliqué donne lieu à une seule réponse soit oui soit non. Le nombre de critères mesurés par une fiche n'est pas modifiable ni par le contrôleur, ni au cours du débriefing des résultats (restitution orale à mi-parcours est fait en fin de visite). En général, les contrôles ne donnent pas lieu à une diffusion externe.

### **3.5.3. Phase d'analyse, de cotation et des recommandations.**

Les contrôleurs retournent au siège de l'A.R.S pour rédiger le rapport après avoir procédé à l'analyse des données recueillies, le calcul du score de cotation. L'élaboration des recommandations précise la date limite de transmission du plan d'amélioration par l'établissement contrôlé au Président de l'A.R.S.

### **3.5.4. Phase de suivi.**

Elle consiste à s'assurer que le plan d'amélioration a été effectivement transmis par l'EH. La validation de ce plan en est la deuxième étape après vérification de sa cohérence, de son réalisme dans le chronogramme. Le plan d'amélioration devra, pendant la durée de son exécution, garantir la préservation d'une offre de qualité et la sécurité des patients. Enfin, elle nécessite une visite sur site pour attester du niveau de réduction des écarts à une date convenue avec l'EH.

## **3.6. OUTILS DE CONTRÔLE**

---

### **3.6.1. Généralités**

Cette partie du document a pour objet d'aider l'établissement hospitalier, l'accompagnateur d'établissement et l'équipe des contrôleurs à exécuter chacun, sa mission.

L'utilisation des outils de contrôle, essentiellement les fiches techniques est simple. Chaque fiche est accompagnée de recommandations contenues dans un guide pour permettre un usage optimal, améliorant ainsi la qualité du contrôle et facilitant sa répétabilité et sa reproductibilité. Il est de la responsabilité de l'établissement hospitalier d'être transparent et de fournir les documents et données utiles qui valident le respect du critère contrôlé.

Il est du devoir de l'accompagnateur d'orienter les activités d'accompagnement de manière à imprimer dans l'établissement hospitalier le mode opératoire de l'amélioration continue et de l'élaboration des documents attendus pour le contrôle.

Il incombe à l'équipe des contrôleurs de croiser autant de données probantes qu'il est nécessaire pour contrôler équitablement et uniformément chaque critère. A ce titre, l'observation et l'entretien sont les deux autres outils à utiliser pour collecter le maximum d'informations permettant une bonne triangulation indispensable à un bon contrôle.

### **3.6.2. Guides d'utilisation**

Un guide accompagne chaque fiche technique de contrôle de la conformité aux critères de sécurité des patients.

La démarche d'élaboration des critères constituant les fiches techniques ne vise pas à être exhaustive pour l'ensemble des aspects, mais à se focaliser sur les points les plus susceptibles d'influer sur la sécurité des soins et des personnes (patient et professionnel de santé).

Les éléments pris en compte par ces fiches sont :

- les infrastructures/locaux ;
- les équipements et matériels ;
- les ressources humaines ;
- l'organisation des soins, pour garantir la sécurité des patients et le système documentaire.

Une échelle binaire est utilisée pour attribuer le score au terme du contrôle des critères pour la sécurité des patients. Si le critère est respecté, la réponse est « OUI » et le point attribué est « 1 » ; si le critère n'est pas respecté, la réponse est « NON » et le point attribué est « 0 ». Si le critère

n'est pas pertinent, par exemple, en cas d'absence du service concerné dans l'offre de l'EH, il sera répondu « NA », Non Applicable et aucun point n'est attribué.

Le score final de conformité, est la somme des scores déterminés pour chaque catégorie de critères. Le score est calculé en pourcentage du niveau de respect du critère ainsi qu'il suit : nombre total de « OUI » / (nombre total de critères réellement contrôlés) x 100.

### 3.7. FICHES TECHNIQUES

---

Quatorze (14) fiches intitulées « **fiches techniques de contrôle de la sécurité dans les établissements de santé du Bénin** » élaborées par l'A.R.S sont utilisées depuis plusieurs mois pour contrôler certaines situations à risque majeur. Ces fiches méritent d'être revisitées pour les aligner sur les critères du dispositif pour la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers.

La liste de fiches déjà utilisées pour le contrôle est la suivante :

1. Gynécologie et obstétrique
2. Maternité
3. Chariot d'urgence
4. Néonatalogie
5. Anesthésie et salle de réveil
6. Bloc opératoire
7. Hémodialyse
8. Réanimation et soins intensifs
9. Stérilisation
10. Utilisation des produits sanguins labiles et hémovigilance
11. Urgences médico-chirurgicales
12. Laboratoire d'analyses biomédicales
13. Service d'imagerie médicale
14. Pharmacies à usage intérieur

### 3.7.1. En gynécologie et obstétrique

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

DATE :

DÉPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :

PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL ou ASSOCIATIF :

ÉQUIPE DE CONTRÔLE :

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	Oui / Non	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>			
1.	Energie électrique continue (SBEE et groupe électrogène de secours automatique fonctionnel)		
2.	Eau potable + réserve		
3.	Confort thermique des salles du service		
4.	Propreté des salles non encombrées		
5.	Un hall ou une salle d'attente		
6.	Au moins une salle de consultation		
<b>Si bloc : se référer à la fiche technique de contrôle bloc opératoire et anesthésie</b>			
<b>Si soins intensifs/réa : se référer à la fiche technique de contrôle soins intensifs/Réa</b>			
<b>Si soins intensifs néonatalogie : se référer à la fiche technique de contrôle néonatalogie</b>			
7.	Une salle d'échographie pelvienne et obstétricale		
8.	Une salle d'accueil des urgences obstétricales		
9.	Une salle de dilatation/ accouchement avec un espace suffisant autour de chaque lit ou table d'accouchement		
10.	Séparation entre lits d'examen ou tables d'accouchement (cloison, paravent...)		
11.	Accès sécurisés et restreints de la salle d'accouchement aux personnes autorisées		
12.	Toilettes du personnel distinctes des toilettes patientes		
13.	Poste de lavage des mains par salle de soins		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	Oui / Non	OBSERVATIONS
14.	Salles d'hospitalisation distinctes pour les suites de couches, les grossesses pathologiques et les opérées		
15.	Une paillote ou un abri famille pour les accompagnants		
16.	Zone de stockage sécurisé des dossiers médicaux		
17.	Zone technique et logistique (rangement du matériel lourd, lingerie)		
18.	Vidoir en salle d'accouchement		
19.	Issues de secours identifiées		
20.	Extincteurs avec personnel formé à son utilisation		
<b>ÉQUIPEMENTS ET MATÉRIELS</b>			
21.	Des tables d'examen gynécologique à position variable en consultation		
22.	Lits ou tables d'accouchement aux normes		
23.	Matelas de lit recouvert d'une toile lessivable en bon état		
24.	Matériels d'examen clinique dans chaque secteur d'activité (bloc obstétrical, consultation, PF, hospitalisation) (cf liste)		
25.	Matériels pour la salle d'accouchement (cf liste)		
26.	Consommables et médicaments pour la Planification Familiale		
27.	Matériels d'aspiration au bloc obstétrical		
28.	Matériels de réanimation adulte (masque, ballon auto-gonflable, sonde d'aspiration, canule de Guedel, aspirateur de mucoité, défibrillateur) en salle de naissance		
29.	Lampe baladeuse par salle pour la consultation et au bloc obstétrical		
30.	Dispositif d'oxygénation (obus d'O2 + manomètre + lunette et/ou masque) au bloc obstétrical		
31.	Fiche de distribution nominative de produits sanguins labiles		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	Oui / Non	OBSERVATIONS
32.	Au moins un moniteur multiparamétrique par salle du bloc obstétrical		
33.	Échographe en consultation externe et salle d'accouchement		
34.	Au moins un tocographe par salle de dilatation/accouchement		
35.	Accès facile aux médicaments d'urgence (trousse ou chariot d'urgence)		
36.	Vêtements professionnels adapté à usage purement interne à la salle de naissance		
37.	Équipements de protection individuelle adaptés pour visiteurs (blouse, surchaussures, masques)		
38.	Équipements de protection individuelle pour les professionnels (gants, masques, masques à visière ou lunettes, sabots ou surchaussures, blouses et tabliers) disponibles pour soins spécifiques		
39.	Brancards et chaises roulantes au bloc obstétrical		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>			
40.	Chef service, gynécologue obstétricien informé de ses missions		
41.	Une responsable de la maternité		
42.	Au moins quatre équipes pour assurer les activités de soins comportant chacune au moins 3 SFE et 2 aides-soignants au niveau du bloc obstétrical		
<b>ORGANISATION</b>			
43.	Tracé effectif du partogramme		
44.	Surveillance clinique tracée dans le dossier médical mis à jour		
45.	Examen systématique du nouveau-né par un médecin		
46.	Respect du séjour en hospitalisation pour le couple mère-enfant : 48h si accouchement voie basse et 72h si accouchement par césarienne		
47.	Moyens téléphoniques de communication avec les autres ES		
48.	Affichage des numéros d'appel en urgence		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	Oui / Non	OBSERVATIONS
49.	Procédures de transfert interne en cas de besoin		
50.	Protocoles écrits des soins obstétricaux néonataux d'urgence complets (SONUC)		
51.	Affichage des gestes d'urgence complets (SONUC)		
52.	Procédure formalisée d'acquisition rapide des produits sanguins labiles en cas d'urgences obstétricales		
53.	Disponibilité de fiche et registre de référence / contre-référence		
54.	Protocole écrit de décontamination et bionettoyage des locaux		
55.	Disponibilité d'une ambulance équipée + chauffeur en permanence dans la zone sanitaire		
56.	Existence d'un comité d'audit clinique intégrant un hygiéniste pour organiser la surveillance des soins garantissant la sécurité des patients		
57.	Existence d'un système assurant la sécurité des médicaments		
<b>COIN BÉBÉ / SALLE DE NAISSANCE</b>			
58.	Situé dans ou à côté de la salle d'accouchement		
59.	Dimensions au moins 1 m x 1.5m		
60.	Bien éclairée		
61.	Matériels de soins du n-né (cf liste)		
62.	Matériel de réchauffement		
63.	Matériel de réanimation (HBB et réanimation complète)		
<b>SCORE</b>		<b>/63 soit</b>	<b>%</b>

### Composition des matériels

**Matériels d'examen** : mètre ruban ; pèse-personne ; toise ; gestogramme ; boîtes de spéculums ; thermomètre ; appareil à tension ; gants latex ; stéthoscope de pinard et/ou sonicaïd ; bandelette urinaire (3 ou 10 paramètres)

**Consommables de la planification familiale (PF) :** seringue ; bétadine gynécologique ; xylocaïne 2% ; produits contraceptifs (stérilet au Cu, pilule, implant)

**Instruments de la salle d'accouchement :** boîtes d'accouchement, boîte d'épisiotomie – épisiorrhaphie ; seringues d'AMIU ; ventouse ; spéculums ; aspirateur électrique de mucosités ; canule de Guédel

**Trousse d'urgence :** cathéters (G20, G18), seringues (10cc et 50cc), perfuseur, solutés (ringer lactate, glucosé 5% et salé 0,9%), misoprostol, acide tranexamique, ocytocine, méthyl ergométrine, calcium, sulfate de magnésium, nicardipine injectable, catapressan injectable, paracétamol injectable 1g, sonde d'intubation oro-trachéale, sonde vésicale

**Matériels de soins du nouveau-né :** 1 boîte de collyre ; ampoule de vitamine K1 : 1 seringue de 2cc ou de 5 cc, pèse-bébé, toise, mètre ruban, clamp cordon ou fil pour ligature cordon

**Matériel de réchauffement :** table chauffante conventionnelle ou artisanale, linge, chapeau et chausson

**Matériels de réanimation « Helping Babies Breathe » (HBB) ou « Aider les bébés à respirer » :** linge, pingouin, ambu et masque n° 0 et 1, gants, horloge

**Matériel de réanimation complète :** matériel de réanimation HBB, aspirateur de mucosité, sonde d'aspiration, sonde d'intubation orotrachéale, laryngoscope, adrénaline.

### 3.7.2. En maternité

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS EN MATERNITÉ

DATE :

DÉPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :

PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL ou ASSOCIATIF :

ÉQUIPE DE CONTRÔLE :

N°	CRITÈRES A CONTRÔLER	Oui / Non	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>			
1.	Energie électrique continue (SBEE et groupe électrogène de secours automatique fonctionnel)		
2.	Eau potable + réserve		
3.	Bon éclairage des salles		
4.	Confort thermique des salles du service		
5.	Propreté des salles non encombrées		
6.	Accès sécurisés et restreints de la salle d'accouchement aux personnes autorisées		
7.	Toilettes du personnel distinctes des toilettes patientes		
8.	Un hall ou une salle d'attente		
9.	Au moins une salle de consultation		
10.	Une salle de dilatation/ accouchement avec un espace suffisant autour de chaque lit ou table d'accouchement		
11.	Séparation entre lits d'examen ou tables d'accouchement (cloison, paravent...)		
12.	Poste de lavage des mains par salle de soins		
13.	Salles d'observation pour suites de couches		
14.	Une paillote ou un abri famille pour les accompagnants		
15.	Zone de stockage sécurisé des dossiers médicaux		
16.	Un vidoir		

N°	CRITÈRES A CONTRÔLER	Oui / Non	OBSERVATIONS
17.	Issue de secours identifiée		
18.	Extincteur avec personnel formé à son utilisation		
<b>ÉQUIPEMENTS ET MATÉRIELS</b>			
19.	Une table d'examen gynécologique à position variable en consultation		
20.	Lits ou tables d'accouchement aux normes		
21.	Matelas de lit recouvert d'une toile lessivable en bon état		
22.	Matériels d'examen clinique dans chaque secteur d'activité (consultation ; salle d'accouchement ; PF) (cf liste)		
23.	Instruments pour la salle d'accouchement (cf liste)		
24.	Consommables et médicaments pour la Planification Familiale		
25.	Dispositif d'oxygénation (obus /concentrateur d'O2 + manomètre + lunette / masque) en salle d'accouchement		
26.	Accès facile aux médicaments d'urgence		
27.	Lampe baladeuse par salle pour la consultation et l'accouchement		
28.	Vêtements professionnels adaptés à usage purement interne à la salle de naissance		
29.	Équipements de protection individuelle adaptés pour visiteurs (blouse, surchaussures, masques)		
30.	Équipements de protection individuelle pour les professionnels (gants, masques, masques à visière ou lunettes, sabots ou surchaussures, blouses et tabliers) disponibles pour soins spécifiques		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>			
31.	Une sage-femme responsable de la maternité		
32.	Au moins trois équipes pour assurer les activités de soins comportant chacune 1 SFE et 1 aide-soignant, 24h/24		
<b>ORGANISATION</b>			
33.	Tracé effectif du partogramme		

N°	CRITÈRES A CONTRÔLER	Oui / Non	OBSERVATIONS
34.	Surveillance clinique tracée dans le dossier médical mis à jour		
35.	Examen systématique du nouveau-né par un médecin		
36.	Respect du séjour de 48h en hospitalisation du couple mère-enfant		
37.	Moyens téléphoniques de communication avec les autres ES		
38.	Procédures écrites de référence en cas de besoin		
39.	Protocoles écrits des soins obstétricaux néonataux d'urgence de base (SONUB)		
40.	Affichage des gestes d'urgence de base (SONUB)		
41.	Protocole écrit de bionettoyage de la salle de naissance		
42.	Disponibilité de fiche et de registre de référence et contre-référence		
43.	Disponibilité d'une ambulance équipée + chauffeur en permanence dans la zone sanitaire		
44.	Existence d'un système assurant la sécurité des médicaments		
<b>COIN BÉBÉ / SALLE DE NAISSANCE</b>			
45.	Situé dans ou à côté de la salle d'accouchement		
46.	Dimensions 1m x 1.5m		
47.	Bien éclairée		
48.	Matériel de soins (cf liste)		
49.	Matériel de réchauffement		
50.	Matériel de réanimation HBB		
	<b>SCORE</b>	<b>/50 soit %</b>	

Matériels d'examen : mètre ruban ; Pèse-personne ; Toise ; Gestogramme ; Boîtes de spéculums ; Thermomètre ; Appareil à tension ; Gants latex ; stéthoscope de pinard et/ou sonicaïd ; bandelette urinaire (3 ou 10 paramètres)

Consommables de la PF : Seringue ; Bétadine gynécologique ; Xylocaïne 2% ; Produits contraceptifs (stérilet au Cu, pilule, implanon, dépo provéra etc...)

Instruments de la salle d'accouchement : Boîtes d'accouchements, d'épisiotomie – épisiorrhaphie ; seringues d'AMIU ; ventouse ; spéculums ; aspirateur électrique de mucosités ; canule de Guédel

Trousse d'urgence : cathéters (G20, G18), seringues (10cc et 50cc), perfuseur, solutés (ringer lactate, glucosé 5% et salé 0,9%), misoprostol, acide tranexamique, ocytocine, méthyldopa comprimés, calcium, sulfate de magnésium, paracétamol injectable 1g, sonde vésicale

Matériels de soins du nouveau-né : 1 boîte de collyre ; ampoule de vitamine K1 : 1 seringue de 2cc ou de 5 cc, Pèse-bébé, toise, mètre ruban, clamp cordon ou fil pour ligature cordon

Matériels de réchauffement : table chauffante conventionnelle ou artisanale, linges propres, chapeau et chausson

Matériels de réanimation HBB : linges propres, pingouin, ambu et masque 0 et 1, gant latex, horloge.

### 3.7.3. Pour le chariot d'urgences

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ DES CHARIOTS D'URGENCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

DATE :

DÉPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :

PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL ou ASSOCIATIF :

ÉQUIPE DE CONTRÔLE :

PERSONNES RENCONTRÉES :

CRITÈRES A CONTRÔLER	OUI /NON	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>		
1. Identification des secteurs à risque nécessitant un chariot d'urgence		
2. Cartographie de répartition des chariots d'urgence dans l'établissement		
<b>MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS</b>		
3. Présence et accessibilité du chariot d'urgence dans chaque secteur identifié		
4. Chariot fermé ou sécurisé		
5. Affichage des numéros d'urgence		
6. Chariot d'urgence propre		
7. Listing de composition du chariot d'urgence disponible		
8. Composition minimale du chariot d'urgence : de l'O2, un ambu (BAVU), un défibrillateur externe, du matériel d'aspiration, du matériel et poches pour perfusion, de l'adrénaline.		
<b>ORGANISATION</b>		
9. Traçabilité de la vérification périodique de la composition du chariot d'urgence		

10. Traçabilité de la vérification périodique des dates de péremption (DM et médicaments)		
11. Traçabilité de la vérification de l'état du défibrillateur		
12. Existence d'une procédure d'utilisation écrite du chariot d'urgence		
13. Existence de protocoles d'urgence		
14. Identification d'un responsable des chariots d'urgence		
15. Formations du personnel aux gestes d'urgence		
<b>SCORE</b>	<b>/15 soit %</b>	

### 3.7.4. En néonatalogie

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS EN NÉONATOLOGIE

DATE :

DÉPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :

PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL ou ASSOCIATIF :

ÉQUIPE DE CONTRÔLE :

PERSONNES RENCONTREES :

CRITÈRES À CONTROLER	Oui / non	OBSERVATIONS
INFRASTRUCTURES		
1. Proximité du service d'obstétrique		
2. Energie électrique continue		
3. Eau potable +réserve		
4. SAS d'entrée		
5. Une salle d'accueil des parents et d'allaitement		
6. Au moins 3 salles d'hospitalisation distinctes selon le type de nouveau-né (à terme, prématuré, out born)		
7. Zone de préparation des soins et de surveillance des nouveau-nés		
8. Vidoir		
9. Chaque secteur est délimité, disposé et équipé pour que les mesures d'hygiène et de sécurité soient applicables		
10. Circulation aisée des patients, personnel et équipements		

11. Possibilité de surveillance des patients à tout endroit du service		
12. Poste de lavage des mains dans chaque salle		
13. Maintien de l'équilibre thermique		
14. Identification claire des secteurs du service		
15. Bon éclairage des salles		
16. Zone ou paillote d'attente des familles		
17. Possibilité d'unité kangourou		
<b>MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS</b>		
18. Chariot d'urgence avec défibrillateur		
19. Tables chauffantes et de réanimation		
20. Au moins un incubateur		
21. Matériel d'aspiration		
22. Matériel de ventilation manuelle au masque		
23. Administration d'air et O <sub>2</sub> médical		
24. Perfusion automatisée		
25. Surveillance continue de l'activité cardio-respiratoire		
26. Surveillance de l'hémodynamique		
27. Contrôle de la saturation en oxygène (Saturomètre)		
28. Machine de Ventilation CPAP (ventilation en pression positive continue)		
29. Photothérapie conventionnelle et intensive		
30. Réserve d'obus d'oxygène		
31. Prélèvements pour les analyses biologiques en microméthode		
32. Dosage de la glycémie par bandelettes réactives		

33. Médicaments de prise en charge du nouveau-né		
34. Extincteurs et formation du personnel à son utilisation		
35. Issues de secours identifiées		
36. Fiche De Distribution Nominative de Produits sanguins ou disponibilité du sang assurée		
37. Horloge fonctionnelle		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
38. Responsable du service de néonatalogie informé de ses missions		
39. Puéricultrice ou Infirmière ou sage-femme responsable		
40. Infirmier ou sage-femme formés à la prise en charge des nouveau-nés		
<b>ORGANISATION</b>		
41. Moyens de communication avec les autres services		
42. Collaboration avec l'équipe de l'obstétrique		
43. Vérification quotidienne des équipements et matériels		
44. Protocoles écrits pour la prise en charge des patients		
45. Protocole affiché de ventilation CPAP et de surveillance de l'oxygénothérapie		
46. Lavage des mains entre chaque soin		
47. Remplissage de la fiche de surveillance		
48. Remplissage quotidien du dossier médical		
49. Staff quotidien de l'équipe de garde		
<b>SCORE</b>	<b>/49 soit %</b>	

### 3.7.5. En anesthésie

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS EN ANESTHÉSIE ET EN SALLE DE RÉVEIL DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIER

DATE :

DÉPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :

PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL ou ASSOCIATIF :

ÉQUIPE DE CONTRÔLE :

PERSONNES RENCONTRÉES :

CRITERES A CONTROLER	OUI /NON	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>		
1. Energie électrique continue (avec groupe électrogène de secours, automatique fonctionnel)		
2. Salle de réveil contigüe au bloc opératoire		
3. Bon éclairage des salles		
4. Bonne ventilation des salles		
<b>MATERIELS ET EQUIPEMENTS</b>		
5. Téléphone pour communiquer avec les autres services		
6. Matériel minimum de monitoring avec tensiomètre et saturimètre en salle de réveil		
7. Matériel d'aspiration, de ventilation et d'oxygénation en salle de réveil		
8. Chariot d'urgence en salle de réveil, avec défibrillateur en état de fonctionnement		
9. Un moniteur multiparamétrique fonctionnel par salle au bloc opératoire		
10. Chariot d'anesthésie avec cuves d'halogénés et possibilité de ventilation peropératoire		
11. Un aspirateur dédié à l'anesthésie		

12. Arrivée en continu de fluides médicaux : oxygène en salle opératoire et en salle de réveil (Central ou obus de 7,5m <sup>3</sup> )		
13. Réserve d'oxygène hors salle d'opération mais proche		
14. Drogues d'anesthésie (hypnotiques, morphiniques, curare) et médicaments d'urgence		
15. Solutés de remplissage de différentes natures et différents volumes / réserve suffisante de cristalloïdes		
16. Fiche d'anesthésie renseignant la consultation préanesthésique et la surveillance en peropératoire et en salle de réveil		
17. Fiche de Distribution Nominative de Produits sanguins labiles /Disponibilité du sang assurée en préopératoire		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
18. Médecin responsable du service d'anesthésie		
19. Infirmier, Sage-femme ou technicien spécialisé en Anesthésie en nombre suffisant pour l'activité		
<b>ORGANISATION</b>		
20. Fiche d'ouverture de salle (pour vérification quotidienne des équipements et matériels par une checklist validée par les sociétés savantes)		
21. Consultation pré anesthésique et/ou visite pré anesthésique systématique		
22. Protocoles écrits pour la prise en charge des patients à risque et en cas de situation de détresse péri-opératoire (Patient allergique, ACR sur table, choc anaphylactique, hémorragie, feu au bloc, etc.)		
23. Remplissage de la fiche de surveillance anesthésique per et post opératoire (salle de réveil)		
24. Protocole écrit de sortie de salle de réveil		
<b>SCORE</b>	<b>/24 soit</b>	<b>%</b>

### 3.7.6. Au bloc opératoire

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS AU BLOC OPÉRATOIRE

DATE :

DÉPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ :

PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL :

ÉQUIPE DE CONTRÔLE :

PERSONNES RENCONTRÉES :

CRITERES A CONTROLER	Oui /Non	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>		
1. Energie électrique continue (SBEE et groupe électrogène de secours automatique fonctionnel)		
2. Eau potable + réserve		
3. Climatisation des salles		
4. SAS d'entrée et de sortie du bloc opératoire (patients et personnel)		
5. Accès sécurisés et restreints aux personnes autorisées		
6. Poste de lavage chirurgical des mains contigu aux salles d'intervention avec robinet à commande évitant la manipulation manuelle		
7. Salles d'opération de taille adaptée (minimum : dimensions 6 m x 6,5 m) et permettant une circulation aisée		
8. Largeur adéquate des portes pour passage brancards / lits		
9. Zone (local ou armoire) propre pour le stockage des Dispositifs Médicaux Stériles		

10. Revêtements murs et plafonds des salles d'opération en bon état et facilement nettoyables		
11. Vidoir pour stockage transitoire des déchets, du linge sale		
12. Zone de stockage pour le matériel et les produits de désinfection en dehors des salles d'intervention		
13. Zone de décontamination des instruments sales		
14. Identification claire des différents secteurs du bloc opératoire		
15. Propreté des locaux		
16. Bon éclairage des salles		
17. Vestiaire / salle de repos pour le personnel avec toilettes		
18. Issues de secours identifiées		
19. Extincteur et personnel formé à son utilisation		
<b>ÉQUIPEMENTS ET MATÉRIELS</b>		
20. Table d'opération conventionnelle ou à commande, adaptée, (largeur, hauteur, poids à supporter), propre et fonctionnelle		
21. Table d'instrumentation propre		
22. Bistouri électrique		
23. Chariot d'anesthésie avec nécessaire pour le monitoring et l'anesthésie		
24. Amplificateur de brillance si besoin		
25. Lampe scialytique fonctionnelle		
26. Système d'aspiration électrique propre au chirurgien		

27. Boîtes d'instrumentation stériles disponibles		
28. Médicaments et dispositifs médicaux à usage unique disponibles		
29. EPI : équipement de protection individuelle (gants, masques, masques à visière ou lunettes, sabots de bloc ou sur chaussures, blouses et tabliers)		
30. Conteneurs à objets piquants, coupants ou tranchants		
31. Poubelles de bloc (rouge, jaune et noir)		
32. Horloge fonctionnelle		
33. Stockage du matériel non fonctionnel en dehors des salles d'intervention		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
34. Responsable de bloc opératoire		
35. Equipe d'anesthésie disponible (MAR et ISAR)		
36. Chirurgiens		
37. Infirmiers et Infirmières du bloc opératoire		
38. Aides-soignants(e)s		
<b>ORGANISATION</b>		
39. Circuit patient assurant une marche en avant depuis l'entrée du bloc opératoire jusqu'à la sortie de salle de réveil		
40. Respect des circuits propres / sales (instruments et matériels, déchets, linge)		
41. Dossier du patient en salle d'intervention puis en salle de réveil (dossier médical avec les résultats des examens complémentaires, dossier infirmier, dossier administratif)		
42. Gestion du contrôle de l'identité du patient		

43. Protocole écrit pour la préparation préopératoire du patient		
44. Procédure pour déclaration et actions en cas d'accident avec exposition au sang (AES)		
45. Protocoles écrits pour la désinfection et le bionettoyage des locaux (salle d'opération entre deux interventions, en fin de programme opératoire)		
46. Compte rendu opératoire formalisé pour chaque intervention		
47. Planning opératoire affiché (type d'opération, nom de l'opérateur et date d'intervention)		
48. Utilisation d'une check-list de contrôle de la sécurité chirurgicale pour toute intervention		
49. Protocole de surveillance et soins post-opératoires (inscrit sur fiche salle de réveil immédiatement après l'intervention)		
50. Procédure de gestion des périmés (médicaments, DMS stériles stockés)		
51. Procédure de gestion des déchets		
<b>SCORE</b>	<b>/51 soit %</b>	

**NB : Check-list sécurité des patients au bloc opératoire (OMS)**

### 3.7.7. En hémodialyse

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS EN HÉMODIALYSE

DATE :

DÉPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :

PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL :

ÉQUIPE DE CONTRÔLE :

PERSONNES RENCONTRÉES :

CRITÈRES A CONTROLER	Oui / Non	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>		
1. Energie électrique continue (SBEE et groupe électrogène de secours automatique fonctionnel)		
2. Eau potable en continu (réserve)		
3. Accessibilité par rampe pour personnes à mobilité réduite		
4. Accès sécurisés et restreints aux personnes autorisées dans les salles de dialyse		
5. Salle d'attente des patients		
6. Zone d'attente des familles en dehors du service d'hémodialyse		
7. Bon éclairage des salles		
8. Salles de dialyse climatisées		
9. Système d'aération et de renouvellement de l'air dans les salles de dialyse		
10. Poste de lavage de main dans chaque salle de dialyse avec robinet évitant toute contamination manuelle		

11. Espace suffisant autour de chaque lit / fauteuil avec possibilité de surveillance permanente des patients		
12. Secteur d'isolement pour patients vulnérables ou infectés		
13. Salle technique de traitement d'eau (superficie moyenne de 10 à 14 m <sup>2</sup> )		
14. Pharmacie ou zone de stockage des consommables et médicaments		
15. Zone d'archivage des dossiers des patients		
16. Zone de stockage des déchets avant enlèvement		
17. Vestiaire, toilettes et lavabo pour les patients		
18. Vestiaire, toilettes et lavabo pour le personnel (accessibles aux Personnes à Mobilité Réduite)		
19. Revêtements des sols, murs et plafonds des salles de dialyse en bon état et facilement nettoyables		
20. Issues de secours identifiées		
21. Alarmes incendie fonctionnelles		
22. Extincteurs avec personnel formé à leur utilisation		
<b>MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS</b>		
23. Générateurs < 7 ans d'âge et < 30.000 heures de fonctionnement		
24. Un générateur de secours obligatoire (au moins 1 par tranche de 8 lits)		
25. Un générateur pour patient à isoler		
26. Un réfrigérateur réservé aux médicaments		
27. Dispositifs médicaux (kits d'abord vasculaire, membranes de dialyse...) disponibles et alloués en fonction des besoins		

28. Médicaments de première nécessité (bains de dialyse, électrolytes, poches de rinçage, solutés de remplissage, héparine, ...)		
29. Chariot d'urgence avec matériel de réanimation (obus d'oxygène avec manodétendeur, aspirateur, masque facial, ballon autogonflable, canule de Guedel, sonde d'aspiration, lunette d'oxygène, matériel d'intubation)		
30. Equipement de protection individuelle EPI (gants, masques, surblouses ...) pour le personnel		
31. Électrocardiographe avec scope fonctionnel		
32. Défibrillateur fonctionnel		
33. Matériel d'examen (Tensiomètre électronique avec brassard standard et brassard obèse, thermomètre électronique, pèse-personne ou plateforme de pesée, toise Ruban centimètre souple, stéthoscope, bandelette urinaire 10 paramètres)		
34. Poubelles aux normes (jaune, rouge et noir)		
35. Boîtes de sécurité (containers) pour objets piquants, coupants, tranchants (OPCT)		
36. Fiche de distribution nominative (FDN) de Produits sanguins labiles (PSL) et médicaments dérivés du sang		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
37. Un néphrologue responsable du service ou référent		
38. Un médecin permanent (néphrologue ou un médecin généraliste formé à la dialyse)		
39. Infirmier Diplômé d'État (IDE) formé à la dialyse (ratio :1 IDE pour 04 patients) présent sur l'ensemble des séances		

40. Aide-soignant (AS) formé à la dialyse (ratio : 1 AS pour 08 patients) présent sur l'ensemble des séances		
41. Agent de maintenance (générateurs + salle de traitement d'eau)		
<b>ORGANISATION</b>		
42. Check list de branchement du circuit et d'évaluation clinique du patient (à faire valider par le médecin dès qu'un item est coché)		
43. Surveillance clinique/ paraclinique et bilan séance tracés dans le dossier patient à chaque séance		
44. Accès à un laboratoire d'analyses biomédicales pour bilan périodique et examens en urgence		
45. Analyse de l'eau pour dialyse 1 à 2 fois par an (<200 et compris entre 200 et 1000 séances par an) conductivité, dureté, nitrates, matières organiques, bactéries et endotoxines)		
46. Procédure écrite de gestion des accidents d'exposition au sang (AES)		
47. Procédure écrite de conduite en cas d'urgence (Œdème aigu du poumon, Arrêt cardio respiratoire, hémorragie, hyperthermie, vomissements ...)		
48. Procédure écrite de transfusion en dialyse		
49. Procédure écrite de vérification du générateur et du matériel avant et après chaque séance		
50. Procédure écrite de désinfection du générateur et du matériel avant et après chaque séance		
51. Procédure écrite de branchement et débranchement du patient		
52. Procédure de nettoyage et désinfection des salles de dialyse		

53.Procédure de gestion des déchets et effluents		
54.Procédure écrite de transfert du patient		
55.Procédure de gestion des périmés (médicaments et dispositifs médicaux)		
56.Affichage de numéros d'appel en cas d'urgence		
<b>SCORE</b>	<b>/56 soit %</b>	

### 3.7.8. En réanimation

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS EN RÉANIMATION

DATE :

DÉPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :

PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL :

ÉQUIPE DE CONTRÔLE :

PERSONNES RENCONTRÉES :

CRITÈRES A CONTROLER	OUI/ NON	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>		
1. Proximité du bloc opératoire		
2. Energie électrique continue		
3. Eau potable + Réserve		
4. Bon éclairage des salles		
5. Climatisation des salles		
6. Système d'aération et de renouvellement de l'air dans les salles		
7. Propreté des salles : non encombrées		
8. Zone d'hospitalisation distincte des autres zones suivantes		
9. Zone de travail médical		
10. Zone technique et logistique (rangement du matériel lourd, lingerie)		
11. Zone d'archivage des dossiers patient		
12. Zone de repos du médecin réanimateur de garde		
13. Vestiaire et toilettes du personnel		
14. Zone d'attente des familles en dehors de la réanimation		
<b>En zone d'hospitalisation</b>		
15. SAS d'entrée large de 2,5m au moins		
16. Accès sécurisés et restreints aux personnes autorisées		
17. Affichage des heures de visites autorisées		

18. Espace suffisant autour de chaque lit		
19. Vue sur tous les patients à partir du poste de surveillance		
20. Secteur d'isolement		
21. Issues de secours identifiées		
22. Alarmes incendie fonctionnelles		
23. Extincteurs avec personnel formé à son utilisation		
24. Poste de lavage des mains par salle avec robinet évitant toute contamination manuelle		
25. Revêtements murs et plafonds des zones d'hospitalisation en bon état et facilement nettoyables		
26. Vidoir		
<b>MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS</b>		
27. Lits médicalisés avec matelas recouvert d'une toile lessivable en bon état		
28. Draps propres fournis par l'hôpital		
29. Fluides médicaux d'origine centrale (oxygène, air) et prise de vide aspiratif pour chaque lit		
30. Prises électriques murales en nombre suffisant par lit		
31. Bouteilles d'oxygène de secours (7,5 m <sup>3</sup> ) avec manodétendeur		
32. Bouteille d'oxygène de transport (1m <sup>3</sup> ) avec manodétendeur		
33. Un moniteur multi paramètres par lit fonctionnel		
34. Chariots d'urgence avec matériel de monitoring de secours fonctionnel (saturomètre+++, tensiomètre électronique)		
35. Appareil d'électrocardiographie fonctionnel		
36. Glucomètre et bandelettes urinaires		
37. Défibrillateur fonctionnel et personnel formé à son utilisation		
38. Accès facile aux médicaments d'anesthésie et de réanimation		
39. Matériel de libération des voies aériennes (canule de Guedel, aspirateur, sonde d'aspiration)		
40. Matériel d'intubation (laryngoscope et jeu de 4 lames) + sondes d'intubation		

41. Un respirateur artificiel par lit		
42. Consommables pour ventilation mécanique à usage unique		
43. Matériel de drainage thoracique		
44. Dispositif de perfusion continue (pousse-seringue électrique)		
45. Électrolytes et poches de perfusion (solutés de remplissage)		
46. Consommables de perfusion centrale		
47. Dispositif de sondage vésical		
48. Équipements de protection individuelle EPI (gants, masques, masques à visière ou lunettes, sabots de bloc ou surchaussures, blouses et tabliers) disponibles pour soins spécifiques (patient à haut risque infectieux, grand brûlé...)		
49. EPI : équipement de protection individuelle adaptés pour visiteurs		
50. Vêtements professionnels adaptés à usage purement interne à la réanimation		
51. Réfrigérateur dédié aux médicaments avec thermomètre		
52. Moyens téléphoniques de communication avec les autres secteurs		
53. Imagerie et laboratoire de biologie médicales disponibles dans l'ES		
54. Gazométrie sanguine dans l'ES		
55. Possibilité de réaliser une épuration extra-rénale dans l'ES		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
56. Chef de service, médecin anesthésiste réanimateur informé de ses missions		
57. Au moins trois médecins seniors ou juniors		
58. Infirmier surveillant		
59. Personnel paramédical en nombre suffisant (à titre indicatif : 1 IDE pour 4 lits ; 1 AS pour 3 lits)		
60. Personnel responsable de la pharmacie et du chariot d'urgence		
<b>ORGANISATION</b>		
61. Personnel médical et paramédical compétent (formé à l'utilisation du matériel et aux gestes de réanimation)		

62. Personnel paramédical organisé en équipes de permanence 8h-16h et de garde 16h-8h (tableau de garde)		
63. Affichage de numéros d'appel en cas d'urgence		
64. Procédure d'identification des patients faite d'au moins deux moyens		
65. Passation écrite des consignes lors des visites et staffs quotidiens		
66. Protocoles écrits de gestion des situations d'urgence et des détresses vitales		
67. Procédure de récupération des résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents		
68. Protocoles écrits de gestion des antibiothérapies dans le service		
69. Information aux patients et familles avec recueil du consentement éclairé		
70. Procédure écrite de gestion des périmés (médicaments et dispositifs médicaux)		
71. Protocoles de désinfection et de bionettoyage des locaux et équipements : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ au quotidien</li> <li>▪ entre deux admissions</li> <li>▪ en cas de patient porteur de germes MR ou à autre haut risque infectieux</li> </ul>		
72. Procédure écrite de gestion des déchets médicaux		
73. Procédure écrite pour déclaration et actions en cas d'accident avec exposition au sang (AES)		
74. Gestion effective du matériel non fonctionnel		
75. Sécurisation du matériel		
<b>SCORE</b>	<b>/75 soit</b>	<b>%</b>

### 3.7.9. En imagerie et radio vigilance

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ À LA SÉCURITÉ EN IMAGERIE ET RADIOVIGILANCE

DATE :  
DÉPARTEMENT :  
ZONE SANITAIRE :  
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :  
PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL :  
ÉQUIPE DE CONTRÔLE :  
PERSONNES RENCONTRÉES :

*La présente fiche technique de contrôle s'intéressera uniquement aux services utilisateurs des rayons X dans le cadre des explorations diagnostiques.*

Indiquer quel(s) type(s) d'imagerie en précisant si numérisée ou si avis par télé expertise possible ou organisée.

**Contrôle / certificat ANSR :**

Date : / \_ / \_ / / \_ / \_ / / \_ / \_ / \_ / \_ /

Recommandations :

CRITÈRES A CONTROLER	OUI / NON	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>		
1. Service d'imagerie médicale situé en dehors des autres services		
2. Energie électrique continue avec puissance entre 20kw à 350kw selon le générateur à rayons X utilisé		
3. Eau potable + réserve		
4. Zone à risque d'accès sécurisé et contrôlé		
5. Indications des zones à risque par des pictogrammes visibles par tout public		

CRITÈRES A CONTROLER	OUI / NON	OBSERVATIONS
6. Zone d'accueil et de tri des patients		
7. Déshabilleur pour les patients		
8. Toilettes accessibles de la salle d'examen		
9. Zone de travail médical		
10. Paravent en plomb / vitres de protection adéquates (taille et épaisseur) dans chaque salle d'examen		
11. Salles climatisées		
12. Portes et murs des salles d'examen plombés (certifié par l'Autorité Nationale de Sécurité Radiologique et de Radioprotection ANSR)		
13. Issues de secours identifiées		
14. Extincteur avec personnel formé à son utilisation		
<b>ÉQUIPEMENTS ET MATÉRIEL</b>		
15. Équipement à rayons X de moins de 20 ans d'âge, fonctionnel		
16. Table de radiologie conforme en largeur, hauteur et support de poids		
17. Injecteur automatique fonctionnel, si scanner		
18. Matériels de protection individuelle contre les rayons X (tablier plombé, gants, lunettes, cache thyroïde, cache gonades...)		
19. Dosimètre nominatif pour chaque professionnel		

CRITÈRES A CONTROLER	OUI / NON	OBSERVATIONS
20. Consommables disponibles (liste à préciser)		
21. Chariot ou plateau de soins et matériel de ponction veineuse stérile		
22. Matériel de contention		
23. Boîtes d'instruments stériles si besoin (pour hystérosalpingographie, urétrographies, etc.)		
24. Kits d'urgence en cas de choc anaphylactique (produits de contraste)		
25. Équipement de protection Individuelle si patient à risque infectieux		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
26. Médecin radiologue responsable ou référent		
27. Personne compétente en radioprotection (PCR)		
28. Professionnels compétents en science et technique d'imagerie médicale (au moins 3)		
<b>ORGANISATION</b>		
29. Certificat de déclaration des installations utilisant les rayonnements ionisants délivré par l'ANSR)		
30. Évaluation annuelle de la santé du personnel (dosage rayons X reçus, hémogramme)		
31. Protocoles écrits de réalisation des examens courants		
32. Protocoles écrits de désinfection (et bionettoyage) du matériel - après prise en charge de chaque patient - en fin de journée		

CRITÈRES A CONTROLER	OUI / NON	OBSERVATIONS
33. Protocole ou conduite à tenir, écrits en cas de choc anaphylactique (produits de contraste)		
34. Affichage de numéros d'appel en cas d'urgence		
35. Registre des actes effectués à jour		
<b>RADIOVIGILANCE</b>		
36. Autorisation d'ouverture et d'exploitation		
37. Calibrage périodique des appareils (tous les 6 mois)		
38. Élimination et destruction des équipements usagés émetteurs de rayons X par l'OBRGM/ANSR		
39. Carte individuelle de suivi médical		
40. Fiche d'exposition		
41. Traçabilité de l'entretien et de la maintenance préventive des équipements (tous les trois mois)		
<b>SCORE</b>	..... / 41    Soit : ..... %	



CRITÈRES A CONTROLER	OUI /NON	OBSERVATIONS
6. Zone de stérilisation		
7. Zone de stockage stérile		
8. SAS d'entrée et de sortie de la zone stérile avec habillage (vestiaire)		
9. Accès sécurisés et restreints aux personnes autorisées		
10. Paillasse en zone de décontamination, faite d'un matériau facile d'entretien, résistante aux solvants et aux produits chimiques corrosifs		
11. Espace de rangement du matériel et des consommables usuels		
12. Revêtements sols murs et plafonds des salles et stockage propres en bon état et facilement nettoyables		
13. Confort thermique / ventilation		
14. Bon éclairage des salles		
<b>ÉQUIPEMENTS ET MATÉRIEL</b>		
15. Extincteur à poudre et personnel formé à son utilisation		
16. Au moins un autoclave fonctionnel		
17. Plan de travail en zone de conditionnement, propre et non encombré		
18. Thermo-soudeuses fonctionnelles		
19. Chariots de déchargement et de stockage		
20. Grilles de stockage du matériel stérile		
21. Équipements de protection individuelle : tabliers, gants, lunettes (EPI)		
22. Bacs ou containers de transport fermés des dispositifs médicaux stériles garantissant l'intégrité des emballages et évitant l'empoussièrement		

CRITÈRES A CONTROLER	OUI /NON	OBSERVATIONS
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
23. Responsable de la stérilisation, formé, avec des missions bien définies		
24. Agents de stérilisation formés		
<b>ORGANISATION</b>		
25. Respect de la marche en avant		
26. Listes ou schémas de composition des différentes boîtes d'instruments		
27. Procédures de traitement des dispositifs médicaux réutilisables aux différentes étapes : démontage, prétraitement, lavage, conditionnement, stérilisation, déchargement, stockage, traçabilité et contrôle de l'efficacité du procédé selon les normes en vigueur		
28. Classeur de maintenance des appareils		
29. Indicateurs de passage et indicateurs physico-chimiques		
30. Fiche navette ou registre attestant du traitement effectué pour les Dispositifs Médicaux Réutilisables (DMR)		
31. Contrôles quotidiens des autoclaves par l'essai de pénétration (Test de BOWIE et DICK)		
32. Archivage dossier stérilisation conservé pour 5 ans		
33. Vérification du virage des indicateurs physico-chimiques après la stérilisation		
34. Vérification de l'étiquetage indiquant la date limite d'utilisation		
35. Protocole de décontamination des différentes surfaces de travail et des locaux		
<b>SCORE</b>	<b>/35 soit %</b>	

### 3.7.11. En matière d'utilisation des produits sanguins labiles et d'hémovigilance

#### FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ À LA SÉCURITÉ EN MATIÈRE D'UTILISATION DES PRODUITS SANGUINS LABILES ET D'HÉMOVIGILANCE

DATE :  
 DÉPARTEMENT :  
 ZONE SANITAIRE :  
 NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :  
 PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL :  
 ÉQUIPE DE CONTRÔLE :  
 PERSONNES RENCONTRÉES :

*Note : fiche à administrer dans les services de soins, les banques de sang et les Services départementaux de la Transfusion sanguine. Si d'aventure l'EH n'a pas une banque de sang, il faudra aller vers la structure transfusionnelle qui a servi le sang pour pouvoir conduire à terme le contrôle de conformité aux critères de sécurité.*

S'enquérir de :

- l'agrément de l'ANTS pour les actes de transfusion
- la date du dernier contrôle fait par l'ANTS
- des résultats et plan d'action
- la mise en œuvre des recommandations

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	Oui / Non	OBSERVATIONS
<b>MATÉRIELS ET EQUIPEMENTS</b>			
1.	Le ou les réfrigérateur(s) des banques de sang sont conformes en température et en propreté avec fiche de suivi des températures		
2.	Un réfrigérateur sécurisé dans la banque de sang pour la mise en quarantaine des poches de sang non valides		
3.	Glacière et accumulateur de froid propre et opérationnelle		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>			

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	Oui / Non	OBSERVATIONS
4.	Un ou plusieurs médecins (point focal de la transfusion) pour l'encadrement des actes transfusionnels dans l'ES		
5.	Comité d'hémovigilance fonctionnel (dont fait partie le médecin point focal)		
<b>ORGANISATION</b>			
6.	L'ES dispose d'une autorisation de pratiquer l'acte transfusionnel (Critère non applicable dans les ES publics)		
7.	La banque de sang dispose d'un registre d'entrée et de sortie des PSL		
8.	Les contrôles biologiques obligatoires sur chaque don de sang sont réalisés et le lien entre le donneur et la poche de sang est tracés		
9.	Les deux étapes (antigènes et anticorps) nécessaires pour le groupage sanguin dans le système ABO sont réalisés		
10.	La présence des hémolysines anti A ou anti B systématiquement mentionnée est contrôlée sur les poches de sang du groupe O		
11.	Les poches de sang non validées sont systématiquement sorties du circuit de distribution		
12.	Des fiches de distribution nominatives sont disponibles dans l'ES		
13.	Le contrôle ultime au lit du patient est systématiquement réalisé dans les services de l'ES avant chaque transfusion et conservé dans le dossier du patient		
14.	Surveillance clinique stricte du patient transfusé les 15 premières minutes puis toutes les 30 min jusqu'à la fin de la transfusion.		
15.	Le registre transfusionnel de chaque service clinique est régulièrement et complètement rempli après les actes transfusionnels		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	Oui / Non	OBSERVATIONS
16.	Les PSL non utilisés dans les services de soins sont immédiatement retournés au service de transfusion sanguine		
17.	Protocoles écrits de gestion des incidents transfusionnels		
18.	Protocoles écrits de gestion des situations de transfusion massive		
19.	Les accidents transfusionnels sont systématiquement tracés et rapportés au comité local d'hémovigilance		
<b>SCORE</b>		<b>/19</b>	<b>soit %</b>

### 3.7.12. Aux urgences médico-chirurgicales

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ À LA SÉCURITÉ AUX URGENCES MÉDICO-CHIRURGICALES

**DATE :**

**DÉPARTEMENT :**

**ZONE SANITAIRE :**

**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :**

**PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL :**

**ÉQUIPE DE CONTRÔLE :**

**PERSONNES RENCONTRÉES :**

CRITERES A CONTROLER	Oui / non	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>		
1. Facilité d'accès		
2. Rampe pour personne à mobilité réduite		
3. Energie électrique continue (SBEE et groupe électrogène de secours automatique fonctionnel)		
4. Eau potable + Réserve		
5. Accès restreints aux personnes autorisées avec affichage information accompagnants		
6. Propreté des salles, non encombrées		
7. Confort thermique (salles climatisées ou ventilées)		
8. Identification claire des secteurs du service		
9. Bon éclairage des salles		
10. Revêtements sols, murs et plafonds des zones d'hospitalisation en bon état et facilement nettoyables		
11. Box d'examen/évaluation initiale/ tri		
12. Salle de déchoquage/ stabilisation		
13. Salle d'observation <72H		
14. Salle de plâtre		
15. Zone de travail médical		
16. Zone sécurisée de stockage de matériel		
17. Zone d'archivage des dossiers		
18. Zone de rangement du matériel de bionettoyage		
19. Salle d'isolement (pour patient à haut risque infectieux ou dangereux)		
20. Issues de secours identifiées		

CRITERES A CONTROLER	Oui / non	OBSERVATIONS
21. Extincteurs avec personnel formé à son utilisation		
22. Salle ou paillote d'attente des familles		
<b>MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS</b>		
23. Moyens téléphoniques de communication avec les autres services		
24. Brancards et chaises roulantes		
25. Trousse d'urgence ou chariot d'urgence		
26. Poste de lavage des mains avec robinet évitant toute contamination manuelle		
27. Matériels de monitoring fonctionnels et en nombre suffisant par rapport à l'activité		
28. Matériels de libération des voies aériennes (Canule de Guedel, aspirateur et sondes) en nombre suffisant par rapport à l'activité		
29. Matériels de ventilation (ballon auto gonflable, masque 2,3, 4) en nombre suffisant par rapport à l'activité		
30. Matériels d'O <sub>2</sub> disponible sur place (Fluides médicaux circulants ou Concentrateurs d'O <sub>2</sub> , Obus d'O <sub>2</sub> AVEC Manodétendeur) Et Lunette ou masque d'oxygène		
31. Matériel de perfusion (Cathéters de gros calibre, perfuseurs, électrolytes, poches de perfusion, solutés de remplissage)		
32. Matériel de contention et d'hémostase en urgence		
33. Défibrillateur fonctionnel et personnel formé à son utilisation		
34. Dossier médical		
35. Accès aux médicaments d'urgence		
36. Fiche de Distribution Nominative de Produits Sanguins Labiles		
37. Équipement de Protection Individuelle (EPI) si patient à risque infectieux		
38. Paravents et draps assurant le respect de l'intimité et de la dignité du patient		
39. Horloges fonctionnelles		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
40. Médecin responsable du service informé de ses missions		
41. Infirmier responsable (surveillant), formé à l'urgence		
42. Personnel paramédical en nombre suffisant (à titre indicatif :1 infirmier + 2 aides-soignants par salle)		
43. Agent de sécurité		
<b>ORGANISATION</b>		

CRITERES A CONTROLER	Oui / non	OBSERVATIONS
44. Personnel paramédical organisé en équipes de permanence 8h-16h et de garde 16h-8h (tableau de planning d'affiché)		
45. Affichage de numéros d'appel en cas d'urgence		
46. Vérification quotidienne des équipements et matériels		
47. Enregistrement du patient sur un registre		
48. Délai de PEC (initiale, accueil et tri) du patient < 15 min		
49. Traçabilité de la surveillance par l'infirmier		
50. Procédure de récupération des résultats cliniques et paracliniques critiques et urgents		
51. Points pluriquotidiens sur les patients présents à 8h et à 17h (aux changements d'équipe)		
52. Passation écrite des consignes lors des visites et staffs et à chaque changement d'équipe		
53. Protocoles écrits de gestion des situations d'urgence et des détresses vitales		
54. Procédure écrite d'accès aux produits sanguins en urgence		
55. Procédure écrite pour déclaration et actions en cas d'accident avec exposition au sang (AES)		
56. Information aux patients et familles avec recueil du consentement éclairé		
57. Procédure écrite de transfert dans les services d'hospitalisation avec limitation du séjour des patients		
58. Enregistrement des sorties avec diagnostic de sortie et destination du patient		
59. Accès à une ambulance et procédures d'appel		
60. Protocoles de désinfection et de bionettoyage des locaux et équipements - au quotidien - entre deux admissions - pour un patient porteur de germes MR ou à autre haut risque infectieux		
61. Procédure écrite de gestion des déchets biomédicaux		
<b>SCORE</b>	<b>/ 61</b>	<b>soit %</b>

### 3.7.13. Dans les laboratoires d'analyses biomédicales

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ À LA SÉCURITÉ DANS LES LABORATOIRES D'ANALYSES BIOLOGIQUES

DATE :

DÉPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :

PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL :

ÉQUIPE DE CONTRÔLE :

PERSONNES RENCONTRÉES :

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>			
1.	Energie électrique continue		
2.	Eau potable + réserve		
3.	Confort thermique		
4.	Propreté des salles		
5.	Les locaux sont conformes à la réglementation nationale		
6.	Zone réservée exclusivement à la réception des échantillons		
7.	Vestiaires situés en dehors des zones de travail		
8.	Salle de manipulation (zone de travail) avec : - Accès limité - Circulation aisée - Lavabos - Paillasse sans jointure faite d'un matériau facile d'entretien, résistante aux solvants et aux produits chimiques corrosifs - Espace de rangement du matériel et des consommables usuels		
9.	Issue de secours identifiée		
10.	Réseau et câblage électriques aux normes		
11.	Prises murales en nombre suffisant		
<b>MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS</b>			

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
12.	Équipements de protection individuelle (Blouses, gants stériles et non stériles, bavettes) pour les manipulations		
13.	Pipettes pasteurs en plastique		
14.	Accès rapide à une douche de sécurité et rince-œil		
15.	Dispositifs de pipetage pour éviter le pipetage à la bouche (exemple pipette automatique)		
16.	Tubes sous vide avec les aiguilles adaptées		
17.	Tubes et flacons avec bouchon vissé		
18.	Anses de transfert jetables en plastique		
19.	Des boîtes étanches pour assurer le transport des échantillons		
20.	Enceinte de sécurité (Hotte) en bactériologie		
21.	Bac de décontamination et produits adéquats		
22.	Autoclave en bactériologie		
23.	Mobilier protégé par du matériau facile à décontaminer		
24.	Extincteur et personnel formé à son utilisation		
25.	Différentes poubelles pour le tri des déchets à la base		
26.	Trousse de premier secours bien approvisionnée et facilement accessible		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>			
27.	1 médecin ou pharmacien biologiste responsable de la validation des résultats		
28.	Ingénieurs et techniciens en nombre suffisant (préciser)		
29.	Agents d'entretien formés à l'hygiène et à la sécurité au laboratoire		
<b>ORGANISATION</b>			
30.	Dans le laboratoire, interdiction formelle de : - pipeter à la bouche - manipuler les lentilles de contact - manger, boire, fumer.		
31.	Une personne responsable de la sécurité		
32.	Protocole écrit de décontamination des surfaces de travail		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
33.	Décontamination des déchets infectieux à l'autoclave ou par d'autres méthodes avant leur élimination		
34.	Un signe de danger biologique est apposé sur chaque porte d'accès au laboratoire		
35.	Tout contenant de produits à risque infectieux est identifié par des étiquettes d'avertissement de dangers biologiques		
36.	Protocoles écrits de manipulation des réactifs contenant des substances toxiques ou radioactives		
37.	Protocoles écrits de gestion des accidents affichés ou d'accès rapide : - AES (accident d'exposition au sang) - Autres que AES		
38.	Protocoles de gestion des déchets biomédicaux		
<b>SCORE</b>		<b>/38 soit %</b>	

### 3.7.14. Dans les Pharmacies à usage intérieur (PUI)

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITÉ AUX NORMES DE SÉCURITÉ DANS LES PHARMACIES A USAGE INTÉRIEUR (PUI) DES ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS

DATE :

DÉPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER :

PUBLIC/ PRIVÉ/ CONFESIONNEL :

ÉQUIPE DE CONTRÔLE :

PERSONNES RENCONTRÉES :

DATE DE LA DERNIÈRE INSPECTION :

EQUIPE DE CONTROLE :

PERSONNES RENCONTREES :

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>			
1	Locaux propres et en bon état		
2	Existence de zones réservées exclusivement au stockage et à la dispensation des produits de santé		
3	Aires de réception, de décartonnage, de stockage, de distribution et de dispensation identifiées et adaptées à l'activité		
4	Locaux de stockage situés, dans la mesure du possible, dans la continuité immédiate de la zone de réception		
5	Vestiaires situés en dehors des zones de travail		
6	Existence d'une zone de stockage dédiée aux produits périmés ou avariés		
7	Circulation aisée au sein des différents compartiments de la PUI		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
8	Locaux de la PUI sécurisés et limité aux personnes autorisées		
9	Accès limité aux personnes autorisées des aires de vente et magasins		
10	Affichage réglementaire (ou lumineux) des issues de secours		
11	Identification des zones et pictogramme de danger si besoin		
12	Local adapté de stockage des produits inflammables (salle climatisée, à l'abri des rayons du soleil, ...)		
13	Climatisation fonctionnelle (préciser température si possible)		
14	Energie électrique continue (relais disponible et fonctionnel en cas de coupure d'électricité : groupe électrogène de secours)		
15	Paillasse propres, non encombrées et adaptées à la préparation des produits (pour la sécurité des manipulations si besoin)		
16	Au moins un lavabo équipé avec eau potable		
17	Présence en nombre suffisant d'étagères/armoires de rangement des produits de santé		
18	Absence de produits à même le sol		
19	Dispositifs médicaux stériles stockés à l'abri de la poussière et de l'humidité et de façon à assurer l'intégrité de l'emballage		
<b>MATERIEL, EQUIPEMENTS ET CONDITIONS DE CONSERVATION</b>			
20	Présence d'équipements informatiques fonctionnels		
21	Présence d'au moins un extincteur pour tous les locaux dédiés à la PUI et personnel formé à son utilisation		
22	Présence de thermohygromètres (dans tous les endroits où sont conservés des produits, notamment la pharmacie et les magasins de stockage) indiquant une température inférieure ou égale à 30°C et une humidité inférieure ou égale à 65%		
23	Présence d'une fiche de relevé de température dans chaque local et fiche de relevé renseignée journalièrement (vérifier les derniers remplissages de la fiche)		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
24	Présence de réfrigérateur(s) fonctionnel(s) pour la conservation des produits de la chaîne de froid		
25	Présence d'un thermomètre dans le(s) réfrigérateur(s) dédié(s) à la conservation des produits de la chaîne de froid indiquant une température comprise entre +2°C et +8°C (cf feuille de température)		
26	Présence d'une fiche de relevé de la température du réfrigérateur, renseignée journalièrement (vérifier les derniers remplissages de la fiche)		
27	Tous les produits de la chaîne de froid sont conservés au réfrigérateur. <u>Exemples :</u> - <i>Ocytocine (SYNTOCINON) injectable</i> - <i>Méthylergométrine (METHERGIN) injectable</i> - <i>Insulines injectables</i> - <i>Vaccins</i> - <i>Immunoglobulines</i>		
28	Absence de nourriture ou autres denrées alimentaires dans le réfrigérateur		
29	Armoire ou salle fermée à clé pour les produits sous contrôle international (stupéfiants, anesthésiques...)		
30	Moyens octroyés pour un transport adéquat et sécurisé des produits (chariots fermés, respect de la chaîne de froid...)		
<b>RESSOURCES HUMAINES ET HORAIRES D'OUVERTURE</b>			
31	Personnel responsable de la pharmacie		
32	Présence à temps plein du responsable de la pharmacie		
33	Personnel responsable, chargé de l'approvisionnement et de la gestion de stock		
34	Présence d'un personnel qualifié (Pharmacien, préparateurs, magasiniers, agents de cession)		
35	Pharmacie à usage intérieur ouverte 24h/24		
<b>APPROVISIONNEMENT</b>			
PUI des structures sanitaires publiques uniquement			
36	Approvisionnement de la PUI publique en produits de santé auprès de la SoBAPS		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
37	En cas de rupture à la SoBAPS, approvisionnement de la PUI publique auprès des grossistes-répartiteurs privés, après obtention de l'autorisation de l'ABMed		
PUI des structures sanitaires privées uniquement			
36	Approvisionnement de la PUI privée en produits de santé auprès des officines de pharmacie		
37	Approvisionnement de la PUI privée en produits d'urgence auprès des grossistes-répartiteurs privés		
<b>ORGANISATION ET GESTION DE STOCK</b>			
40	Présence d'un manuel de procédures de gestion de la PUI		
41	Existence d'une procédure de destruction des produits périmés conforme à la réglementation en vigueur		
42	Présence d'un logiciel de gestion de stock (relever le nom du logiciel)		
43	Étiquetage des préparations hospitalières cédées, conforme à la réglementation en vigueur		
44	Délivrance des stupéfiants sur présentation d'une ordonnance extraite d'un carnet à souche		
45	Disponibilité et accessibilité d'une documentation de référence adéquate (LNME, recueil des textes réglementaires, pharmacopée, VIDAL etc.)		
46	Disponibilité de la liste des médicaments (y compris la liste des médicaments à risque), établi en dénomination commune internationale (DCI) et constituant le livret thérapeutique de l'établissement		
<b>PRIX PRATIQUES ET MODALITES DE CESSION</b>			
47	Produits dispensés uniquement aux patients pris en charge dans la structure (pour vérification, mimer discrètement un achat direct à la pharmacie de la structure)		
48	Respect du prix public des produits cédés (cibler 3 à 5 produits traceurs cf. tableau)		
PUI des structures sanitaires privées uniquement			

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
49	Coût des médicaments intégré directement à la facture globale des prestations de soins (demander des exemples de factures de soins pour vérification et bien identifier si le prix du médicament y est mentionné)		
<b>SCORE</b>		PUI Publique	/48 soit %
		PUI Privée	/49 soit %

N°	Désignation du médicament	Forme et Conditionnement	Prix d'achat grossiste (FCFA)	Nature fournisseur	Prix public (FCFA)	Observations
1						
2						
3						
4						
5						

### **Référentiels opposables :**

- Loi N° 2021 - 03 du 1er février 2021 portant organisation des activités pharmaceutiques en République du Bénin.
- Décret N° 2020-324 du 24 juin 2020 portant création de la société béninoise pour l'approvisionnement en produits de santé et approbation de ses statuts.
- Décret N° 2020 - 498 du 07 octobre 2020 portant règles d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux publics.
- Décret N° 2022 - 148 du 02 mars 2022 portant organisation de la pyramide sanitaire en République du Bénin.
- Décret N° 2022 - 121 du 23 février 2022 portant approbation des statuts des centres hospitaliers universitaires.
- Décret N° 2022 - 122 du 23 février 2022 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux.
- Décret N° 2002 – 0113 du 1é mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone.
- Décret N° 88-444 du 19 novembre 1988 portant autorisation de vente des médicaments essentiels et rétention des recettes des formations sanitaires en leur sein.
- Ordonnance n° 75-7 du 27 janvier 1975 portant régime des médicaments au Dahomey.

- Arrêté n° 2016 — 0410 portant procédure de déclaration et destruction des déchets pharmaceutiques en République Bénin.
- Bonnes pratiques de pharmacie hospitalière (BPPH).

## ÉQUIPE DE RÉDACTION

---

Le manuel pour la sécurité des patients est le livrable majeur des travaux du Comité ad hoc constitué par le Président de l'A.R.S dans le but d'accélérer le processus de mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité dans l'écosystème sanitaire du Bénin.

Ce comité ad hoc est composé de 4 membres du Collège de l'A.R.S qui sont :

1. *ALAPINI David, Pharmacien, membre de la Commission Qualité et Sécurité des Soins (CQSS) ;*
2. *BEN AMMAR Mohamed Salah, Professeur d'anesthésie, membre de la CQSS et Coordonnateur du comité ad hoc ;*
3. *DOSSOU-GBETE Lucien, Médecin Interniste, Infectiologue, Réanimateur, Président de l'A.R.S ;*
4. *NAMBONI Jacob, Médecin de Santé Publique, Président de la CQSS.*

Le comité a été élargi dans un second temps à 2 membres du Secrétariat exécutif de l'A.R.S qui sont :

1. *GOUNONGBE Théodorat, Spécialiste en Démarche Qualité et Gestion Documentaire ;*
2. *SOGLOHOUN Crespin, Médecin de Santé Publique.*

Ce livrable transmis au Collège a été enrichi de nombreux amendements venant des membres du Collège, des membres de la Cellule de contrôle et d'inspection des structures de prestation de soins médicaux, des membres du Conseil de surveillance du sous-secteur pharmaceutique et d'autres acteurs de l'A.R.S ; du Ministre de la Santé et des membres de son cabinet ; de nombreux acteurs ayant participé aux travaux des Groupes Techniques de Travail (GTT), des évaluateurs et des acteurs des établissements ayant été évalués dans le cadre du test du manuel élaboré par l'A.R.S, ainsi que des leçons apprises à l'occasion de ce test.

## RÉFÉRENCES

1. Décret 2022-148 du 02 mars 2022 portant organisation de la pyramide sanitaire en République du Bénin
2. Rapport EDS, Selon l'EDS 2017-2018 : page 324, tableau 15.5  
[https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin\\_EDSBV\\_Rapport\\_final.pdf](https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin_EDSBV_Rapport_final.pdf)
3. Présentation du cadre pour la sécurité des patients à l'hôpital, OMS 2021 ; p1-12 /  
<https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMHCD132F-fre.pdf>
4. Manuel d'évaluation de la sécurité des patients. Troisième édition. Le Caire : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale ; 2021. Licence : CCBY-NC-SA3.0IGO.
5. Guide pédagogique pour la sécurité des patients, édition multi professionnelle. OMS 2015 ; p1-274.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide\\_pedagogique\\_pour\\_la\\_securite\\_des\\_patients\\_-\\_guide\\_complet.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf)
6. Rapport de la commission technique chargée des réformes dans le secteur de la santé (non publié)
7. Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin, PO-RMMN 2018-2022.
8. Projet de plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021–2030 : vers l'élimination des préjudices évitables dans le cadre des soins de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé,

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>4</b>
<b>ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</b> .....	<b>7</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>9</b>
<b>PRÉFACE</b> .....	<b>20</b>
<b>RÉSUMÉ EXÉCUTIF</b> .....	<b>22</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>25</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>30</b>
<b>1. LIVRE 1 : VUE D'ENSEMBLE DU DISPOSITIF POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS</b> .....	<b>34</b>
1.1. DESCRIPTION DU DISPOSITIF .....	35
1.2. PRINCIPAUX ACTEURS .....	35
1.2.1. <i>Patients et communautés</i> .....	35
1.2.2. <i>Établissements hospitaliers</i> .....	35
1.2.3. <i>Autorité de Régulation du Secteur de la Santé</i> .....	36
1.2.4. <i>Ministère de la santé</i> .....	36
1.2.5. <i>Partenaires techniques et financiers</i> .....	36
1.3. DOMAINES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS .....	37
1.4. NORMES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS .....	38
1.4.1. <i>Formulation des normes</i> .....	38
1.4.2. <i>Interprétation des normes</i> .....	39
1.5. CRITÈRES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS.....	40
1.5.1. <i>Critères essentiels</i> .....	41
1.5.2. <i>Critères fondamentaux</i> .....	42
1.5.3. <i>Critères avancés</i> .....	48
<b>2. LIVRE 2 : ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS</b> .....	<b>50</b>
2.1. CIBLES DE L'ÉVALUATION .....	51
2.1.1. <i>Établissements hospitaliers</i> .....	51
2.1.2. <i>Usagers des établissements hospitaliers et le public</i> .....	51
2.1.3. <i>Plateau technique des établissements hospitaliers et documents</i> .....	52
2.2. ÉCHELLE D'ÉVALUATION .....	52
2.2.1. <i>Critère essentiel</i> .....	52
2.2.2. <i>Critère fondamental</i> .....	52

2.2.3.	<b>Critère avancé</b> .....	53
2.3.	<b>ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS</b> .....	53
2.3.1.	<b>Évaluateurs</b> .....	53
2.3.2.	<b>Sélection des évaluateurs</b> .....	54
2.3.3.	<b>Équipe d'évaluateurs : composition et rôle</b> .....	54
2.3.4.	<b>Évaluer et maintenir le niveau de réalisation</b> .....	54
2.3.5.	<b>Exemples de classification</b> .....	56
2.4.	<b>DOMAINES, NORMES ET CRITÈRES RESPECTIFS</b> .....	56
2.4.1.	<b>Domaine A : Direction et gestion</b> .....	56
2.4.2.	<b>Domaine B : implication des patients et du public</b> .....	81
2.4.3.	<b>Domaine C : Sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles.</b>	104
2.4.4.	<b>Domaine D : Sûreté de l'environnement</b> .....	133
2.4.5.	<b>Domaine E : apprentissage continu</b> .....	150
2.5.	<b>OUTILS D'ÉVALUATION</b> .....	155
2.5.1.	<b>Introduction</b> .....	155
2.5.2.	<b>Informations générales sur l'établissement hospitalier</b> .....	155
2.5.2.1.	Nom de l'établissement hospitalier .....	155
2.5.2.2.	Liste des différents types d'offre de soins fournis.....	155
2.5.2.3.	Statistiques .....	155
2.5.2.4.	Énumérez les cinq principaux diagnostics médicaux de sortie et les cinq actes chirurgicaux les plus réalisés .....	156
2.5.2.5.	Énumérez les services non médicaux en soutien à l'établissement hospitalier .....	156
2.5.2.6.	Énumérez les services externalisés.....	156
2.5.2.7.	Garantisiez-vous au moins une ambulance fonctionnelle .....	156
2.5.2.8.	Description du site de l'établissement : répertoriez l'ensemble des bâtiments associés à l'établissement hospitalier .....	156
2.5.2.9.	Description des événements survenus les 12 derniers mois et ayant eu une incidence sur la fourniture de soins aux patients.....	156
2.5.3.	<b>Liste des documents</b> .....	156
2.5.3.1.	Pour le domaine A – Direction et gestion .....	157
2.5.3.2.	Pour le domaine B - implication des patients et du public.....	162
2.5.3.3.	Pour le domaine C- Sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles .....	165
2.5.3.4.	Pour le domaine D – Sûreté de l'environnement.....	169
2.5.3.5.	Pour le domaine E - apprentissage continu .....	172
2.5.4.	<b>Grilles d'observation</b> .....	173
2.5.4.1.	Considérations générales .....	174
2.5.4.2.	Installations environnementales et zones d'hospitalisation .....	176
2.5.4.3.	Sécurité incendie .....	178
2.5.4.4.	Laboratoires .....	179
2.5.4.5.	Radiologie.....	179
2.5.4.6.	Blocs opératoires et unités centrales de stérilisation .....	180
2.5.4.7.	Pharmacie.....	181

2.5.4.8.	Dossiers médicaux.....	181
<b>2.5.5.</b>	<b>Guides d'entretien .....</b>	<b>183</b>
2.5.5.1.	Avec un cadre supérieur de la sécurité des patients.....	183
2.5.5.2.	Avec la direction de l'établissement hospitalier .....	184
2.5.5.3.	Avec le responsable de la sécurité des patients .....	184
2.5.5.4.	Avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections .....	187
2.5.5.5.	Avec les patients.....	188
2.5.5.6.	Avec le responsable de la banque de sang .....	188
2.5.5.7.	Avec le responsable des dossiers médicaux .....	188
2.5.5.8.	Avec le responsable de la santé au travail et de la sécurité environnementale .....	189
2.5.5.9.	Avec le Directeur ou responsable médical .....	189
2.5.5.10.	Avec le responsable des soins infirmiers.....	190
2.5.5.11.	Avec le responsable du développement professionnel du personnel .....	191
2.5.5.12.	Avec le responsable de la gestion des déchets .....	192
<b>2.6.</b>	<b>PROPOSITION DE PROGRAMME D'ÉVALUATION.....</b>	<b>193</b>
<b>2.7.</b>	<b>MODELE DE RAPPORT.....</b>	<b>198</b>
<b>2.7.1.</b>	<b>Résumé d'orientation .....</b>	<b>198</b>
2.7.1.1.	Objectif.....	198
2.7.1.2.	Offre de services .....	198
2.7.1.3.	Méthodologie .....	198
2.7.1.4.	Résultats .....	199
2.7.1.5.	Conclusions .....	200
<b>2.7.2.</b>	<b>Introduction au dispositif pour la sécurité des patients .....</b>	<b>201</b>
<b>2.7.3.</b>	<b>Méthodologie d'évaluation .....</b>	<b>201</b>
<b>2.7.4.</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>202</b>
<b>2.7.5.</b>	<b>Conclusions .....</b>	<b>203</b>
<b>2.7.6.</b>	<b>Recommandations.....</b>	<b>203</b>
<b>3</b>	<b>LIVRE 3 : CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS .....</b>	<b>204</b>
<b>3.1.</b>	<b>PRINCIPES DU CONTRÔLE .....</b>	<b>205</b>
<b>3.2.</b>	<b>CIBLES DU CONTRÔLE .....</b>	<b>206</b>
<b>3.3.</b>	<b>BUT DU CONTRÔLE.....</b>	<b>206</b>
<b>3.4.</b>	<b>CADRE GLOBAL DU CONTRÔLE .....</b>	<b>206</b>
<b>3.4.1.</b>	<b>Organes de contrôle.....</b>	<b>206</b>
<b>3.4.2.</b>	<b>Profil des contrôleurs inspecteurs de l'A.R.S .....</b>	<b>207</b>
<b>3.4.3.</b>	<b>Quand réaliser les contrôles .....</b>	<b>208</b>
<b>3.5.</b>	<b>PROCÉDURE DE CONTRÔLE PAR L'A.R.S .....</b>	<b>208</b>
<b>3.5.1.</b>	<b>Phase préparatoire .....</b>	<b>208</b>
<b>3.5.2.</b>	<b>Phase de réalisation du contrôle .....</b>	<b>208</b>
<b>3.5.3.</b>	<b>Phase d'analyse, de cotation et des recommandations.....</b>	<b>209</b>

3.5.4.	<i>Phase de suivi</i> .....	209
3.6.	<b>OUTILS DE CONTRÔLE</b> .....	209
3.6.1.	<i>Généralités</i> .....	209
3.6.2.	<i>Guides d'utilisation</i> .....	210
3.7.	<b>FICHES TECHNIQUES</b> .....	211
3.7.1.	<i>En gynécologie et obstétrique</i> .....	212
3.7.2.	<i>En maternité</i> .....	217
3.7.3.	<i>Pour le chariot d'urgences</i> .....	221
3.7.4.	<i>En néonatalogie</i> .....	223
3.7.5.	<i>En anesthésie</i> .....	226
3.7.6.	<i>Au bloc opératoire</i> .....	228
3.7.7.	<i>En hémodialyse</i> .....	232
3.7.8.	<i>En réanimation</i> .....	237
3.7.9.	<i>En imagerie et radio vigilance</i> .....	241
3.7.10.	<i>En matière de stérilisation de dispositifs médicaux réutilisables</i> .....	245
3.7.11.	<i>En matière d'utilisation des produits sanguins labiles et d'hémovigilance</i> .....	248
3.7.12.	<i>Aux urgences médico-chirurgicales</i> .....	251
3.7.13.	<i>Dans les laboratoires d'analyses biomédicales</i> .....	254
3.7.14.	<i>Dans les Pharmacies à usage intérieur (PUI)</i> .....	257
	<b>ÉQUIPE DE RÉDACTION</b> .....	<b>263</b>
	<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>264</b>
	<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>265</b>

**« La voie royale pour aller vers le développement socio-économique et l'amélioration significative de nos conditions de vie, est celle du travail acharné, dans la rigueur et la discipline collective. »**

*Patrice TALON à l'occasion de la présentation des vœux de nouvel an aux corps constitués. Cotonou, le 21 janvier 2021*

**Autorité de Régulation du secteur de la Santé**

✉ [ars@presidence.bj](mailto:ars@presidence.bj)

**N° ISBN** : 978-99982-67-23-7

**N° dépôt légal** : 15868 mai 2024

**Titre de l'ouvrage** : Manuel d'évaluation et de contrôle de la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers du Bénin

A imprimer au dos du manuel (à supprimer d'ici avant de relier)

Les normes pour la sécurité des patients sont essentielles pour l'instauration, l'évaluation et le contrôle des programmes de sécurité des patients au sein des établissements hospitaliers. Cette première édition du manuel béninois d'évaluation et de contrôle pour la sécurité des patients fournit un ensemble actualisé de normes et de critères d'évaluation et de contrôle qui reflètent les meilleures pratiques actuelles et les lignes directrices de l'OMS.

Le manuel facilitera le déploiement du dispositif pour la sécurité des patients dans les établissements hospitaliers, soutiendra l'évaluation et le contrôle de la sécurité des patients et des programmes d'amélioration au sein des établissements hospitaliers en tant que partie intégrante du cadre pour la sécurité des patients en établissement hospitalier. Il permettra de garantir que la priorité est accordée à la sécurité des patients et que les établissements de santé et leur personnel mettent en œuvre les meilleures pratiques.

Ce manuel élaboré par l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé, est un outil essentiel à l'usage des établissements hospitaliers publics et privés, des associations professionnelles, des ordres professionnels, des organes de réglementation, de surveillance et du Ministère de la Santé pour améliorer la sécurité des patients.