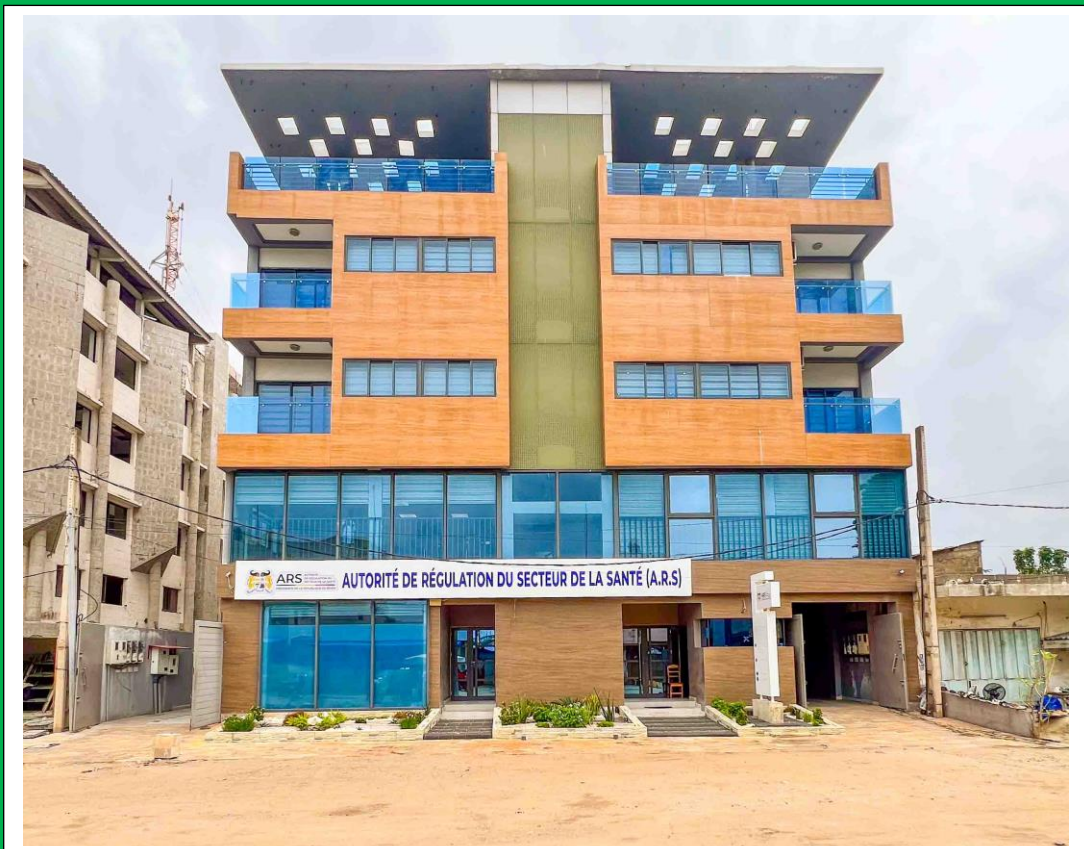


# **MANUEL D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE PREMIER CONTACT DU BÉNIN**



**MANUEL**  
**D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE**  
**DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS**  
**DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**  
**DE 1<sup>er</sup> CONTACT 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> aout 2018*

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée. Une autorisation officielle devrait être demandée. ([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 de santé de premier contact du Bénin. Cotonou. Juillet 2024. N° ISBN : 978-99982-67-203-6

# 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>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>DDS</b>	Direction Départementale de la Santé
<b>CSU</b>	Couverture Sanitaire Universelle
<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>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers

**PCI**

Prévention et Contrôle des Infections.

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

---

Tableau 1: Répartition des critères stratifiés selon les cinq domaines.....	30
Tableau 2 : Formulation des normes dans chaque domaine .....	31
Tableau 3 : Exemple de format du code applicable pour l'ensemble des domaines, des normes et des critères pour la sécurité des patients .....	33
Tableau 4 Formulation des 30 critères essentiels .....	34
Tableau 5 : Formulation des 78 critères fondamentaux.....	37
Tableau 6 : Formulation des 17 critères avancés.....	41
Tableau 7 : Règles d'attribution du score pour l'évaluation de chaque critère.....	46
Tableau 8 : Niveaux de performance des ESPC sur l'échelle de la sécurité des patients .....	48
Tableau 9 : Critères d'évaluation des normes du domaine A .....	50
Tableau 10 : Critères d'évaluation des normes du domaine B.....	67
Tableau 11: Critères d'évaluation des normes du Domaine C.....	76
Tableau 12 : Critères d'évaluation des normes du domaine D.....	96
Tableau 13 : Critères d'évaluation des normes du Domaine E.....	105
Tableau 14 : Documents pour le domaine A .....	110
Tableau 15 : Documents pour le domaine B .....	113
Tableau 16 : Document pour le domaine C.....	115
Tableau 17 : Documents pour le domaine D .....	117
Tableau 18 : Documents pour le domaine E.....	118

Figure 1 : les quatre étapes de calcul du niveau de réalisation du cadre pour la sécurité des patients .. 49

## GLOSSAIRE

---

- 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 d'améliorer les 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.
- But** C'est ce que l'on se propose d'atteindre dans le cadre de l'exécution partielle ou totale d'une mission, sans aucune indication sur les conditions de réalisation.
- Cible de l'évaluation** La cible est tout établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact 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, 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.

**CIM-10, CIM-11** Classification internationale des maladies, dixième et onzième révision.

**Code de conduite** Ensemble documenté de principes convenus qui définissent les responsabilités et les attentes au titre de ce code pour toutes les parties.

**Communauté** Personnes, familles, groupes et organisations qui résident habituellement dans la même localité.

**Compétences** Ce terme désigne les connaissances, les savoir-faire, les aptitudes, les comportements, l'expérience et l'expertise nécessaires pour accomplir une tâche ou une activité particulière.

**Confidentialité** Droit des personnes à ce que les informations les concernant ne soient pas divulguées.

**Consentement éclairé** Informations données au patient en s'assurant que les indications, tous les risques, bénéfices, alternatives (y compris le refus) 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, des normes dédiées aux établissements de santé au cours de la même visite.
<b>CSA-QSS</b>	Commission spéciale pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.
<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>Ecosystème sanitaire</b>	Au sens strict, c'est l'ensemble des parties prenantes du secteur sanitaire interagissant au sein et avec ce milieu ; il est assimilé au secteur de la santé.
<b>ESPC</b>	Établissement de santé de premier (1 <sup>er</sup> ) contact. Voir ci-après « structures de 1 <sup>er</sup> contact »
<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.
<b>Éthique</b>	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 dispensés 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 ou un gérant d'assurer ses fonctions dans un souci de redevabilité, d'équité et de transparence dans la relation entre une entité et ses parties prenantes.

<b>Incident</b>	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.
<b>Information</b>	Donnée organisée, interprétée et utilisée. L'information peut être sous plusieurs formats notamment papier ou électronique.
<b>Justifier de</b>	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 ».
<b>Mission</b>	Déclaration écrite générale dans laquelle sont exposés l'objectif et la portée de l'organisation.
<b>Objectif</b>	C'est un résultat mesurable à atteindre avec des moyens adéquats dans un délai déterminé et dont la réalisation est prévue au cours de la période de référence.
<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>	Un plan stratégique est une synthèse cohérente des politiques ou des stratégies d'une organisation. Il traduit donc la/les politique(s) ou stratégie(s) de l'organisation qui rassemble toutes les parties prenantes de celle-ci autour d'une même vision, d'une même mission, d'un même idéal.
<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).
<b>Procédure</b>	Ensemble écrit d'instructions indiquant les étapes approuvées et recommandées relativement à un acte particulier ou à une série d'actes.
<b>Procédure Opérationnelle Standardisée (POS)</b>	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).

<b>Processus</b>	Ensemble d'actions ou de mesures prises dans le but d'atteindre un objectif précis.
<b>Principes directeurs</b>	Une base fondamentale qui guide et oriente les actions, les décisions et les comportements d'une personne, d'un groupe ou d'une organisation. Il s'agit d'une règle ou d'une norme éthique qui définit les valeurs et les objectifs à atteindre.
<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, de tenir compte et de demander des comptes sur 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>SOP</b>	Voir POS (Procédure Opérationnelle Standardisée) ci-avant

## **Structures de 1<sup>er</sup> contact**

Le décret n° 2022-148 du 2 mars 2022 portant organisation de la pyramide sanitaire en République du Bénin stipule en son article 11 que « Les structures de 1<sup>er</sup> contact sont :

- les services de santé communautaire ;
- les maternités et dispensaires isolés,
- les centres de santé d'arrondissement ou de commune,
- les infirmeries scolaires et universitaires ;
- les infirmeries d'entreprise et de garnison ;
- les cabinets de soins ;
- les cliniques.

Ces structures de 1<sup>er</sup> contact offrent un paquet minimum de soins qui relèvent des soins de santé primaires. Elles mènent d'autres activités de santé compte tenu des besoins de la population identifiés à travers un diagnostic communautaire. »

## **Système de gestion des documents**

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.

## **Trois dispositifs**

Dispositif pour la sécurité des patients,

Dispositif pour l'accréditation des professionnelles de santé et

Dispositif pour la certification des établissements de santé

## **Valeurs**

Principes, croyances ou énoncés de philosophie qui guident le comportement et peuvent inclure des questions sociales ou éthiques.

**Vision**

Déclaration décrivant les objectifs d'une organisation. La vision doit guider les prises de décisions en interne.

**WASH**

WASH est un terme générique désignant collectivement l'accès à l'eau, l'assainissement, et l'hygiène.



## 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 revisitées 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact. 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact, 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 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 dans les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact, 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact ; 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact. Les 5 domaines sont : *domaine A ou « Leadership et gestion » ; domaine B ou « implication des patients et de la communauté » ; domaine C ou « pratiques cliniques sécurisées fondées sur des bases factuelles » ; domaine D ou « l'environnement sécurisé » ; 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact. 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact et non à une partie ou à un service en particulier.

Au nombre des principaux acteurs, on distingue les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact, l'A.R.S, le Ministère de la Santé, les Partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, mais aussi les patients et les communautés. Chacun de ces acteurs a un rôle précis.

Les dix-neuf (19) normes sont évaluées par une série de 125 critères dont 30 essentiels, 78 fondamentaux et 17 avancés. La conformité aux normes garantit que la sécurité des patients bénéficie d'un traitement prioritaire et que les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact et leur 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact fait appel à une équipe d'évaluateurs (en moyenne deux 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact.

**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 de santé de 1<sup>er</sup> contact fait appel à une équipe de contrôleurs (en moyenne 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 pour la sécurité des patients en République du Bénin.

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	<i>Médecin Gériatre, Master Santé Publique, Chargé de missions près du Ministre de la Santé</i>
M. Firmin ASSADETIN	<i>Assistant du Secrétaire Général du Ministère de la Santé</i>
M. Joseph CAPO-CHICHI	<i>Kinésithérapeute, Chef division du développement et de la promotion de la médecine physique et réadaptation au Ministère de la Santé</i>
Dr Mohamed Ismaël HOTEYI	<i>Maître de Recherche (CAMES) - Écologie Médicale et Santé Environnementale ; Membre du Conseil National de la Médecine Hospitalière au Ministère de la santé</i>
Mme Andréa HOUINDOTE	<i>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</i>
Dr Thierry HOUNGBO	<i>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</i>
M. Lambert LOKO	<i>Administrateur Hospitalier, Universitaire et d'Intendance, Économiste de la Santé, Ministère de la santé, Direction, des Établissements Hospitaliers du Ministère de la Santé</i>
Dr Aline AGUEGUE	<i>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</i>
Pr Cossi ATTINSOUNON	<i>Médecin Infectiologue, Praticien Hospitalier et Universitaire, CHUD Borgou, Parakou</i>
M. Eloge Florent BOKOSSA	<i>Directeur de l'Hôpital de Zone de Natitingou</i>
M. Wilfrid DANHOUETO	<i>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</i>

Dr Cyriaque Comlan DEGBEY	<i>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</i>
Pr Justin Lewis DENAKPO	<i>Professeur de Gynécologie-Obstétrique, Chef du service de la Clinique universitaire de gynécologie obstétrique au CNHU-HKM à Cotonou</i>
Pr Dieu Donnè GNONLONFOUN	<i>Professeur de Neurologie à l'Université d'Abomey Calavi, Directeur général du CNHU-HKM</i>
Dr Edgard PADONOU	<i>Spécialiste en Médecine Transfusionnelle, Chef du Service de Transfusion Sanguine à la DDS LITTORAL</i>
Dr Tamara SANSUAMOU	<i>Médecin Radiologue interventionnel, Auditeur ISO 9001-2015, Chef service imagerie médicale à la DGMHED</i>
M. Thomas ZANGOUNON	<i>Administrateur Hospitalier, Universitaire et Intendant, Directeur de l'Hôpital de Zone de Comé</i>
Pr Eugène ZOUMENOU	<i>Professeur d'Anesthésiste-Réanimateur, Chef du service de Réanimation, au CNHU-HKM ; Président de la Commission Offre de Soins et Qualité des Soins, Conseil National de la Médecine Hospitalière au Ministère de la Santé.</i>

## Acteurs du secteur privé de la santé

Mme Josiane ADANDE	<i>Consultante en Hygiène Hospitalière, Hôtelière et Agroalimentaire. Auditrice Formatrice en Qualité Hygiène Sécurité Environnement (QHSE)*</i>
Dr Eusèbe ADONONSI	<i>Gynécologue Obstétricien, Médecin-Chef Polyclinique Biosso de Godomey.</i>
Mme Anny AGUIAR KOUGBLA	<i>Sage-femme, Bio hygiéniste, Coordinatrice des services clinique, ABMS/PSI</i>
Dr Moufid AKINOCHO	<i>Pédiatre, secteur privé</i>
Dr Kamarou Dyne BABA	<i>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 Evaluator PAG/ Santé, Plateforme des OSC (Organisation de la Société Civile), Médecin Directeur Général, Clinique Centrale Calavi</i>
Dr François DEGBELO	<i>Médecin Généraliste, Epidémiologiste d'intervention, expert du BIT en action coopérative, membre du Groupe de Référence du Ministère de l'Agriculture de l'Elevage et de la Pêche (MAEP), Directeur Général de la Polyclinique Coopérative de Calavi, Trésorier Général de la Plateforme du secteur sanitaire privé (PSSP)i</i>
Dr Gylchrist HOUNDJO	<i>Pharmacien Biologiste, Directeur de la Nouvelle Pharmacie du Grand Marché à Porto-Novo</i>
Dr Thierry MANVOA	<i>Chirurgien en clinique privée</i>
M. Onesime G. TCHABY	<i>Ingénieur &amp; Support technique, Directeur General de MAJESTY SERVICES EQUIPMENTS, Vice-président de APDM</i>

## Utilisateurs des services de santé

M. Edmond AMOUSSOU	<i>Président de l'Association Béninoise des Dialysés</i>
M. Ernest GBAGUIDI	<i>Qualiticien, Président de l'Association des Utilisateurs de Services de Santé</i>



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 Etats 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 sans exposer à une dépense catastrophique. 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'actions 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 dans les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact.

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 causés 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact s'est inspirée des documents tirés de la bibliothèque de l'OMS. L'A.R.S a procédé à une lecture approfondie desdits documents puis à un ajustement de son contenu à l'écosystème sanitaire du Bénin, aux cibles des ODD, à l'objectif de la couverture sanitaire universelle et 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, les éléments mesurables, les procédures d'évaluation, la cotation 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 garantissant l'installation de la culture de la qualité ; la culture de la sécurité des soins et une 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact au 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact, (2) à l'évaluation et (3) au contrôle de ces établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact.

# **LIVRE 1**

Vue d'ensemble du dispositif  
pour la sécurité des patients  
dans les établissements de  
santé de 1<sup>er</sup> contact

## 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact.

Les normes pour la sécurité des patients en établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact au Bénin, contenues dans ce Manuel d'évaluation et de contrôle de la sécurité des patients, constituent un ensemble de prescriptions indispensables à l'instauration d'un programme pour la sécurité des patients au niveau de chaque établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact, 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 de santé et leur 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. Ils deviennent des acteurs de leur santé aussi bien individuelle que collective.

L'implication des usagers et de la communauté n'est pas seulement un alignement sur les directives nationales. C'est une nécessité qui répond à deux impératifs. D'abord, celui de la volonté de faire de chaque usager et de chaque communauté, un véritable acteur de sa santé ; puis celui de faire de chaque usager, un véritable évaluateur du dialogue singulier qu'il a avec le professionnel de santé chargé de le servir, devenant ainsi un véritable booster de l'amélioration continue de la qualité des soins.

### 1.2.2 Établissements de santé de premier contact (ESPC)

La participation au déploiement du dispositif pour la sécurité des patients est obligatoire pour **les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact, qu'ils soient publics ou privés** : centres de santé de commune,

d'arrondissement, maternités et dispensaires isolés, cabinets médicaux, cabinets de soins.

En raison des hospitalisations réalisées par les cliniques, ces dernières sont prises en compte dans la catégorie des établissements hospitaliers.

Le recours grandissant à des solutions numériques pour délivrer des services de santé en situation de 1<sup>er</sup> contact, doit faire élargir le concept d'établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact à ces espaces virtuels de gouvernance des soins tout en procédant à un ajustement des critères.

Les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 et du contrôle 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 de 1<sup>er</sup> contact publics et privés aux normes pour la sécurité des patients ;
- labelliser (reconnaissance officielle) les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 de 1<sup>er</sup> contact ;
- planifier, mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre le présent dispositif pour la sécurité des patients dans les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 de 1<sup>er</sup> contact publics et privés ;
- suivre l'amélioration des indicateurs de la sécurité des patients dans les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact ;
- accompagner l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé dans l'identification des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact publics et privés ;
- d'accompagner le Bénin dans la mise en œuvre des interventions du dispositif pour la sécurité des patients ;
- 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 : Leadership et gestion ; implication des patients et de la communauté ; pratiques cliniques sécurisées fondées sur des bases factuelles ; environnement sécurisé et apprentissage continu. Chacun des cinq domaines du dispositif pour la sécurité des patients est associé à des normes dédiées. Chacune des normes 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 critères stratifiés selon les cinq domaines

Domaines	Normes	Critères essentiels	Critères fondamentaux	Critères avancés	Total des critères
<b>A. Leadership et gestion</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>37</b>
<b>B. Implication des patients et de la communauté</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>20</b>



<b>C. Pratiques cliniques sécurisées fondées sur des bases factuelles</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>44</b>
<b>D. Environnement sécurisé</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>19</b>
<b>E. Apprentissage continu</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>78</b>	<b>17</b>	<b>125</b>

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

## 1.4 NORMES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Les 19 normes pour la sécurité des patients, applicables aux établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact au Bénin sont formulées dans le tableau ci-après.

### 1.4.1 Formulation des 19 normes

Tableau 2 : Formulation des normes dans chaque domaine

<b>A – Leadership et gestion</b>	
1	<b>A.1</b> L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact est engagé en faveur de la sécurité des patients.
2	<b>A.2</b> L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'un programme de sécurité des patients.
3	<b>A.3</b> L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact collecte, analyse et utilise les données pour améliorer ses performances en matière de sécurité.
4	<b>A.4</b> L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'équipements et d'appareils essentiels fonctionnels pour fournir ses services.
5	<b>A.5</b> L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact 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 **A.6** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un système de gestion de l'information favorisant des pratiques sûres pour tous les services offerts.
- 7 **A.7** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact met en œuvre un programme de santé et de sécurité au travail.

## **B - Implication du patient et de la communauté**

- 8 **B.1** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un programme visant à protéger les droits des patients, qui inclut la sécurité de ces derniers.
- 9 **B.2** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact sensibilise ses patients et leurs accompagnants pour leur donner les moyens de participer à la prise de décisions appropriées concernant leurs soins.
- 10 **B.3** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact 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.
- 11 **B.4** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact encourage les patients à exprimer leurs commentaires et prend en compte leurs préoccupations et leurs avis positifs.

## **C – Sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles**

- 12 **C.1** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place un audit clinique et une surveillance efficace afin d'assurer la sécurité des patients.
- 13 **C.2** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un programme fonctionnel de prévention et de contrôle des infections (PCI) permettant de réduire les risques d'infections associées aux soins.
- 14 **C.3** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un système pour assurer la sécurité des médicaments.
- 15 **C.4** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place des systèmes pour gérer et contrôler les situations d'urgence en cas d'épidémie de maladie infectieuse.

## **D – Sûreté de l'environnement**

16 **D.1** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact offre un environnement physique sûr et sécurisé pour les patients, le personnel, les bénévoles et les visiteurs.

17 **D.2** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a accès aux services eau, assainissement et hygiène (WASH) et de gestion sécurisée des déchets.

## E - Apprentissage continu

18 **E.1** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a prévu pour le personnel, un programme de développement professionnel, dans lequel la sécurité des patients est un thème transversal.

19 **E.2** L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact** et non pas à une partie.

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

La conformité aux normes est mesurée par l'évaluation ou le contrôle d'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 de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 - LEADERSHIP ET GESTION</b>	<b>A</b>
<b>NORME A.1</b> Leadership et la gestion sont engagés en faveur de la sécurité des patients	<b>A.1</b>
	A.1.1.1

<b>Critères essentiels</b>	A.1.1.2
	A.1.1.3
	A.1.1.4
<b>Critères fondamentaux</b>	A.1.2.1
	A.1.2.2
	A.1.2.3
	A.1.2.4
<b>Critères avancés</b>	A.1.3.1
	A.1.3.2

**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 « Leadership et gestion » (A).

La conformité à chaque norme passe par l'évaluation des critères opposables aux établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact afin de garantir la sécurité des patients. Le caractère opposable est renforcé par la prise du décret fixant les modalités d'évaluation de la sécurité des patients.

## 1.5 CRITÈRES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES ESPC

Les cent vingt-cinq (125) critères sont déclinés en trois catégories distinctes :

- **Les critères essentiels** : au nombre de 30, leur prise en compte constitue un bon point de départ pour un établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ;
- **Les critères fondamentaux** : au nombre de 78, sont en lien avec un ensemble de normes de base auxquelles un établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact doit se conformer pour assurer la sécurité de ses patients ;
- **Les critères avancés** : au nombre de 17, sont des critères en lien avec un ensemble de normes auxquelles les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact 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

La formulation des 30 critères essentiels apparaît dans le tableau ci-après.

Tableau 4 Formulation des 30 critères essentiels

## CRITÈRES ESSENTIELS

## **Domaine A : Leadership et gestion**

1 A.1.1.1. Une organisation pour la bonne gestion des soins mise en place par l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact est fonctionnelle.

2 A.1.1.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un document de planification annuelle de ses activités dont les derniers montrent que la sécurité des patients constitue une priorité.

3 A.1.1.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact fournit la preuve des ressources, allouées aux activités liées à la sécurité des patients.

4 A.1.1.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un plan de préparation aux situations d'urgence qui a été testé et communiqué à l'ensemble du personnel.

5 A.2.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact veille à ce qu'un professionnel de santé qualifié soit responsable, redevable et habilité en matière de sécurité des patients.

6 A.4.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure la disponibilité des équipements et des fournitures essentielles pour les services offerts.

7 A.5.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure la mise à disposition de personnel compétent en nombre suffisant pour dispenser des soins sûrs aux patients à tout moment.

8 A.5.1.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure définie pour s'assurer que tout le personnel de santé est inscrit auprès d'un organisme approprié qui l'autorise à exercer.

## **Domaine B : Implication des patients et de la communauté**

9 B.2.1.1. 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.

10 B.3.1.1. La procédure d'identification utilisée dans l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact nécessite au moins deux moyens permettant d'identifier un patient.

11 B.3.1.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un système d'identification et de documentation des allergies.

## **Domaine C : Pratiques cliniques sécurisées fondées sur des bases factuelles**

12 C.1.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact respecte les lignes directrices relatives aux pratiques cliniques.

13 C.1.1.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de canaux de communication efficaces dans tout l'établissement, y compris pour les résultats critiques et urgents.

14 C.1.1.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact veille à réduire la transmission verbale ou téléphonique d'ordonnances et de résultats et le cas échéant, les informations reçues doivent obligatoirement être notées puis répétées par le destinataire lorsque la communication verbale est indispensable.

- 15 C.2.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un programme coordonné de prévention et de contrôle des infections.
- 16 C.2.1.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact s'assure que tous les équipements sont nettoyés, désinfectés et stérilisés correctement.
- 17 C.3.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un système de gestion assurant la sécurité des médicaments qui répond aux besoins des patients, satisfait à la réglementation en vigueur.
- 18 C.3.1.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact conserve des médicaments à haut risque dans un lieu sécurisé.
- 19 C.3.1.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact s'assure de la disponibilité des médicaments d'importance vitale à tout moment.
- 20 C.3.1.4. Le processus de distribution et de stockage des médicaments et des vaccins thermosensibles reste ininterrompu tout au long de la chaîne du froid.
- 21 C.4.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact effectue une analyse des lacunes axée sur les ressources et les services existants.
- 22 C.4.1.2. L'établissement a mis en place un plan d'urgence pour la gestion des flambées épidémiques et la riposte face à ces événements.
- 23 C.4.1.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de systèmes de communication pour surveiller, collecter et diffuser des informations sur les alertes de santé publique.
- 24 C.4.1.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de systèmes supplémentaires de prévention et de contrôle des infections pour le traitement des patients infectés et la prévention de la transmission au personnel, aux autres patients et à la communauté.

### **DOMAINE D : Environnement sécurisé**

- 25 D.1.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact met en place un programme de sécurité incendie, comportant un plan d'évacuation.
- 26 D.2.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a accès à de l'eau potable avec des réserves couvrant au moins trois jours.
- 27 D.2.1.2. Des installations fonctionnelles pour l'hygiène des mains sont disponibles dans tous les lieux de soins et à moins de cinq mètres des toilettes.
- 28 D.2.1.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact se conforme aux lignes directrices sur la gestion des déchets, y compris le stockage, le transport et l'élimination des déchets en toute sécurité.
- 29 D.2.1.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure de gestion en toute sécurité des déchets biomédicaux liés aux flambées de maladies infectieuses.

### **Domaine E : Apprentissage continu**

30 E.1.1.1. L'ensemble du personnel de soins de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact concerné bénéficie d'un programme d'orientation sur la sécurité des patients.

## 1.5.2 Critères fondamentaux

La formulation des 78 critères fondamentaux apparaît dans le tableau ci-après.

Tableau 5 : Formulation des 78 critères fondamentaux

CRITÈRES FONDAMENTAUX	
<b>Domaine A : Leadership et gestion</b>	
1	A.1.2.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact collabore avec la communauté locale pour assurer le déploiement du dispositif pour la sécurité des patients.
2	A.1.2.2. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact promeut une culture de la sécurité des patients au niveau de l'établissement et de la communauté.
3	A.1.2.3. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact évalue la culture de la sécurité des patients tous les ans.
4	A.1.2.4. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact élabore et met en œuvre une procédure pour assurer l'efficacité de la communication interne.
5	A.2.2.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact a prévu de consulter, un comité d'experts de la sécurité des patients sur toutes les questions concernant la sécurité et les risques au sein de l'établissement.
6	A.2.2.2. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact met en place un planning d'audits sécurité et utilise les résultats pour améliorer les services offerts.
7	A.2.2.3. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'un programme de gestion des risques pour identifier, évaluer et réduire les événements indésirables, les erreurs médicamenteuses et les autres questions liées à la sécurité des patients.
8	A.2.2.4. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact établit des rapports sur les différentes activités en matière de sécurité et de risque et les diffuse en interne.
9	A.3.2.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact évalue les résultats des soins pour mesurer les performances en mettant l'accent sur la sécurité des patients.
10	A.3.2.2. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact agit sur la base des résultats des audits, des évaluations et des retours d'expériences en mettant en œuvre des projets d'amélioration de la sécurité des patients.
11	A.4.2.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'un programme de maintenance préventive (PMP) pour inspecter et tester tous les équipements.
12	A.4.2.2. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'un système en place pour réparer ou remplacer les équipements endommagés, y compris ceux ayant fait l'objet de rappels ou d'avis de danger.
13	A.4.2.3. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact veille à ce que le personnel reçoive une formation appropriée pour tous les équipements essentiels et autres dispositifs médicaux.

14	A.5.2.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'un système pour surveiller sur une base continue, les niveaux de compétence de l'ensemble des professionnels de santé.
15	A.6.2.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'une procédure pour contrôler l'ensemble des documents et des procédures d'une manière uniforme.
16	A.6.2.2. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact tient un dossier médical standardisé avec un identifiant unique pour chaque patient.
17	A.6.2.3. Le dossier médical du patient reçoit les constats des examens médicaux successifs et toutes les prescriptions faites au patient.
18	A.6.2.4. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact veille à ce que les dossiers médicaux soient sécurisés et facilement accessibles aux soignants lorsque nécessaire.
19	A.7.2.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact fournit un programme de formation axé sur la santé et la sécurité au travail qui prend en compte les conditions de travail du personnel.
20	A.7.2.2. Un programme de santé au travail est mis en œuvre pour l'ensemble du personnel.
21	A.7.2.3. Le personnel se voit accorder des temps de repos réglementaires, pour assurer la sécurité de l'exercice et garantir que l'établissement est en conformité avec les normes en matière de travail.
22	A.7.2.4. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact a mis en place des systèmes pour assurer la sécurité des injections.
23	A.7.2.5. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'une procédure de prévention de la violence sur le lieu de travail.

### **Domaine B : Implication des patients et de la communauté**

24	B.1.2.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'une charte des droits des patients accessible à tous : patients, familles et accompagnants.
25	B.1.2.2. La sécurité des patients est incluse dans la charte des droits des patients.
26	B.1.2.3. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact informe les patients de leurs responsabilités lorsqu'ils reçoivent des soins.
27	B.1.2.4. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'une procédure documentée pour traiter le refus du traitement par le patient.
28	B.1.2.5. Les patients connaissent la procédure de retour d'information relative à une réclamation.
29	B.2.2.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact fournit des informations qui favorisent la participation des patients et de leurs familles aux décisions de soins.
30	B.2.2.2. Tous les patients obtiennent des informations complètes et renouvelées sur le diagnostic et le traitement de la part du professionnel de santé qui les a pris en charge.
31	B.2.2.3. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact assure des services de promotion de la santé et de prévention en fonction de la population qu'il dessert.
32	B.2.2.4. Les méthodes d'éducation tiennent compte de la culture, de la langue et du niveau de littératie en santé du patient, ainsi que des besoins fonctionnels des patients qui ont des incapacités.
33	B.2.2.5. Les patients sont informés au sujet des défis pour la sécurité des patients et encouragés à faire entendre leur voix dans ce contexte.



- 34 B.2.2.6. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact fournit des conseils en matière de sécurité des patients auprès des usagers et de la communauté en utilisant différents supports.
- 35 B.3.2.1. Le droit du patient au respect de la vie privée et de la confidentialité des soins et des informations est assuré.
- 36 B.4.2.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place des structures et des procédures pour s'assurer que les avis des patients sont entendus et pris en compte.
- 37 B.4.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact informe les patients de la façon dont le retour d'information a été utilisé pour améliorer les services.

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

- 38 C.1.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure la gestion et la coordination des services et des programmes pour répondre aux besoins des patients dans l'objectif d'obtenir des résultats positifs et sûrs.
- 39 C.1.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de systèmes pour communiquer les résultats des tests aux patients et aux soignants dans de bonnes conditions.
- 40 C.1.2.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact tient à jour une liste des abréviations, y compris des symboles et des indications de doses, dont l'utilisation est approuvée dans le cadre des services offerts.
- 41 C.1.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact fonde ses pratiques sur les lignes directrices validées par l'A.R.S.
- 42 C.2.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact se conforme aux lignes directrices fondées sur des bases factuelles pour la prévention et le contrôle des infections.
- 43 C.2.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact s'assure de la disponibilité constante d'équipements et appareils essentiels et fonctionnels pour la prévention et le contrôle des infections.
- 44 C.2.2.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact met en œuvre des procédures pour une utilisation rationnelle des antibiotiques afin de limiter la résistance bactérienne.
- 45 C.2.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact applique les lignes directrices nationales en matière d'hygiène des mains.
- 46 C.2.2.5 Le personnel passe une visite médicale avant sa prise de fonction et de façon régulière conformément aux textes en vigueur.
- 47 C.2.2.6. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact prend des mesures de protection du personnel vis-à-vis des infections liées aux soins, incluant la vaccination contre l'hépatite B.
- 48 C.3.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact veille à la lisibilité des ordonnances manuscrites des médecins.
- 49 C.3.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure la conciliation médicamenteuse à chaque visite.
- 50 C.3.2.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact veille à l'éducation du patient (ou de l'accompagnant) concernant la prise de médicaments.
- 51 C.3.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact normalise et limite les quantités de médicaments stockés.
- 52 C.3.2.5. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place une procédure de gestion des erreurs médicamenteuses.
- 53 C.4.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact se fonde sur les définitions de cas épidémiologiques pour faire les notifications à l'équipe de la zone sanitaire.

- 54 C.4.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact notifie les maladies infectieuses à déclaration obligatoire à l'autorité compétente.
- 55 C.4.2.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a accès à un laboratoire compétent ayant la capacité de fournir des services de confirmation des cas épidémiologiques.
- 56 C.4.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact accroît la sensibilisation et l'éducation du public sur les mesures préventives de santé publique, les règles d'hygiène respiratoire, l'hygiène des mains et la distanciation physique en situation d'épidémie.
- 57 C.4.2.5. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose des systèmes pour gérer le bien-être du personnel en cas de flambée épidémique.
- 58 C.4.2.6. L'environnement physique de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact est adapté pour réduire la propagation de la maladie.
- 59 C.4.2.7. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un système de triage téléphonique pour conseiller les patients sur le traitement le plus approprié.
- 60 C.4.2.8. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure pour identifier les groupes vulnérables au sein de la communauté qui pourraient avoir besoin d'un soutien supplémentaire.
- 61 C.4.2.9. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose des fournitures essentielles ou de la capacité d'accroître rapidement l'accès aux ressources et équipements nécessaires.
- 62 C.4.2.10 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a la capacité d'identifier et de maintenir les services de santé essentiels qui doivent continuer pendant une flambée épidémique.

### **DOMAINE D : Environnement sécurisé**

- 63 D.1.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a désigné une personne responsable de la sécurité environnementale.
- 64 D.1.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a un programme de maintenance préventive (PMP) pour son environnement physique.
- 65 D.1.2.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place un programme de sécurité et utilise des zones sécurisées lorsque nécessaire.
- 66 D.1.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact s'assure que le personnel porte son propre identifiant d'une manière visible.
- 67 D.1.2.5. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact élabore et teste des plans d'urgences interne et externe.
- 68 D.1.2.6. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact fournit des mécanismes pour assurer une alimentation de secours en électricité.
- 69 D.1.2.7. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a un plan de maintenance préventive documenté pour inspecter, tester et entretenir le matériel médical et d'urgence.
- 70 D.1.2.8. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact applique une politique non-fumeur.
- 71 D.1.2.9. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en œuvre une politique de sécurité radiologique, comprenant une personne responsable désignée.
- 72 D.2.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact met en œuvre des pratiques régulières de nettoyage et de désinfection de l'environnement.
- 73 D.2.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de toilettes distinctes pour le personnel et pour les patients et adaptées aux personnes à mobilité réduite.
- 74 D.2.2.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure pour éliminer en toute sécurité l'eau souillée et les déchets fécaux.

- 75 D.2.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact trie les déchets en fonction de leur dangerosité et les marque d'un code couleur.

### Domaine E : Apprentissage continu

- 76 E.1.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure une formation continue à l'ensemble du personnel.
- 77 E.2.2.1. Tous les travaux de recherche font l'objet d'une approbation et d'un suivi assurés par le comité d'éthique de la recherche concerné et sont réalisés afin de répondre aux besoins de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact.
- 78 E.2.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact mène des projets d'amélioration de la qualité pour promouvoir les activités liées à la sécurité des patients.

## 1.5.3 Critères avancés

La formulation des 17 critères avancés apparaît dans le tableau ci-après.

Tableau 6 : Formulation des 17 critères avancés

CRITÈRES AVANCÉS	
<b>Domaine A : Leadership et gestion</b>	
1	A.1.3.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose de déclarations de mission, de vision et de valeurs qui témoignent d'une culture de la sécurité des patients.
2	A.1.3.2. Les plans à long terme de l'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact sont le fruit d'une consultation avec les patients et les parties prenantes.
3	A.2.3.1 L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact établit des rapports sur les différentes activités en matière de sécurité et les diffuse en externe.
4	A.2.3.2. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'une procédure relative à la déclaration des incidents et donne des retours d'informations au personnel, aux patients et à leurs proches.
5	A.3.3.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact compare les données dont il dispose sur l'indicateur de sécurité des patients dans le temps avec celles d'autres établissements de santé de 1 <sup>er</sup> contact.
6	A.6.3.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact dispose d'un système de gestion automatisé des informations et des dossiers médicaux informatisés, avec un système de sauvegarde adéquat.
<b>Domaine B : Implication des patients et de la communauté</b>	
7	B.2.3.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact effectue une analyse des besoins et des ressources de la population en fonction de la prévalence des maladies et des besoins en soins de santé au sein de la communauté qu'il dessert.
8	B.3.3.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact identifie les patients au moyen de codes-barres.
9	B.4.3.1. L'établissement de santé de 1 <sup>er</sup> contact a mis en place des structures pour veiller à ce que la communauté puisse exprimer son avis et que celui-ci soit pris en compte.

## **Domaine C : Pratiques cliniques sécurisées fondées sur des bases factuelles**

- 10 C.1.3.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact évalue annuellement l'efficacité de sa stratégie de communication.
- 11 C.2.3.1. Les patients et la communauté sont impliqués dans les campagnes pour l'hygiène des mains.
- 12 C.3.3.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact peut consulter un pharmacien clinique ou un dispensateur en pharmacie, à l'appui de son système de gestion des médicaments.
- 13 C.4.3.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de mécanisme lui permettant de dépasser ses frontières institutionnelles pour gérer des crises sanitaires ou pour fournir des services essentiels.
- 14 C.4.3.2 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact est en mesure d'établir un système de suivi des indicateurs
- 15 C.4.3.3 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact peut prendre en charge les patients ayant des besoins spéciaux pendant une flambée épidémique.

## **DOMAINE D : Environnement sécurisé**

- 16 D.2.3.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact vise la récupération ou le recyclage autant que possible de matériels afin de limiter les besoins en termes de traitement et d'élimination des déchets.

## **Domaine E : Apprentissage continu**

- 17 E.2.3.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact réalise des projets d'amélioration de la qualité dans la communauté pour promouvoir la sécurité des patients.

# **LIVRE 2**

Évaluation de la sécurité des  
patients dans les établissements  
de santé de 1<sup>er</sup> contact

Le livre 2, relatif à l'évaluation de la sécurité des patients est traitée en sept points que sont (1) cibles de l'évaluation, (2) échelle d'évaluation, (3) évaluation des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact, (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 aux cibles suivantes.

### **2.1.1 Établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact.**

Les structures de premier contact sont :

- les services de santé communautaire ;
- les maternités et dispensaires isolés ;
- les centres de santé d'arrondissement ou de commune ;
- les infirmeries scolaires et universitaires ;
- les infirmeries d'entreprise et de garnison ;
- les cabinets de soins.

Bien que classées dans la zone sanitaire et considérées de ce fait comme des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact, les cliniques en seront exclues dans le présent manuel car, elles possèdent des lits d'hospitalisation et rejoignent en conséquence le groupe des établissements hospitaliers.

Ces structures de 1<sup>er</sup> contact offrent un paquet minimum de soins qui relèvent des soins de santé primaires. Elles mènent d'autres activités de santé qui tiennent compte des besoins de la population ; lesquels besoins sont identifiés à travers un diagnostic communautaire.

Au sein de ces établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact, ce sont les diverses interventions des professionnels de santé, des responsables administratifs et de tout agent 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact et les communautés.**

L'implication des usagers et celle des communautés n'est pas seulement

un alignement sur les directives nationales. C'est une nécessité qui répond à deux impératifs. D'abord, celui de la volonté de faire de chaque usager un véritable acteur de sa santé ; puis celui de faire de chaque usager un véritable partenaire du déploiement du dispositif pour la sécurité des patients. A l'occasion du dialogue singulier qu'il a avec le professionnel chargé de le servir, il est capable d'une interaction favorable pour entraîner, voire booster le professionnel vers une amélioration de sa pratique. C'est par l'implication des communautés que les messages de prévention collective auront un meilleur impact.

### 2.1.3 Plateau technique des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact et documents.

Le plateau technique des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact ; 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 les communautés.

## 2.2 ÉCHELLE DE L'ÉVALUATION

---

Le résultat de l'évaluation du dispositif pour la sécurité des patients dans un établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact résulte du calcul **du score cumulé** à partir de la cotation modulée par le non-respect, le respect total ou partiel 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 sur 3 marches (0 ; ½ et 1 point) qui est utilisée sauf pour les critères essentiels qui comportent 2 marches (0 et 1 point).

### 2.2.1 Les critères essentiels

Il est noté comme « respecté = 1 » ou « non respecté = 0 ». Cent pour cent des 30 critères essentiels doivent-être respectés par un établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact pour être déclaré avoir validé les critères essentiels. Cette condition est indispensable pour être au premier niveau de conformité de la classification des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact. Dans le contexte actuel de raréfaction de ressources humaines en santé, le critère « A.5.1.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure la mise à disposition de personnel compétent en nombre suffisant pour dispenser des soins sûrs aux patients à tout moment. » nécessite, lorsqu'il n'est pas

respecté, de documenter la bonne foi de l'établissement à recruter du personnel.

### 2.2.2 Chaque critère fondamental

Il permet d'obtenir une note de 1 si celui-ci est « respecté » 0,5 s'il est « partiellement respecté » ou 0 s'il est « non respecté ». Pour calculer le pourcentage de respect des critères fondamentaux, dans l'hypothèse où tous les critères fondamentaux ont été inclus (aucun désigné « non applicable »), le score **total obtenu après évaluation** doit être divisé par 78. Le pourcentage de respect des critères fondamentaux permet d'être au deuxième ou troisième niveau de conformité de la classification des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact.

### 2.2.3 Chaque critère avancé

Il permet d'obtenir une note de 1 si celui-ci est « respecté » 0,5 s'il est « partiellement respecté » ou 0 s'il est « non respecté ». Pour calculer le pourcentage de respect des critères avancés, si tous les critères avancés ont été inclus (aucun désigné « non applicable »), le score total obtenu après l'évaluation doit être divisé par 17. Le pourcentage de respect des critères avancés permet d'être au troisième ou quatrième niveau de conformité de la classification des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact.

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 si nécessaire
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 recommandation ou une opportunité d'amélioration pour aider l'établissement à progresser et à faire un plan de résolution
Non atteint	0	Moins de 30 % des éléments mesurables évalués à partir d'un échantillon sont respectés	Ajouter une recommandation et faire un plan d'actions

## 2.3 L'ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS



L'objectif de l'évaluation est de mesurer la conformité des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact aux normes pour la sécurité des patients.

L'évaluation est réalisée en équipe. L'équipe en charge de l'enquête sur site et la durée de celle-ci dépendront du profil de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact (p. ex. sa taille, ses services et sa localisation). L'enquête dure entre un et deux jours. Le programme des activités quotidiennes est établi par les membres de l'équipe. Ce programme est envoyé avant la date de l'évaluation aux établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact pour validation par leurs soins.

À la fin de chaque évaluation, l'équipe en charge de l'évaluation analyse les résultats avec les représentants de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact.

Un rapport assorti de recommandations est ensuite rédigé pour aider l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact à améliorer la sécurité des patients. Ledit rapport est constructif ; il est utilisé dans le cadre d'une stratégie d'amélioration continue à l'échelle de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact afin de mieux cibler la sécurité des patients. Les résultats de l'évaluation anonymisés sont rendus publics. La publication devient nominative dès janvier 2026.

### **2.3.1 Les évaluateurs**

L'évaluation du dispositif pour la sécurité des patients est assurée par des professionnels de santé ou des qualiciens formés à cet effet. Ces évaluateurs sont sélectionnés par l'Autorité de Régulation du Secteur de la Santé qui doit s'assurer qu'ils sont guidés par 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact avant de pouvoir effectuer une évaluation.

### **2.3.3 Equipe d'évaluateurs : composition et rôle**

L'équipe des évaluateurs est composée d'au moins deux évaluateurs. Elle comprend au moins un responsable d'équipe qui est un évaluateur expérimenté, qui possède les compétences requises pour coordonner une équipe. L'équipe doit s'appuyer sur l'expertise institutionnelle 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 d'actions correctives de ces écarts.

La mise en œuvre du plan d'actions correctives, suivie de contrôles et de nouvelles planifications de la correction des écarts, puis une nouvelle évaluation, constituent le cercle vertueux de l'amélioration continue suivant la roue de DEMING (Planifier, Développer, Contrôler et Ajuster).

Le suivi de chaque établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact et la comparaison des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact entre eux appelle à la mise en place d'une classification. Cette classification des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 ESPC 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact est réalisée comme ci-après (figure 1) en quatre étapes.

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

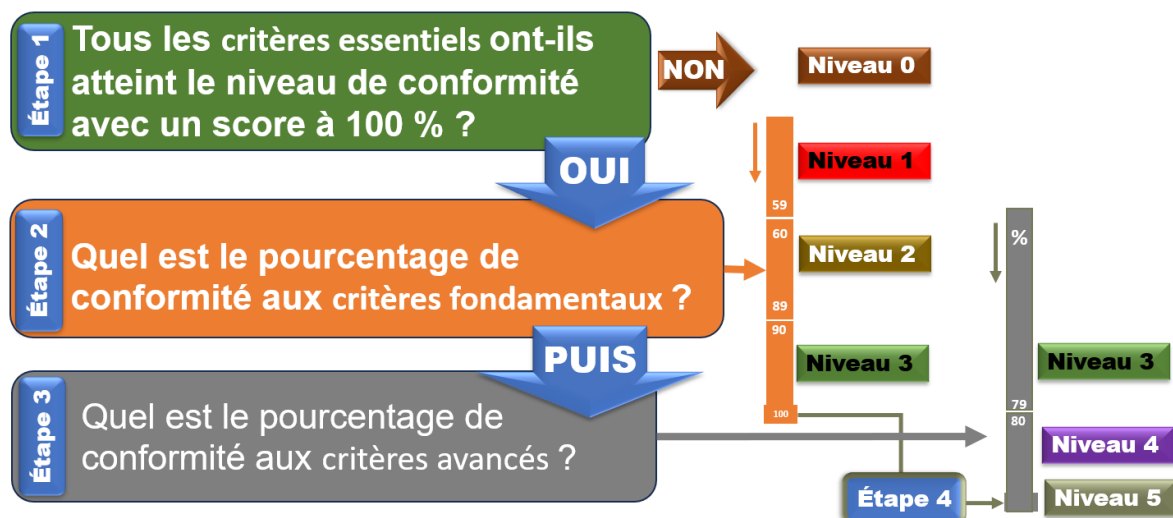


Figure 1 : les quatre étapes de calcul du niveau de réalisation du cadre pour la sécurité des patients

Le label A.R.S pour la sécurité des patients est une preuve de la reconnaissance officielle, délivrée à l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact qui garantit et améliore la sécurité des patients.

Une évaluation externe est réalisée tous les trois ans pour chaque ESPC.

Précisons qu'au moins un contrôle systématique annuel est organisé pour chaque établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact. Des circonstances diverses peuvent motiver un ou plusieurs contrôles supplémentaires en cours d'année.

### 2.3.5 Exemples de classification

**Exemple n°1 de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact :**

- Les 30 critères essentiels sont respectés (100%)
- Le score total pour les critères fondamentaux est de 63 =>  $63/78 = 81\%$
- Le score total des critères avancés est de 11 =>  $11/17 = 65\%$

**L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact n°1 a atteint le niveau 2**

**Exemple n°2 de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact :**

- Les 30 critères essentiels sont respectés (100%)
- Le score total pour les critères fondamentaux est de 71 =>  $71/78 = 91\%$
- Le score total des critères avancés est de 15 =>  $15/17 = 88\%$

**L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact n°2 a atteint le niveau 4**

## 2.4 DOMAINES, NORMES ET CRITÈRES RESPECTIFS

### 2.4.1 Domaine A : Leadership et gestion

Le domaine A est associé à sept (7) normes évaluées par un total de 37 critères repartis en 8 critères essentiels, 23 critères fondamentaux et 6 critères avancés.

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

<b>A.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact est engagé en faveur de la sécurité des patients</b>	
<b>1</b>	<b>A.1.1.1 Une organisation pour la bonne gestion des soins, mise en place par l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact est fonctionnelle.</b>
	<b>Preuve de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organigramme présentant les rapports hiérarchiques pour l'ensemble du personnel et des secteurs de l'établissement.</li> <li>- Documents qui montrent les rôles et responsabilités ou profils de poste du responsable de l'offre de soins dans l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact.</li> </ul>
<b>2</b>	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformités indiquées, le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas les deux (2) preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>A.1.1.2 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de plan de travail annuel montrant que la sécurité des patients constitue une priorité.</b>
<b>2</b>	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de travail annuel.</li> <li>- Rapport d'activités en lien avec la sécurité des patients</li> <li>- Objectifs de sécurité des patients à court et à long terme.</li> <li>- Besoins de la population identifiés au sein de la communauté.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformités indiquées, le critère est respecté.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des quatre (4) preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
3	<p><b>A.1.1.3 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact fournit des ressources, notamment un budget annuel alloué aux activités liées à la sécurité des patients, qui sont documentées dans un plan d'action.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'action budgétisé.</li> <li>- Budget de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact, comprenant une ligne dédiée aux activités de fonctionnement du Comité pour la sécurité des patients.</li> <li>- Ressources financières pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la PCI ;</li> <li>○ la formation du personnel.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
4	<p><b>A.1.1.4 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un plan de préparation aux situations d'urgence qui a été testé et communiqué à l'ensemble du personnel.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce type de plan documente la gestion des risques, les préparations et les mesures à prendre pour toutes les situations qui perturbent le fonctionnement normal de l'établissement. Cela inclut les urgences internes et externes. Un plan sera développé respectivement pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ les pandémies et les flambées épidémiques ;</li> <li>○ les catastrophes naturelles ;</li> <li>○ les situations d'urgence interne telles que panne d'électricité, violation de données, incendie et inondations.</li> </ul> </li> <li>- Rapports de réalisation de tests au moins une fois par an ;</li> <li>- Rapports d'évaluation des plans de continuité des services.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des cinq (5) preuves de conformité indiquées, le critère est respecté.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des cinq (5) preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>5</b>	<p><b>A.1.2.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact collabore avec la communauté locale pour assurer le déploiement du dispositif pour la sécurité des patients.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des programmes locaux/nationaux pertinents pour la sécurité des patients ; par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ hygiène des mains – usage des antibiotiques ;</li> <li>○ vaccinations ;</li> <li>○ visites prénatales et postnatales à domicile.</li> </ul> </li> <li>- Rapports des activités de sensibilisation de la communauté.</li> <li>- Répertoire des messages d'alertes sanitaires.</li> <li>- Rapports des campagnes de promotion de la santé.</li> <li>- Rapports de sensibilisation aux risques du tabagisme.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des cinq (5) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de cinq (5) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>6</b>	<p><b>A.1.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact promeut une culture de la sécurité des patients en son sein et dans la communauté.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports de la participation aux Journées mondiales de l'OMS et autres événements : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Journée mondiale de l'hygiène des mains, le 5 mai ;</li> <li>○ Journée mondiale de la sécurité des patients, le 17 septembre.</li> <li>○ Autres campagnes communautaires sur la sécurité des patients.</li> </ul> </li> <li>- Rapports et mesures prises.</li> <li>- Retours d'expériences à l'intention du personnel et des responsables communautaires.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des cinq (5) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de cinq (5) preuves de conformités indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
	<p><b>A.1.2.3 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact évalue la culture de la sécurité des patients tous les ans.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'évaluation de la culture de la sécurité des patients au moyen d'un questionnaire, tous les ans (par exemple le questionnaire de l'Agency for Healthcare Research and Quality sur la culture de la sécurité des patients).</li> <li>- Procédure d'évaluation de la culture de la sécurité des patients avant et pendant la mise en œuvre du programme de sécurité des patients.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <p><b>7</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformités indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformités indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>A.1.2.4 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact élabore et met en œuvre une procédure pour assurer l'efficacité de la communication interne.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratégie de communication pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le personnel ;</li> <li>○ le réseau des ESPC ;</li> <li>○ la communauté ;</li> <li>○ les instances départementales de santé ;</li> <li>○ les instances de santé de la zone sanitaire et autres établissements.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>8</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répertoire des moyens de communication : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ réunions du personnel ;</li> <li>○ réseaux sociaux ;</li> <li>○ communication électronique ;</li> <li>○ SMS ;</li> <li>○ chefs religieux/tribaux.</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation :</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformités indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformités indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
	<p><b>A.1.3.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de déclarations de mission, de vision et de valeurs qui témoignent d'une culture de la sécurité des patients.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'action détaillé à court terme au niveau des établissements, basé sur un plan stratégique de niveau supérieur (État/Département/Zone sanitaire)</li> <li>- Documents de déclaration prenant en compte la sécurité des patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ de la vision</li> <li>○ des missions</li> <li>○ des valeurs</li> </ul> </li> </ul>
<b>9</b>	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformités indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>A.1.3.2 Les plans à long terme de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact sont le fruit d'une consultation avec les patients et les parties prenantes.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p>Rapports de co-planification des services impliquant la communauté.</p> <p>Rapports de co-réalisation d'activités impliquant la communauté.</p>
<b>10</b>	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>



## A.2 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un programme de sécurité des patients.

11	<p><b>A.2.1.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact veille à ce qu'un professionnel de santé qualifié soit responsable, redevable et habilité en matière de sécurité des patients.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profil de poste du responsable de la sécurité des patients.</li> <li>- Lettre de notification de la désignation du responsable de la sécurité des patients ou document équivalent.</li> </ul>
12	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>A.2.2.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a prévu de consulter, un comité d'experts de la sécurité des patients sur toutes les questions concernant la sécurité et les risques au sein de l'établissement.</b></p>
13	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mandat du comité pour la sécurité et la gestion des risques.</li> <li>- Composition et provenance des membres du comité.</li> <li>- Comptes rendus des réunions bimensuelles.</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformités indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformités indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
13	<p><b>A.2.2.2 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact met en place un planning d'audits sécurité et utilise les résultats pour améliorer les services offerts.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning d'audits sécurité adapté à la taille de l'établissement.</li> <li>- Rapports d'évaluations cliniques et environnementales, y compris l'outil Sécurité des patients au niveau des soins de santé primaires.</li> <li>- Améliorations réalisées à base des résultats obtenus.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports semestriels remis au personnel.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformités indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>A.2.2.3 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un programme de gestion des risques pour identifier, évaluer et réduire les événements indésirables, les erreurs médicamenteuses et les autres questions liées à la sécurité des patients.</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme de gestion des risques comprenant un plan et une procédure à mettre en œuvre.</li> <li>- Registre des risques qui comprend une liste de tous les risques classés par ordre de priorité, le nom des responsables et un plan pertinent de prévention des risques.</li> </ul>
<b>14</b>	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformités indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformités indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>A.2.2.4 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact établit des rapports sur les différentes activités en matière de sécurité et de risque et les diffuse en interne.</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
<b>15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de signalement des événements indésirables et des accidents.</li> <li>- Résultats d'audits.</li> <li>- Retours d'expériences des patients.</li> <li>- Auto-évaluation de la sécurité des patients au niveau des ESPC et rapports d'expertise.</li> <li>- Rapports des incidents indésirables.</li> <li>- Registre des plaintes.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des six (6) preuves de conformités indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de six (6) preuves de conformités indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
16	<p><b>A.2.3.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact établit des rapports sur les différentes activités en matière de sécurité et les diffuse en externe.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p>
	<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.</li> <li>- Rapports d'enquête Sécurité des patients au niveau des soins de santé primaires comparés à ceux d'autres l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact.</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
17	<p><b>A.2.3.2 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure relative à la déclaration des incidents et donne des retours d'informations au personnel, aux patients et à leurs proches.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>o la déclaration des incidents ;</li> <li>o le recueil de commentaires.</li> </ul> </li> <li>- Rapports de transmission des retours d'expériences : <ul style="list-style-type: none"> <li>o aux patients/à la communauté ;</li> <li>o au personnel.</li> </ul> </li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation :</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>A.3 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact collecte, analyse et utilise les données pour améliorer ses performances en matière de sécurité.</b>	
<b>A.3.2.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact évalue les résultats des soins pour mesurer les performances en mettant l'accent sur la sécurité des patients.</b>	
<b>Preuves de conformité</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des objectifs de sécurité des patients.</li> <li>- Listes des cibles relatives aux objectifs de sécurité des patients.</li> <li>- Indicateurs clé de performance.</li> <li>- Registre des plaintes.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
<b>18</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformités indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>A.3.2.2 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact agit sur la base des résultats des contrôles, des évaluations et des retours d'expériences en mettant en œuvre des projets d'amélioration de la sécurité des patients.</b>	
<b>Preuves de conformité</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'actions visant à améliorer la sécurité des patients ou projet d'amélioration de la qualité.</li> <li>- Rapports à la direction.</li> <li>- Rapports remis au personnel.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
<b>19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformités indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformités indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>	
20	<p><b>A.3.3.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact compare les données dont il dispose sur l'indicateur de sécurité des patients dans le temps avec celles d'autres établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports sur les données d'études comparatives dans le temps montrant une corrélation avec les meilleures pratiques internationales</li> <li>- Rapports sur les données d'études comparatives avec d'autres établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact participants au cadre pour la sécurité des patients.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformités indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
	<b>A.4 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'équipements et d'appareils essentiels fonctionnels pour fournir ses services.</b>	
	21	<p><b>A.4.1.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure la disponibilité des équipements et matériels essentiels pour les services offerts.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure visant à identifier les équipements et fournitures essentiels nécessaires pour fournir les services offerts aux patients.</li> <li>- Registre des actifs de l'ensemble des équipements.</li> <li>- Inventaire du matériel de réanimation.</li> <li>- Procédure de retrait d'un équipement.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformités indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des quatre (4) preuves de conformités indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
		<b>A.4.2.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un programme de maintenance préventive (PMP) pour inspecter et tester tous les équipements.</b>
22		<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PMP documenté avec personne responsable désignée.</li> <li>- Procédures de maintenance préventive des équipements, comprenant des tests.</li> <li>- Calendrier des tests ordinaires et d'étalonnage des appareils.</li> <li>- Rapports de maintenance préventive des équipements.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>A.4.2.2 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un système en place pour réparer ou remplacer les équipements endommagés, y compris ceux ayant fait l'objet de retrait ou d'avis de danger.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de remplacement des équipements.</li> <li>- Procédure de communication des avis de danger au personnel concerné.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<b>23</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>A.4.2.3 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact veille à ce que le personnel reçoive une formation appropriée pour tous les équipements essentiels, y compris les appareils de réanimation et autres dispositifs médicaux.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
<b>24</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre de formation devant inclure l'utilisation et l'entretien : <ul style="list-style-type: none"> <li>o du matériel de réanimation ;</li> <li>o des dispositifs médicaux.</li> </ul> </li> <li>- Rapport d'évaluation de conformité aux procédures que seules des personnes formées et compétentes manipulent des équipements spécialisés.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
--	--

**A.5 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact 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.**

	<p><b>A.5.1.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure la mise à disposition de personnel compétent en nombre suffisant pour dispenser des soins sûrs aux patients à tout moment.</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fichier du personnel qui identifie les effectifs, les types et les qualifications du personnel en fonction des services fournis.</li> <li>- Lettre de notification de la désignation du responsable de la planification des ressources humaines.</li> <li>- Lettre de notification de la désignation du responsable de la PCI à temps plein ou à temps partiel selon la taille de l'établissement.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>A.5.1.2 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure définie pour s'assurer que tout le personnel de santé est inscrit auprès d'un organisme approprié qui l'autorise à exercer.</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures pour valider et consigner les qualifications et les homologations du personnel, y compris du responsable désigné.</li> <li>- Dossiers du personnel justifiant des qualifications, des affiliations professionnelles et des homologations (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>- Quittance de paiement des cotisations de l'année à son ordre professionnel.</li> <li>- Autorisation d'exercice en clientèle privée au besoin.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>27</b>	<p><b>A.5.2.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un système pour surveiller sur une base continue, les niveaux de compétence de l'ensemble des professionnels de santé.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure structurée et fondée sur des bases factuelles pour contrôler les compétences de tous les professionnels de soins de santé, en vérifiant leurs qualifications et leur expérience dans la prestation de services et d'actes médicaux et techniques.</li> <li>- Mandat du comité du personnel médical ou équivalent.</li> <li>- Comptes rendus des réunions du comité du personnel médical.</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>A.6 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un système de gestion de l'information favorisant des pratiques sûres pour tous les services offerts.</b></p>	
<b>28</b>	<p><b>A.6.2.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure pour contrôler l'ensemble des documents et des procédures d'une manière uniforme.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure en matière d'élaboration des procédures (Procédure des procédures).</li> <li>- Modèle de procédures cohérentes.</li> <li>- Système de gestion des documents.</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation :</li> </ul>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
29	<p><b>A.6.2.2 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact tient un dossier médical standardisé avec un identifiant unique pour chaque patient.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le contenu du dossier médical ;</li> <li>○ la création d'un identifiant unique pour chaque patient.</li> </ul> </li> <li>- Procédure de validation de l'identification des patients.</li> <li>- Procédure de vérification de : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'exhaustivité des dossiers médicaux ;</li> <li>○ la lisibilité de l'écriture manuscrite.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
30	<p><b>A.6.2.3 Le dossier médical du patient reçoit les constats des examens médicaux successifs et toutes les prescriptions faites au patient.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport d'audit des dossiers médicaux (évaluation systématique des dossiers médicaux de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ou d'un professionnel de la santé. L'objectif principal de cet audit est d'assurer qu'un examen complet est réalisé et que le plan de traitement est consigné dans le dossier médical du patient et de pouvoir identifier les opportunités d'amélioration).</li> <li>- Procédure d'attribution et de gestion des dossiers de patient</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
	<p><b>A.6.2.4 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de sécurisation des dossiers médicaux.</li> <li>- Procédure d'accès des soignants aux dossiers médicaux.</li> <li>- Vérification de la disponibilité des dossiers médicaux.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <p><b>31</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>A.6.3.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un système de gestion automatisée des informations et des dossiers médicaux informatisés, avec un système de sauvegarde adéquat.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Document décrivant le système automatisé de gestion de l'information.</li> <li>- Procédures relatives à la création, à la gestion et au contrôle des dossiers médicaux informatisés.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <p><b>32</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>A.7 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact met en œuvre un programme de santé et de sécurité au travail.</b></p>	

<b>33</b>	<p><b>A.7.2.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un programme de formation axé sur la santé et la sécurité au travail qui prend en compte les conditions de travail du personnel.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme de formation sur la santé et la sécurité du personnel au travail.</li> <li>- Procédures d'intégration et formation concernant, respectivement : <ul style="list-style-type: none"> <li>o la sécurité incendie ;</li> <li>o les blessures par piqûre d'aiguille ;</li> <li>o les mesures de PCI pour prévenir les infections chez les agents de santé ;</li> <li>o les pratiques de sécurité (précautions standard et additionnelles, utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI), hygiène des mains, etc.) ;</li> <li>o la sécurité.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
<b>34</b>	<p><b>A.7.2.2 Un programme de santé au travail est mis en œuvre pour l'ensemble du personnel</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme de santé au travail, comprenant : <ul style="list-style-type: none"> <li>o évaluations régulières de l'environnement de travail ;</li> <li>o soutien en santé mentale ;</li> <li>o Vaccinations ;</li> <li>o dossiers du personnel comprenant des preuves relatives à la santé au travail.</li> </ul> </li> <li>- Rapports d'activités relatives au programme de santé au travail</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	

35	<p><b>A.7.2.3 Le personnel se voit accorder des temps de repos réglementaires, pour assurer la sécurité de l'exercice et garantir que l'établissement est en conformité avec les normes en matière de travail.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning de travail du personnel clinique.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux lois et réglementations nationales du travail.</li> <li>- Procédures assurant des temps de repos suffisamment longs pour exercer sans risque.</li> </ul>
36	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	36
<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
37	<p><b>A.7.2.5 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure de prévention de la violence sur le lieu de travail.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de prévention de la violence sur le lieu de travail.</li> <li>- Procédure de surveillance post-exposition.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>

### 2.4.2 Domaine B : Implication des patients et du public

Le domaine B est associé à quatre (4) normes évaluées par un total de 20 critères répartis en trois (03) critères essentiels, 14 critères fondamentaux et trois (03) critères avancés.

Tableau 10 : Critères d'évaluation des normes du domaine B

<b>B.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un programme visant à protéger les droits des patients, qui inclut la sécurité de ces derniers.</b>	
	<b>B.1.2.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une charte des droits et devoirs des patients accessible à tous : patients, familles et accompagnants.</b>
	<b>Preuve de conformité</b>
<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Charte des droits et devoirs des patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ visible par les patients et les accompagnants dans l'ensemble de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ;</li> <li>○ documentée et approuvée ;</li> <li>○ soutenue par des procédures.</li> </ul> </li> <li>- Rapport d'évaluation de l'accessibilité de la charte à tous.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>2</b>	<p><b>B.1.2.2 La sécurité des patients est incluse dans la charte des droits et devoirs des patients.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Charte des droits et devoirs des patients.</li> <li>- Rapport d'évaluation des principes de la sécurité des patients dans la charte notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ les soins sans danger ;</li> <li>○ un environnement sécurisé ;</li> <li>○ un établissement propre ;</li> <li>○ du personnel compétent.</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>3</b>	<p><b>B.1.2.3 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact informe les patients de leurs responsabilités lorsqu'ils reçoivent des soins.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Charte des droits et devoirs des patients.</li> <li>- Procédure pour informer les patients sur leurs devoirs (Boîtes à images, affiches et dépliants destinés aux patients) détaillant leurs responsabilités en ce qui concerne l'utilisation sans risque des médicaments ; la promotion de la santé ; le suivi des traitements.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>

4	<b>B.1.2.4 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure documentée pour traiter le refus du traitement ou de soin par le patient.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de gestion des cas de patients qui refusent un traitement.</li> <li>- Formulaire à signer par les patients qui refusent un traitement.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
5	<b>B.1.2.5 Les patients connaissent la procédure de retour d'information en matière d'une plainte.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de gestion des plaintes.</li> <li>- Registre des plaintes.</li> <li>- Rapport annuel sur la gestion des plaintes et les mesures qui ont été prises à la suite pour éviter qu'elles ne se reproduisent.</li> <li>- Rapports sur les retours d'expériences à l'intention des patients à l'aboutissement d'une plainte.</li> <li>- Rapport sur le partage d'informations exactes.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des cinq (5) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de cinq (5) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>B.2 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact sensibilise ses patients et leurs accompagnants sur les moyens qu'il leur donne de participer à la prise de décisions appropriées concernant leurs soins.</b>	
6	<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 de confiance peut comprendre.</b>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures relatives au consentement éclairé, comprenant des instructions sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>o les traitements pour lesquels un consentement éclairé est nécessaire.</li> <li>o les informations données au patient en s'assurant que tous les risques, bénéfiques et effets indésirables potentiels sont expliqués préalablement à l'intervention et à toute sédation.</li> </ul> </li> <li>- les rapports d'évaluation de la conformité aux procédures inhérentes au consentement éclairé.</li> <li>- Echantillons randomisés des dossiers médicaux à analyser systématiquement : le formulaire de consentement éclairé est rempli, signé par les patients, horodaté, et figure dans le dossier médical du patient.</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>7</b>	<p><b>B.2.2.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact fournit des informations qui favorisent la participation des patients et de leurs familles aux décisions de soins.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Boîtes à images, dépliants et affiches destinées aux patients.</li> <li>- Procès-verbal des réunions de groupes de soutien spécifiques à la maladie avec signatures de la participation des patients (et des familles, le cas échéant).</li> <li>- Procédures concernant la promotion de la santé.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>8</b>	<p><b>B.2.2.2 Tous les patients obtiennent des informations complètes et renouvelées sur le diagnostic et le traitement de la part du professionnel de santé qui les prend en charge.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supports de sensibilisation : boîtes à images, dépliants, brochures et affiches d'information.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parcours de soins ou tout autre document tenant lieu.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>9</b>	<p><b>B.2.2.3 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure des services de promotion de la santé et de prévention en fonction de la population qu'il dessert.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'identification des facteurs de risque de maladies qui sont particulièrement répandues dans la communauté locale de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact (par exemple maladies cardiovasculaires, santé de la mère et de l'enfant, maladies infectieuses, alimentation et nutrition).</li> <li>- Rapports d'activités relatives à la limitation de la prescription d'antibiotiques.</li> <li>- Rapports d'activités relatives aux campagnes de dépistage précoce des cancers.</li> <li>- Rapports d'activités relatives aux campagnes pour l'hygiène des mains.</li> <li>- Rapports d'activités relatives à l'Informations sur les signes d'alerte et les symptômes du cancer.</li> <li>- Rapports d'activités relatives à l'information sur les méfaits du tabagisme.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des six (6) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de six (6) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>10</b>	<p><b>B.2.2.4 Les méthodes d'éducation tiennent compte de la culture, de la langue et du niveau de littératie en santé du patient, ainsi que des besoins fonctionnels des patients qui ont des incapacités.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure concernant la littératie en santé des patients.</li> <li>- Brochures d'information disponibles en plusieurs langues.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document sur l'offre de service d'interprétation.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>B.2.2.5 Les patients sont informés des défis pour la sécurité des patients et encouragés à faire entendre leur voix dans ce contexte.</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'information des patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Un soin propre est un soin plus sûr (hygiène des mains) ;</li> <li>o Une médication sans erreurs (5 indications pour la sécurité du médicament).</li> </ul> </li> <li>- Rapports de séances de sensibilisation au profit des patients.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<b>11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>B.2.2.6 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact fournit des conseils en matière de sécurité des patients aux usagers et à la communauté en utilisant différents supports.</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
<b>12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès des patients au site Web de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact.</li> <li>- Supports de communication : boîtes à images, dépliants, brochures et affiches d'information.</li> <li>- Procédure de gestion des campagnes sur les réseaux sociaux.</li> <li>- Supports d'information et/ou des matériels promotionnels pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Des campagnes pour l'hygiène des mains dans la communauté.</li> <li>o Des campagnes sur les bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles dans la communauté.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées s, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>13</b>	<p><b>B.2.3.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact effectue une analyse des besoins et des ressources de la population en fonction de la prévalence des maladies et des besoins en soins de santé au sein de la communauté qu'il dessert.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide de promotion de la santé sur la base des résultats de l'analyse de la population.</li> <li>- Plan de coordination avec d'autres établissements de la zone sanitaire ou du département.</li> </ul>
<p><b>Attribution du score</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>B.3 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact 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.</b></p>	
<b>14</b>	<p><b>B.3.1.1 La procédure d'identification utilisée dans l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact nécessite au moins deux moyens permettant d'identifier un patient</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</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.</li> <li>- Liste des identifiants des patients comprennent le nom complet du patient et ses prénoms ; la date et lieu de naissance ; le numéro d'identification personnel et le numéro unique d'identification attribué par l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact.</li> </ul>
<p><b>Attribution du score</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
15	<b>B.3.1.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a un système en place afin d'identifier et de documenter les allergies.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures concernant l'identification des allergies.</li> <li>- Système en place pour alerter sur les allergies.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
16	<b>B.3.2.1. Le droit du patient au respect de la vie privée et de la confidentialité des soins et des informations est assuré</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	Procédures pour l'archivage des dossiers médicaux ;  Procédures pour l'accès restreint aux données des patients.
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
17	<b>B.3.3.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact identifie les patients au moyen de codes-barres.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure relative à l'utilisation de codes-barres pour identifier les patients lors de l'administration de médicaments.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité à la procédure d'utilisation</li> </ul>

	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>B.4 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact encourage les patients à faire le retour d'information et prend en compte leurs préoccupations et leurs avis positifs.</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>18</b></p>	<p><b>B.4.2.1 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place des structures et des procédures pour s'assurer que les avis des patients sont entendus et pris en compte.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un système de gestion des retours d'informations des patients comprenant : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Boîtes de suggestion ;</li> <li>o groupes de réflexion ;</li> <li>o questionnaires ;</li> <li>o analyse des plaintes ;</li> <li>o mesures prises sur la base des retours d'informations ;</li> <li>o activités programmées.</li> </ul> </li> <li>- Procédures de prise de gestion des avis des patients</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées , le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>19</b></p>	<p><b>B.4.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact informe les patients de la façon dont le retour d'information a été utilisé pour améliorer les services.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports sur les retours d'expériences des patients.</li> <li>- Document contenant les modifications apportées aux prestations.</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>20</b>	<b>B.4.3.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place des structures pour veiller à ce que la communauté puisse exprimer son avis et que celui-ci soit pris en compte.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de capture des avis de la communauté.</li> <li>- Retours d'informations des réunions communautaires.</li> <li>- Rapport de mise en place des structures de veille communautaire.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>

**• Domaine C : Sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles**

Le domaine C est associé à quatre (4) normes évaluées par un total de 44 critères répartis en 13 critères essentiels, 25 critères fondamentaux et 6 critères avancés.

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

<b>C.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place un audit clinique et une surveillance efficace afin d'assurer la prise en compte de la sécurité des patients.</b>	
<b>1</b>	<b>C.1.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact applique les lignes directrices relatives aux pratiques cliniques.</b>
	<b>Preuve de conformité</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 dangereuses.</li> <li>- Disponibilité de ces lignes directrices cliniques et d'autres orientations.</li> <li>- Rapport de mise en œuvre des lignes directrices, des protocoles et listes de contrôle liés à la sécurité.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>2</b>	<p><b>C.1.1.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de canaux de communication efficaces en son sein, y compris pour les résultats critiques et urgents.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratégie de communication avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>o le personnel ;</li> <li>o le grand public ;</li> <li>o d'autres établissements de soins de santé primaires ;</li> <li>o les bases de données nationales.</li> </ul> </li> <li>- Procédure pour la communication des résultats ordinaires et critiques urgents.</li> <li>- Liste des technologies de l'information utilisées.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>3</b>	<p><b>C.1.1.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact veille à réduire la transmission verbale ou téléphonique d'ordonnances et de résultats et le cas échéant, les informations reçues doivent obligatoirement être notées puis répétées par le destinataire lorsque la communication verbale est indispensable.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p>Procédures concernant la transmission des ordonnances par voie orale ou par téléphone, incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o restriction de leur utilisation ;</li> <li>o répétition orale des informations dictées.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>4</b>	<p><b>C.1.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure la gestion et la coordination des services et des programmes pour répondre aux besoins des patients dans l'objectif d'obtenir des résultats positifs et sécurisés.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des services et des programmes spécifiquement dédiés à la population desservie, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>o les services de protection de l'enfance et de vaccination ;</li> <li>o la santé reproductive ;</li> <li>o l'accouchement sécurisé ;</li> <li>o les services du suivi de la croissance et du développement de l'enfant ;</li> <li>o les bilans de santé ;</li> <li>o le dépistage du cancer ;</li> <li>o le traitement et la prévention des maladies non transmissibles</li> </ul> </li> <li>- Procédures de gestion et de coordination des services basés sur la population desservie par l'établissement.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité en matière de gestion et de coordination de ces services et programmes.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>5</b>	<p><b>C.1.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de systèmes pour communiquer les résultats des tests aux patients et aux soignants dans de bonnes conditions.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures pour communiquer les résultats de bilan aux soignants et aux patients après leur sortie de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact.</li> <li>- Procédure d'utilisation des technologies de l'information.</li> <li>- Procédure d'utilisation des alertes SMS.</li> </ul>



	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>6</b>	<p><b>C.1.2.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact tient à jour une liste des abréviations, y compris des symboles et des indications de doses, dont l'utilisation est approuvée dans le cadre des services offerts.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de validation des abréviations et symboles</li> <li>- Liste d'abréviations approuvées.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner le document indiqué ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins des deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>7</b>	<p><b>C.1.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place un comité pour assurer l'élaboration ou l'adoption de lignes directrices cliniques validées.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acte administratif mettant en place le comité.</li> <li>- Rapport d'évaluation d'adoption et de diffusion des lignes directrices.</li> <li>- Procédure visant à surveiller la mise en œuvre des lignes directrices cliniques.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>

<b>8</b>	<b>C.1.3.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact évalue annuellement l'efficacité de sa stratégie de communication.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de la stratégie de communication.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la stratégie.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>C.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un programme fonctionnel de prévention et de contrôle des infections permettant de réduire les risques d'infections associées aux soins.</b>	
<b>9</b>	<b>C.2.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un programme coordonné de prévention et de contrôle des infections.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices de l'OMS sur les principales composantes de la PCI</li> <li>- Plan d'actions de prévention et le contrôle des infections.</li> <li>- Cahier des charges et note de service désignant le point focal (personne formée à la PCI) de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact disposant de temps dédié aux activités de la PCI.</li> <li>- Procédures fondées sur des données probantes, adaptées aux établissements et basées sur les lignes directrices nationales en matière de PCI.</li> <li>- Registre du personnel clinique et des agents de bionettoyage de première ligne lors de leur embauche formés à la PCI .</li> <li>- Liste des matériels et équipements de PCI suffisants et appropriés.</li> <li>- Procédure de notification et alerte pour les flambées épidémiques et la surveillance des infections associées aux soins conformément aux plans nationaux.</li> <li>- Stratégies multimodales de prévention pour les interventions de PCI prioritaires.</li> <li>- Rapports de suivi des indicateurs de PCI, sur la base des priorités identifiées dans les autres composantes.</li> <li>- Dispositif approprié pour réduire la promiscuité dans l'établissement et optimiser les effectifs du personnel.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation :</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des dix (10) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>10</b>	<p><b>C.2.1.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact s'assure que tous les équipements sont nettoyés, désinfectés et stérilisés correctement.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des équipements.</li> <li>- Lignes directrices de l'OMS sur les composantes essentielles et les exigences minimales en matière de la PCI.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des équipements.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>11</b>	<p><b>C.2.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact se dispose de lignes directrices fondées sur des bases factuelles pour la prévention et le contrôle des infections.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices de l'OMS/nationales sur la PCI</li> <li>- Procédures d'application des lignes directrices dans l'ESPC sur les thématiques ci après : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'hygiène des mains ;</li> <li>○ les règles d'hygiène respiratoire ;</li> <li>○ la sécurité des injections ;</li> <li>○ le nettoyage de l'environnement ;</li> <li>○ la gestion sûre des déchets biomédicaux ;</li> <li>○ le bien-être et la protection du personnel ;</li> <li>○ les techniques aseptiques ;</li> <li>○ le triage des patients infectieux.</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des neuf (9) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de neuf (9) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>12</b>	<p><b>C.2.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact s'assure de la disponibilité et de la fonctionnalité constantes des matériels et consommables essentiels pour la prévention et le contrôle des infections.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p>Procédures d'utilisation des équipements et des matériels de PCI, notamment et respectivement pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ les EPI ;</li> <li>○ les matériels de nettoyage et de désinfection ;</li> <li>○ le matériel de stérilisation ;</li> <li>○ de l'hygiène des mains (désinfectant à base d'alcool ou lavage des mains).</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>13</b>	<p><b>C.2.2.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact met en œuvre des procédures pour une utilisation rationnelle des antibiotiques afin de limiter la résistance bactérienne.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures pour une utilisation rationnelle des antibiotiques afin de limiter la résistance bactérienne.</li> <li>- Registre des employés formés aux procédures d'utilisation rationnelle des antibiotiques et au programme de bonne gestion des antimicrobiens.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
14	<p><b>C.2.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact applique les lignes directrices nationales en matière d'hygiène des mains.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices en matière d'hygiène des mains y compris le guide de mise en œuvre de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains.</li> <li>- Registres du personnel formé pour appliquer les lignes directrices en matière d'hygiène des mains.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux lignes directrices en matière d'hygiène des mains</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>C.2.2.5 Le personnel passe une visite médicale avant sa prise de fonction et de façon régulière conformément aux textes en vigueur.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossiers médicaux du personnel.</li> <li>- Procédures relatives aux visites médicales pour le personnel.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité à la procédure</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
16	<p><b>C.2.2.6. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact prend des mesures de protection du personnel vis-à-vis des infections liées aux soins, incluant la vaccination contre l'hépatite B.</b></p>

	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures pour la protection du personnel et des bénévoles contre les infections liées aux soins de santé.</li> <li>- Rapport d'évaluation de la conformité aux procédures</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation :</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'implication des patients.</li> <li>- Rapports de campagnes communautaires pour l'hygiène des mains.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<b>17</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>C.3 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un système pour assurer la sécurité des médicaments.</b>	
	<b>Preuves de conformité</b>
<b>18</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme de sécurité des médicaments.</li> <li>- Brochures d'information du patient.</li> <li>- Rapports d'évaluation du programme de sécurité des patients</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>19</b>	<p><b>C.3.1.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact conserve des médicaments à haut risque dans un lieu sécurisé.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <p>Procédures de retrait de grandes concentrations d'électrolytes (notamment le chlorure de potassium, le phosphate de potassium et le chlorure de sodium) des services pour les stocker dans un lieu sécurisé.</p>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner du document indiqué ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de la preuve de conformité indiquée, le critère est entièrement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas de la preuve de conformité indiquée, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>20</b>	<p><b>C.3.1.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact s'assure de la disponibilité des médicaments d'importance vitale à tout moment.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des médicaments vitaux fournis en fonction des besoins de l'ESPC.</li> <li>- Fiches de stock des médicaments vitaux.</li> <li>- Rapport de disponibilité des médicaments vitaux en fonction des besoins de l'établissement.</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>21</b>	<p><b>C.3.1.4. Le processus de distribution et de stockage des médicaments et des vaccins thermosensibles garanti l'absence de rupture de la chaîne de froid.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité de la réfrigération.</li> <li>- Procédure de contrôle qualité pour les réfrigérateurs et les médicaments.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des médicaments thermosensibles tels que : <ul style="list-style-type: none"> <li>o les vaccins ;</li> <li>o l'insuline.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>C.3.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact veille à la lisibilité des ordonnances manuscrites des médecins.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures visant à assurer la lisibilité des ordonnances manuscrites.</li> <li>- Rapports d'évaluation du programme de sécurité des patients</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<b>22</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>C.3.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure la conciliation médicamenteuse à chaque visite.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de conciliation médicamenteuse</li> <li>- Procédures relatives à la sécurité des médicaments couvrant : <ul style="list-style-type: none"> <li>o toutes les transitions de soins ;</li> <li>o polypharmacie et prescription ;</li> <li>o conseils du pharmacien clinique.</li> </ul> </li> <li>- Rapports d'évaluation des procédures de sécurité des médicaments</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<b>23</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués ci-dessus.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation :</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des cinq (5) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de cinq (5) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>24</b>	<p><b>C.3.2.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact veille à l'éducation du patient et de l'accompagnant concernant la prise de médicaments.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <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 et des accompagnants concernant la prise de médicaments.</li> <li>- Rapport de mise en œuvre des 5 étapes de l'OMS pour la sécurité des médicaments.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>25</b>	<p><b>C.3.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact normalise et limite les quantités de médicaments stockés.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de normalisation et de limitation des stocks de médicaments au sein de l'ESPC, l'accent étant mis en particulier sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'étiquetage et le stockage des médicaments à haut risque, tels que le chlorure de potassium, l'héparine et l'insuline ;</li> <li>○ l'étiquetage et la conservation des médicaments présentant une ressemblance écrite ou auditive ;</li> <li>○ l'élimination des médicaments périmés ou non utilisés.</li> </ul> </li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>26</b>	<p><b>C.3.2.5. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place une procédure de gestion des erreurs médicamenteuses.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de définition par exemple de ce qu'est une erreur médicamenteuse et un quasi-accident.</li> <li>- Procédure de gestion des erreurs médicamenteuses.</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> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>27</b>	<p><b>C.3.3.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact peut consulter un pharmacien clinique ou un dispensateur en pharmacie, à l'appui de son système de gestion des médicaments.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité d'un pharmacien clinique, d'un dispensateur en pharmacie ou d'un document d'orientation clair pour les contacts à distance si ce personnel n'est pas disponible sur le site.</li> <li>- Notes de nomination ou contrats du pharmacien clinique ou du dispensateur.</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation :</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>C.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place des systèmes pour gérer et contrôler les situations d'urgence en cas d'épidémie de maladies infectieuses.</b>	
<b>28</b>	<b>C.4.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact effectue une analyse des lacunes axée sur les ressources et les services existants.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	Documentation de l'analyse des lacunes qui comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'analyse des risques ;</li> <li>○ l'évaluation de la capacité d'intervention.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des deux (2) preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>29</b>	<b>C.4.1.2. L'établissement a mis en place un plan d'urgence pour la gestion des flambées épidémiques et la riposte face à ces événements.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'urgence pour la gestion des flambées épidémiques et la riposte face à ces événements.</li> <li>- Protocoles en matière d'hygiène des mains.</li> <li>- Protocole de triage des patients.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>30</b>	<b>C.4.1.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de systèmes de communication pour surveiller, collecter et diffuser des informations sur les alertes de santé publique.</b>

	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide SIMR (Système Intégré des Maladies et Riposte).</li> <li>- Les supports de surveillance (fiches IDS et autres).</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>31</b>	<p><b>C.4.1.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de systèmes supplémentaires de prévention et de contrôle des infections pour le traitement des patients infectés et la prévention de la transmission au personnel, aux autres patients et à la communauté.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuve de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure des précautions complémentaires d'hygiène, pour le traitement des patients infectés.</li> <li>- Procédure des précautions complémentaires d'hygiène. Pour la prévention de la transmission au personnel, aux autres patients et à la communauté.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>32</b>	<p><b>C.4.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact s'appuie sur les définitions de cas épidémiologiques pour enquêter sur les cas et les groupes de cas et pour les orienter vers l'isolement, la recherche des sujets contacts et la mise en quarantaine de ces derniers.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuve de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lignes directrices, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la surveillance épidémiologique visant à détecter le cas dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes ;</li> <li>○ le test est effectué dans un délai de 24 heures après détection ;</li> <li>○ le suivi des patients.</li> </ul> </li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité aux procédures</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>33</b>	<p><b>C.4.2.2. L'établissement de santé de 1er contact notifie les maladies infectieuses à déclaration obligatoire à l'autorité compétente ; les cas sont confirmés par le laboratoire.</b></p>
	<p><b>Preuve de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de gestion des maladies à déclaration obligatoire.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la conformité a la procédure de gestion des MO</li> </ul>
<p><b>Attribution du score</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté0</li> </ul> </li> </ul>	
<b>34</b>	<p><b>C.4.2.3. L'établissement de santé de 1er contact a accès à un laboratoire ayant la capacité de fournir des services de confirmation des cas épidémiologiques.</b></p>
	<p><b>Preuve de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des services de laboratoires agréés/approuvés par les pouvoirs publics.</li> <li>- Procédures et prélèvements d'échantillons conformes aux lignes directrices des définitions des cas.</li> </ul>
<p><b>Attribution du score</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	

35	<p><b>C.4.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact accroît la sensibilisation et l'éducation du public sur les mesures de santé publique préventives, les règles d'hygiène respiratoire, l'hygiène des mains et la distanciation physique en situation d'épidémie.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuve de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des outils de sensibilisation : boîtes à images, dépliants, brochures ou affiches pour augmenter la sensibilisation du public sur les épidémies.</li> <li>- Rapport d'évaluation des séances de sensibilisations et d'éducation du public</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
36	<p><b>C.4.2.5. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a des systèmes pour gérer le bien-être du personnel en cas de flambée épidémique.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>- Preuve de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des systèmes de surveillance et de notification de la sécurité du personnel, tels que les indicateurs clés de performance.</li> <li>- Procédures de surveillance du bien-être du personnel.</li> <li>- Procédures de notification des écarts dans le bien-être du personnel.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
37	<p><b>C.4.2.6. L'environnement physique de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact peut être adapté pour réduire la propagation de la maladie.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuve de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description de la salle d'isolement des cas.</li> <li>- Circuit dédié aux cas suspects</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté</li> </ul> </li> </ul>
38	<p><b>C.4.2.7. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'un système de triage téléphonique pour conseiller les patients sur le traitement le plus approprié.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuve de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure du triage téléphonique.</li> <li>- Registre du système de triage téléphonique pour conseiller les patients sur le traitement.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté</li> </ul> </li> </ul>	
39	<p><b>C.4.2.8. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure pour identifier les groupes vulnérables au sein de la communauté qui pourraient avoir besoin d'un soutien supplémentaire.</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Preuve de conformité</b></p>
	<p>Procédures d'identification des groupes vulnérables, qui pourraient comprendre respectivement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o les femmes enceintes ;</li> <li>o Les mères d'enfants de moins de cinq ans ;</li> <li>o les personnes âgées ;</li> <li>o les résidents des établissements de soins ;</li> <li>o les résidents de milieux à forte densité de population (par exemple, camps de réfugiés) ;</li> <li>o les personnes sans abri ;</li> <li>o les situations d'urgence humanitaire.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des sept (7) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de sept (7) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>40</b>	<p><b>C.4.2.9. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose des équipements et matériels essentiels ou de la capacité d'accroître rapidement l'accès aux ressources financière, équipements et matériels nécessaires.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuve de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure pour les achats.</li> <li>- Procédure de contrôle des stocks.</li> <li>- Répertoire des alternatives aux défis d'approvisionnement en équipement.</li> <li>- Procédures WASH.</li> <li>- Approvisionnement suffisant en EPI.</li> <li>- Disponibilité de savon et de désinfectant pour les mains.</li> <li>- Disponibilité de matériel de nettoyage.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des sept (7) preuves de conformité indiquées, le critère est entièrement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de sept (7) preuves de conformité indiquées, le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>41</b>	<p><b>C.4.2.10 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a la capacité d'identifier et de maintenir les services de santé essentiels qui doivent continuer pendant une flambée épidémique.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuve de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratégie de résilience pour encourager les patients à continuer de rechercher un traitement auprès des services essentiels non liés à une flambée épidémique, tels que : <ul style="list-style-type: none"> <li>o bien-être du nouveau-né ;</li> <li>o soins prénatals.</li> </ul> </li> <li>- Rapport d'évaluation de l'utilisation des services essentiels non liés à une flambée épidémique</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté</li> </ul> </li> </ul>	
<b>42</b>	<p><b>C.4.3.1 Les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact disposent des mécanismes leur permettant de dépasser leurs frontières institutionnelles pour gérer des crises sanitaires ou pour fournir des services essentiels.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuve de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de dialogue avec les communautés.</li> <li>- Procédures de partage des données.</li> <li>- Procédures de partage des dossiers des patients.</li> <li>- Procédure organisant les interventions hors zone institutionnelle</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
	<p><b>C.4.3.2 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact est en mesure d'établir un système de suivi des indicateurs.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuve de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tableau de suivi et d'évaluation des principaux indicateurs se rapportant à la santé publique.</li> <li>- Tableau de suivi et d'évaluation des principaux indicateurs se rapportant aux services de santé essentiels.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> </ul> </li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté</li> </ul>
<b>44</b>	<b>C.4.3.3 L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact peut prendre en charge les patients ayant des besoins spéciaux pendant une flambée épidémique.</b>
	<b>Preuve de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure de communication</li> <li>- Procédures en situations particulières, notamment en cas de port de masque, avec la lecture labiale, avec recours aux interprètes.</li> <li>- Procédures d'accès aux fauteuils roulants.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>

## • Domaine D : Sûreté de l'environnement

Le domaine D est associé à deux (2) normes évaluées par un total de 19 critères répartis en 5 critères essentiels, 13 critères fondamentaux et 1 critères avancés.

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

<b>D1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact offre un environnement physique sûr et sécurisé pour les patients, le personnel, les bénévoles et les visiteurs.</b>	
<b>1</b>	<b>D.1.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact met en place un programme de sécurité incendie, comportant un plan d'évacuation.</b>
	<b>Preuve de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de sécurité incendie.</li> <li>- Plan d'évacuation.</li> <li>- Rapport de visite de l'environnement.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>D.1.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a désigné une personne responsable de la sécurité environnementale.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organigramme.</li> <li>- Fiches de poste.</li> <li>- Mandat de l'équipe de sécurité environnementale.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <p><b>2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>D.1.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a un programme de maintenance préventive (PMP) pour son environnement physique.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comptes rendus des réunions de l'équipe de sécurité environnementale.</li> <li>- Enregistrements du PMP pour l'environnement physique.</li> <li>- Comptes-rendus de réunions de validation des PMP.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <p><b>3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>

4	<p><b>D.1.2.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en place un programme de sécurité et utilise des zones sécurisées lorsque nécessaire.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de sécurité validées relatives aux dossiers médicaux sécurisés ;</li> <li>- Procédures de sécurité validées relative aux médicaments sécurisés.</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté</li> </ul> </li> </ul>
5	<p><b>D.1.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact s'assure que le personnel porte son propre identifiant d'une manière visible.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures concernant le port d'un badge d'identification visible</li> <li>- Procédures concernant le port d'un uniforme approprié par le personnel.</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
6	<p><b>D.1.2.5. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact élabore et teste des plans d'urgences interne et externe.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'urgence interne.</li> <li>- Plan d'urgence externe.</li> <li>- Rapports de la réalisation d'exercices de simulation requis par les plans d'urgence externe et interne.</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>7</b>	<p><b>D.1.2.6. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact fournit des mécanismes pour assurer une alimentation de secours en électricité.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Système d'alimentation électrique sans interruption et générateur de secours.</li> <li>- Procédure de mise en route du générateur de secours.</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>8</b>	<p><b>D.1.2.7. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a un plan de maintenance préventive documenté pour inspecter, tester et entretenir le matériel médical et d'urgence.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listes pour la maintenance préventive planifiée.</li> <li>- Contrats de maintenance.</li> <li>- Plan de maintenance préventive (PMP)</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>

9	<b>D.1.2.8. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact applique une politique non-fumeur.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de 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> <li>- Rapport de visite de l'environnement.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
10	<b>D.1.2.9. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a mis en œuvre une politique de sécurité radiologique, comprenant une personne responsable désignée.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lettre de nomination de la personne désignée responsable de la sécurité du personnel et des patients pendant les procédures de radiologie.</li> <li>- Procédures de sécurité radiologique.</li> <li>- Signalétique de radioprotection dans la zone de radiologie.</li> <li>- Procédure de gestion des déchets radiologiques.</li> <li>- Rapport de visite de l'environnement.</li> </ul>
<b>Attribution du score</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des cinq (5) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de cinq (5) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>D2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a accès aux services d'eau, assainissement et hygiène (WASH) et de gestion sécurisée des déchets.</b>	
11	<b>D.2.1.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact a accès à de l'eau potable avec des réserves couvrant au moins trois jours.</b>

	<p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de visite de l'environnement de l'établissement apporte la preuve : <ul style="list-style-type: none"> <li>o de la disponibilité d'eau courante propre ;</li> <li>o de la disponibilité de réactifs pour l'analyse de l'eau ;</li> <li>o de la présence de stocks adéquats d'additifs chimiques ;</li> <li>o de l'existence d'un contrat avec les fournisseurs d'eau.</li> </ul> </li> <li>- Procédure de constitution d'une réserve d'eau de 3 jours au moins.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté</li> </ul> </li> </ul>
12	<p style="text-align: center;"><b>D.2.1.2. Des installations fonctionnelles pour le lavage des mains sont disponibles dans tous les lieux de soins et à moins de cinq mètres des toilettes.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventaire des lavabos pour se laver les mains avec de l'eau et du savon.</li> <li>- Procédure d'utilisation de la solution hydroalcoolique (60-80 %) pour les mains.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Attribution du score</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté</li> </ul> </li> </ul>
13	<p style="text-align: center;"><b>D.2.1.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact se conforme aux lignes directrices sur la gestion des déchets, y compris le stockage, le transport et l'élimination des déchets en toute sécurité.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Preuves de conformité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de lignes directrices relatives à la gestion des déchets et des objets piquants/tranchants.</li> <li>- Procédure d'élimination, de stockage et de gestion des déchets domestiques, médicaux, chimiques et infectieux.</li> <li>- Déchets placés dans un lieu dédié, inaccessible aux animaux, fermé à clé, et à température contrôlée.</li> <li>- Contrat avec une société externe pour la collecte et l'élimination des déchets ou plan de travail de l'agent d'hygiène de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact et un plan de collecte et d'élimination des déchets.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion des objets piquants/tranchants.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des cinq (5) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>D.2.1.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure de gestion en toute sécurité des déchets biomédicaux liés aux flambées de maladies infectieuses.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	Procédure de gestion des déchets pendant une flambée de maladie infectieuse.
	<b>Attribution du score</b>
<b>14</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie du preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas du preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>D.2.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact met en œuvre des pratiques régulières de nettoyage et de désinfection de l'environnement.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de nettoyage.</li> <li>- Procédure relative aux pratiques de nettoyage.</li> <li>- Rapport de visite de l'environnement.</li> <li>- Rapports d'évaluation de la propreté de l'ESPC.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<b>15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de quatre (4) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées s, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>16</b>	<b>D.2.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de toilettes distinctes pour le personnel et pour les patients et adaptées aux personnes handicapées.</b>



	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de visite de l'environnement.</li> <li>- Inventaire des toilettes pour les patients.</li> <li>- Inventaire des toilettes pour le personnel.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>D.2.2.3. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose d'une procédure pour éliminer en toute sécurité l'eau souillée et les déchets fécaux.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure relative à l'assainissement.</li> <li>- Liste des services de plomberie disponibles.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
<b>17</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<b>D.2.2.4. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact trie les déchets en fonction de leur dangerosité et les marque d'un code couleur.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
<b>18</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de tri des déchets en fonction de leur dangerosité et de leur marquage avec un code couleur.</li> <li>- Procédure de trie en toute sécurité dans au moins trois réceptacles.</li> <li>- Procédure de gestion des déchets infectieux en toute sécurité.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation :</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul>
<b>19</b>	<p><b>D.2.3.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose de procédures garantissant une récupération ou un recyclage d'autant de matières que possible afin de limiter les besoins en termes de traitement et d'élimination des déchets.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de recyclage du papier</li> <li>- Procédures de recyclage des matières plastiques.</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	

- **Domaine E : Apprentissage continu**

Le domaine E est associé à deux (2) normes évaluées par un total de 5 critères répartis en 1 critère essentiel, 3 critères fondamentaux et 1 critères avancés.

Tableau 13 : Critères d'évaluation des normes du Domaine E

<b>E.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose pour le personnel, d'un programme de développement professionnel dans lequel la sécurité des patients est un thème transversal.</b>	
<b>1</b>	<b>E.1.1.1. L'ensemble du personnel de soins de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact concerné bénéficie d'un programme d'orientation sur la sécurité des patients.</b>
	<b>Preuve de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme d'orientation sur la sécurité des patients comprenant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la sécurité incendie ;</li> <li>○ la manutention manuelle ;</li> <li>○ l'hygiène des mains ;</li> <li>○ la PCI – l'utilisation des EPI.</li> </ul> </li> <li>- Procédure de gestion des risques et l'utilisation du système de notification.</li> <li>- Procédure de gestion des blessures par piqûre d'aiguille.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>○ Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté</li> </ul> </li> </ul>
<b>2</b>	<b>E.1.2.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure une formation continue à l'ensemble du personnel.</b>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures pour :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ identifier les besoins en formation du personnel ;</li> <li>○ répondre à ces besoins par une formation continue pour l'ensemble du personnel afin d'assurer des soins sûrs aux patients et garantir le respect des droits des patients.</li> </ul> </li> <li>- Répertoire des cours de remise à niveau sur les thèmes couverts par le programme de formation initiale.</li> </ul>
	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
<b>E.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact 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.</b>	
	<p><b>E.2.2.1. Tous les travaux de recherche font l'objet d'une approbation et d'un suivi assurés par le comité d'éthique de la recherche concerné et sont réalisés afin de répondre aux besoins de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact.</b></p>
	<b>Preuves de conformité</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mandat du comité d'éthique de la recherche.</li> <li>- Exemples de travaux de recherche.</li> <li>- Bases factuelles relatives à la recherche sur les politiques et les systèmes de santé.</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de trois (3) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>E.2.2.2. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact 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>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure visant à former le personnel à l'utilisation des outils d'amélioration de la qualité, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Modèle FOCUS (trouver, organiser, clarifier, comprendre et sélectionner) ;</li> <li>o Modèle PDCA (planifier, développer, contrôler et agir).</li> </ul> </li> <li>- Preuves de projets d'amélioration de la qualité.</li> </ul>
<b>4</b>	<b>Attribution du score</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté</li> </ul> </li> </ul>
<b>5</b>	<p><b>E.2.3.1. L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact réalise des projets d'amélioration de la qualité dans la communauté pour promouvoir la sécurité des patients.</b></p>
	<p><b>Preuves de conformité</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documents de projets d'amélioration de la qualité dans la communauté</li> <li>- Documents de projets d'amélioration de la qualité en collaboration avec d'autres établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact.</li> </ul>
	<p><b>Attribution du score</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner les documents indiqués.</li> <li>- Vérifier les informations par le biais d'observations et d'entretiens.</li> <li>- Suivre les instructions de notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie des deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact justifie de moins de deux (2) preuves de conformité indiquées , le critère est partiellement respecté.</li> <li>o Si l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ne justifie pas des preuves de conformité indiquées, le critère n'est pas respecté.</li> </ul> </li> </ul>	

## 2.5 OUTILS D'ÉVALUATION

---

### 2.5.1 Introduction

Cette partie du livre 2 vise à aider l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact et l'équipe des évaluateurs à collecter les données par le biais de la revue des documents, de l'observation et des entretiens.

Les outils d'évaluation sont des suggestions et non des instructions spécifiques à suivre. 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 reproductibilité.

Il incombe à l'équipe d'évaluation de trianguler autant de données probantes qu'il est nécessaire pour évaluer équitablement et uniformément chaque critère. Il en va de la responsabilité de l'établissement d'être transparent et de fournir les documents et données utiles qui valident le respect de chaque critère. Il est souhaitable que l'établissement présente les documents de manière logique et séquentielle pour en faciliter l'utilisation.

Quatre approches complémentaires sont utilisées pour l'évaluation de la sécurité des patients dans les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact : (1) approche des informations générales sur l'établissement hospitalier ; (2) approche de la revue des documents relatifs aux cinq domaines ; (3) approche de l'observation à mettre en œuvre au cours de l'évaluation en se référant parfois à des guides spécifiques ; (4) approche des entretiens : utilise plusieurs questionnaires qui permettent de recueillir des informations spécifiques auprès du personnel de l'établissement hospitalier ou des patients pendant l'évaluation.

Un projet d'agenda de visite d'évaluation et un modèle de rapport terminent le livre 2.

### 2.5.2 Informations générales sur l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact

- Nom de l'établissement
- Liste des services fournis par l'établissement.

Établir la liste des types de services fournis par l'établissement.

- Certaines statistiques

Recueillir certaines statistiques concernant ces services fournis par l'établissement ; par exemple :

- nombre annuel de nouvelles consultations ;
- moyenne journalière des consultations ;
- nombre annuel des accouchements eutociques
- nombre annuel de nouvelles acceptantes en PF
- nombre annuel des enfants de 0 – 11 mois complètement vaccinés.

#### ▪ Cinq affections les plus fréquentes

Énumérer les cinq affections les plus fréquentes enregistrées dans l'établissement.

#### ▪ Cinq maladies qui ont causé plus de décès ou de séquelles graves l'année précédente

Énumérer les cinq maladies qui ont causé plus de décès ou de séquelles graves l'année précédente.

#### ▪ Liste des activités de soins/prestations et des effectifs.

Établir la liste des activités de soins/prestations et des effectifs.

#### ▪ Services fournis ailleurs que dans l'établissement

Énumérer les services fournis ailleurs que dans l'établissement ; par exemple, visites à domicile, visites en milieu scolaire...

#### ▪ Services externalisés.

Énumérer les services externalisés, qui sont sous-traités par d'autres entités en dehors de l'établissement.

#### ▪ Fournir une description du site.

Dresser la liste de toutes les salles et/ou tous les bâtiments rattaché(e)s à l'établissement. Préciser la fonction affectée à chaque salle.

#### ▪ Incidents au cours des 12 derniers mois

Fournir les détails des incidents au cours des 12 derniers mois qui ont eu un impact sur les soins aux patients et qu'il conviendrait de partager avec l'équipe d'évaluation.

### 2.5.3 Liste des documents

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

Pour permettre aux évaluateurs de se familiariser avec l'établissement de santé qui fera l'objet de l'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 ayant autorité.

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. Ces preuves doivent toutes être disponibles au niveau du service, en version papier ou électronique.

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 de santé de 1<sup>er</sup> contact 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.***

**\* indique les documents à envoyer aux évaluateurs au moins 15 jours avant la visite**

- Pour le domaine A – Leadership et gestion,

Tableau 14 : Documents pour le domaine A

Document	Preuves à inclure
Document de développement	<ul style="list-style-type: none"><li>• Activité liée à la sécurité des patients</li><li>• Identification des besoins de la population</li><li>• Services à mettre en place dans les deux à trois ans à venir</li></ul>
* Document de budget à court terme	<ul style="list-style-type: none"><li>• Objectifs annuels</li><li>• Financement alloué à la sécurité des patients</li><li>• Cibles atteintes</li></ul>
*Structure organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"><li>• Responsabilité et structure hiérarchique pour tous les postes (Organigramme présentant les rapports hiérarchiques pour l'ensemble du personnel et documents qui montrent les rôles et responsabilités ou profils de poste du responsable de l'ESPC et/ou des responsables cliniques)</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– de l'établissement (dans son ensemble)</li> <li>– de la sécurité des patients</li> <li>– de la prévention et du contrôle des infections</li> <li>• Mesures prises dans l'organisation structurelle et retour d'expériences à l'intention du personnel</li> </ul>
<b>Budget alloué à la sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligne budgétaire dans le cadre d'un autre programme (par exemple : lutte contre les infections, formation du personnel) ou ligne budgétaire distincte</li> </ul>
<b>Procédure visant à évaluer la culture de la sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluée par un outil validé (Agency for Healthcare Research and Quality ou équivalent), ou au moyen de questionnaires sur la sécurité des patients ou des approches qualitatives</li> <li>• Résultats de l'évaluation sur la culture de la sécurité des patients réalisée au cours des deux dernières années</li> </ul>
<b>Participation aux campagnes locales et nationales pour la sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépliants en lien avec les réunions publiques</li> <li>• Brochures d'information sur la promotion de la santé (par exemple, lutte contre le tabagisme, alimentation et nutrition)</li> <li>• Soutenir et célébrer les Journées de la sécurité des patients instaurées par l'OMS, telles que : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Journée mondiale de l'hygiène des mains, le 5 mai</li> <li>– Journée mondiale de la sécurité des patients, le 17 septembre</li> <li>– Semaine mondiale pour un bon usage des antimicrobiens, 18-24 novembre</li> </ul> </li> </ul>
<b>*Programme de gestion des risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus d'identification de prévention et d'atténuation des risques y compris le système de signalement des incidents indésirables <ul style="list-style-type: none"> <li>– un modèle ou un tableur de registre des risques conçu pour suivre et évaluer systématiquement les risques, définir les priorités et l'impact potentiel dans ce domaine, et documenter les stratégies d'atténuation</li> <li>– Une liste des « événements qui ne devraient jamais arriver » et des moyens de prévention. Ces événements regroupent un ensemble d'erreurs médicales graves ou d'événements indésirables (par exemple un acte chirurgical sur le mauvais organe ou des escarres contractées dans l'établissement de santé) qui ne devraient jamais arriver à un patient</li> <li>– un système de déclaration des incidents indésirables et processus de communication des retours d'expériences sur les risques à l'ensemble du personnel</li> <li>– un plan de formation du personnel à la procédure de notification des incidents et les registres du personnel formé.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Stratégie de communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sections pertinentes contenant des informations sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>– la personne responsable principale</li> <li>– les politiques internes et externes (ensemble des informations, des messages et des signaux en interne à destination du public)</li> <li>– le processus de mesure de l'efficacité</li> </ul> </li> </ul>

<b>*Programme de sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sections pertinentes contenant des informations sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>– la personne responsable nommée</li> <li>– le calendrier des audits cliniques et environnementaux</li> </ul> </li> <li>• les plans d’actions</li> </ul>
<b>Mandat de l’équipe de sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sections pertinentes contenant des informations sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>– les membres de l’équipe de la sécurité des patients</li> <li>– les comptes rendus de réunions</li> </ul> </li> <li>• Des exemples d’examens de cas et de mesures prises</li> </ul>
<b>Programme de maintenance préventive (PMP) des équipements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre des actifs de l’ensemble des équipements</li> <li>• Calendrier des tests de routine et de l’étalonnage</li> <li>• Procédure de remplacement des équipements défectueux</li> <li>• Registres de formation du personnel</li> </ul>
<b>Plan relatif aux ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectifs nécessaires pour fournir les services</li> <li>• Procédure relative à la validation des titres et qualifications du personnel</li> <li>• Programme d’accréditation des Professionnels de santé</li> <li>• Programme de développement professionnel</li> <li>• Exemple de dossier du personnel</li> </ul>
<b>Programme de santé au travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme de formation à la manutention manuelle</li> <li>• Dossiers de vaccination et de dépistage</li> <li>• Programme de prévention de la violence sur les lieux de travail</li> <li>• Mise en œuvre de mesures de bien-être du personnel, telles que : <ul style="list-style-type: none"> <li>– pratiques d’injection sécurisée</li> <li>– pauses réglementaires</li> <li>– soutien en santé mentale</li> <li>– évaluations du lieu de travail</li> </ul> </li> </ul>
<b>* Procédure de contrôle et d’élaboration des Procédures/protocoles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèle cohérent pour l’élaboration des procédures/protocoles</li> <li>• Procédure de contrôle de la documentation, indiquant notamment la date de révision, la date de publication, la personne responsable, l’autorisation par la personne ayant autorité</li> </ul>
<b>Dossiers médicaux (dossiers de mise en observations)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>– le contenu du dossier médical (dossier d’examen et plan de traitement)</li> <li>– les abréviations approuvées</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> </li> <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> <li>• Les dossiers sont conservés en toute sécurité, en version papier ou électronique</li> </ul>

■ Pour le domaine B – implication des patients et de la

Tableau 15 : Documents pour le domaine B

Document	Preuves à inclure
<b>Charte des droits des patients et des familles documentée et approuvée, dans laquelle figure la sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclaration relative aux droits du patient qui inclut les droits : <ul style="list-style-type: none"> <li>– d'accès aux soins dans l'ESPC</li> <li>– au respect de la culture, des croyances spirituelles et des préférences personnelles des patients</li> <li>– d'être informé et de participer à toutes les décisions médicales concernant les soins</li> <li>– de formuler des avis ou des réclamations</li> <li>– de refuser un traitement ou de préférer un autre</li> <li>– à la sécurité, l'intimité et la confidentialité</li> <li>– à la prise en charge de la douleur</li> <li>– d'accès aux informations concernant les services des ESPC et leurs résultats</li> </ul> </li> </ul>
<b>Procédure concernant le consentement éclairé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des actes avec leurs procédures pour lesquelles un consentement éclairé est requis, qui inclut les procédures invasives et les interventions chirurgicales mineures ; sans s'y limiter, les actes invasifs, les actes chirurgicaux, les anesthésies, les transfusions de sang, les actes à haut risque, les traitements à haut risque, les dons et les greffes d'organes.</li> <li>• Formulaires de consentement éclairé disponibles dans tous les établissements</li> <li>• Formulaires de consentement éclairé remplis, signés par les patients et horodatés figurant dans les dossiers médicaux des patients</li> </ul>
<b>Procédure concernant l'identification des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure d'identification du patient au moyen de deux identifiants avant toute administration de médicaments ou intervention médicale et avant tout acte de chirurgie mineure</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 vulnérables)</li> <li>• Procédure d'identification du patient qui comprend le nom complet du patient (jusqu'à la 2<sup>ème</sup> génération de la famille), les dates et lieu de naissance, la photographie et le numéro généré par l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ou le numéro d'identification national unique et qui est utilisé de manière cohérente dans l'ESPC</li> </ul>

<b>Stratégie visant à inciter et à donner les moyens aux patients d'œuvrer pour leur sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie visant à inciter les patients à prendre part aux activités concernant leur sécurité et à leur donner des moyens pour ce faire.</li> <li>• Preuves montrant l'implication des patients dans les domaines qui peuvent inclure : l'identification des patients, le contrôle de l'hygiène des mains et l'utilisation de seringues à usage unique.</li> <li>• Supports pédagogiques et/ou de transmission orale/écrite d'informations aux patients leur permettant de jouer un rôle actif et de devenir acteurs de la prise de décision partagée</li> <li>• Rapports ou comptes rendus de réunions faisant état de l'implication des patients/de la communauté et de leurs accompagnants dans l'application des stratégies et la suggestion d'amélioration de la qualité et de projets concernant la sécurité des patients</li> </ul>
<b>Programme d'éducation des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supports pédagogiques comprenant des brochures d'information et des affiches destinées aux patients à disposition à la réception</li> <li>• Comptes rendus des réunions des groupes de soutien communautaires spécifiques à certaines maladies.</li> <li>• Procédures concernant la promotion de la santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>– limitation de la prescription d'antibiotiques</li> <li>– hygiène des mains</li> <li>– premiers signes et symptômes du cancer</li> <li>– effets nocifs du tabac, des drogues et de l'alcool</li> </ul> </li> </ul>
<b>Procédure relative aux plaintes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure qui comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>– la personne chargée de la réception et du traitement des plaintes</li> <li>– les modalités de communication avec les patients</li> </ul> </li> <li>• Registre des plaintes et des actions des 12 derniers mois</li> <li>• Procédures relatives à la divulgation ouverte et de traitement des plaintes</li> </ul>
<b>Engagement communautaire dans les campagnes pour la sécurité des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériels des campagnes pour l'hygiène des mains</li> <li>• Comptes rendus des réunions avec la défense civile</li> <li>• Matériels des campagnes auprès des médias</li> </ul>
<b>Programme de services aux patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité du défenseur des droits des patients</li> <li>• Programme de promotion de la santé</li> <li>• Brochures éducatives et d'information</li> <li>• Site Web de l'ESPC</li> <li>• Campagnes sur les réseaux sociaux</li> </ul>
<b>Retours d'expériences des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure des expériences des patients</li> <li>• Enquêtes de satisfaction des patients</li> <li>• Mesures des résultats rapportés par les patients</li> </ul>

- Pour le domaine C – pratiques cliniques sécurisées, fondées sur des bases factuelles

Tableau 16 : Document pour le domaine C

Document	Preuves à inclure
<b>Fiche de poste du professionnel de santé promoteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechercher la description de poste correspondant à la personne responsable des lignes directrices cliniques, de la supervision et de l'évaluation de l'efficacité de l'ensemble des soins cliniques</li> </ul>
<b>Procédure en matière de communication des résultats d'examens de routine et critiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures relatives à :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– la communication des résultats ou des consignes par téléphone, y compris la « répétition », par laquelle le message verbal ou téléphonique est entièrement écrit par le destinataire, qui le lit ensuite et le fait confirmer par la personne qui a donné le résultat ou l'ordre</li> <li>– la notification des résultats critiques</li> <li>– l'enregistrement des résultats critiques et urgents dans le dossier médical</li> </ul> </li> </ul>
<b>*Planning des audits et plans d'action associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemples de ces audits et plans d'action :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'hygiène des mains</li> <li>– l'usage des antibiotiques</li> <li>– la sécurité des médicaments</li> </ul> </li> </ul>
<b>Stratégie permettant d'identifier les directives cliniques requises et leur mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cahier des charges du comité des lignes directrices des prises en charge cliniques</li> <li>• Procédure de validation et de diffusion des directives cliniques</li> <li>• Procédures qui peuvent inclure sans s'y limiter :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– la sécurité chirurgicale</li> <li>– la sécurité de l'accouchement</li> </ul> </li> </ul>
<b>Parcours de soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preuves de l'existence des parcours de soins définis pour :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– le développement de l'enfant</li> <li>– la sécurité de l'accouchement</li> <li>– la sécurité chirurgicale</li> <li>– la vaccination</li> <li>– la santé reproductive</li> <li>– les bilans de santé</li> <li>– le traitement des maladies transmissibles</li> <li>– le traitement des maladies non transmissibles</li> <li>– le traitement de la malnutrition</li> </ul> </li> </ul>
<b>Outils d'évaluation pour gérer et atténuer les risques pour patients vulnérables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des outils d'évaluation sont en place, notamment pour :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– patients vulnérables</li> <li>– suicide ou violence domestique</li> </ul> </li> <li>• Risque clinique</li> </ul>

---

**Programme de PCI**

- Plan de travail annuel clair pour la PCI
- Procédure opératoire standardisé pour la PCI
- Formation du personnel
- Planning des audits
- Disponibilité du matériel et des équipements
- Dépistage et vaccination du personnel
- Lignes directrices (de l’OMS ou d’autres sources validées) concernant les domaines suivants, sans toutefois s’y limiter :
  - hygiène des mains
  - EPI
  - techniques aseptiques
  - pratiques d’injection sécurisée
  - précautions contre la transmission croisée
  - bionettoyage de l’environnement
  - gestion des déchets
  - désinfection et stérilisation des équipements
  - dépistage et triage pour les maladies respiratoires et transmissibles
- Notification des maladies transmissibles

---

**Sécurité des médicaments**

- Brochures d’information destinés aux patients
  - Système de suivi et de réduction des erreurs médicamenteuses
  - Disponibilité de médicaments essentiels
  - Procédures concernant au moins les domaines suivants :
    - accès limité et la normalisation des substances à fortes concentrations/à risque (exemple : KCI)
    - conciliation médicamenteuse à la sortie
    - bilan comparatif du traitement prescrit à la sortie avec le traitement à l’entrée (bilan de médication)
    - utilisation de substances sous contrôle (stupéfiants et assimilés)
    - achat, disponibilité et stockage des médicaments
    - achat, disponibilité et stockage des grandes concentrations d’électrolytes
    - accès limité et normalisation des substances à fortes concentrations et à haut risque
    - polypharmacie et prescription
    - bilan comparatif du traitement prescrit à la sortie avec le traitement à l’entrée (bilan de médication)
    - utilisation de substances sous contrôle
    - stockage des médicaments thermosensibles
    - usage rationnel des antibiotiques
-

■ Pour le domaine D – environnement sécurisé

Tableau 17 : Documents pour le domaine D

Plan de préparation aux flambées épidémiques de maladies infectieuses	Preuve d'une analyse des lacunes et d'un plan de préparation aux situations d'urgence testé sur une base annuelle
<b>Plan de préparation aux situations d'urgence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce plan doit couvrir les éléments suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– équipe de gestion des urgences</li> <li>– cahier de charges de l'équipe de gestion des urgences</li> <li>– facteurs de déclenchement du plan d'urgence</li> <li>– stratégie de communication</li> <li>– planification efficace du personnel</li> <li>– liste des contacts et numéros de téléphone portable</li> <li>– plan de renforcement des capacités du personnel</li> <li>– rôle dans le plan national</li> <li>– accès aux matériels</li> <li>– plan de coordination des services communautaires</li> <li>– modifications de l'environnement des établissements</li> <li>– protocole de triage téléphonique</li> <li>– besoins en formation du personnel</li> <li>– bien-être du personnel</li> <li>– accès aux laboratoires</li> </ul> </li> </ul>
<b>Cahier des charges du comité de sécurité environnementale ou équivalent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cahier des charges lié :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– à la structure organisationnelle</li> <li>– au nom du responsable des questions environnementales</li> <li>– aux noms des membres du comité</li> <li>– aux comptes rendus de réunions et mesures prises</li> <li>– au programme de sécurité radiologique</li> <li>– au nom du responsable de la sécurité radiologique</li> </ul> </li> </ul>
<i>Remarque</i> : Il pourrait s'agir du même comité qui est en charge des autres questions liées à la sécurité des patients, telles que la prévention et le contrôle des infections	
<b>Programme de sécurité incendie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calendrier des formations sur la sécurité incendie et des exercices d'évacuation</li> <li>• Listes de contrôle de sécurité des équipements, extincteurs et lances à incendie</li> <li>• Politique anti-tabac</li> <li>• Signalisation des issues de secours</li> </ul>
<b>Programme de sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocole d'identification du personnel</li> <li>• Protocole de protection des patients et du personnel</li> <li>• Accès contrôlé à la salle d'accouchement</li> </ul>

<b>Plan de maintenance préventive pour les équipements et l'environnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environnement physique : <ul style="list-style-type: none"> <li>– enregistrements du Plan de maintenance préventive</li> <li>– comptes rendus des réunions de l'équipe de sécurité environnementale</li> </ul> </li> <li>• Sécurité des équipements : <ul style="list-style-type: none"> <li>– calendrier des tests et de l'étalonnage</li> <li>– procédure de gestion des rappels <ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibilité des équipements de secours</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>Plan d'urgence interne et externe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'urgence ou de catastrophe majeur qui : <ul style="list-style-type: none"> <li>– définit les rôles et responsabilités du personnel lors de toute situation d'urgence interne ou externe</li> <li>– s'aligne sur le cadre stratégique de préparation aux situations d'urgence de l'OMS et sur la politique de l'OMS en matière de préparation aux situations d'urgence</li> </ul> </li> </ul>
<b>Plan de gestion des déchets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan qui comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>– les lignes directrices relatives à la gestion des déchets et des objets piquants/tranchants</li> <li>– la gestion du linge sale</li> <li>– l'élimination, le stockage et la gestion des déchets, notamment les déchets domestiques, chimiques et infectieux</li> </ul> </li> <li>• la gestion des objets piquants/tranchants</li> </ul>
<b>Contrat d'élimination sécurisée des déchets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrats d'élimination sécurisée qui comprennent : <ul style="list-style-type: none"> <li>– les déchets domestiques</li> <li>– les déchets biomédicaux</li> <li>– les déchets infectieux</li> </ul> </li> </ul>

## ■ **Domaine E – Apprentissage continu**

Tableau 18 : Documents pour le domaine E

Document	Preuves à inclure
<b>Programme de formation du personnel</b>	Programme de formation du personnel sur la sécurité des patients qui couvre : <ul style="list-style-type: none"> <li>– la sécurité incendie</li> <li>– la manipulation manuelle</li> <li>– l'hygiène des mains</li> <li>– les normes PCI et les précautions standards et complémentaire d'hygiène</li> <li>– l'utilisation des EPI</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– la gestion des risques et l'utilisation du système de notification</li> <li>– les blessures par piqûre d'aiguille</li> </ul>
<b>Programme de développement professionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calendrier de formation du personnel</li> <li>• Liste de présence pour les sessions de formation</li> </ul>
<b>Programme d'amélioration de la qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités d'amélioration de la qualité</li> <li>• Publications et/ou affiches</li> </ul>

## 2.5.4 Grilles d'observation

Les grilles d'observation proposées dans cette section couvrent les domaines prioritaires de la sécurité des patients communs à tous les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact.

1. Sécurité de l'environnement de l'établissement et de toutes les zones cliniques
2. Sécurité incendie
3. Dossiers médicaux
4. Radiologie
5. Laboratoire
6. Pharmacie

Chaque établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact faisant l'objet d'une évaluation verra son environnement général et les zones cliniques analysés du point de vue de la sécurité des patients. Si l'établissement dispose de ses propres services de pharmacie et/ou de radiologie et de services de laboratoire, ceux-ci seront également évalués. Les guides d'observation ne constituent qu'une partie de l'évaluation et les résultats doivent être triangulés avec les documents et les entretiens.

### ■ Installations environnementales et zones cliniques

#### Observation

Signalétique extérieure indiquant l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact

Tableau d'affichage de l'organigramme présentant les rapports hiérarchiques pour l'ensemble du personnel

Dossiers médicaux du personnel

Accès des patients au site Web de l'ESPC

Parking pour personnes handicapées

Traitement réservé aux groupes vulnérables, (personnes âgées, femmes enceintes, résidents des établissements de soins, résidents de milieux à forte densité de population, personnes sans abri et situations d'urgence humanitaire)

Respect de la vie privée et de la confidentialité des soins

Réception :

- charte des droits des patients affichée de manière visible avec documentation de la sécurité des patients
- stockage sécurisé et confidentiel des informations des patients

- 
- salles d'attente des patients, confortables avec séparation hommes-femmes le cas échéant

---

Boîtes de suggestions

Registre du système de triage téléphonique pour conseiller les patients sur le traitement

---

Environnement :

- bien rangé
- bien entretenu
- exempt de rouille, de poussière, de saleté, de débris, de déversements accidentels, de sang ou de substances corporelles
- Brochures d'information (en plusieurs langues), des affiches destinées aux patients
- Information sur les méfaits du tabagisme
- Signes d'interdiction de fumer

---

Sécurité :

- Vidéo-surveillance
- badges nominatifs du personnel
- agents de sécurité
- accès contrôlé
- signes d'avertissement de la sécurité radiologique
- déchets radiologiques

---

Maintenance des équipements ; date du dernier test des appareils et numéro d'actif

---

Procédures disponibles dans l'ESPC

---

Alimentation continue en électricité avec groupe électrogène de secours

---

Disponibilité d'un espace de stockage :

- stockage sécurisé des substances dangereuses
- armoire ou local de ménage séparé(e)

---

Espace(s) clinique(s) privé(s) :

- matériel de réanimation, y compris chariot, défibrillateur et disponibilité de médicaments vitaux
- équipement validé pour les tests diagnostiques sur le lieu de soins
- EPI

---

Services d'eau, d'assainissement et d'hygiène

- eau propre
  - lavabos pour se laver les mains et désinfectant pour les mains
  - affiches de l'OMS : « Les 5 indications de l'hygiène des mains » et « Le lavage des mains : Comment ? »
  - toilettes séparées pour les patients et le personnel
  - élimination sans risque des déchets biomédicaux
  - solutions de nettoyage et de désinfection
-

---

Gestion des déchets et du linge sale :

- boîtes de sécurité pour objets piquants ou tranchants
- poubelles et sacs à code couleur distinct pour les déchets domestiques, cliniques et infectieux
- local de stockage des déchets sécurisé et à température contrôlée, le cas échéant

---

Archivage sécurisé et correct des documents de l'ESPC

---

## ▪ Sécurité incendie

---

### Observation

---

Plan d'évacuation en cas d'incendie affiché à tous les niveaux de l'ESPC

---

Présence d'alarmes incendie en état de fonctionnement

---

Issues de secours et escaliers libres d'accès

---

Lances à incendie en état de fonctionnement

---

Liquides inflammables stockés en toute sécurité et à utilisation limitée

---

Panneaux de sortie clairement indiqués et suffisamment éclairés et toutes les portes de sortie ignifugées

---

Zones à forte dépendance ont accès à un système permettant de couper les gaz médicaux en cas d'urgence

---

Tous les extincteurs ont une étiquette à jour, datée et signée

---

Toutes les bonbonnes de gaz doivent être :

- enchaînées ou attachées en toute sécurité
- stockées à l'ombre et à une température appropriée, à l'abri de la lumière directe du soleil
- dotées de capuchon protecteur remis en place lorsque la bonbonne d'oxygène n'est pas utilisée
- des bonbonnes d'oxygène pleines et vides stockées séparément en position verticale

---

Registres de formation incendie pour le personnel disponible

---

## ▪ Dossiers médicaux (ou dossiers de mise en observations)

---

### Observation

---

Audit des dossiers médicaux

---

Numéro d'identification personnel unique (NIP)

---

Système d'archivage

---

Standardisation du codage des maladies (Classification internationale des maladies)

---

---

Contenu du dossier médical :

- exhaustivité
  - allergies documentées
  - continuité des soins, du diagnostic, du traitement et du suivi
  - conciliation médicamenteuse
- 

Accessibilité des dossiers médicaux

---

Formulaire de consentement (le cas échéant)

- informations sur les risques et les avantages des procédures consenties figurant sur le formulaire de consentement
  - formulaire signé conformément à la politique de l'établissement
- 

Écriture manuscrite lisible

---

Notes des personnels infirmiers

---

Notes des médecins

---

## ■ Radiologie

---

### **Observation**

---

Programme de sécurité radiologique

---

Identification des patients

---

Contrôle qualité des résultats

---

Manipulation et stockage des matières dangereuses de manière adéquate

---

Panneaux d'avertissement signalant les zones dangereuses

---

Tabliers en plomb

---

Système de surveillance des rayonnements

---

Signes d'avertissement pour la grossesse

---

## ■ Laboratoire

---

Enregistrement de tous les échantillons reçus.

---

Transport des échantillons.

---

Maintenance des équipements.

---

Équipement de premiers secours, y compris lave-œil et kit de déversement de produits chimiques.

---

Contrôle qualité des résultats (validations technique et biologique).

---

---

Identification unique des patients

---

Communication en urgence des valeurs critiques aux prescripteurs de l'examen de biologie médicale

---

Communication des résultats des tests en attente après la sortie du patient.

---

Conservation du sang et des produits sanguins.

---

Épreuve de compatibilité croisée.

---

Gestion des déchets chimiques (ne pas stocker au même endroit les déchets incompatibles, faire enlever les déchets chimiques par une entreprise agréée ...)

---

Confirmation des cas épidémiologiques pour enquêter sur les cas et les groupes de cas par le laboratoire.

---

## ■ Pharmacie

---

### Observation

---

Procédure concernant :

- le stockage
  - les commandes
  - la préparation et la délivrance
  - l'administration et le suivi
- 

Stockage approprié des :

- solutions concentrées, grandes concentrations d'électrolytes
  - médicaments dont le nom présente une ressemblance écrite ou auditive
  - matières dangereuses ou des médicaments à haut risque
  - Elimination des médicaments périmés ou non utilisés
- 

Brochures d'information pour le patient (ou l'accompagnant) sur la sécurité des médicaments, y compris le document de l'OMS intitulé « Les médicaments sans les méfaits » (5 moments pour la sécurité des médicaments)

---

Système de notification et de gestion des erreurs médicamenteuses

---

### 2.5.5 Entretiens

Après la proposition de l'agenda d'évaluation, il existe une liste de questions clés pour les entretiens. Étant donné que les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact diffèrent, les entretiens devraient être adaptés et tenir compte du fait que les intitulés de poste peuvent varier.

Au sein des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact plus petits, une personne peut assumer de nombreuses responsabilités et un ou deux comités peuvent couvrir un certain nombre de spécialités.

#### ▪ Avec la direction de l'ESPC

- Décrire la structure organisationnelle et les structures hiérarchiques au sein de l'établissement ou du réseau.
- L'établissement de santé a-t-il désigné une personne pour assumer la responsabilité et l'obligation de rendre compte en matière de sécurité des patients ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose-t-il d'un plan stratégique dans lequel la sécurité des patients est une priorité ?
- Le plan d'action comporte-t-il un budget alloué à la sécurité des patients et des ressources financières pour la PCI et la formation du personnel ?
- Décrire le processus d'identification des besoins de la population dans la communauté
- Quelles preuves avez-vous de la mise en œuvre de ce plan ?
- L'établissement de santé a-t-il défini un budget annuel alloué aux activités liées à la sécurité des patients, fondé sur un plan d'action détaillé ?
- En quoi consiste le programme de gestion de la sécurité des patients et des risques ?
- Comment les risques sont-ils identifiés et quelles mesures proactives sont prises pour améliorer la sécurité des patients au sein de l'établissement ou du réseau ?
- L'établissement est-il impliqué dans des projets de recherche ou d'amélioration de la qualité ?
- L'établissement de santé suit-il un code d'éthique en ce qui concerne par exemple la recherche, la réanimation, le consentement et la confidentialité ?
- Présenter les effectifs du personnel, les types et les qualifications du personnel en fonction des services fournis.
  - Y a-t-il parmi eux une personne désignée responsable de la PCI ?
  - une personne responsable de la sécurité environnementale ? une personne désignée responsable de la sécurité du personnel et des

patients pendant les procédures de radiologie ?

- L'établissement de santé évalue-t-il régulièrement l'attitude/l'aptitude du personnel vis-à-vis de la sécurité des patients ?
- Le personnel clinique qualifié, qu'il soit employé pour une durée indéterminée ou temporaire, est-il autorisé à exercer par un organisme compétent ?
- Comment l'établissement de soins de santé primaires gère-t-il l'élaboration et le contrôle des protocoles et des procédures ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact organise-t-il des campagnes sur la sécurité des patients ?
- Comment l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact fait-il participer sa communauté aux activités relatives à la sécurité des patients ?
- La sécurité des patients et les incidents indésirables font-ils l'objet de rapports et d'analyses ?
- La culture actuelle sur la sécurité des patients permet-elle de faciliter le signalement ?
- Existe-t-il un comité chargé de la sécurité des patients ?
- Des parties prenantes externes interviennent-elles au sein du comité de la sécurité des patients ?
- Actuellement, quels sont les projets d'amélioration du dispositif de la sécurité des patients ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact prépare-t-il des rapports sur les différentes activités relatives à la sécurité des patients et les diffuse-t-il ?
- Quelles sont les objectifs mesurables relatives à la sécurité des patients ?
- Les rapports sur la sécurité des patients sont-ils partagés avec l'organe national en charge de la supervision de la sécurité des patients ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact reçoit-il des plaintes formulées par les patients et leurs accompagnants ?
- Quel est le processus de gestion des plaintes ?
- Comment les retours d'expériences du personnel sont-ils recueillis ?
- Le groupe de travail sur la sécurité des patients utilise-t-il des outils scientifiques, par exemple des outils d'analyse des causes racines et d'amélioration, les modèles FOCUS-PDCA (/Planifier, développer, contrôler et agir, trouver, organiser, clarifier, comprendre ou sélectionner) ?
- Comment l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact peut-il s'adapter pendant une pandémie ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose-t-il de plans de gestion des catastrophes externes ou internes ?
- Si oui, à quelle fréquence font-ils l'objet d'un exercice de répétition ?

- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose-t-il d'un programme préventif et correctif pour la sécurité des bâtiments ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact possède-t-il un plan efficace en ce qui concerne le matériel, comprenant un plan de maintenance préventive et de secours en cas de panne ou d'interruption ?
- Quelle est la stratégie de communication avec le personnel, le grand public, d'autres établissements de soins de santé primaires et les bases de données nationales ?

#### ■ Avec le Responsable médical de l'ESPC

- 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 ?
- Quelle procédure de communication utilisent les professionnels de santé entre eux, pour la transmission des informations concernant les patients ?
- Selon vous, existe-t-il, à tous les niveaux de l'ESPC, une culture ouverte, non répressive, non culpabilisante, d'apprentissage et d'amélioration continue de la sécurité des patients ?
- L'établissement de santé s'assure-t-il que le personnel reçoit une formation appropriée sur les solutions en matière de sécurité des patients ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact se conforme-t-il à des lignes directrices de pratique clinique, y compris les lignes directrices de l'OMS, lorsqu'il en existe ?
- Quelles procédures chirurgicales invasives/mineures sont prévues ?
- Existe-t-il un système en place pour garantir que les procédures invasives sont réalisées de manière sûre, en conformité avec les lignes directrices standards ?
- Quelles sont les filières de soins utilisées par l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact examine-t-il couramment les patients afin d'identifier ceux qui sont vulnérables (par exemple suicide, malnutrition ou infections) ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact tient-il à jour une liste des abréviations approuvées ?
- Comment les résultats d'imagerie diagnostique et de laboratoire du patient sont-ils vérifiés, communiqués au patient, traités et enregistrés ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact est-il en lien avec un comité de directives qui sélectionne, élabore et met en œuvre des procédures en matière de sécurité des patients ?
- Avez-vous une définition d'une erreur médicamenteuse et d'un quasi-accident ?
- Quelles sont vos notifications et les actions prises en cas d'erreurs médicamenteuses ?
- Quelles sont les dispositions prise en charge par l'établissement pour encourager les patients à continuer de rechercher un traitement auprès des services essentiels non liés à une flambée épidémique, tels que bien-être du nouveau-né, soins prénatals ?



### ▪ Avec le Responsable PCI

- L'établissement de santé dispose-t-il d'un programme fonctionnel de prévention et de contrôle des infections ?
- Quels sont les objectifs de la lutte contre les infections ?
- L'établissement de soins de santé primaires respecte-t-il les procédures opératoires normalisées reconnues en matière de PCI ?  
Donnez des exemples
- Existe-t-il des systèmes supplémentaires de prévention et de contrôle des infections pour le traitement des patients infectés et la prévention de la transmission au personnel, aux autres patients et à la communauté ?
- Avez-vous un programme de formation à la PCI pour le personnel clinique et les agents de nettoyage de première ligne lors de leur embauche ?
- Existe-t-il une politique relative à l'usage rationnel des antibiotiques ?
- Quelles procédures et quels instruments chirurgicaux et dispositifs médicaux sont utilisés dans l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ?
- Existe-t-il des dispositifs médicaux à usage unique dans l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ? Comment l'établissement s'assure-t-il qu'ils ne sont pas réutilisés ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose-t-il de procédure pour la stérilisation des instruments chirurgicaux ? Comment les instruments sont-ils stérilisés ?
- Quelles sont les températures critiques de stérilisation selon les catégories d'équipements ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose-t-il de matériels en quantité suffisantes pour assurer une désinfection et une stérilisation rapides ?
- Comment le personnel est-il protégé contre les infections nosocomiales, notamment la vaccination contre l'hépatite virale B ?
- Quelle formation le personnel reçoit-il en matière de prévention et de contrôle des infections ? À quelle fréquence ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose-t-il d'un inventaire et de stocks suffisants de matériel et de produits essentiels pour le contrôle des infections ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact mène-t-il des investigations sur les flambées épidémiques ?

### ▪ Avec le(les) patient(s)

- Comment avez-vous accès à votre médecin ?
- Avez-vous reçu des informations sur la politique en matière de droits des patients et des familles de l'ESPC ?
- La charte des droits et devoirs des patients et des familles est-elle visible dans l'ensemble de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ?
- Votre médecin traitant vous a-t-il donné des informations actualisées et complètes sur votre diagnostic, votre traitement ou votre pronostic ?
- Participez-vous aux prises de décision concernant vos soins de santé ?
- Savez-vous, s'il existe un formulaire de consentement soumis à la signature de tout patient devant subir une intervention ?
  - o Avez-vous déjà subi une intervention ?
  - o Avez-vous signé ce formulaire ?
- Avez-vous reçu des informations destinées au patient sur votre cas/diagnostic lors de votre sortie ?
- Avez-vous déjà participé à une enquête sur l'expérience des patients ? Avez-vous reçu les résultats ?
- En général, le personnel des ESPC vous traite-t-il avec bienveillance et respect ?
- Avez-vous reçu des soutiens spécifiques à la maladie ?
- Souhaiteriez-vous que l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact apporte des améliorations aux services ou à l'environnement physique ?

### ▪ Avec le personnel

- Quels sont les systèmes mis en place pour assurer les pratiques d'injection sécurisée (par ex. hygiène des mains, mesures d'isolement) ?
- Avez-vous bénéficié d'un programme de formation sur la sécurité des patients ? Quels étaient les thèmes abordés ?
- Existe-t-il une formation permanente de l'ensemble du personnel afin d'assurer la sécurité des soins dispensés aux patients ?
- L'ensemble du personnel bénéficie-t-il d'une formation continue pour garantir la sécurité des soins aux patients ?
- Connaissez-vous la procédure de signalement et les mesures à prendre pendant ou après un événement indésirable ?
- Que se passe-t-il si un équipement est endommagé ou fonctionne mal ?

- Avez-vous été formé(e) à l'utilisation, à la désinfection et à la stérilisation appropriées des équipements ?
- Avez-vous informé les patients sur la politique en matière de droits et devoirs des patients et des familles de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact dispose-t-il d'un programme de développement professionnel du personnel avec pour thème principal la sécurité des patients ?
- L'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact assure-t-il un suivi des qualifications et des compétences professionnelles de l'ensemble du personnel de soins de santé ?
- Disposez-vous suffisamment de temps de pause longs pour exercer sans risque ?
- Pouvez-vous parler du déroulement d'une violence sur le personnel et les mesures de prévention prises ?
- Quel a été votre rôle pendant une récente épidémie ?
- Disposez-vous des EPI nécessaires ?

## 2.6 PROPOSITION DE PROGRAMME D'ÉVALUATION

---

Le programme des évaluations dépendra des services fournis par l'établissement de soins de santé de 1<sup>er</sup> contact et du nombre d'évaluateurs sur place. Il doit y avoir au moins deux évaluateurs qui doivent s'accorder sur les scores attribués et sur résultat final complété par des recommandations.

L'évaluation dans certains établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact peut être effectuée sur une journée, d'autres peuvent durer deux jours, mais dans la majorité, un jour sera nécessaire. L'objectif de l'évaluation sur place est de permettre à l'équipe d'évaluation de recueillir des informations pour évaluer la conformité aux normes de la sécurité des patients par l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact. L'équipe doit invariablement se poser les trois (3) questions suivantes :

1. « Les patients sont-ils en sécurité
2. « Comment puis-je, en tant qu'expert de la sécurité des patients, aider cet établissement à atténuer les problèmes de sécurité » ?
3. « Y a-t-il un problème de sécurité qui justifie une intervention directe avant mon départ ? »

<b>Temps</b>	<b>Activité</b>	<b>Personnel de l'ESPC</b>
08 h 00-08 h 15	Présentation brève du dispositif pour la sécurité des patients et examen de l'ordre du jour	Représentant du Ministère de la Santé/A.R.S, équipe des évaluateurs, Directeur de l'établissement, responsable de la sécurité des patients
08 h 15-08 h 45	Présentation générale et visite des services de soins de santé primaires	Direction de l'établissement
08 h 45-10 h 45	Examen des documents et pause-café Tous les documents doivent être rassemblés dans une salle pour que les évaluateurs puissent les examiner	Un membre du personnel de l'établissement sera mis à la disposition de l'équipe d'évaluation
10 h 45-11 h 45	Entretien avec la direction de l'établissement axé sur les domaines A et E	Tous les membres de l'équipe de direction de l'établissement (Directeur, responsable de l'établissement) qui peuvent répondre aux questions concernant le domaine A
11 h 45-12 h 45	Entretien avec les représentants des patients et/ou de la communauté	Groupe de patients et parties prenantes communautaires
12 h 45-13 h 30	Visite et entretiens concernant le domaine D. Visite de l'environnement afin de vérifier les salles (consultation, soins, hospitalisation), la sécurité incendie, l'équipement, les services WASH et le stockage des dossiers médicaux	Un membre du personnel de l'établissement sera à la disposition de l'équipe des évaluateurs
13 h 30-14 h 00	Déjeuner	
14 h 00-15 h 00	Entretien avec le personnel de l'établissement portant sur le domaine C et la gestion des flambées épidémiques	
15 h 00-16 h 00	Revue documentaire Réunion de l'équipe des évaluateurs en vue d'identifier les problèmes et toute clarification nécessaire	Responsable chargé de la lutte contre les infections
16h 00-17 h 00	Restitution du bilan de la journée à la direction et au personnel	

## 2.7 MODÈLE DE RAPPORT

---

### 2.6.1. Résumé d'orientation

#### 2.6.1.1. Objectif

Procéder à une évaluation externe du (nom de l'ESPC).....  
.....  
par rapport aux normes pour la sécurité des patients en établissement de soins de 1<sup>er</sup> contact.

#### 2.6.1.2. Présentation de l'ESPC

(nom de l'ESPC)....., est un  
l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact (rayez la mention inutile) PUBLIC/PRIVÉ situé à (nom de  
ARRONDISSEMENT, COMMUNE) ..... Il fournit des services de soins de  
santé dédiées aux établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact.

Il propose des services de soins de santé de 1<sup>er</sup> contact à une population de .....  
habitants. L'établissement fournit une large gamme de services dont  
.....  
.....

#### 2.6.1.3. Méthodologie

Le cadre pour l'évaluation de la sécurité des patients en établissement de santé de 1<sup>er</sup>  
contact comprend 19 normes évaluées par un total de 125 critères répartis comme  
suit : 30 essentiels, 78 fondamentaux et 17 avancés. Les 19 normes pour la sécurité  
des patients sont organisées en cinq domaines :

- A. Leadership et gestion
- B. Implication des patients et de la communauté
- C. Sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles
- D. Sûreté de l'environnement
- E. Apprentissage continu.

Cette évaluation implique plusieurs approches qui sont triangulées pour obtenir les  
résultats. Les documents ont été examinés, des entretiens ont été réalisés et des  
visites sur place ont été effectuées.

En raison de la taille de (nom de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact) .....  
....., une équipe de (nombre)..... évaluateurs  
externes a réalisé l'évaluation de la sécurité des patients pendant (nombre) (- - -) jours,  
du ..... au .....

#### 2.6.1.4. Résultats

(Nom de l'ESPC) ..... 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) ..... évalués sur les 30 critères

essentiels, car (nombre de critères non applicables) .....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) ..... évalués sur les 78 critères fondamentaux, car (nombre de critères non applicables) ..... 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) ..... évalués sur les 17 critères avancés, car (nombre de critères non applicables) ..... 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 ..... % et le domaine ..... la cinquième note ..... %. Le taux de conformité global pour les critères essentiels, fondamentaux et avancés des cinq domaines est de ..... %.

### 2.6.1.5. Conclusions

Etant donné que l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact satisfait à ..... % aux critères essentiels, ..... % aux critères fondamentaux et ..... % aux critères avancés, (nom de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact) ..... se voit attribuer le niveau de conformité (classification 0, 1, 2, 3, 4, 5) ..... aux normes pour la sécurité des patients dans un établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact élaboré par l'Autorité de Régulation du secteur de la Santé.

### 2.6.1.6. Introduction au dispositif dans l'ESPC

Présentation de l'établissement

.....  
.....

## 2.6.2. Méthodologie d'évaluation

Sur la base du *Manuel d'évaluation pour la sécurité des patients dans les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact*, élaboré par l'A.R.S, la méthodologie d'évaluation suivante a été appliquée au sein de (nom de l'ESPC).....

Une équipe d'évaluateurs externes a été sur place pendant (Nombre de jours) ..... jours (dates) du ..... au .....

- 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 comporté un examen de documents, des entretiens avec les principales parties prenantes et des visites d'observation dans les principaux

services. Le personnel du (nom de l'ESPC) ..... est félicité pour la qualité de l'accueil, l'ouverture d'esprit et l'attitude dynamique dont il a fait preuve au cours de l'évaluation. Soulignons que les documents étaient clairement indexés et facilement accessibles.

### **2.6.3. Résultats**

#### **2.6.3.1. Domain A : Normes relatives au leadership et à la gestion**

- Points forts
- Axes d'amélioration

#### **2.6.3.2. Domain B : Normes relatives à l'implication des patients et de la communauté**

- Points forts
- Axes d'amélioration

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

- Points forts
- Axes d'amélioration

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

- Points forts
- Axes d'amélioration

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

- Points forts
- Axes d'amélioration

### **2.6.4. Conclusions**

### **2.6.5. Recommandations**

- **Actions à Court terme**
- **Actions à moyen terme**
- **Actions à long terme**

# **LIVRE 3**

Contrôle de la sécurité des patients dans les établissements de santé de premier contact



Le livre 3 relatif au contrôle de la sécurité des patients dans les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact comprend les 7 parties ci-après : (1) les principes du contrôle, (2) les cibles du contrôle, (3) le but du contrôle, (4) le cadre global du contrôle, (5) la procédure du contrôle, (6) les outils du contrôle et (7) les fiches techniques du contrôle.

Le contrôle des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact en matière de respect des critères pour la sécurité des patients est une appréciation plus légère et plus rapide que l'évaluation.

### **3.1 PRINCIPES DU CONTRÔLE**

---

Le contrôle de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact, en matière de respect des critères pour la sécurité des patients vise à faire instaurer dans lesdits établissements 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 vigie qui permet une réactivité immédiate face aux déviances, aux défaillances relatives à la sécurité des patients. Il joue rôle de veille pour maintenir l'établissement de la santé sur la bonne voie de la sécurité des soins et lui permettre d'ajuster si nécessaire ses stratégies et actions avant une autre évaluation.

Le contrôle est une appréciation 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 moins d'une journée par établissement.

Le contrôle permet aussi d'apprécier à date, la mise en œuvre du plan d'amélioration et d'adresser à l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact des recommandations pour accélérer la mise en œuvre des actions d'amélioration.

A l'issue de chaque contrôle, le score obtenu par l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact est comparé à ceux des contrôles précédents ; il peut aussi être comparé avec d'autres établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact, 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 est programmé pour juillet 2024.

## 3.2 CIBLES DU CONTRÔLE

---

Les cibles concernées par le contrôle sont :

- les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact ;
- les usagers des ESPC et les communautés ;
- le plateau technique des ESPC et les documents.

## 3.3 BUT DU CONTRÔLE

---

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

Le but du contrôle est d'une part de vérifier le traitement des écarts identifiés lors de l'évaluation, et d'autre part, de vérifier la mise en œuvre des plans d'amélioration et de proposer des recommandations si des écarts constatés demeurent.

Il confronte de façon périodique les actions correctives prévues et les réalisations effectives pour corriger les écarts identifiés lors de l'évaluation.

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 certain environnement contraignant pour les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact et les incite à rester dans la dynamique de l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins.

Le contrôle permet aussi

- d'accompagner les établissements de 1<sup>er</sup> contact dans le suivi de la mise en œuvre de leur plan d'amélioration.
- de mesurer le niveau de déploiement du dispositif pour la sécurité des patients dans les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact ;
- de mesurer le niveau de mise en œuvre du plan d'amélioration dans les établissements de 1<sup>er</sup> contact ;
- d'investiguer les événements indésirables associés aux soins (EIAS).
- d'investiguer tout autres phénomènes de santé inhabituels, à la demande du Ministre de la Santé ou du Président de l'A.R.S.

## 3.4 CADRE GLOBAL DU CONTRÔLE

---

Le cadre global du contrôle des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact, privés ou publics, sur l'ensemble du territoire national comprend : les organes et acteurs impliqués à différents niveaux, les normes avec leurs déclinaisons en critères essentiels, fondamentaux et avancés.

### 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 dans le respect de la sécurité des patients ;
- 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 et par ses missions d'investigations.
- le Collège de l'A.R.S précise le cadre du contrôle, veille au bon déroulement du contrôle et labellise les établissements de 1<sup>er</sup> contact.

### 3.4.2. Profil des contrôleurs inspecteurs de la CCI-SPSM

Les critères de sélection des contrôleurs inspecteurs de la CCI-SPSM sont les suivants :

- être Médecin, Spécialiste en Management de la Qualité ;
- avoir au minimum dix ans d'expérience professionnelle ;
- avoir de bonnes connaissances sur les normes pour la sécurité des patients dans les établissements de santé et de la méthodologie de l'enquête ;
- avoir des connaissances et une bonne compréhension des systèmes de santé, de l'éducation sanitaire, des méthodes relatives à la sécurité des patients, de la réglementation, de l'amélioration de la qualité, de l'accréditation des professionnels de santé et de la certification des établissements de santé ;
- disposer de compétences analytiques : traitement efficace de l'information, compréhension et intégration d'informations complexes, prise de décisions fondées sur des preuves et prise en compte de l'audit clinique ;

- avoir une sensibilité culturelle et une bonne compréhension de la diversité culturelle, religieuse et démographique ;
- faire preuve de professionnalisme : respect de normes éthiques personnelles élevées, priorité à la sécurité des patients, respect de la confidentialité, impartialité et objectivité, enthousiasme, motivation et engagement ;
- disposer de compétences interpersonnelles et relationnelles : collaboration au sein de l'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 ;
- avoir une capacité rédactionnelle et une maîtrise du français oral et écrit ;
- avoir une capacité à bien gérer le temps.

Le recrutement des contrôleurs / inspecteurs est assuré par l'A.R.S, qui peut recourir à des experts externes à l'A.R.S. pour soutenir l'équipe constituée à cette fin.

## **3.5 PROCÉDURE DU CONTRÔLE**

---

La procédure du contrôle pour la sécurité des patients comporte trois temps. Le premier est celui de la CCI-SPSM et le deuxième est celui de la CSA-QSS et le troisième est réservé au Collège de l'A.R.S.

### **3.5.1. Temps de la CCI-SPSM**

Le temps de la CCI-SPSM admet les 5 phases suivantes : phase préparatoire ; phase de réalisation du contrôle ; phase d'élaboration du rapport (analyse, cotation et recommandation) ; phase de transmission du rapport de contrôle à la CSA-QSS ; et la phase de suivi.

#### **3.5.1.1. Phase préparatoire**

Elle associe notamment la planification des activités, l'élaboration des termes de référence de la mission de contrôle, la formalisation d'un contrat avec les experts, l'établissement des ordres de mission. Le contrôle peut être ou non annoncé à l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact.

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

Le but de la phase de réalisation du contrôle est de recueillir les données permettant de vérifier le progrès réalisé face à la résolution des écarts relatifs à certains critères impératifs identifiés à l'évaluation. Ces critères qui seront contrôlés sont liés à certaines activités et services-clés inhérents à la sécurité des patients.

Elle associe la rencontre des responsables administratifs de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact pour un bref entretien de présentation de l'équipe de contrôleurs, puis les 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.

La collecte des données se fait à l'aide des fiches techniques. En général, les contrôles ne donnent pas lieu à une diffusion externe.

### **3.5.1.3. Phase d'analyse, de cotation et de recommandation**

Les contrôleurs rédigent le rapport après avoir procédé à l'analyse des données recueillies ; le calcul du score de cotation et l'élaboration des recommandations précisant la date limite de transmission du plan d'amélioration par l'établissement contrôlé au Président de l'A.R.S.

### **3.5.1.4. Phase de transmission du rapport**

Le rapport du contrôle est transmis à la CSA-QSS.

### **3.5.1.5. Phase de suivi**

Elle consiste à s'assurer que le plan d'amélioration a été effectivement transmis par l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact. 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 résolution des écarts à une date convenue avec l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact.

### **3.5.2. Temps de la CSA-QSS**

Le temps de la CSA-QSS admet les 3 phases ci-après : phase d'étude du rapport ; phase d'élaboration du projet de recommandations et phase de soumission de ce projet à la validation du Collège de l'A.R.S.

### **3.5.3. Temps du Collège de l'A.R.S**

Au terme de l'instruction du rapport de contrôle externe, comprenant le projet de recommandations, le Collège de l'A.R.S transmet à chaque établissement de santé de 1<sup>er</sup> Contact et au Ministre chargé de la santé, la décision portant mention des écarts identifiés et mesurés, ainsi que les recommandations validées.

## **3.6 OUTILS DE CONTRÔLE**

---

### **3.6.1. Généralités**

Cette partie du document a pour objet d'aider l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact, l'accompagnateur d'établissement et l'équipe des contrôleurs à exécuter leurs missions respectives ; contribuant ainsi, à l'instauration d'une véritable culture de la sécurité des patients.

L'utilisation des outils de contrôle, essentiellement les fiches techniques est simple. Elle est assujettie à des recommandations contenues dans les guides pour permettre un usage optimal, améliorant ainsi la qualité du contrôle et facilitant sa reproductibilité.

Il est de la responsabilité de l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact d'être transparent et de fournir les documents et données utiles qui valident le respect de chaque critère.

Il est du devoir de l'accompagnateur d'orienter les activités d'accompagnement de manière à imprimer dans l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact la démarche d'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.

### 3.6.2. Guides d'utilisation

Un guide accompagne chaque fiche technique de contrôle du respect des critères de sécurité des patients.

La démarche d'élaboration des critères constitutifs des 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, la qualité de la sécurité et le système documentaire.

C'est une échelle binaire qui 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 » et 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'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact, 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 ainsi qu'il suit : nombre total de OUI / (nombre total de critères réellement contrôlés) x 100.

## 3.7 FICHES TECHNIQUES

---

Six (6) fiches intitulées « fiches techniques de contrôle de la sécurité dans les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact du Bénin ».

La liste des fiches utilisées pour le contrôle des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact est la suivante :

1. Maternité ;
2. Chariot d'urgence ;
3. Hémodialyse ;
4. Imagerie et radio vigilance ;

5. Stérilisation ;
6. Laboratoire d'analyse biomédicale.
7. Pharmacies à usage intérieur (PUI)



### 3.7.1. En maternité

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITE AUX NORMES DE LA SECURITE DES PATIENTS EN MATERNITE

DATE :

DEPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE :

PUBLIC/ PRIVE/ Confessionnel ou associatif :

EQUIPE DE CONTROLE :

PERSONNES RENCONTREES :

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 d'hygiène 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 (surblouse, surchaussures, masques)		
30.	Équipements de protection individuelle pour les professionnels (gants, masques, masques à visière ou lunettes, sabots ou surchaussures, coiffes, 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		
34.	Surveillance clinique tracée dans le dossier médical mis à jour		

N°	CRITÈRES A CONTRÔLER	OUI / NON	OBSERVATIONS
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>	

### 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 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, methyldopa 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

### 3.7.2. Pour le chariot des urgences

## FICHE TECHNIQUE DE CONTROLE DE CONFORMITE DES CHARIOTS D'URGENCE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

DATE :

DEPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE :

PUBLIC/PRIVE/Confessionnel ou associatif :

EQUIPE DE CONTROLE :

PERSONNES RENCONTREES :

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>	

### 3.7.3. En hémodialyse

## FICHE TECHNIQUE DE CONTROLE DE CONFORMITE AUX NORMES DE LA SECURITE DES PATIENTS EN HEMODIALYSE

DATE :

DÉPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

PUBLIC/PRIVE/ Confessionnel ou associatif :

EQUIPE 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 auto-gonflable, 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>	

### 3.7.4. 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>			
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		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
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		
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		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
38.	Protocoles de gestion des déchets biomédicaux		
SCORE		/38 soit %	

### 3.7.5. En matière de stérilisation de dispositifs médicaux réutilisables

#### FICHE TECHNIQUE DE CONTROLE DE LA CONFORMITE AUX NORMES DE LA SECURITE DES PATIENTS EN MATIERE DE STERILISATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX REUTILISABLES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

DATE :

DEPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

PUBLIC/PRIVE/ Confessionnel ou associatif :

EQUIPE DE CONTROLE :

PERSONNES RENCONTREES

#### Stérilisation centrale

Date de la dernière inspection réalisée, résultats et plan d'action :

Réactivité et réponse adéquate aux recommandations de la dernière inspection :

CRITÈRES A CONTROLER	OUI /NON	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>		
1. Energie électrique continue		
2. Alimentation continue en eau des autoclaves Ou alarme fonctionnelle ou plan de relais en cas de coupure d'eau		
3. Points d'eau (au moins deux)		
Zone de décontamination, lavage avec un point d'eau (lavabo, bac)		
4. Local de stockage sécurisé des produits de désinfection		
5. Zone de conditionnement		
6. Zone de stérilisation		
7. Zone de stockage stérile		

CRITÈRES A CONTROLER	OUI /NON	OBSERVATIONS
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		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
23. Responsable de la stérilisation, formé, avec des missions bien définies		
24. Agents de stérilisation formés		

CRITÈRES A CONTROLER	OUI /NON	OBSERVATIONS
<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>	



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

## FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITE A LA SECURITE DES PATIENTS DANS LES LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

DATE :

DEPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

NOM DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE :

PUBLIC/PRIVE/ Confessionnel ou associatif :

EQUIPE DE CONTROLE :

PERSONNES RENCONTREES :

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
<b>INFRASTRUCTURES</b>			
39.	Energie électrique continue		
40.	Eau potable + réserve		
41.	Confort thermique		
42.	Propreté des salles		
43.	Les locaux sont conformes à la réglementation nationale		
44.	Zone réservée exclusivement à la réception des échantillons		
45.	Vestiaires situés en dehors des zones de travail		
46.	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		
47.	Issue de secours identifiée		
48.	Réseau et câblage électriques aux normes		
49.	Prises murales en nombre suffisant		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
<b>MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS</b>			
50.	Équipements de protection individuelle (Blouses, gants stériles et non stériles, bavettes) pour les manipulations		
51.	Pipettes pasteurs en plastique		
52.	Accès rapide à une douche de sécurité et rince-œil		
53.	Dispositifs de pipetage pour éviter le pipetage à la bouche (exemple pipette automatique)		
54.	Tubes sous vide avec les aiguilles adaptées		
55.	Tubes et flacons avec bouchon vissé		
56.	Anses de transfert jetables en plastique		
57.	Des boîtes étanches pour assurer le transport des échantillons		
58.	Enceinte de sécurité (Hotte) en bactériologie		
59.	Bac de décontamination et produits adéquats		
60.	Autoclave en bactériologie		
61.	Mobilier protégé par du matériau facile à décontaminer		
62.	Extincteur et personnel formé à son utilisation		
63.	Différentes poubelles pour le tri des déchets à la base		
64.	Trousse de premier secours bien approvisionnée et facilement accessible		
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>			
65.	1 médecin ou pharmacien biologiste responsable de la validation des résultats		
66.	Ingénieurs et techniciens en nombre suffisant (préciser)		
67.	Agents d'entretien formés à l'hygiène et à la sécurité au laboratoire		
<b>ORGANISATION</b>			
68.	Dans le laboratoire, interdiction formelle de : - pipeter à la bouche - manipuler les lentilles de contact - manger, boire, fumer.		
69.	Une personne responsable de la sécurité		
70.	Protocole écrit de décontamination des surfaces de travail		
71.	Décontamination des déchets infectieux à l'autoclave ou par d'autres méthodes avant leur élimination		

N°	CRITÈRES ÉVALUÉS	OUI / NON	OBSERVATIONS
72.	Un signe de danger biologique est apposé sur chaque porte d'accès au laboratoire		
73.	Tout contenant de produits à risque infectieux est identifié par des étiquettes d'avertissement de dangers biologiques		
74.	Protocoles écrits de manipulation des réactifs contenant des substances toxiques ou radioactives		
75.	Protocoles écrits de gestion des accidents affichés ou d'accès rapide : - AES (accident d'exposition au sang) - Autres que AES		
76.	Protocoles de gestion des déchets biomédicaux		
<b>SCORE</b>		<b>/38 soit %</b>	

### 3.7.7. Dans les pharmacies d'usage intérieur

#### FICHE TECHNIQUE DE CONTRÔLE DE CONFORMITE AUX NORMES DANS LES PHARMACIES A USAGE INTERIEUR (PUI) DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES ET PRIVEES

DATE :

DEPARTEMENT :

ZONE SANITAIRE :

ETABLISSEMENT DE SANTE (PUBLIQUE/ PRIVEE/ CONFESIONNEL OU ASSOCIATIF) :

DATE DE LA DERNIERE 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		
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)		
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		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ocytocine (SYNTOCINON) injectable</i></li> <li>- <i>Méthylergométrine (METHERGIN) injectable</i></li> <li>- <i>Insulines injectables</i></li> <li>- <i>Vaccins</i></li> <li>- <i>Immunoglobulines</i></li> </ul>		
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, certains 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		
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 ???		
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			
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	Nature fournisseur	Prix public (FCFA)	Observations
----	---------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------	--------------------	--------------

			(FCFA)			
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).





## 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. 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)
4. Manuel d'évaluation de la sécurité des patients au niveau des soins de santé primaires. Le Caire : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale ; 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
5. Rapport de la commission technique chargée des réformes dans le secteur de la santé (non publié)
6. 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.
7. Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin, PO-RMMN 2018-2022.

## 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 de santé 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.

# TABLE DES MATIÈRES

---

SOMMAIRE .....	2
ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES .....	3
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....	5
GLOSSAIRE .....	6
PRÉFACE .....	15
RÉSUMÉ EXÉCUTIF.....	17
REMERCIEMENTS .....	20
INTRODUCTION.....	24
<b>1 LIVRE 1 : VUE D'ENSEMBLE DU DISPOSITIF POUR LA SECURITE DES PATIENTS DANS LES ETABLISSEMENT DE SANTE DE PREMIER CONTACT .....</b>	<b>27</b>
1.1 DESCRIPTION DU DISPOSITIF.....	28
1.2 PRINCIPAUX ACTEURS .....	28
1.2.1 <i>Patients et communautés.....</i>	<i>28</i>
1.2.2 <i>Établissements de santé de premier contact (ESPC).....</i>	<i>28</i>
1.2.3 <i>Autorité de Régulation du Secteur de la Santé.....</i>	<i>29</i>
1.2.4 <i>Ministère de la santé.....</i>	<i>29</i>
1.2.5 <i>Partenaires techniques et financiers .....</i>	<i>30</i>
1.3 DOMAINES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS.....	30
1.4 NORMES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS.....	31
1.4.1 <i>Formulation des 19 normes.....</i>	<i>31</i>
1.4.2 <i>Interprétation des normes.....</i>	<i>33</i>
1.5 CRITÈRES POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES ESPC .....	34
1.5.1 <i>Critères essentiels.....</i>	<i>34</i>
1.5.2 <i>Critères fondamentaux.....</i>	<i>37</i>
1.5.3 <i>Critères avancés .....</i>	<i>41</i>
<b>2 LIVRE 2 : ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE PREMIER CONTACT.....</b>	<b>43</b>
2.1 CIBLES DE L'ÉVALUATION .....	44
2.1.1 <i>Établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact. ....</i>	<i>44</i>
2.1.2 <i>Usagers des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact et les communautés. ....</i>	<i>44</i>
2.1.3 <i>Plateau technique des établissements de santé de 1er contact et documents. ....</i>	<i>45</i>
2.2 ÉCHELLE DE L'ÉVALUATION.....	45
2.2.1 <i>Les critères essentiels .....</i>	<i>45</i>
2.2.2 <i>Chaque critère fondamental.....</i>	<i>46</i>
2.2.3 <i>Chaque critère avancé.....</i>	<i>46</i>
2.3 L'ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS .....	46
2.3.1 <i>Les évaluateurs.....</i>	<i>47</i>
2.3.2 <i>Sélection des évaluateurs.....</i>	<i>47</i>
2.3.3 <i>Equipe d'évaluateurs : composition et rôle .....</i>	<i>47</i>
2.3.4 <i>Évaluer et maintenir le niveau de réalisation .....</i>	<i>48</i>
2.3.5 <i>Exemples de classification .....</i>	<i>49</i>
2.4 DOMAINES, NORMES ET CRITÈRES RESPECTIFS .....	50
2.4.1 <i>Domaine A : Leadership et gestion.....</i>	<i>50</i>

2.4.2	<i>Domaine B : Implication des patients et du public</i> .....	67
2.5	OUTILS D'ÉVALUATION .....	108
2.5.1	<i>Introduction</i> .....	108
2.5.2	<i>Informations générales sur l'établissement de santé de 1<sup>er</sup> contact</i> .....	108
2.5.3	<i>Liste des documents</i> .....	110
2.5.4	<i>Grilles d'observation</i> .....	119
2.5.5	<i>Entretiens</i> .....	124
2.6	PROPOSITION DE PROGRAMME D'ÉVALUATION .....	129
2.7	MODÈLE DE RAPPORT .....	131
2.6.1.	<i>Résumé d'orientation</i> .....	131
2.6.1.1.	Objectif .....	131
2.6.1.2.	Présentation de l'ESPC .....	131
2.6.1.3.	Méthodologie .....	131
2.6.1.4.	Résultats .....	131
2.6.1.5.	Conclusions .....	132
2.6.1.6.	Introduction au dispositif dans l'ESPC .....	132
2.6.2.	<i>Méthodologie d'évaluation</i> .....	132
2.6.3.	<i>Résultats</i> .....	133
2.6.3.1.	Domain A : Normes relatives au leadership et à la gestion .....	133
2.6.3.2.	Domain B : Normes relatives à l'implication des patients et de la communauté .....	133
2.6.3.3.	Domain C : Normes relatives à la sûreté des pratiques cliniques fondées sur des bases factuelles .....	133
2.6.3.4.	Domaine D : Normes relatives à la sûreté de l'environnement .....	133
2.6.3.5.	Domaine E : Normes d'apprentissage continu .....	133
2.6.4.	<i>Conclusions</i> .....	133
2.6.5.	<i>Recommandations</i> .....	133
<b>3</b>	<b>LIVRE 3 : CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE PREMIER CONTACT</b> .....	<b>134</b>
3.1	PRINCIPES DU CONTRÔLE .....	135
3.2	CIBLES DU CONTRÔLE .....	136
3.3	BUT DU CONTRÔLE .....	136
3.4	CADRE GLOBAL DU CONTRÔLE .....	137
3.4.1.	<i>Organes de contrôle</i> .....	137
3.4.2.	<i>Profil des contrôleurs inspecteurs de la CCI-SPSM</i> .....	137
3.5	PROCÉDURE DU CONTRÔLE .....	138
3.5.1.	<i>Temps de la CCI-SPSM</i> .....	138
3.5.1.1.	Phase préparatoire .....	138
3.5.1.2.	Phase de réalisation du contrôle .....	139
3.5.1.3.	Phase d'analyse, de cotation et de recommandation .....	139
3.5.1.4.	Phase de transmission du rapport .....	139
3.5.1.5.	Phase de suivi .....	139
3.5.2.	<i>Temps de la CSA-QSS</i> .....	140
3.5.3.	<i>Temps du Collège de l'A.R.S</i> .....	140
3.6	OUTILS DE CONTRÔLE .....	140
3.6.1.	<i>Généralités</i> .....	140
3.6.2.	<i>Guides d'utilisation</i> .....	141
3.7	FICHES TECHNIQUES .....	141
3.7.1.	<i>En maternité</i> .....	143
3.7.2.	<i>Pour le chariot des urgences</i> .....	147
3.7.3.	<i>En hémodialyse</i> .....	149
3.7.4.	<i>Dans les laboratoires d'analyses biomédicales</i> .....	153
3.7.5.	<i>En matière de stérilisation de dispositifs médicaux réutilisables</i> .....	156
3.7.6.	<i>Dans les laboratoires d'analyses biomédicales</i> .....	159
3.7.7.	<i>Dans les pharmacies d'usage intérieur</i> .....	162

**RÉFÉRENCES ..... 168**  
**ÉQUIPE DE RÉDACTION ..... 169**  
**TABLE DES MATIÈRES..... 170**

**« La voie royale pour aller vers le développement socioéconomique 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** : 978-99982-67-203-6

**N° dépôt légal** : 15916 mai 2024

**Titre de l'ouvrage** : Manuel d'évaluation et de contrôle de la sécurité des patients dans les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact au Bénin.

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 de santé de 1<sup>er</sup> contact. Cette première édition du manuel d'évaluation et de contrôle pour la sécurité des patients dans les établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact du Bénin 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact, soutiendra l'évaluation et le contrôle de la sécurité des patients et des programmes d'amélioration au sein des établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact en tant que partie intégrante du cadre pour la sécurité des patients en établissements de santé de 1<sup>er</sup> contact. Il permettra de garantir que la priorité est accordée à la sécurité des patients et que les établissements et le 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 de santé de 1<sup>er</sup> contact, 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.