ROYAUME DU MAROC · MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires

RÉFÉRENTIEL

Accréditation des établissements hospitaliers

Version provisoire · juin 2021

AU SOMMAIRE

01 Management

02 Prise en charge du patient

03 Plateau technique

04 Hygiène et sécurité

05 Infrastructure et logistique

25 chapitres, références et critères

Echelle11

Document officiel mis en ligne par **Echelle11.com**

echelle11.com/documents/referentiel-accreditation-etablissements-hospitaliers

Remerciements

La révision du référentiel d'accréditation des hôpitaux de 2016 a été réalisée avec l'appui de l'Union européenne, à laquelle nous exprimons ici le témoignage de notre gratitude et de notre reconnaissance les plus sincères.

La réalisation de cette nouvelle version du référentiel est le fruit d'un travail collaboratif et professionnel mené par l'équipe de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, avec le pilotage de la Division des Hôpitaux.

Ce document a pu voir le jour grâce à la contribution d'équipes composées de professionnels de santé de toutes disciplines, dans un cadre collégial de concertation et de collaboration, auxquelles le ministère de la Santé adresse ses vifs remerciements pour leurs précieuses contributions à l'élaboration de ce document.

Echelle11

Sommaire

Remerciements 2
Liste des abréviations 5
Abréviations des chapitres 6
Introduction 7
Partie 1 : Modalités d'élaboration du référentiel 8
1. Méthodologie 8
2. Présentation du référentiel 8
2.1 Les fondements 8
2.2 La structure du référentiel 9
Partie 2 : Les références 11
1. Management 12
1.1 Gouvernance et pilotage (GP) 13
1.2 Management des ressources (MR) 17
1.3 Statistiques et systèmes d'information (SSI) 20
1.4 Système de management de la qualité (SMQ) 23
1.5 Droits de patients et des familles (DPF) 28
2. Prise en charge du patient 33
2.1 Dossier patient (DPA) 34
2.2 Organisation des soins (ORS) 38
2.3 Soins infirmiers (SOI) 42
2.4 Urgences (URG) 45
2.5 Psychiatrie (PSY) 49
2.6 Soins obstétricaux et néonataux (SON) 55
3. Plateau technique 59
3.1 Pharmacie (PHA) 60
3.2 Examens de laboratoire (EXL) 65
3.3 Examens d'imagerie (IMA) 70
3.4 Bloc opératoire et anesthésie (BOA) 74
4. Hygiène et sécurité 80
4.1 Nettoyage et désinfection des locaux et surfaces (NDL) 81
4.2 Gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques (DEC) 84
4.3 Prévention du risque infectieux (PRI) 87
4.4 Stérilisation (STE) 92

Echelle11

4.5 Incendie et situations de crise (ISC) 97
4.6 Santé et sécurité au travail (SST) 100
5. Infrastructure et logistique 103
5.1 Bâtiments et installations techniques (BIT) 104
5.2 Équipements biomédicaux (EQB) 108
5.3 Blanchisserie (BLA) 111
5.4 Diététique et nutrition (DTN) 114
Glossaire 122
Bibliographie 126

Echelle11

Liste des abréviations

AMO	Assurance maladie obligatoire
AT	Accidents de travail
BMR	Bactéries multi résistantes
CAT	Conduite à tenir
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CII	Conseil des infirmiers et infirmières
CIM	Classification internationale des maladies
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
DHSA	Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires
EI	Événements indésirables
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
FEFO	First Expire, First Out
IAS	Infections associées aux soins
ISQua	International Society for Quality in Health Care
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
PASS	Programme d'appui à la réforme du secteur de la santé
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PEH	Projet d'établissement hospitalier
PEM	Plan d'équipement et de maintenance
PSL	Produits sanguins labiles
PV	Procès-verbal
RA	Rapport d'activité
RAMED	Régime d'assistance médicale
RI	Règlement intérieur
SAU	Services d'accueil des urgences
SAUV	Salle d'accueil des urgences vitales
SEGMA	Services de l'État gérés de manière autonome
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Echelle11

Abréviations des chapitres

GP	Gouvernance et pilotage
MR	Management des ressources
SSI	Statistiques et systèmes d'information
SMQ	Système de management de la qualité
DPF	Droits de patients et des familles
DPA	Dossier patient
ORS	Organisation des soins
SOI	Soins infirmiers
URG	Urgences
PSY	Psychiatrie
SON	Soins obstétricaux et néonataux
PHA	Pharmacie
EXL	Examens de laboratoire
IMA	Examens d'imagerie
BOA	Bloc opératoire et anesthésie
NDL	Nettoyage et désinfection des locaux et surfaces
DEC	Gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques
PRI	Prévention du risque infectieux
STE	Stérilisation
ISC	Incendie et situations de crise
SST	Santé et sécurité au travail
BIT	Bâtiments et installations techniques
EQB	Équipements biomédicaux
BLA	Blanchisserie
DTN	Diététique et nutrition

Echelle11

Introduction

L'accréditation des établissements de santé, initiée depuis 2004 avec le soutien de l'OMS, constitue une démarche structurante dans un cadre de référence national visant à dresser « une base d'évaluation externe de la qualité des soins dans les établissements de santé publics et privés », tel que prévu dans l'article 18 de la loi-cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, qui constitue actuellement l'assise juridique spécifique de l'accréditation des établissements de santé.

Depuis son initiation, le ministère de la Santé a élaboré, avec la participation des professionnels de santé, un certain nombre d'outils, notamment le référentiel d'accréditation des hôpitaux généraux et celui des hôpitaux psychiatriques. Ces référentiels ont été expérimentés dans différents types d'hôpitaux. Cette expérimentation a été l'occasion de réviser les versions initiales de ces deux référentiels, et de là, d'élaborer la version de 2016.

Dans le cadre du projet PASSII, avec l'appui de l'Union européenne, l'action intitulée « Développer l'approche servicielle portant sur l'implémentation de l'accréditation dans les établissements hospitaliers » a été menée afin de poursuivre la dynamique en cours et d'appuyer l'implémentation de ladite approche.

Cette action avait comme objectif général de développer, à moyen terme, un modèle d'accréditation conforme aux exigences de l'ISQua tout en tenant compte de notre contexte national et des actions déjà engagées par le ministère de la Santé. Ainsi, il a été prévu dans le cadre de cette action, entre autres, la révision du référentiel d'accréditation des hôpitaux de 2016.

L'élaboration de la nouvelle version du référentiel des établissements hospitaliers a connu, sous l'encadrement de l'expertise technique mobilisée à cet effet, la participation de plus de 40 professionnels représentant les différents profils et les différents types d'établissements hospitaliers.

Le présent référentiel révisé est présenté selon un seul niveau d'exigences, applicables à tous les établissements hospitaliers publics et privés à moyen terme. Il fera l'objet d'un test au niveau d'un échantillon d'établissements hospitaliers.

Enfin, il y a lieu de signaler que le présent référentiel ne vise pas à imposer aux établissements hospitaliers un modèle d'organisation, ni l'utilisation dans leur fonctionnement de la terminologie utilisée dans le référentiel.

Fenelle11

Partie 1 : Modalités d'élaboration du référentiel

1. Méthodologie

Deux groupes de travail ont été constitués pour formuler des avis et des propositions sur l'actualisation et la contextualisation des références d'accréditation. Un groupe de travail regroupe des représentants du personnel gestionnaire, l'autre est composé de professionnels appartenant à la catégorie des soignants.

Pour formuler leurs avis, les groupes ont utilisé le référentiel 2016, l'analyse des écarts de ce référentiel avec les exigences de l'ISQua et une grille de lecture destinée à coter chaque référence au regard des critères d'évaluation suivants : la pertinence, la compréhensibilité, la mesurabilité, l'utilité, l'applicabilité et l'impact. Chaque critère est évalué selon 4 niveaux. Selon son niveau de cotation, le critère « impact » détermine le classement des références en « références prioritaires » et « références simples ».

Après l'achèvement des travaux des groupes de travail, qui se sont déroulés sur trois sessions (session 1 : les 26, 27 et 28 octobre 2020 ; session 2 : les 3, 4 et 5 novembre ; session 3 : les 16 et 17 novembre 2020), chaque chapitre a été révisé, actualisé et réécrit selon la méthode PDCA, avec mention des références prioritaires. Les chapitres ont ensuite été relus et formalisés par les groupes de travail en séances plénières les 1er, 7 et 11 décembre 2020, pour formuler leurs propositions sur l'ensemble des chapitres actualisés.

Le référentiel d'accréditation a été approuvé par le Comité de réflexion lors de sa réunion du 25 janvier 2021 pour être testé.

La relecture de la version initiale du référentiel a ensuite été faite par un comité de lecture au niveau de la DHSA pour améliorer sa qualité rédactionnelle et sa mise en forme.

2. Présentation du référentiel

Le référentiel d'accréditation des établissements hospitaliers se décline en chapitres, lignes directrices, références, critères, documents et personnes ressources. Il a pour fondements les orientations fixées par le Comité de réflexion dans sa séance du 16 octobre 2020 et l'article 18 de la loi-cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.

2.1 Les fondements

LA LOI-CADRE 34-09 (ARTICLE 18)

> *Art. 18 : « Une procédure d'évaluation des établissements de santé, publics et privés, dite accréditation, sera instaurée en vue d'assurer l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins. La procédure d'accréditation vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité des établissements de santé ou, le cas échéant, d'un ou de plusieurs de leurs services, sur la base d'indicateurs, de critères et de référentiels nationaux élaborés par un organe dénommé « Comité national d'évaluation et d'accréditation » qui sera créé à cette fin. »*

LES ORIENTATIONS

Les grandes orientations pouvant structurer la politique d'accréditation, débattues au cours de la réunion du Comité de réflexion du 16 octobre 2020, ont été portées à la connaissance des groupes de travail avant d'engager la réflexion sur la révision du référentiel. Elles se regroupent en cinq grands principes :

- Augmenter le niveau global de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Un référentiel d'accréditation comportant des référentiels de type normatif ;
- Un niveau d'accréditation de base visant à mettre en place et faire vivre une démarche qualité dans une perspective d'amélioration continue ;
- Une accréditation progressive, par étapes, répondant à terme aux exigences de l'ISQua ;
- Un référentiel d'accréditation comportant des références prioritaires.

2.2 La structure du référentiel

Le référentiel comporte cinq thématiques regroupant 25 chapitres représentatifs des secteurs d'activité des établissements hospitaliers. Dans chaque chapitre figurent des « lignes directrices », des « références » et des « critères ».

2.2.1 Les chapitres

Définition : Les chapitres sont définis par des domaines d'activité structurant le fonctionnement de l'établissement dans l'exercice de ses missions.

Contenu : Le référentiel d'accréditation se décompose en 25 chapitres, regroupés autour de cinq grandes thématiques, présentées dans le tableau ci-dessous.

1. Management	1.1 Gouvernance et pilotage 1.2 Management des ressources 1.3 Statistiques et système d'information 1.4 Système de management de la qualité 1.5 Droits des patients et des familles
2. Prise en charge du patient	2.1 Dossier patient 2.2 Organisation des soins 2.3 Soins infirmiers 2.4 Urgences 2.5 Psychiatrie 2.6 Soins obstétricaux et néonataux
3. Plateau technique	3.1 Pharmacie 3.2 Laboratoire 3.3 Imagerie 3.4 Bloc opératoire et anesthésie
4. Hygiène et sécurité	4.1 Nettoyage et désinfection des locaux 4.2 Gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques 4.3 Prévention du risque infectieux 4.4 Stérilisation 4.5 Incendie et situation de crise 4.6 Santé et sécurité au travail

Echelle11

5. Infrastructure et logistique	5.1 Bâtiments et installations techniques 5.2 Équipements biomédicaux 5.3 Blanchisserie 5.4 Diététique et nutrition

2.2.2 Les lignes directrices

Définition : Les lignes directrices sont une introduction générale déterminant les attendus du chapitre à inscrire dans les références.

Contenu : Le contenu des lignes directrices reprend de façon synthétique les principes qui guident l'amélioration de la qualité dans le secteur d'activité concerné.

2.2.3 Les références

Définition : Les références sont des objectifs à atteindre, réparties en deux catégories : les références simples (références sans impact critique) et les références prioritaires (références ayant un impact critique sur le patient, le personnel ou l'établissement et pour lesquelles le niveau de maîtrise est important). Les références prioritaires sont identifiées dans le référentiel d'accréditation par le symbole ➔.

Contenu : Chaque référence est un énoncé compréhensible et atteignable que l'établissement doit satisfaire pour répondre aux objectifs d'amélioration continue de la qualité.

2.2.4 Les critères

Définition : Les critères indiquent les moyens à mettre en œuvre pour satisfaire la référence.

Contenu : Chaque référence comporte des critères dont le nombre varie en fonction des caractéristiques des exigences requises.

2.2.5 Les documents et les personnes ressources

Définition : Les personnes ressources représentent les personnes concernées par la référence, en tant qu'opérateur ou client. Les documents ressources rassemblent les documents nécessaires pour répondre aux exigences de la référence et attendus pour en apporter la preuve.

Contenu : Les documents et personnes ressources sont recensés pour chaque référence.

Echelle11

Partie 2 : Les références

Chaque référence est présentée avec ses critères, les documents ressources et les personnes ressources. Les références prioritaires sont repérées par le symbole ➔ et un bandeau vert.

Echelle11

1. Management

Echelle11

1.1 Gouvernance et pilotage (GP)

LIGNES DIRECTRICES

Le chapitre « Gouvernance et Pilotage » s'inscrit dans le cadre des fondements de la constitution et des réformes du secteur de la santé qui sont en cours. Il incite les établissements à s'engager dans un management de projet structurant, dynamique et participatif. La Gouvernance est organisée de façon transparente, les rôles et les responsabilités sont clairement identifiés. Les règles et procédures sont documentées et diffusées. Certaines figurent dans un règlement intérieur connu par les professionnels, les partenaires et les usagers.

La direction hospitalière joue un rôle fondamental dans l'organisation et la gestion globale de l'établissement tout en impliquant les professionnels des différents services et unités de l'établissement. Elle assure la coordination du management et des projets ainsi que la gestion des ressources. Elle est le garant du respect des dispositions législatives et réglementaires.

L'organigramme de l'établissement détermine les attributions et responsabilités de chacun. Il est diffusé et connu par l'ensemble du personnel de l'établissement.

Etant donné que les établissements au Maroc varient en fonction de leur taille, de la complexité des services fournis et de leur statut (SEGMA, établissements publics, les instances délibératives et de concertation) peuvent revêtir plusieurs connotations suivant le cas.

Ces instances doivent agir conformément à la réglementation spécifique au type de l'établissement.

Parmi les missions stratégiques de la direction hospitalière, la formulation et le développement d'un projet d'établissement hospitalier (PEH). Ce dernier, élaboré sur un mode participatif, doit refléter et attester les initiatives futures de l'établissement. Il doit prendre en compte une vision à long terme en matière de planification et de développement (ex : cinq ans), et prévoir des révisions annuelles. Les détails requis pour la mise en exécution du plan stratégique doivent être documentés et refléter la mission de base de l'établissement, ses valeurs, ses buts et ses objectifs. Le projet d'établissement hospitalier doit s'accompagner d'indicateurs de performance régulièrement contrôlés, évalués et surveillés.

Il est important, enfin, que le projet d'établissement hospitalier soit communiqué à tous les membres du personnel afin qu'ils puissent avoir une idée globale de l'orientation future de l'établissement.

RÉFÉRENCES

GP 1 **→ Prioritaire**	**L'établissement est doté d'une instance investie de tous les pouvoirs et attributions nécessaires à l'administration (Conseil d'Administration ou équivalent de l'établissement).**
GP 1.1	Les réunions de l'instance se tiennent régulièrement conformément à la réglementation en vigueur.
GP 1.2	Les comptes rendus des réunions de l'instance sont rédigés et conservés.
GP 1.3	L'instance arrête la politique générale, définit les priorités, se prononce sur les projets et les programmes d'actions opérationnels, administratifs et financiers, leur programmation annuelle et pluriannuelle, vérifie le respect et les résultats de leur mise en œuvre.
GP 1.4	L'instance, selon son statut juridique, suit l'exécution des budgets et arrête les résultats financiers.

GP 1.5	L'établissement dispose d'un système de suivi de la tenue des instances (plan d'actions, suivi des actions, bilan, ...).

Documents ressources Comptes rendus/PV des réunions · Bilan d'activité

Personnes ressources Membres de l'instance Directeur

GP 2 → Prioritaire	**L'établissement est dirigé par un Directeur nommé.**
GP 2.1	Le Directeur doit présenter le profil pertinent au regard des exigences de formation et d'expérience tels que définis dans la description du poste.
GP 2.2	Le Directeur est chargé de la gestion globale de l'établissement selon la réglementation en vigueur et en fonction des statuts dont il relève (public, privé, universitaire) Il est assisté par des cadres de direction.
GP 2.3	Le Directeur met en œuvre la politique définie par l'instance d'administration et lui rend compte de son action/exécution.
GP 2.4	Le Directeur supervise la préparation et la mise en œuvre du plan stratégique : l'établissement.

Documents ressources Note de nomination

Personnes ressources Directeur

GP 3 → Prioritaire	**Un projet d'établissement est élaboré de façon participative. I comporte les objectifs, les valeurs et missions, un projet médical, un projet de soins infirmiers, un projet qualité et un projet système d'information.**
GP 3.1	L'établissement définit un projet d'établissement pour une durée de 5 ans ; Il est arrêté par le Conseil d'Administration (ou équivalent) après avis des instances consultatives.
GP 3.2	Le projet d'établissement, définit les missions, les orientations et les objectifs de l'établissement après analyse des besoins du bassin de population relevant de sa zone d'attraction et en fonction de son statut ou de son positionnement dans l'organisation du système de santé.
GP 3.3	Les orientations du plan stratégique sont communiquées aux professionnels et aux partenaires extérieurs.
GP 3.4	Le plan stratégique est évalué et révisé annuellement sur la base d'indicateurs préalablement établis.

Documents ressources Projet d'établissement validé parle Conseil d'Administration

Personnes ressources Directeur · Membres du Conseil d'Administration · Responsable des affaires médicales · Président CMDP · Président du CII

GP 4 → Prioritaire	**Le pilotage de l'établissement est organisé.**
GP 4.1	L'établissement est doté d'un comité de gestion qui comprend au moins – Le Directeur – Le responsable des Affaires Administrative – Le responsable des Affaires Médicales – Le responsable des Soins Infirmiers.
GP 4.2	Le responsable des Affaires Administratives est chargé de superviser la gestion des ressources humaines, des ressources financières, de la gestion des systèmes d'information, des achats, et des activités supports.
GP 4.3	Le responsable des Affaires Médicales assure la responsabilité des activités de soins organisées en services, départements ou pôles encadrées par un médecin chef.
GP 4.4	Le rôle et les attributions du responsable des Soins Infirmiers sont définis et documentés. Il a la responsabilité des activités de soins infirmiers et de gestion du personnel infirmier et techniciens de santé.
Documents ressources Comptes rendus/ PV des réunions du comité de gestion · Notes de nomination des responsables. · Fiches de poste **Personnes ressources** Directeur · Les responsables des affaires administratives, médicales et soins infirmiers.	

GP 5 → Prioritaire	**L'établissement est doté d'instances consultatives,**
GP 5.1	Le Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) (ou équivalent) est opérationnel.
GP 5.2	Le CMDP est consulté sur le respect des standards de pratiques professionnelles du personnel médical et assure une vigilance professionnelle et éthique, conformément au code de déontologie des médecins pharmaciens et chirurgiens-dentistes et/ou de tout autre code de déontologie équivalent.
GP 5.3	Le CMDP est consulté sur l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement.
GP 5.4	Le Conseil des Infirmiers et Infirmières (ou équivalent) est opérationnel.
GP 5.5	Le Conseil des Infirmiers et Infirmières est consulté pour avis sur le projet d'établissement et sur les protocoles de soins infirmiers.
GP 5.6	Un Règlement Intérieur (RI) définit la composition, les missions et les modalités de fonctionnement de chacune des instances.
Documents ressources Comptes rendus/PV réunions des comités Décisions de création des instances · Organigramme fonctionnel · Règlement intérieur **Personnes ressources** Directeur · Présidents des comités	

GP 6 → Prioritaire	**L'établissement dispose d'un règlement intérieur.**
GP 6.1	Le règlement intérieur de l'établissement, conforme aux dispositions législatives et règlementaires, est arrêté par le Conseil d'Administration (ou équivalent) après avis des instances consultatives.
GP 6.2	Le Règlement Intérieur régit l'ensemble des dispositions relatives au fonctionnement de l'établissement, à l'organisation des activités, à la démarche qualité, à la sécurité des biens et des personnes, aux droits et obligations des patients et du personnel, aux règles et modalités de facturation et à la discipline interne.
GP 6.3	Le Règlement Intérieur est disponible et consultable à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.
GP 6.4	Le Règlement Intérieur est évalué et révisé en cas de modification significative et au moins tous les 5 ans en prenant en compte la règlementairement en vigueur.
Documents ressources Règlement intérieur de l'établissement **Personnes ressources** Directeur · Membres du Conseil d'Administration	

GP 7	**Un organigramme de l'établissement actualisé est élaboré et diffusé.**
GP 7.1	L'organigramme précise les attributions et les responsabilités à tous les niveaux d'activités.
GP 7.2	L'organigramme reflète les relations fonctionnelles entre les différentes instances et composantes de l'établissement.
GP 7.3	L'organigramme est actualisé pour tout changement impactant l'organisation.
Documents ressources Organigramme **Personnes ressources** Directeur · Responsables des secteurs d'activité	

Echelle11

1.2 Management des ressources (MR)

LIGNES DIRECTRICES

L'hôpital est un système complexe de production multiple qui doit répondre à des fonctions diverses. Ainsi, au-delà de sa véritable mission qui consiste à assurer des soins médicaux complets curatifs et préventifs, il est dans l'obligation d'assurer d'autres fonctions à caractère hôtelière, managérial ou technique. De ce fait il est dans le devoir de développer une gestion globale de ses ressources humaines et financières tout en accordant une importance particulière aux activités d'approvisionnement.

La gestion des ressources humaines est l'assortiment des opérations mises en œuvre pour administrer, mobiliser et développer les ressources humaines impliquées dans l'activité d'un organisme (établissement hospitalier). La gestion des ressources humaines consiste essentiellement à l'organisation de travail, la formation et la gestion des compétences du personnel.

Un système de comptabilité bien défini et approuvé doit être établi afin de permettre une piste claire de comptabilité. La gestion des contrats (définition et négociations, surveillance des éléments de service) est assurée par la direction de l'établissement hospitalier.

Les modalités et l'environnement d'entreposage, en matière de zonages et de la température sont adaptés à la nature des produits stockés.

Enfin toutes les activités relatives au management des ressources sont réalisées selon des procédures préétablies et diffusées dans tout l'établissement.

RÉFÉRENCES

MR 1 **→ Prioritaire**	**La politique et les modalités de gestion des ressources humaines sont formalisées.**
MR 1.1	L'établissement dispose de politiques et de procédures de gestion des ressources humaines. Ces politiques et procédures comprennent entre autres – Les orientations de l'établissement en matière de ressources humaines ; L'évaluation des effectifs nécessaires à la satisfaction des besoins en ressources humaines – La politique de recrutement ; La gestion des effectifs – La motivation du personnel – L'appréciation de l'efficience – La politique de formation – Les modalités d'évaluation annuelle de chaque agent par le responsable de service.
MR 1.2	Pour tout le personnel, un dossier est disponible au niveau du service ou de l'unité des ressources humaines et comprend – L'identification – La date d'embauche et de prise de service – Les coordonnées de l'agent – Une fiche de poste dûment signée – Ses qualifications et son expérience professionnelle – Des preuves attestant ses diplômes de base et ses formations professionnelles continues – Le rapport d'examen médical d'embauche – Un Curriculum Vitae (CV) – Les notes d'affectation et de mutation – Des documents attestant l'enregistrement à l'ordre des médecins (pour le personnel médical).

MR 1.3	Les dossiers du personnel sont conservés dans un endroit sécurisé.
MR 1.4	Une fiche de poste est élaborée pour tous les postes et remise à chaque membre du personnel.
MR 1.5	Une liste du personnel est établie par service et transmise à chaque responsable d'unité et comporte l'identification, les qualifications, la fiche de poste et les coordonnées (adresse, téléphone).
MR 1.6	Un programme de formation continue est élaboré annuellement sur la base des objectifs du projet d'établissement et des besoins formulés par les responsables de service. L'établissement veille à la mise en œuvre et l'évaluation du programme de formation continue.
MR 1.7	Les données relatives aux ressources humaines sont recueillies, évaluées et exploitées pour améliorer les services fournis. Elles doivent au moins comprendre – L'inventaire des qualifications et des compétences du personnel – Les absences – Les congés de maladie – Les congés administratifs – Les heures supplémentaires de travail par service (gardes et astreintes) – Larotation du personnel par service – Les Accidents de Travail (AT) ; Le taux de participation aux sessions de formation.
Documents ressources	Politique de gestion des ressources humaines · Dossier du personnel · Fiche de poste · Procédures de la gestion des ressources humaines · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation
Personnes ressources	Responsable des ressources humaines · Médecin de travail · Responsables des secteurs d'activités

MR 2 → Prioritaire	**Les modalités de gestion financière sont clairement définies et mises en œuvre.**
MR 2.1	Les procédures de gestion financière existent en matière de – Préparation et finalisation du budget – Gestion des débiteurs et des créanciers – Collecte et analyse des données financières.
MR 2.2	Un budget est établi par l'établissement avec un suivi continu de l'exécution : Ce suivi doit détailler les dépenses et les recettes – L'établissement dresse un état financier global montrant les écarts (prévision/réalisation) une fois par trimestre – Un bilan de fin d'année est élaboré.
MR 2.3	Chaque département/service à un budget propre – Chaque chef de département/service soumet un avis annuel documenté sur les besoins budgétaires de son – Les preuves que chaque service a contribué à la préparation des budgets ; Le service des finances doit transmettre à chaque service un modèle détaillant les éléments du budget à prendre en considération lors de la préparation finale du budget.
Documents ressources	Procédures de gestion financière · Bilan et rapports financiers · Morasse budgétaire · Rapports d'audit
Personnes ressources	Directeur · Responsable de la gestion financière · Responsable des affaires administratives

MR 3 → Prioritaire	**Les modalités d'approvisionnement sont clairement établies et permettent aux services d'assurer une prestation de qualité.**
MR 3.1	Les procédures administratives sont rassemblées dans un document et concernent au moins les fonctions suivantes – L'acquisition, la réception et la répartition des approvisionnements (fongibles, matériels.) – La gestion du matériel (inventaire, cession, réforme) – Le paiement des fournisseurs – Le contrôle et le suivi des approvisionnements.
MR 3.2	Existe un document écrit sur toutes les acquisitions thon ou formulaire d'achat) – Tous les Bons de Commande passent par l'unité de comptabilité ou équivalent – Existe des preuves de compatibilité entre les achats et les bons de paiement – Existe des preuves que tous les produits ou services commandés ont été réceptionnés.
MR 3.3	L'établissement dispose des documents suivants – Un catalogue pour les objets disponibles dans l'entrepôt – Un catalogue des produits disponibles rapidement sur commande et qui ne sont pas habituellement disponibles en stock.
MR 3.4	Une procédure décrit les modalités à suivre en cas de commande en urgence.
MR 3.5	Les fongibles, matériels et produits nécessaires au fonctionnement de l'établissement sont bien entreposés – L'accès à l'entrepôt d'approvisionnement est limité – Les locaux d'entreposage sont bien éclairés et aérés – Les étagères doivent être en bon état et conçues de manière que les objets ne soient pas à même le sol – Les produits amorphes ne doivent pas être entassés sous des produits liquides.
MR 3.6	Des procédures documentées pour la délégation des prérogatives en matière de la finalisation et la signature des contrats – Des indicateurs de performance relatifs aux contrats et leur suivi – Des procédures documentées traitent les situations d'infraction aux engagements contractuels dont sont responsables les fournisseurs externes.
Documents ressources Procédures de gestion financière et documents associés Catalogues/Liste des produits et services · Répertoire des fournisseurs · Inventaires **Personnes ressources** Directeur · Responsable du pôle des affaires administratives · Responsable des approvisionnements	

Echelle11

1.3 Statistiques et systèmes d'information (SSI)

LIGNES DIRECTRICES

Le système d'information est au cœur du fonctionnement de l'établissement. Les flux d'information sont multiples et concernent les fonctions de soins, logistiques et administratives. La structuration du système d'information et sa cohérence sont des éléments déterminants pour le bon fonctionnement de l'établissement. Ainsi l'élaboration d'un schéma directeur informatique est une étape essentielle pour assurer la pérennité du système d'information de l'établissement.

Chaque établissement doit définir une structure chargée de l'information et dont le responsable est qualifié en gestion de l'information ou/et en technologie informatique. Le recours à un responsable travaillant à plein temps ou à temps partiel demeure tributaire de la taille et de la complexité de l'établissement. La structure chargée de l'information assura la gestion des données produites au sein de l'établissement ainsi que le développement (si besoin), l'acquisition et la maintenance des systèmes d'information de l'établissement, qu'il s'agisse du matériel ou des logiciels informatiques. Elle assure également la formation et l'assistance du personnel de l'établissement.

La technologie informatique est cruciale pour un bon fonctionnement des services de l'établissement. Les données sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la qualité des soins et des services, est donc impératif que les outils de collecte et de sauvegarde soient sûrs et efficaces. Un comité multidisciplinaire de gestion des données serait chargé d'examiner les données financières, démographiques et épidémiologiques collectées. Il incombe à chaque service de décider du type de données nécessaires. Les politiques et les procédures doivent être claires et régir tout ce qui a trait au droit d'accès du personnel à certaines données spécifiques. Les politiques et procédures relatives à la protection des données à caractère personnel sont extrêmement importantes et doivent être considérées comme faisant partie intégrante de la gestion des risques dans ce domaine.

RÉFÉRENCES

SSI 1	**L'établissement dispose d'un schéma directeur du système d'information (SI) en cohérence avec les orientations stratégiques.**
SSI 1.1	Un schéma directeur est établi en tenant compte des échéances du projet d'établissement.
SSI 1.2	Il détermine les conditions, le programme et le calendrier de déploiement des systèmes d'information dans les différents secteurs d'activité.
SSI 1.3	Il est évalué annuellement et révisé en fonction des résultats constatés.
Documents ressources	Schéma directeur · Projet d'établissement: Projet SI
Personnes ressources	Responsable du SI

SSI 2	**Une personne qualifiée est chargée de la gestion du système d'information.**
SSI 2.1	Une fiche de poste détermine le contenu de ses missions.
SSI 2.2	Elle coordonne toutes les activités liées à la collecte et à la gestion des données.
SSI 2.3	Elle assure la continuité du service et la maintenance des logiciels et équipements informatiques.
SSI 2.4	Elle assure la sauvegarde régulière des données.

SSI 2.5	Elle contribue à la formation des utilisateurs.

Documents ressources Note de nomination · Fiche de poste · Organigramme

Personnes ressources Responsable SI

SSI 3 **→ Prioritaire**	**L'établissement dispose d'un système diffusable et exploitable de collecte des données d'activités cliniques et autres.**
SSI 3.1	Les données de santé publique sont recensées et regroupent – Les statistiques démographiques et épidémiologiques – Les statistiques de morbidité et de mortalité discutées au sein d'un comité pluridisciplinaire de façon régulière et dont les comptes rendus de réunion sont disponibles.
SSI 3.2	Le recueil concerne les statistiques d'activité des services cliniques et autres : Identité et coordonnées des patients – Nombre de consultations externes et de passages aux urgences – Nombre de patients admis par service ou unité de soins ; Nombre d'accouchements et de césariennes – Nombre d'interventions chirurgicales – Nombre d'examens complémentaires (externes et internes) – Taux d''Occupation Moyen (TOM) et Durée Moyenne de Séjour (DMS) – Nombre de décès – Nombre de transferts.
SSI 3.3	Les recueils concernent les données relevant de la gestion de l'établissement – Gestion financière – Gestion des ressources humaines – Gestion des activités techniques et logistiques.

Documents ressources Rapport d'Activité (RA) Supports d'information (Registre des patients, relevé de prestations, relevé d'état statistique.) · Référentiels des nomenclatures (CCAM, NGAP, CIM 11…)

Personnes ressources Responsable du SI · Responsable des différents secteurs d'activités

SSI 4 **→ Prioritaire**	**Des rapports statistiques réguliers sont soumis à l'administration et aux services concernant**
SSI 4.1	Les maladies à déclaration obligatoire
SSI 4.2	Les données utilisées pour la planification sectorielle sont transmises
SSI 4.3	Les données financières pour la préparation du budget
SSI 4.4	Les données d'activité de l'établissement.

Documents ressources Rapport d'activité bases de données · Supports d'information

Personnes ressources Directeur · Responsable du SI

Echelle11

SSI 5 → Prioritaire	**Des procédures de gestion du système d'information sont disponibles et connues par les utilisateurs. Elles définissent**
SSI 5.1	Le contrôle/sécurité des applications informatiques et les conditions d'accès aux informations.
SSI 5.2	Le contrôle de la qualité des données et la diffusion des informations.
SSI 5.3	Les modalités d'assistance technique aux utilisateurs et le dispositif d'urgence en cas de panne.
SSI 5.4	La maintenance des applications et du matériel informatique.
SSI 5.5	La sélection et l'achat du matériel et des logiciels informatiques.
SSI 5.6	L'archivage et la sauvegarde régulière des données.
SSI 5.7	Le dispositif pour la protection et la sécurité des données à caractère personnel.

Documents ressources Procédures de gestion du Système d'information · Déclaration à la commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel.

Personnes ressources Directeur · Responsable SI

SSI 6	**La collecte, la saisie, le traitement et l'analyse des données statistiques sont effectués par un personnel formé.**
SSI 6.1	Les statistiques relatives aux ressources, activités et résultats, traitées de façon régulière, établissent un lien entre les ressources utilisées et les résultats.
SSI 6.2	L'établissement fournit des preuves que les statistiques collectées sont exploitées pour des activités de planification et de prise de décision.
SSI 6.3	Les statistiques d'activité sont utilisées pour adapter les capacités d'hospitalisation et les ressources en personnel.

Documents ressources Procédures de gestion du système d'information · Document justificatif relatif à la protection et sécurité des données Déclaration à la commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel.

Personnes ressources Responsable SI

1.4 Système de management de la qualité (SMQ)

LIGNES DIRECTRICES

Depuis que l'exigence de la qualité du service rendu au patient est un droit constitutionnel, la qualité est de plus en plus au cœur des préoccupations des pouvoirs publics comme des professionnels de santé. La mise en place d'un système de management de la qualité constitue un outil essentiel qui répond aux enjeux de la qualité aussi bien humains, santé publique, organisationnel, qu'économiques et de gestion. Ce système nécessite un engagement à tous les niveaux hiérarchiques et de tous les professionnels de l'établissement et un changement de culture dont la base est établie lorsque le personnel passe d'une atmosphère renfermée et punitive à un environnement transparent et éducatif ; un environnement où les erreurs sont reconnues et débattues afin de les éviter à l'avenir et par conséquent, d'améliorer le service.

Il appartient à l'établissement de prendre les dispositions pour mesurer et évaluer le degré de satisfaction des usagers au regard du service rendu (questionnaire, enquête ...) La mise en œuvre d'un système de gestion des plaintes et réclamations contribue à la prise en compte de l'expérience des usagers. Il concourt à l'amélioration de la qualité du fonctionnement de l'établissement. Il repose sur le recueil de l'expression des usagers et sur un dispositif de réponse individualisé. L'analyse des plaintes contribue à améliorer les dysfonctionnements.

Les références du présent chapitre permettent le développement de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques à travers la mise en place d'un certain nombre de dispositions dont

- Un dispositif d'écoute des usagers
- Un plan d'amélioration de la qualité incluant des objectifs opérationnels explicites, validé, mis en œuvre et évalué
- Un programme de formation des professionnels à la qualité et la gestion des risques
- Un dispositif de gestion des risques
- Un système de gestion documentaire.

A9 Le développement de la démarche qualité exige à identifier des structures de coordination et pilotage pour impulser, accompagner, coordonner et déployer la démarche. Les différentes dispositions du système de management de la qualité doivent être appliquées à l'ensemble des chapitres du référentiel et au niveau de tous les secteurs d'activités de l'établissement.

RÉFÉRENCES

SMQ 1	**Un comité de pilotage est mis en place pour piloter et suivre la mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.**
SMQ 1.1	Ce comité, présidé par le Directeur ou son représentant, comprend des représentants des différents secteurs d'activité.
SMQ 1.2	Un règlement intérieur définit la composition, les missions et les modalités de fonctionnement du Comité de pilotage.
SMQ 1.3	Les missions de ce comité comprennent au minimum – La validation de la politique qualité et gestion des risques – La validation et le suivi du programme d'amélioration de la qualité – La validation et le suivi du programme de formation qualité -gestion des risques – Le suivi des projets qualité gestion des risques – Le suivi des audits – Le suivi de l'accréditation Hospitalière.

Echelle11

SMQ 1.4	Le comité de pilotage se réunit au moins 4 fois par an.
SMQ 1.5	Chaque réunion fait l'objet d'un ordre du jour et d'un compte-rendu.

Documents ressources Règlement intérieur du comité de pilotage · Programme d'amélioration de la qualité · Programme de formation de management de la qualité gestion des risques · Liste de présence des participants à la formation · Comptes rendus /PV des réunions du Comité de pilotage

Personnes ressources Président du comité de pilotage · Directeur · Coordonnateur qualité et gestion des Risques · Membres du comité de pilotage

SMQ 2	**Une structure ou une personne est chargée de la coordination de la démarche qualité et gestion des risques.**
SMQ 2.1	En fonction de la taille de l'établissement, un ou des professionnels est (sont) dédié(s) à la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques. Dans tous les cas, un professionnel est identifié comme coordonnateur qualité et gestion des risques de l'établissement.
SMQ 2.2	La structure ou la personne chargée de la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques est directement rattachée à la direction de l'établissement.
SMQ 2.3	L'organigramme de l'établissement fait apparaître la structure et/ou le coordonnateur qualité et gestion des risques de l'établissement.
SMQ 2.4	Les professionnels dédiés à la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques disposent d'une fiche de poste adaptée.
SMQ 2.5	Le coordonnateur qualité et gestion des risques de l'établissement est membre de droit du Comité de pilotage.

Documents ressources Organigramme de l'établissement · Fiches de poste · Note de nomination

Personnes ressources Directeur de l'établissement · Coordonnateur qualité et gestion des risques · Membres de la structure qualité et gestion des risques

SMQ 3	**La direction de l'établissement s'engage formellement dans la démarche qualité gestion des risques**
SMQ 3.1	Le Directeur rédige une lettre d'engagement dans la démarche qualité et gestion des risques.
SMQ 3.2	La lettre d'engagement est affichée dans les différents secteurs de l'établissement.
SMQ 3.3	Une politique qualité est rédigée et communiquée dans les différents secteurs de l'établissement.

Documents ressources Lettre d'engagement · Politique qualité

Personnes ressources Directeur · Coordonnateur qualité et gestion des risques · Personnel

Echelle11

SMQ 4	**Un plan d'actions qualité et gestion des risques est élaboré et mis à jour annuellement pour l'établissement.**
SMQ 4.1	Un plan d'actions est élaboré sur la base des objectifs de la politique qualité et gestion des risques.
SMQ 4.2	Il concerne l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement.
SMQ 4.3	Il comprend – Les objectifs – Les actions à mettre en œuvre – Les pilotes des actions – L'échéancier prévu (date de début et date de fin) – Les éléments de suivi.
SMQ 4.4	Le plan d'actions est présenté par le coordonnateur qualité et gestion des risques validé par le comité de pilotage.
SMQ 4.5	Un rapport de suivi est élaboré et présenté chaque année aux membres du comité de pilotage.
Documents ressources	Plan d'actions · Comptes Rendus/PV du comité de pilotage · Rapport de suivi annuel D'OR
Personnes ressources	Directeur · Coordonnateur qualité et gestion des risques

SMQ 5 **→ Prioritaire**	**L'établissement dispose d'un dispositif de notification, de collecte, d'analyse et de traitement des Evénements Indésirables(EI).**
SMQ 5.1	Des outils (format papier ou application informatique) sont mis en place permettant de notifier, collecter, analyser et traiter les événements indésirables.
SMQ 5.2	Une procédure décrit précisément les modalités de gestion des événements indésirables. prier
SMQ 5.3	Le personnel est formé au dispositif de signalement des événements indésirables.
SMQ 5.4	Le personnel est informé des suites données au signalement.
SMQ 5.5	Les événements indésirables graves font l'objet d'un processus particulier.
SMQ 5.6	Un bilan annuel des événements indésirables est présenté aux membres du comité de pilotage (nombre d'EI, actions correctives mises en œuvre, ...).
Documents ressources	Outils de gestion des EI (papier ou informatisée) · Procédure de gestion des événements indésirables · Bilan annuel · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation
Personnes ressources	Directeur · Coordonnateur qualité et gestion des risques · Personnel

SMQ 6 **→ Prioritaire**	**Un système de réception et de traitement des suggestions, remarques et réclamations des usagers est en place dans l'établissement.**
SMQ 6.1	L'établissement met en place une unité de réception et de traitement des suggestions, remarques et réclamations des usagers.
SMQ 6.2	Une procédure décrit les modalités de traitement des suggestions, remarques et réclamations des usagers.

SMQ 6.3	Un suivi des délais de réponse est mis en place.
SMQ 6.4	Un rapport annuel de suivi des réclamations et des suggestions est élaboré par l'établissement.
SMQ 6.5	Les réclamations sont classées et archivées.

Documents ressources Procédure de traitement des suggestions, remarques et réclamations des usagers · Tableau de suivi des délais de réponse · Rapports annuels des réclamations

Personnes ressources Responsable de l'unité de réception et de traitement des suggestions, remarques et réclamations des usagers · Coordonnateur qualité et gestion des risques

SMQ 7 → Prioritaire	**Un manuel de procédures de management de la qualité et de gestion des risques est disponible dans l'établissement.**
SMQ 7.1	Le manuel de procédures comprend au minimum – La procédure de maîtrise documentaire – La procédure de gestion des risques – La procédure d'audit qualité interne.
SMQ 7.2	Le personnel est formé à la rédaction des procédures et à la maîtrise documentaire.
SMQ 7.3	La documentation fait l'objet d'une révision régulière.

Documents ressources Procédures de management de la qualité et gestion des risques · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation · Etat documentaire

Personnes ressources Coordonnateur qualité et gestion des risques · Personnel

SMQ 8	**La direction de l'établissement veille à préparer, financer et exécuter des programmes de formation continue en matière de management de la qualité et de gestion des risques pour toutes les catégories du personnel.**
SMQ 8.1	Un programme de formation annuel est proposé aux membres du comité de pilotage sur les thématiques de management de la qualité et gestion des risques.
SMQ 8.2	Le programme de formation en management de la qualité et gestion des risques est intégré au programme/plan de formation globale de l'établissement.
SMQ 8.3	Une évaluation des acquis est réalisée à l'issue de chaque formation.
SMQ 8.4	Un bilan du programme de formation en management de la qualité et gestion des) risques est fait annuellement et présenté aux membres du Comité de pilotage.

Documents ressources Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation · Comptes rendus/PV du comité de pilotage · Bilan des formations

Personnes ressources Directeur · Coordonnateur qualité et gestion des risques · Responsable de la formation continue · Personnel

SMQ 9	**Il existe un dispositif qui mesure régulièrement la satisfaction du patient et celle du personnel.**
SMQ 9.1	Une évaluation de la satisfaction des patients est réalisée au moins tous les 2 ans.

SMQ 9.2	Une évaluation de la perception du personnel est réalisée au moins tous les 5 ans.
SMQ 9.3	Les résultats des enquêtes de satisfaction des patients et du personnel sont analysés, présentés aux membres du comité de pilotage et communiqués.
SMQ 9.4	Des actions d'amélioration continue sont intégrées au plan d'amélioration de la qualité et gestion des risques et mises en œuvre à l'issue de ces enquêtes.

Documents ressources Rapports des enquêtes de satisfaction des usagers · Rapport des enquêtes de perception du personnel Plans d'actions consécutifs aux enquêtes

Personnes ressources Directeur · Coordonnateur qualité et gestion des risques · Responsable de la gestion des . ressources humaines · Personnel · Usagers

Echelle11

1.5 Droits de patients et des familles (DPF)

LIGNES DIRECTRICES

La constitution de 2011, à travers ses articles (articles 27, 31,154, et 156) institue le droit à la santé de qualité et-le droit à l'information et à l'écoute. Elle affirme ainsi le caractère absolu des droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité, de la dignité, des libertés individuelles, ainsi que la préservation de la confidentialité des informations les concernant. Le respect des droits des patients s'oriente également vers des politiques visant à promouvoir la bientraitance et à développer des pratiques et des manières d'être, évitant tout phénomène de maltraitance passive ou institutionnelle tels que le manque d'écoute ou de considération.

Le respect des droits des patients doit figurer dans les orientations stratégiques de l'établissement. Les principes fondamentaux de liberté individuelle inhérents à la personne humaine doivent être préservés. Les patients hospitalisés ne peuvent, sauf exception liée à la sécurité des malades et sur prescription médicale, être hébergés de façon contrainte dans des unités ou chambres fermées à clef. Toute mesure de privation de liberté motivée par une situation clinique doit faire l'objet d'un protocole précis, être décidée en concertation et régulièrement réévaluée.

La démarche de soin associe le malade à sa prise en charge, est informé sur l'ensemble du processus de soin selon des modalités garantissant la bonne compréhension de toutes les étapes de prise en charge. Son consentement est requis et exprimé dans des conditions claires et formalisées par lui-même ou ses ayants droits en cas d'incapacité. Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension et de discernement du malade. L'éducation des patients et de leur entourage constitue également une étape clef d'une prise en charge efficace.

Le rythme soutenu du progrès des pratiques, des connaissances médicales et de la recherche médicale rend nécessaire la réflexion et le questionnement éthique. Les établissements de santé ont à répondre à des situations de soins particulières et/ou complexes ainsi qu'à des questionnements fréquents (refus de soin, respect de l'intimité et des droits, fin de vie....) Cette exigence éthique suppose la mise en œuvre d'actions visant à sensibiliser et former le personnel, développer l'organisation de temps de réflexion thématiques et favoriser l'accès à des ressources documentaires.

RÉFÉRENCES

DPF 1 → Prioritaire	**Les principes relatifs aux droits des patients sont inscrits dans le projet d'établissement.**
DPF 1.1	L'établissement applique les dispositions législatives et règlementaires relatives aux 3 droits des patients.
DPF 1.2	Le respect des droits des patients est inscrit dans le projet d'établissement. ris) 5 danse
DPF 1.3	Les responsables des services s'assurent du respect des droits des patients dans le secteur d'activité dont ils ont la charge.
Documents ressources	Projet d'établissement validé
Personnes ressources	Membres du Conseil d'Administration ou équivalent · Membres des Instances consultatives · Responsables des services

DPF 2 → Prioritaire	**Les conditions de prise en charge du patient garantissent le respect de la dignité.**
DPF 2.1	Des procédures existent pour assurer la protection de la dignité du patient sans distinction de sexe, d'âge, d'appartenance sociale, culturelle ou religieuse.
DPF 2.2	Les modalités de prise en charge du patient identifient les situations nécessitant une restriction de liberté : isolement, contention, limitation des contacts et des visites et retrait des effets personnel.
DPF 2.3	Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au respect des libertés, à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.
DPF 2.4	Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.
DPF 2.5	Le respect des bonnes pratiques en matière de privation de liberté individuelle et de restriction de liberté est évalué à périodicité définie et se traduit par la mise en œuvre d'actions d'amélioration.
Documents ressources Procédures · Charte des patients · Règlement Intérieur l'établissement · Programme de formation · Liste de présence des participants formation · Livret d'accueil **Personnes ressources** Chefs de services/unités de soins de e Patients et familles	

DPF 3 → Prioritaire	**Les procédures de prise en charge respectent l'intimité du patient.**
DPF 3.1	Les conditions d'hébergement permettent le respect de l'intimité du patient.
DPF 3.2	Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de l'intimité.
DPF 3.3	Les visites sont possibles quotidiennement, sauf avis médical contraire.
DPF 3.4	Les horaires de visite sont affichés à l'entrée de l'établissement et des services.
DPF 3.5	L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.
Documents ressources Livret d'accueil · Notes internes **Personnes ressources** Chefs des services et unités de 'soins · Personnel · Patients et familles	

DPF 4 → Prioritaire	**Les informations relatives au séjour sont communiquées lors de l'admission.**
DPF 4.1	Des informations pratiques concernant le séjour du patient sont affichées et communiquées au patient et à sa famille.
DPF 4.2	Tous les patients reçoivent un livret d'accueil comportant des informations sur les missions, l'organisation, les prestations offertes par l'établissement ainsi que sur les droits et obligations les concernant.
DPF 4.3	Les droits et les obligations des patients et des familles figurent au règlement intérieur de l'établissement.
DPF 4.4	Le patient est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Echelle 11

Documents ressources Livret d'accueil · Règlement intérieur de l'établissement

Personnes ressources Responsable du service d'accueil et d'admission · Patients et familles

DPF 5 → Prioritaire	**Le patient reçoit les informations relatives à la démarche de soin.**
DPF 5.1	Le patient et/ou sa famille est informé sur son état de santé et sur le plan de soin. L'information concerne : . – Les résultats d'examens ; Les traitements proposés – Les traitements alternatifs – Les avantages, les risques et les complications possibles des traitements – Les résultats attendus des soins – Les résultats possibles en cas de non-traitement.
DPF 5.2	Le patient est informé des implications financières des choix qu'il fait concernant ses soins.
DPF 5.3	Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave et de l'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension et de discernement du patient.
DPF 5.4	Le patient est informé en cas de dommages liés aux soins.
DPF 5.5	L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.
DPF 5.6	Le personnel est sensibilisé au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Documents ressources Dossier de soins · Dispositif d'information relative à la démarche de soins

Personnes ressources Responsables des services · Responsable du Service Accueil et Admissions Personnel · Patients et familles

DPF 6	**L'établissement met en œuvre des actions d'éducation des patients et des familles.**
DPF 6.1	Les besoins du patient en matière d'éducation sont identifiés et notés dans son dossier patient.
DPF 6.2	Le patient et sa famille bénéficient d'un programme documenté concernant des actions d'éducation relevant de sa maladie et de son traitement et qui répondent à ses besoins spécifiques.
DPF 6.3	L'éducation du patient et de sa famille inclut, selon les cas, mais ne se limite pas à – L'usage des médicaments – L'usage du matériel médical – Les conseils nutritionnels – Les soins à domicile et les techniques de réhabilitation.

Documents ressources Dossier de soins · Documents d'éducation sanitaire et/ou thérapeutique rer

Personnes ressources Responsables des services/ unités de soins · Responsable diététique · Personnel . · Patients et familles

DPF 7	**Le patient ou sa famille donne son consentement à la démarche de soins.**
DPF 7.1	L'établissement dispose d'une politique et de procédures pour l'obtention du consentement éclairé en cas de traitements spécifiques (chirurgie, anesthésie, actes invasifs…).
DPF 7.2	La liste des actes et interventions nécessitant un consentement écrit est disponible.
DPF 7.3	L'établissement dispose d'un modèle de consentement éclairé uniformisé dans ” langage compréhensible pour le patient ou sa famille.
DPF 7.4	Les patients et leur famille sont informés quand un consentement éclairé s'avère nécessaire durant le processus de soins.
DPF 7.5	Le nom de la personne ayant donné le consentement et sa relation avec le patient sont documentés dans le modèle de consentement et intégrés au dossier patient.
Documents ressources Politique et procédures d consentement · Formulaire de consentement · Dossier patient · Liste des actes **Personnes ressources** Chefs de services et unités de . soins · Médecin traitant · Responsable des affaires médicales · CMDP · Patients et familles	

DPF 8	**Les dispositions existent en cas de refus ou de cessation de traitement.**
DPF 8.1	Les patients et/ou leur famille sont informés sur leur droit à refuser ou arrêter le traitement ou la réanimation.
DPF 8.2	L'établissement dispose de politiques et de procédures en ce qui concerne la poursuite ou l'arrêt d'un traitement ou d'une réanimation.
DPF 8.3	La décision du patient ou de sa famille est documentée dans le dossier patient.
DPF 8.4	L'établissement évalue le droit des familles à recevoir des informations, à décides de refuser ou arrêter le traitement ou la réanimation et /ou le maintien en vie artificielle.
Documents ressources Politique et procédures de poursuite ou arrêt d'un traitement · Lettre de refus ou demande de cessation de traitement · Dossier patient **Personnes ressources** Médecin traitant · Chefs de services/unités de soins · Responsable des affaires médicales · Patients et familles	

DPF 9	**L'établissement met en place un dispositif permettant de traiter les questions d'éthique.**
DPF 9.1	Le projet d'établissement prend en compte la dimension éthique de la prise en charge du patient.
DPF 9.2	L'établissement a constitué un comité d'éthique saisi de toute question relevant de ce domaine.
DPF 9.3	Le comité d'éthique soutient les services et unités de soins dans le développement de la réflexion éthique et des conduites adéquates.
DPF 9.4	Les professionnels de l'établissement sont sensibilisés et formés à la réflexion éthique

Echelle11

DPF 9.5	État des lieux des questions éthique relatives aux activités de l'établissement est réalisé

Documents ressources Projet d'Etablissement · Comptes rendus CMDP · Comptes rendus/PV du comité d'Ethique

Personnes ressources CMDP · Comité d'Ethique · Responsable des Affaires Médicales · Responsable des Soins Infirmiers

DPF 10	**L'établissement contribue à la promotion des activités de recherche.**
DPF 10.1	L'établissement met en place les procédures visant la protection des personnes en cas de recherche clinique.
DPF 10.2	Les patients participants à une recherche biomédicale sont informés sur les bénéfices attendus et les risques possibles.
DPF 10.3	Les patients concernés par une recherche biomédicale donnent leur consentement par écrit.

Documents ressources Protocoles de recherche · Formulaire de consentement · Procédures de protection de personnes concernées · Autorisation du Ministère de la santé

Personnes ressources Directeur Coordonnateur de la recherche au sein de l'établissement ou équivalent

DPF 11	**L'établissement évalue le respect des droits des patients.**
DPF 11.1	Des actions (audit, questionnaires, …) sont menées pour évaluer annuellement le respect des droits des patients.
DPF 11.2	Les résultats de ces évaluations sont présentés aux membres des instances concernées (CMDP, CII, Comité de pilotage de management de la qualité …).
DPF 11.3	Un plan d'actions est élaboré, validé et mis en œuvre.

Documents ressources Rapports d'évaluation · Plan d'actions 2. PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Personnes ressources Directeur · Coordonnateur qualité et gestion des risques CMDP/CII Responsables des services et unités de soins · Personnel · Patients et familles

2. Prise en charge du patient

Echelle11

2.1 Dossier patient (DPA)

LIGNES DIRECTRICES

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées. Il est indispensable pour la communication de ces informations entre les différents professionnels de santé. Ce dossier est obligatoire pour des raisons légales, cliniques, de gestion administrative et financière. Il permet aussi l'évaluation des prestations des différents services unités de soins ainsi que la recherche scientifique.

La gestion des dossiers des patients commence dès l'admission du patient dans l'établissement jusqu'à sa sortie. Le contenu du dossier du patient doit être précis, clair et lisible.

Tous les dossiers doivent être bien entretenus et conservés en sécurité selon un système d'archivage défini par l'établissement. La structure chargée de la gestion des archives doit disposer des procédures relatives à ses activités.

Des évaluations doivent être menées pour mettre en place des actions d'amélioration de la qualité de la gestion du dossier patient.

RÉFÉRENCES

DPA 1 → Prioritaire	**La composition du dossier patient est clairement définie.**
DPA 1.1	Une procédure de gestion du dossier patient (depuis sa création jusqu'à son archivage et sa destruction) est validée diffusée et mise à jour.
DPA 1.2	Pour chaque patient hospitalisé, un dossier patient est créé et identifié – Chaque patient se voit attribuer un seul et unique numéro de dossier patient – Le numéro de dossier patient est enregistré sur le registre du Service chargé de l'accueil et d'admission – Les détails personnels (identité et numéro de dossier) concernant le patient figurent sur toutes les pièces et feuilles du dossier.
DPA 1.3	A l'admission, une fiche d'admission est créée pour chaque patient et contient les informations suivantes – Les données administratives du patient – Le numéro d'entrée attribué au service chargé de l'accueil et d'admission – Le mode d'admission – Les motifs de recours aux soins symptômes actuels (CIM10) – Les personnes à contacter (Nom -Prénom, lien de parenté et coordonnées) – Le mode de couverture (AMO, RAMED ou autre).

Echelle11

DPA 1.4	Le dossier patient comprend les observations du personnel soignant : L'historique de la maladie et les symptômes décrits – Les antécédents du patient (médicaux, chirurgicaux, allergies.) – Les résultats des examens cliniques et complémentaires – Le plan de soins et traitement – L'évolution de l'état du patient : observations médicale et plan de soins infirmier (au moins une note par jour établie par l'infirmier (ère)). Selon la prise en charge du patient, le dossier médical doit regrouper par ailleurs – Le dossier anesthésique – Le compte rendu opératoire ; Le dossier transfusionnel – La fiche de traçabilité des médicaments dérivés du sang – Le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent.
DPA 1.5	Pour la sortie du patient, un compte rendu d'hospitalisation est écrit et comporte au moins les informations suivantes : La date d'admission et la date de sortie – Un résumé des examens cliniques et complémentaires ainsi que des antécédents du patient – Les soins et les traitements fournis au patient – L'évolution de l'état du patient – L'état du patient à la sortie – Les modalités de suivi du patient et les traitements qui lui sont prescrits après sa sortie – Le diagnostic principal codé (ex : CIM-10) – La signature du médecin – Le diagnostic final à la sortie selon la CIM 10.
Documents ressources	Procédure de gestion du dossier patient · Dossiers Patients
Personnes ressources	Responsable des affaires médicales Chefs de services unités de soins · Responsables des soins infirmiers · Responsable et personnel du service chargé de l'accueil et d'admission

DPA 2	**Les règles de tenue du dossier du patient sont définies et suivies.**
DPA 2.1	Une personne ayant une expérience en matière de gestion des dossiers patients et ou la formation en matière de gestion des dossiers est désignée responsable de la gestion ; des dossiers patients au niveau de l'établissement.
DPA 2.2	Le dossier patient est bien entretenu, préservé dans une pochette intacte et mis à jour.
DPA 2.3	La documentation du dossier patient est organisée de la manière suivante : Les éléments du dossier patient sont lisibles, datés, signés et portent la désignation de l'auteur Les éléments (résultats des examens complémentaires,) sont ordonnés et organisés.
DPA 2.4	Le fluide correcteur n'est jamais utilisé. En cas d'erreur dans la rédaction du dossier, l'erreur doit rester ; Elle est barrée avec les initiales de l'auteur.
Documents ressources	Procédure de gestion des dossiers patients · Dossiers patients
Personnes ressources	Responsables des affaires médicales · Chefs de service unité de soins · Responsables des soins infirmiers · Responsable des archives

DPA 3	**L'archivage et l'accès aux dossiers patients sont organisés et sécurisés quel que soit le support (papier ou informatisé).**
DPA 3.1	Au niveau des sites d'archivage, l'enregistrement et le classement des dossiers patients sont organisés en ordre numérique ou en ordre alphabétique.
DPA 3.2	Des locaux sécurisés et équipés sont dédiés à l'archivage des dossiers patients – Des étagères en bon état doivent être disponibles de manière que les dossiers patients ne soient pas à même le sol – Le site d'archivage est sec, bien aéré, bien éclairé et dépourvu de vermine – Les horaires du personnel chargé du site d'archivage sont affichés.
DPA 3.3	Une procédure est rédigée afin de permettre l'accès interne aux dossiers en cas de besoin. Dans tous les cas (dossiers papier ou informatisé) – Le temps maximal alloué pour retrouver et retirer un dossier est de 30 minutes – Un système doit être opérationnel de manière à pouvoir retrouver la trace d'un dossier une fois que ce dernier a été retiré – Les dossiers peuvent être retirés 24 heures 24 par le personnel de l'établissement.
DPA 3.4	L'établissement assure le droit d'accès du patient ou de son représentant légal à son dossier et aux ayants droits en cas de décès sur la base d'une procédure validée.
DPA 3.5	Je dossier patient est conservé dans le respect des délais de conservation prédéfinies par l'établissement et dans les conditions de sécurité et de confidentialité.
DPA 3.6	Le circuit des dossiers patients est consigné et fait l'objet d'un suivi – Tous les mouvements des dossiers sont renseignés dans un support qui indique la date de sortie, le nom de la personne responsable, le service/unité de soins et la date du retour du dossier – Si les dossiers sont transférés d'un service/unité de soins à un autre, un rapport sur le changement du circuit est envoyé aux archives.
DPA 3.7	Les règles d'accès au dossier sont établies et intégrées au livret d'accueil.
Documents ressources Procédure de gestion du dossier patient Procédure de l'accès du patient à son dossier · Livret d'accueil · Support de suivi du circuit des dossiers patients. **Personnes ressources** Responsables des affaires médicales · Responsable des soins infirmiers · Chefs de service unités de soins · Responsable des archives	

DPA 4	**La tenue des dossiers patients est évaluée et suivie.**
DPA 4.1	Le dossier du patient fait l'objet des actions d'évaluation et d'amélioration continue.
DPA 4.2	Les résultats des évaluations sont présentés en CMDP et CH.
DPA 4.3	Un plan d'amélioration de la qualité de la gestion du dossier patient existe. Il est conforme au plan qualité général de l'établissement et est constamment évalué et actualisé.
Documents ressources Document d'évaluation des dossiers patients · Comptes rendus/ PV du CMDP et du cit · Plan d'amélioration de la qualité de la gestion du dossier patient **Personnes ressources** Coordonnateur de la Qualité et gestion des risques · Responsables des affaires médicales · Responsables des soins infirmiers · Responsable du service chargé de l'accueil et d'admission · Chefs de services unités de soins · Responsable des archives	

Echelle11

2.2 Organisation des soins (ORS)

LIGNES DIRECTRICES

L'organisation des soins doit permettre une prise en charge des patients dans des conditions optimales de qualité et de sécurité, conformément aux missions des établissements de santé et tenant compte des activités spécifiques de chacun et ses moyens humains et matériels.

La participation du patient aux soins est essentielle afin d'atteindre des résultats optimaux. L'éducation des patients et de leur entourage et son adhésion constituent ainsi une étape clé d'une prise en charge efficace.

L'établissement de santé est appelé à réfléchir et mettre en place un modèle rationnel d'organisation de soins et de services qui lui permet d'assurer un circuit le plus optimal du patient, la continuité des soins, d'organiser le parcours de patient avec un système organisé de références /contre référence surtout des cas urgents et une prise en charge adéquate des maladies chroniques et de la population vulnérable.

Le responsable des affaires médicales et le responsable des soins infirmiers ou équivalent s'occupent de la gestion et de l'organisation du personnel médical et infirmier et jouent un rôle capital en matière de gouvernance clinique et de gestion des risques cliniques.

La référence des patients s'effectue, dans le respect des procédures préétablies, vers des établissements ayant les conditions de technicité et de compétence requises pour la prise en charge du patient.

Enfin, des procédures et des protocoles doivent être élaborés, validés et disponibles dans chaque service/unité de soins de l'établissement.

RÉFÉRENCES

ORS 1 → Prioritaire	**L'organisation des soins médicaux et paramédicaux est définie, mise en place et suivie.**
ORS 1.1	L'établissement est doté d'un responsable des affaires médicales et d'un responsable de soins infirmiers en charge de l'organisation de l'ensemble des services /unités de soins.
ORS 1.2	Les responsables des affaires médicales et des soins infirmiers approuvent les listes de A ; ; Pa ; ; garde nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement.
ORS 1.3	Un médecin est nommé chef de chaque service unités de soins.
ORS 1.4	L'établissement dispose de médecins chargés des soins hospitaliers et ambulatoires et assure la continuité des soins 24 heures/24.
ORS 1.5	Le responsable des soins infirmiers dirige le personnel infirmier et assume les responsabilités administratives inhérentes à son poste.
ORS 1.6	Les infirmiers ont une compétence adaptée aux besoins du service/unité de soins ; leur nombre est fonction de l'activité pour assurer la qualité et la sécurité de soins.
ORS 1.7	Les stagiaires infirmiers sont supervisés au sein de chaque service/unités de soins.

Documents ressources Notes-de nomination · Des fiches de postes des responsables des affaires médicales et des soins infirmiers

Personnes ressources Responsable des affaires médicales · Responsables des soins infirmiers · Chefs de services unités de soins

ORS 2	**La prise en charge des patients est organisée tout au long de leur séjour sur la base de procédures et protocoles validés par les responsables des affaires médicales et des soins infirmiers.**
ORS 2.1	L'accueil du patient et/ou de son entourage est assuré : Dès son arrivée avec remise d'un livret d'accueil et identification du patient – Durant tout le séjour.
ORS 2.2	Chaque patient et/ou sa famille reçoit l'information et l'orientation nécessaires, selon son état, afin de lui permettre – De donner son consentement éclairé – De participer activement à son traitement – De comprendre les implications financières des choix qu'il fait concernant sa prise en charge.
ORS 2.3	La responsabilité de chaque patient est assignée à un médecin référent de l'établissement – Le médecin supervise la prise de décision concernant le diagnostic et le traitement et assume la responsabilité ultime pour toutes les procédures médicales adoptées – Si les médecins traitants sont des résidents, ils devront être sous supervision constante du chef de service unité de soins ou du responsable des affaires médicales. Ces professionnels assurent une visite médicale quotidienne de tous les patients et
ORS 2.4	Des actions d'éducation sont proposées si besoin au patient et à sa famille : actualisent les décisions. – Les actions d'éducation relèvent de sa maladie, de son traitement et répondent à ses besoins spécifiques – Le programme d'éducation est documenté et noté dans son dossier.
ORS 2.5	L'établissement met en place des dispositions permettant aux patients d'avoir accès aux prestations sociales.
ORS 2.6	Pour assurer la coordination des soins – En interne, le personnel médical et paramédical discute des cas au cours des réunions (staff clinique) – Enexterne : les filières de soins (secteur public) sont coordonnées et suivies.
ORS 2.7	En cas de besoin, les professionnels disposent d'une liste d'établissements pouvant participer à la prise en charge du patient.
Documents ressources	Procédure d'accueil du patient · Livret d'accueil · Liste d'établissements (ORS 2.7)
Personnes ressources	Responsable de soins infirmiers · Responsable des affaires médicales Chefs de services unités de soins

ORS 3	**Une procédure définit les modalités de transport interne et externe des patients.**
ORS 3.1	En interne, les règles de transport des patients sont clairement établies et formalisées dans une procédure.
ORS 3.2	Le personnel assurant le transport est formé aux gestes d'urgence.
ORS 3.3	Un moyen de transport doit être disponible 24 heures 24 et pourvu d'équipements nécessaires pour les soins médicaux et la réanimation si besoin. Nice

Echelle11

ORS 3.4	Les modalités d'entretien des brancards et des véhicules de transport sont définies dans un protocole validé par le Comité de lutte contre les IAS.

Documents ressources Procédure de transport · Protocoles d'entretien des brancards et des véhicules de transport de patients 2 terre

Personnes ressources Responsable des soins infirmier · Responsable des affaires administratives · Comité de lutte contre les IAS

ORS 4 **→ Prioritaire**	**La prise en charge des urgences vitales au sein de chaque service unité de soins est organisée, mise en œuvre et suivie.**
ORS 4.1	Une procédure validée par les responsables des affaires médicales et des soins infirmiers définit l'organisation en cas de survenue d'une urgence vitale dans les services unités de soins. Des modalités d'appel des professionnels devant intervenir (téléphone, code) sont prévues.
ORS 4.2	Un chariot d'urgence est disponible dans chaque service unités de soins, ' 22222
ORS 4.3	Une procédure décrit la composition et les modalités de gestion des chariots d'urgence.
ORS 4.4	} vérification du contenu du chariot d'urgence est effectuée et tracée après chaque utilisation par un membre du personnel.

Documents ressources Procédure d'organisation des urgences vitales · Procédure de gestion des chariots d'urgence · Document de traçabilité de la vérification du chariot d'urgence

Personnes ressources Responsable des affaires médicales · Responsable de soins infirmiers · Infirmiers chefs des services unités de soins · Personnel du service

ORS 5	**Les documents (médicaux et non médicaux) nécessaires à l'organisation de la prise en charge et à la continuité des soins sont établis, validés, diffusés et suivis.**
ORS 5.1	Les responsables des affaires médicales et des soins infirmiers – Valident et coordonnent les politiques et procédures cliniques relevant de leur domaine de compétences en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le conseil des soins infirmiers – S'assurent que les politiques et procédures sont régulièrement révisées et mises à jour.
ORS 5.2	Les politiques et procédures générales et spécifiques aux services unités de soins – Sont standardisées, suivent un format uniformisé dans tout l'établissement – Sont facilement disponibles dans chaque service /unités de soins ; } Sont connues des professionnels.
ORS 5.3	Un plan dynamique de soins individualisés est mis en place dans les 24 heures qui suivent l'admission et mis à jour durant le séjour du patient.
ORS 5.4	Tous les infirmiers, quel que soit leurs poste ou qualification, assurent la traçabilité de tous les soins réalisés auprès du patient – Cette documentation doit être précise, spécifique, objective et doit se faire conformément à des échéances prévues ; Tous les documents doivent être complets (mention d'heure, le nom et l'auteur).

ORS 5.5	Un dossier médico-social est élaboré pour chaque patient présentant des difficultés sociales (enquête sociale, fiche sociale, plan d'intervention, compte rendu social ...).

Documents ressources Procédures médicaux généraux et spécifiques aux services · Plan de soins · Dossier patient · Dossier médico-social

Personnes ressources Coordonnateur Qualité et gestion des risques · Responsable des affaires médicales · Responsable des soins infirmiers · Personnel médical et infirmier Assistant(e) social(e)

ORS 6	**L'organisation des soins est évaluée et donne lieu à un plan d'amélioration.**
ORS 6.1	Des actions d'évaluation (audit, contrôle, questionnaires, ...) sont mises en œuvre dans le cadre de la dynamique qualité de l'établissement.
ORS 6.2	Les résultats sont présentés aux membres du conseil des médecins, pharmaciens et dentistes et aux membres du conseil des infirmières et infirmiers au moins une fois par an.
ORS 6.3	Un plan d'amélioration de la qualité relatif à l'organisation des soins est élaboré. Il est cohérent avec le plan général d'amélioration de la qualité de l'établissement et validé par les conseils concernés.

Documents ressources Rapports d'évaluation · Comptes rendu/ PV des réunions Plan d'amélioration de la qualité soins

Personnes ressources Coordonnateur Qualité et gestion des risques des e Responsable des affaires médicales Responsable des soins infirmiers

Echelle11

2.3 Soins infirmiers (SOI)

LIGNES DIRECTRICES

Le concept de la gestion des soins infirmiers s'applique au rôle particulier attribué à l'administration et à l'organisation du personnel infirmier. Il comporte des composantes opérationnelles et stratégiques. Le responsable de la structure chargé des soins infirmiers doit avoir des compétences requises pour accomplir ses missions. Pour une meilleure prise en charge des patients, l'établissement doit : se Disposer des postes adaptés aux soins infirmiers au niveau des différents services unités de soins

- Elaborer et diffuser les procédures et les protocoles relatifs aux soins infirmiers ; Assurer la continuité des soins infirmiers au niveau des différents services/ unités de soins. Aussi, il est important d'établir un plan de soins infirmier pour chaque patient ainsi que l'évaluation de ses besoins et des risques liés à sa prise en charge. Enfin, les données relatives aux activités de soins infirmiers doivent être analysées afin d'élaborer les plans d'amélioration.

RÉFÉRENCES

SOI 1	**Le responsable des soins infirmiers établit une liste de tout le personnel soignant par service/ unités de soins avec leurs coordonnées et les fiches du poste correspondantes qui sont régulièrement révisées.**
SOI 1.1	Un infirmier chef est nommé responsable des soins infirmiers dans l'établissement et ses missions sont clairement établies en tant que responsable de l'organisation et de la qualité des soins infirmiers.
SOI 1.2	La liste du personnel soignant par service unité de soins est à disposition des responsables des services /unités de soins concernés.
SOI 1.3	Cette liste est en permanence tenue à jour.
SOI 1.4	Les fiches de poste sont révisées si nécessaire.
SOI 1.5	Les coordonnées du personnel sont en permanence tenues à jour.
Documents ressources	Note de nomination · Liste du personnel par service /unité de soins Fiches de poste
Personnes ressources	Responsable des soins infirmiers

SOI 2	**Des procédures et protocoles de soins infirmiers sont disponibles dans chaque service unités de soins. I décrit les soins cliniques spécifiques de l'établissement et aborde les questions relatives à la gestion du service unité de soins.**
SOI 2.1	Des protocoles de soins infirmiers définissant les conditions de prise en charge du malade sont élaborés et disponibles.

Echelle11

SOI 2.2	Des documents qualité définissent les règles pour – L'identification positive pour les patients partageant le même nom – L'isolement des patients – Les prescriptions et l'administration des médicaments – La déclaration des erreurs médicamenteuses – Les modalités de vérification de la péremption des médicaments et dispositifs médicaux – La déclaration et l'enregistrement des évènements indésirables – Les patients nécessitant une prise en charge spécifique – La traçabilité de la gestion des produits pharmaceutiques ; Le non recapuchonnage des aiguilles. En l'absence d'une activité de soins telle que la Kinésithérapie ou exploration paramédicale, la diététique, les documents sont établis et comprennent les coordonnées d'un spécialiste qualifié.
SOI 2.3	Les protocoles et procédures sont validés par le responsable de soins infirmiers et révisés si nécessaire.

Documents ressources Protocoles de soins · Procédures

Personnes ressources Responsable de soins infirmiers · Chef infirmier au niveau de chaque service unité de soins · Coordonnateur qualité et gestion des risques

SOI 3 **→ Prioritaire**	**La continuité des soins infirmiers est assurée 24 h 24 et 7 j 7.**
SOI 3.1	Un infirmier diplômé fait partie de l'équipe de garde, afin d'assurer la continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
SOI 3.2	Un planning avec noms et coordonnées permet d'organiser la continuité des soins infirmiers 24 heures 24 dans tous les services unités de soins en tenant compte de la us ; mobilisation des effectifs.
SOI 3.3	L'infirmier chef assure en lien avec le responsable des soins infirmiers, la présence permanente du personnel infirmier au sein du service/unités de soins dont il a la responsabilité.
SOI 3.4	Une liste du personnel infirmier présent quotidiennement est établie et consultable.

Documents ressources Listes du personnel · Plannings de garde

Personnes ressources Responsable des soins infirmiers · Infirmiers chefs des services unités de soins

SOI 4 **→ Prioritaire**	**Chaque service unité de soins dispose d'un poste de soins infirmiers adapté.**
SOI 4.1	Le poste de soins infirmiers est clairement identifié et son accès est limité au personnel autorisé.
SOI 4.2	Des espaces de rangement et de stockage sont disponibles et bien rangés.
SOI 4.3	Les médicaments sont conservés dans un endroit sécurisé.
SOI 4.4	Les dossiers des patients sont conservés de façon à assurer la sécurité et la confidentialité des données.
SOI 4.5	Un point d'eau est disponible dans chaque poste de soins infirmiers.

Documents ressources	Plan des locaux
Personnes ressources	Infirmier chef de service/unités de soins · Responsable des services techniques

SOI 5 **→ Prioritaire**	**Un infirmier procède à l'évaluation des besoins et des risques liés à la prise en charge du patient lors de son admission et pendant son séjour.**
SOI 5.1	L'infirmier assure l'accueil du patient et de sa famille conformément à une procédure validée et diffusée.
SOI 5.2	L'infirmier assure la traçabilité des actes dans le dossier de soins infirmiers – Evaluation infirmière – Observations infirmières – Transmissions (passation de consignes) – Administration médicamenteuse
SOI 5.3	Un plan de soins infirmiers est élaboré pour chaque patient dans les 24 heures suivant l'admission.
SOI 5.4	Le suivi de l'état de santé du patient est réalisé et tracé toutes les 8 heures.
Documents ressources	Procédure d'accueil · Dossier infirmier · Plan de soins infirmiers
Personnes ressources	Infirmier chef du service/unité de soin Infirmiers du service/unité de soins

SOI 6	**Les données sur les activités infirmières figurant dans le dossier de soins infirmiers, sont collectées et exploitées.**
SOI 6.1	Le recensement des statistiques d'activité infirmières du service est effectué annuellement.
SOI 6.2	Des analyses statistiques de données sont documentées.
SOI 6.3	Un bilan de l'activité des soins infirmiers est formalisé chaque année dans le service.
SOI 6.4	A l'issue de ce bilan, un plan d'amélioration est établi.
SOI 6.5	Des actions sont engagées pour mettre en œuvre le plan d'amélioration.
Documents ressources	Bilan d'activité · Plan d'amélioration de la qualité des soins infirmiers
Personnes ressources	Responsable des soins infirmiers · Coordonnateur qualité et gestion des risques · Infirmiers chefs de services unités de soins

2.4 Urgences (URG)

LIGNES DIRECTRICES

Les Services d'accueil des Urgences (SAU) sont des services hospitaliers fonctionnant de façon permanente 24 heures sur 24. Ils offrent dans un délai approprié des prestations comprenant l'accueil, le triage, l'évaluation, la stabilisation, les examens complémentaires et le traitement. Ils nécessitent des moyens adéquats pour répondre à une urgence médicale et prendre une décision éclairée quant à la prise en charge et l'orientation des patients.

Le (SAU) doit être dirigé par un médecin qualifié en médecine d'urgence, appuyé par un personnel infirmier également qualifié. Il doit pouvoir être clairement identifiable, visible et accessible par un circuit dédié. Il doit avoir deux portes d'entrées distinctes

- Patients couchés » et « patients debout ».

Le service doit être doté de tous les équipements nécessaires aux patients admis en urgence et d'un ratio personnel/patient optimal permettant de gérer les admissions multiples au service à n'importe quel moment. Un système de triage opérationnel et documenté est indispensable.

Le SAU est structuré en secteurs de soins ayant un objectif bien défini dans le parcours de prise en charge du patient. Il est réparti en zones fonctionnelles : zone d'accueil, zone de soins, zone de service et zone d'observation.

La conception du SAU doit être adaptable à différents niveaux d'afflux de la population. Pour cela, il est indispensable d'assurer un accès facile en un temps minime à la salle d'accueil des urgences vitales « SAUV ». Il est nécessaire de laisser un espace suffisant autour de chaque salle de soins dans le service, afin de garantir l'efficacité du personnel et de faciliter l'accès aux équipements et au matériel.

Le service doit être doté d'équipement et matériel d'urgence requis vérifié et contrôlé.

Est impératif que le SAU mène des activités d'amélioration de la qualité. Ces dernières comprendraient, entre autres des preuves attestant que les procédures et protocoles adoptés et mises en place sont opérationnelles et périodiquement mises à jour.

RÉFÉRENCES

URG 1 → Prioritaire	**L'accès au service des urgences est facilité.**
URG 1.1	Le service dispose de deux entrées distinctes pour les patients debout et les patients couchés.
URG 1.2	Le service est accessible aux personnes en situation d'handicap.
URG 1.3	L'accès au service est signalé clairement à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.
URG 1.4	Des signaux d'interdiction de stationnement garantissent un accès dégagé.
URG 1.5	Le service des urgences doit avoir des circuits séparés (rouge et vert) pour l'admission des cas urgents.
Documents ressources	Plan du service des urgences
Personnes ressources	techniques Responsable des affaires administratives · Médecin chef du service

URG 2 → Prioritaire	**Le service des urgences est dirigé par un médecin à plein temps assisté d'un infirmier chef.**
URG 2.1	Le médecin chef des urgences est titulaire d'un diplôme en médecine d'urgence, d'une qualification en médecine d'urgence ou d'une expérience d'au moins 3 ans en service d'urgence.
URG 2.2	L'infirmier chef est diplômé lauréat d'un institut de formation aux carrières de santé ayant au moins 3 ans d'expérience en service d'urgence.
URG 2.3	Une fiche de poste définit les missions et responsabilités du médecin chef des urgences et de l'infirmier chef.
URG 2.4	Ils sont identifiés dans l'organigramme de l'établissement.
Documents ressources	Notes de nomination · Fiches de poste · Organigramme
Personnes ressources	Responsable affaires médicales · Responsable des soins infirmiers

URG 3 → Prioritaire	**Le service des urgences dispose des moyens nécessaires pour remplir ses missions.**
URG 3.1	L'aménagement des locaux et les équipements disponibles respectent le cadre référentiel des structures des urgences du ministère de la santé.
URG 3.2	Les produits pharmaceutiques (Médicaments et dispositifs médicaux) nécessaires à l'activité d'urgence sont disponibles en permanence.
URG 3.3	Il existe des antidotes dont la liste et les protocoles sont affichées en permanence dors un endroit bien visible du service des urgences.
URG 3.4	Un chariot d'urgence est disponible dans le service. Il est doté de matériels et médicaments mentionnés dans le cadre référentiel des structures des urgences en vigueur. Les dotations sont contrôlées après chaque utilisation. Le chariot est situé dans un emplacement visible et connu de l'ensemble de l'équipe soignante.
URG 3.5	Une procédure définit la composition et les modalités de gestion du chariot d'urgence.
Documents ressources	List du matériel et médicaments · Procédure de gestion du chariot d'urgence · Liste des antidotes · Protocole d'utilisation des antidotes
Personnes ressources	Chef du service · Infirmier chef · Personnel du service

URG 4 → Prioritaire	**Le service des urgences est fonctionnel 24 heures/24 et 7jours/7.**
URG 4.1	Le service des urgences est doté d'au moins d'un médecin qualifié en médecine d'urgence disponible 24 heures/24 et 7jours/7.
URG 4.2	Les listes de garde du personnel (médical, infirmier) sont affichées en permanence.
URG 4.3	Des médecins spécialistes sont disponibles en astreinte, et ce, 24 heures/24 et 7jours/7.
URG 4.4	L'établissement assure, sur la base d'une organisation formalisée, des services de soutien (imagerie, laboratoire, ...) 24 heures 24 et 7 jours 7 pour le service we urgences.

Documents ressources Listes de garde Contrats si les prestations de laboratoire et d'imagerie sont sous- traitées

Personnes ressources Responsable des affaires médicales · Responsable des soins infirmiers · Médecin responsable du laboratoire · Médecin responsable de radiologie

URG 5	**L'établissement dispose d'un programme de formation continue en soins d'urgence destiné au personnel médical et infirmier.**
URG 5.1	Un programme de formation pour les soins en urgence est établi chaque année.
URG 5.2	Le personnel du service des urgences suit une formation une fois par an qui couvre les gestes de soins d'urgence.
URG 5.3	Le service dispose de preuves attestant que le personnel reçoit régulièrement des séances de formation continue suivant les rôles et les responsabilités de chacun au sein du service.
URG 5.4	Les actions de formation sont évaluées et les programmes sont adaptés en fonction des résultats.

Documents ressources Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation

Personnes ressources Médecin responsable du service Infirmier chef

URG 6 → Prioritaire	**Un tri est réalisé à l'arrivée des patients aux urgences.**
URG 6.1	Un protocole définit les modalités et les critères de tri des patients à l'urgence et permet de classer les patients selon leur degré d'urgence – Urgence absolue ; © Urgence relative – Non Urgents.
URG 6.2	Un espace est réservé exclusivement pour le triage et l'orientation des patients.
URG 6.3	Un médecin, un interne, ou à défaut un infirmier ayant une expérience d'au moins 2 ans y p au niveau du service d'accueil des urgences est chargé de gérer les activités de triage.
URG 6.4	L'établissement organise, sans délai, la prise en charge des patients se présentant pour une urgence, sans discrimination, et en tenant compte de son état de santé et des besoins identifiés.

Documents ressources Procédure de tri Protocoles de prise en charge

Personnes ressources Responsable des Affaires médicales · Responsable des soins infirmiers · Médecin chef des urgences · Infirmier chef

URG 7 → Prioritaire	**Des procédures et protocoles spécifiques définissent l'organisation et les modalités de prise en charge des patients aux urgences.**
URG 7.1	Une procédure décrit les règles de transfert rapide des patients gravement malades ou grièvement blessés en direction d'unités de soins spécialisées, d'autres services où établissements.

URG 7.2	L'établissement a défini les modalités de prise en charge des femmes ou enfants victimes de violence.
URG 7.3	Une fiche médicale (formulaire standardisé) est établie pour chaque patient, quelle que soit la durée de son passage au service des urgences. Pour les patients transférés au sein de l'établissement, un dossier patient complet répondant aux pratiques internes est établi.
URG 7.4	Les instructions adéquates nécessaires au suivi des patients autorisés à quitter le service des urgences sont fournies par écrit.
URG 7.5	Il existe des protocoles de bionettoyage (nettoyage, rinçage et désinfection) des zones potentiellement infectées par des patients.

Documents ressources Protocoles de prise en charge · Procédures de transfert · Procédure de prise en charge des femmes ou enfants victimes de violence · Fiche médicale · Dossier patient · Protocole de bionettoyage

Personnes ressources Médecin chef des urgences · Infirmier chef · Responsable des affaires médicales · Responsable des soins infirmiers · Responsable de l'EOH · Responsable de l'hygiène

URG 8	**Un système d'évaluation et d'audit intégré au système d'évaluation de l'établissement est mis en place au niveau du service des urgences.**
URG 8.1	Les données relatives aux activités des urgences sont collectées et analysées.
URG 8.2	La durée d'attente des patients aux urgences fait l'objet d'un suivi régulier.
URG 8.3	Des audits sont effectués.
URG 8.4	Un plan d'action résultant du recueil des données et des audits est élaboré, mis en œuvre et suivi.

Documents ressources Bilan d'activité du service · Rapport Audit · Plans d'action

Personnes ressources Coordonnateur qualité et gestion des risques · Médecin chef des urgences · Infirmier chef

Echelle11

2.5 Psychiatrie (PSY)

LIGNES DIRECTRICES

La particularité des soins en psychiatrie nécessite la disponibilité d'équipes professionnelles aux compétences pluridisciplinaires, de modes de prise en charge diversifiés et la participation de la famile du patient traité parfois sans son consentement. Cette particularité exige un local pour l'accueil et l'examen du patient en toute sécurité ainsi que des chambres garantissant l'intimité, la sécurité, le confort, l'apaisement, évitant tout risque de désorientation pour le patient et permettant l'activité des professionnels en toute sécurité.

Une chambre d'isolement, dans chaque service d'hospitalisation répondant aux normes de soins et de sécurité est nécessaire. Un lieu de vie et de convivialité pour les patients s'avère indispensable.

Un programme de lutte antiparasitaire est mis en œuvre. Une consultation de médecine somatique pour plusieurs spécialités est assurée aux patients.

Un dossier du-patient doit être disponible et comprendre toute la documentation concernant le patient. La responsabilité du service est assuré par un médecin psychiatre assisté par un infirmier en psychiatrie

Les gardes sont assurés par des équipes dont un infirmier masculin spécialiste en psychiatrie en fait partie. Les horaires de la visite quotidienne sont affichés. Une liste des associations avec lesquelles l'établissement établit des conventions pour la mise en œuvre de programmes de réhabilitation, d'action de prévention, de programmes psycho-éducatifs est disponible.

La contention des patients est assurée dans le respect des protocoles médicaux.

RÉFÉRENCES

PSY 1 → Prioritaire	**Le service de psychiatrie dispose des ressources humaines nécessaires à son bon fonctionnement.**
PSY 1.1	Le service est sous la responsabilité d'un médecin psychiatre assisté par un infirmier spécialisé en psychiatrie.
PSY 1.2	Le médecin psychiatre responsable du service et l'infirmier chef disposent d'une fiche de poste détaillant le cadre de leurs missions.
PSY 1.3	Le tableau de service garantit la présence d'au moins 2 infirmiers dont au moins un infirmier de sexe masculin et un infirmier spécialisé en psychiatrie.
PSY 1.4	La composition de l'équipe de garde figure au tableau de service établi par l'infirmier chef.
PSY 1.5	Un infirmier spécialiste en psychiatrie assure le suivi du patient pour – Le nursing et l'hygiène du patient (douche, rasage.) – Les actes de la vie quotidienne (repas…) – La prise en charge thérapeutique et non thérapeutique.
PSY 1.6	Un programme de formation continue est mis en place pour permettre au personnel de prendre en charge les patients, en particulier en cas d'agitation.
Documents ressources	Note de nomination · Fiche poste · Liste de garde · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation
Personnes ressources	Médecin chef du service · Infirmier chef du service · Infirmiers du service

PSY 2 → Prioritaire	**Les locaux et les équipements sont adaptés aux activités de psychiatrie.**
PSY 2.1	Les locaux et les espaces intérieurs du service ne sont pas visibles de l'extérieur.
PSY 2.2	Un programme de lutte antiparasitaire (poux, gale) est mis en œuvre et documenté.
PSY 2.3	Les équipements sanitaires permettent les toilettes quotidiennes des malades.
PSY 2.4	Toutes les salles de bain disposent des points d'eau fonctionnels 24 heures sur 24 avec eau chaude.
PSY 2.5	Les patients disposent de lieux de vie et de convivialité – Réfectoire – Cafétéria; Jardin ou cour extérieure ; Lieux pour activités occupationnelles – Salle d'ablution et de prière – Espace fumeur.
PSY 2.6	Les locaux et les équipements sont entretenus selon des protocoles validées par le Comité contre les IAS.
Documents ressources Plan des locaux · Programme de lutte contre les parasites · Protocoles d'entretien des locaux et des équipements **Personnes ressources** Responsable des affaires administratives · Médecin chef du service · Infirmier chef du service · Responsable des services techniques · Responsable d'EOH	

PSY 3 → Prioritaire	**Les locaux du service de psychiatrie assurent la sécurité des patients et du personnel.**
PSY 3.1	L'espace d'accueil assure la sécurité du patient et des soignants – Les portes s'ouvrent vers l'extérieur. – Aucun élément en saillie ou en retrait n'offre de prise. ° Aucun mobilier ne peut être utilisé comme projectile par le patient. – Les vitres sont incassables. – Un dispositif de sonnette permet d'alerter le personnel du service.
PSY 3.2	Les chambres répondent à des caractéristiques spécifiques – La dimension de la chambre offre l'espace suffisant pour l'éventualité de plusieurs intervenants – Plafond à 3 mètres, non accessible, sans objets suspendus – Ampoules couvertes par des hublots ; Sols en matériaux lisses, solides, sans joints, facilement nettoyables et ignifugés. – Murs, portes et fenêtres résistants et lavables

PSY 3.3	Les installations des chambres sont conçues pour sécuriser le patient : Le système de fermeture de la porte n'est accessible qu'au personnel ; Le hublot d'observation est en verre résistant ; La porte s'ouvre vers l'extérieur et est installée dans un cadre d'acier résistant avec des charnières solides – N'y a pas d'éléments en saillie ou en retrait offrant des prises possibles – N'ya pas de prises électriques ou de gaz médicaux – Existe un système de détection de fumée – Les sanitaires sont accessibles par une porte non coulissante; le pommeau de la douche est intégré à la douche; il n'y a pas d'abattants aux toilettes, ni de crochets ; les miroirs sont incassables; l'arrivée d'eau peut être bloquée par l'équipe soignante.
PSY 3.4	Les équipements sont adaptés – Les mobiliers peuvent être rendus solidaires de leur support – Les matelas sont solides et hydrofuges – Le système de climatisation est disponible et n'est pas accessible pour la patient.
PSY 3.5	Les chambres pour les patients sont conçues de manière à éviter les risques de désorientation – Chaque chambre est équipée d'une fenêtre permettant la vue externe, et placée a un niveau < à 1.5 M du niveau du sol (le patient doit conserver la notion du temps et de l'espace et avoir une accessibilité visuelle à l'environnement externe) – L'aération naturelle est souhaitable avec une ouverture contrôlable par personnel seul.
Documents ressources	Plan des locaux
Personnes ressources	Médecin chef du service · Infirmier chef du service · Responsable des services techniques · Personnel du service

PSY 4	**Les chambres pour les patients sont conçues de manière à assurer l'intimité des patients, le confort et l'apaisement.**
PSY 4.1	Les couleurs sont d'un ton neutre.
PSY 4.2	Toute personne hospitalisée bénéficie d'un espace de rangement personnel sécurisé.
PSY 4.3	L'éclairage peut être contrôlé de l'extérieur de la pièce.
PSY 4.4	L'isolation sonore des chambres est assurée.
PSY 4.5	Les personnes sont formées au respect de l'intimité des patients.
Documents ressources	Plan des chambres · Programme de formation · Liste de présence des participantsà la formation
Personnes ressources	Médecin chef du service · Infirmier chef du service · Responsable des services techniques · Personnel du service

PSY 5 **→ Prioritaire**	**Chaque service d'hospitalisation doit disposer d'au moins une chambre d'isolement répondant aux normes de soin et de sécurité pour le patient et le personnel.**
PSY 5.1	La chambre d'isolement, en sus des exigences susmentionnées, doit : Être spacieuse pour permettre l'intervention facile de plusieurs professionnels. Les murs sont capitonnés ou tapissés de liège et sont lavables. La chambre ne contient pas de placard.

PSY 5.2	L'admission en chambre d'isolement s'effectue sur prescription médicale renouvelée après visite médicale toutes les 24 heures.
PSY 5.3	Un protocole médical définit les modalités de prise en charge dans une chambre d'isolement.

Documents ressources Protocole médical

Personnes ressources Médecin chef du service · Infirmier chef du service · Responsable des services techniques · Personnel du service

PSY 6	**L'établissement dispose d'un local d'accueil des familles.**
PSY 6.1	Le local d'accueil des familles doit répondre aux normes de sécurité, tout en étant convivial.
PSY 6.2	Est conçu pour éviter la fugue du patient.
PSY 6.3	Il permet l'intervention du personnel infirmier en cas de comportement agressif du patient.
PSY 6.4	Les locaux pour recevoir les familles permettent d'organiser des séances régulières de sensibilisation et d'éducation en matière de santé mentale.

Documents ressources Plan des locaux

Personnes ressources Responsable des services techniques

PSY 7	**L'établissement met en place une démarche thérapeutique adaptée aux besoins du patient tant sur le plan psychiatrique que somatique.**
PSY 7.1	En fonction de ses besoins, le patient peut être vu dans différentes unités adaptées – Une consultation intra-hospitalière. – Une ou plusieurs consultations externes au niveau des principaux centres de santé de la ville. – Des consultations spécialisées le cas échéant (gérontopsychiatrie, pédopsychiatrie, addictologie ...). – Des unités d'hospitalisation ouvertes, semi-ouvertes et fermées, pour hommes et pour femmes – Une unité d'ergothérapie/ réhabilitation psychosociale.
PSY 7.2	Une activité de psychiatrie de liaison est organisée avec les services hospitaliers.
PSY 7.3	Un plan de soin est systématiquement élaboré avec le patient et est tracé dans son dossier.
PSY 7.4	La prescription de psychotropes est faite conformément aux règles de prescription.
PSY 7.5	Une consultation de médecine somatique est assurée aux patients admis dans le service de psychiatrie.
PSY 7.6	Une trousse d'urgence permet la prise en charge sur place d'une urgence somatique et la préparation de son transfert vers le service adéquat
PSY 7.7	Le dossier de patient est rempli et conservé conformément aux exigences règlementaires. Il comporte les comptes rendus des entretiens avec les familles.
PSY 7.8	Le personnel est sensibilisé sur l'importance du respect des données personnelles et sensibles du patient.

Documents ressources	Plan de soins · Dossier patient Feuille de vérification de la trousse d'urgence
Personnes ressources	Médecin chef du service · Infirmier chef du service · Personnel du service · Pharmacien

PSY 8	**Les actes de sismothérapie (électro convulsivothérapie) sont réalisés dans des conditions assurant la qualité de la prise en charge et la sécurité des personnes.**
PSY 8.1	Un protocole de sismothérapie décrit les modalités de prescription, de réalisation de l'acte et de suivi des patients.
PSY 8.2	Les sismothérapies sont réalisées dans une salle équipée pour ce type d'activité.
PSY 8.3	Les actes sont réalisés par un praticien qualifié et tracés.
PSY 8.4	Les sismothérapies sont effectuées sous anesthésie en présence d'un médecin anesthésiste qui assure également la surveillance post interventionnelle.
PSY 8.5	En cas d'externalisation de l'acte, une convention est passée entre l'établissement d'origine et l'établissement réalisant la sismothérapie.
Documents ressources	Protocole de sismothérapie · Liste des équipements · Convention
Personnes ressources	Médecin chef du service · Infirmier chef du service · Personnel du service

PSY 9 **→ Prioritaire**	**L'établissement assure la contention des malades dans des conditions de sécurité des patients et de qualité des soins.**
PSY 9.1	Le malade est mis sous contention sur prescription médicale mentionnée dans le dossier : du patient.
PSY 9.2	La mise sous attache est réalisée en application du protocole médical de contention.
PSY 9.3	L'établissement dispose d'équipements adaptés pour la contention de certains patients.
PSY 9.4	Les besoins de contention sont évalués toute les 24 heures après visite médicale et tracés.
PSY 9.5	Tous les actes de contention sont déclarés dans un registre consultable dans le service.
Documents ressources	Protocole médical de contention · Dossiers patient · Prescriptions médicales · Registre
Personnes ressources	Médecin chef du service · Infirmier chef du service · Personnel du service

PSY 10	**L'établissement établit des conventions avec une ou plusieurs associations concernant la mise en œuvre de programmes de réhabilitation, d'actions de prévention, de programmes psycho-éducationnels.**
PSY 10.1	Les associations concernées ont des activités en lien et compatibles avec la psychiatrie.
PSY 10.2	Les instances et le service ont connaissance des associations conventionnées.
PSY 10.3	Les conventions sont évaluées annuellement.
PSY 10.4	Après évaluation, les conventions sont révisées si nécessaire.
Documents ressources	Liste et activités des associations · Conventions · Rapport d'évaluation
Personnes ressources	Directeur · Instances de l'établissement · Médecin chef du service · Infirmier chef du service

Echelle11

2.6 Soins obstétricaux et néonataux (SON)

LIGNES DIRECTRICES

Le service d'obstétrique doit être conçu afin d'assurer les soins médicaux à la mère et au nouveau-né dans les conditions de qualité et de sécurité requises. Il doit être sous la responsabilité d'un médecin gynéco-obstétricien, assisté d'une sage-femme ayant une expérience dans le domaine. Une infirmière diplômée doit être toujours disponible au service 24 heures/24 et 7 jours /7.

Si l'établissement est tenu d'assurer les soins intensifs pour les nouveau-nés, il doit s'assurer qu'il possède les équipements nécessaires et que les procédures adéquates soient disponibles, clairement identifiées et adaptées aux besoins des nouveaux nés.

Les facilités d'isolement doivent être assurées pour recevoir la mère et le nouveau- né en cas de besoin.

Le dossier de la parturiente doit contenir une documentation claire, précise et détaillée y compris un partogramme, qui souligne tous les soins dispensés depuis l'admission jusqu'à la sortie, et qui inclut toutes les données concernant le nouveau- né y compris le score APGAR ainsi que les preuves de la formation/éducation dispensée et de la date de la visite postnatale.

RÉFÉRENCES

SON 1 → Prioritaire	**Les effectifs et la gestion des ressources humaines permettent d'assurer un fonctionnement 24 h 24.**
SON 1.1	Le service d'obstétrique est sous la responsabilité d'un médecin gynéco-obstétricien assisté par une sage-femme.
SON 1.2	Une liste du personnel avec leurs coordonnées détaillées est disponible et comprend – Uneliste d'obstétriciens, pédiatres et autres spécialistes avec leurs coordonnées (Téléphone, adresse.) – Une liste du personnel infirmier avec leurs coordonnées (Téléphone, adresse.) – Une liste des coordonnées des services de soutien (radiologie, laboratoire, transfusion).
SON 1.3	Un planning de garde du personnel médical, sages-femmes et infirmier(ère) couvrant les 24 h est disponible et affiché.
SON 1.4	Un(e) infirmier(ère) est présent(e) 24 h 24 h.
SON 1.5	L'établissement peut faire appel 24h /24 h à un pédiatre avec une formation en néonatologie de garde ou à un spécialiste en néonatologie d'astreinte.
SON 1.6	Un programme de formation est élaboré et mis en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des parturientes et des nouveaux nés.
Documents ressources Note de nomination · Planning de garde · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation **Personnes ressources** Responsables du service · Personnel du service	

Echelle11

SON 2 → Prioritaire	**Les locaux et les équipements permettent d'assurer une prise en charge adaptée des parturientes et des nouveaux nés.**
SON 2.1	Le service comprend différents secteurs permettant de prendre en charge la femme a dans des conditions adaptées à son état : Salle d'accueil – Salle de pré-travail ; Salle d'accouchement.
SON 2.2	La salle d'accouchement dispose d'un coin dédié à la prise en charge immédiate du nouveau-né.
SON 2.3	En cas de grossesse à haut risque, un local est réservé à l'accueil et à la réanimation du nouveau-né et comprend les équipements nécessaires – Situé à côté de la salle d'accouchement, maintenu à la bonne température et alimenté en eau chaude 24 heures/24 ; Doté d'un chariot d'urgence sécurisé comportant : © Un masque et un réanimât adapté – Un moniteur cardiaque au minimum un oxymètre de pouls – Des médicaments d'urgence – Des sondes d'intubation de différentes tailles ; © Un laryngoscope et pince de Magill.
SON 2.4	Une procédure décrit la composition et les modalités de gestion du chariot d'urgence.
SON 2.5	Les locaux permettent d'assurer l'isolement en cas de suspicion d'infection.
SON 2.6	Le bloc opératoire est facilement accessible depuis la salle d'accouchement en cas de besoin.
SON 2.7	L'entretien des locaux et des équipements est assuré sur la base de protocoles validés par le Comité de lutte contre les infections associées aux soins.
SON 2.8	L'établissement qui ne dispose pas d'unité de soins intensifs, garantit des soins minimums adéquats pour le nouveau-né en difficulté jusqu'à son transfert dans un centre de référence. Il dispose au moins – D'une source d'oxygène – D'un aspirateur – D'air comprimé – D'un incubateur pour le transport – D'un oxymétre de pouls – D'un masque et un réanimât adapté – D'un laryngoscope et pince de Magill.
Documents ressources Plan des locaux · Procédure de gestion du chariot d'urgence · Protocoles d'entretien des locaux et des équipements **Personnes ressources** Responsables du service · Personnel du service	

Echelle11

SON 3 **→ Prioritaire**	**La prise en charge des parturientes et des nouveau-nés garantit la qualité et la sécurité des soins.**
SON 3.1	Des procédures décrivent les modalités d'accueil, d'évaluation, de prise en charge et de suivi de la parturiente (programmée ou en urgence). Elles concernent à minima – L'identification de la mère et de l'enfant dans la salle d'accouchement (immédiatement après la naissance) – Lagestion de la douleur (en salle d'accouchement et post-partum) ; La prise en charge des cas normaux – La prise en charge des césariennes urgentes – La prise en charge des patientes à haut risque – Le contrôle des infections – Les critères de réalisation d'une césarienne – La désignation du spécialiste qui doit être présent lors des césariennes (spécialiste en néonatologie ou pédiatre) – L'utilisation de l'immunoglobuline anti-D – Les soins apportés au nouveau-né immédiatement après la naissance – La sécurité des nouveau-nés – Le transfert du nouveau-né – L'alimentation appropriée du nouveau-né – L'éducation post-partum.
SON 3.2	Des procédures décrivent les modalités de prise en charge du nouveau-né.
SON 3.3	Les médicaments essentiels sont listés et disponibles en permanence (désinfectants, anesthésiants locaux, antibiotiques, antalgiques, utérotoniques, anticonvulsivants, solutés, ...).
SON 3.4	La gestion des drogues est assurée par un(e) infirmier(ère) anesthésiste.
SON 3.5	L'accès aux concentrés de culots globulaires est assuré 24 h 24 dans des conditions respectant les recommandations de bonnes pratiques.
SON 3.6	En cas d'urgence, les fonctions SONU suivantes sont assurées et décrites dans des protocoles cliniques – L'administration d'antibiotiques par voie parentérale – L'administration d'utérotoniques (par ex. ocytocine) – L'administration d'anticonvulsivants par voie parentérale pour traiter une pré- éclampsie ou une éclampsie (par ex. du sulfate de magnésium) – La délivrance artificielle et la révision utérine – L'examen sous valves et réparation des lésions vulvo-vaginales et cervicales – L'accouchement par voie basse avec assistance instrumentale (par ex. utilisation d'une ventouse obstétricale, accouchement au forceps) ; La pratique des gestes de base de réanimation néonatale : aspirer, oxygéner et ventiler (par ex. en utilisant un masque avec ballon) – La mise en condition et transfert de la femme et/ou du nouveau-né (les accompagner quand cela est possible) – La pratique de la césarienne et de la laparotomie (rupture utérine) – La pratique de la transfusion sanguine.
SON 3.7	L'équipe médicale tient des réunions hebdomadaires et présente quotidiennement un rapport aux parents sur l'évolution de chaque cas.

Echelle11

Documents ressources	Protocoles et procédures Liste des médicaments et des drogues · Comptes rendus/PV des réunions hebdomadaires
Personnes ressources	Responsable du service · Personnel du service · Parents de nouveaux nés

SON 4	**Un dossier est créé et renseigné pour la parturiente et le nouveau-né**
SON 4.1	Un dossier est créé pour chaque parturiente prise en charge dans le service. Il comprend : La date et l'heure d'admission au service – Les motifs d'admission – L'historique médical les antécédents de la parturiente ; l'état de santé à l'admission ; Un partogramme – Le score APGAR – L'évolution de l'accouchement régulièrement. – Les variations au plan de soins sont documentées au fur et à mesure.
SON 4.2	Si le nouveau-né est admis dans le service de néonatologie, l'infirmier(ère) accueille le nouveau-né et documente les informations suivantes – La date et l'heure d'admission au service ; Les raisons d'admission – L'état de santé à l'admission – Le poids du nouveau-né à l'admission – Le plan/organisation du traitement et les tests demandés par le médecin traitant – Le développement d'un programme de soins dont l'application commence dès l'admission – La documentation quotidienne et/ou selon le besoin des modifications du plan de soins – L'évolution de l'état du nouveau-né au moins une fois par garde – L'évaluation et la situation du nouveau-né à la fin de la garde documentées et signées par un(e) infirmier(ère).
Documents ressources	Dossiers parturientes · Dossiers nouveaux nés · Procédure de gestion des dossiers
Personnes ressources	Responsables du service · Personnel du service

SON 5	**Une revue de morbi-mortalité est réalisée en cas de survenue d'un événement indésirable associé aux soins.**
SON 5.1	Tout événement indésirable associé aux soins survenant dans le service d'obstétrique est signalé.
SON 5.2	Tout événement indésirable associé aux soins fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle sur les conditions et les causes de survenue.
SON 5.3	Un rapport est rédigé à l'issue de l'analyse avec des conclusions claires et un plan d'action le cas échéant.
SON 5.4	Un suivi du plan d'action est réalisé régulièrement.
Documents ressources	Fiche de notification des événements indésirables · Rapports d'analyse · Plan d'action pe L 3. PLATEAU TECHNIQUE
Personnes ressources	Coordonnateur qualité et gestion des risques · Responsables du service · Personnel du service

3. Plateau technique

Echelle11

3.1 Pharmacie (PHA)

LIGNES DIRECTRICES

La pharmacie de l'établissement remplit plusieurs rôles, y compris les commandes, le stockage et la distribution dispensation du médicament. Elle doit également contrôler l'utilisation du médicament et être pleinement impliquée dans la formation du personnel médical concernant l'utilisation adéquate des produits pharmaceutiques.

La pharmacie de l'établissement doit être dirigée par un pharmacien. Les fiches de poste pour le personnel sont disponibles.

La pharmacie doit être située dans un endroit spécialement aménagé à cet effet et dispose de l'espace et des facilités nécessaires qui lui permettent de remplir son rôle.

Le stockage des produits pharmaceutiques doit être assuré dans les conditions de sécurité et de conservation requises. La température ambiante en pharmacie devra être adaptée aux médicaments entreposés.

Un système devra être mis en place pour retirer les médicaments impropres à l'usage thérapeutique et les éliminer d'une manière sûre.

Il est important de constituer un comité du médicament ou équivalent qui aura une fonction consultative sur les activités liées à la gestion des produits pharmaceutiques.

Les procédures doivent être établies pour toutes les activités de la pharmacie. Elles doivent être régulièrement révisées et mises à jour en tenant compte des besoins particuliers de la pharmacie de l'établissement.

Un dispositif de pharmacovigilance (médicaments, dispositifs médicaux, réactifs) doit être mis en place en application de la réglementation en vigueur.

Enfin les données de l'activité de la pharmacie sont collectées et exploitées dans la perspective d'une amélioration de la qualité de ses activités.

RÉFÉRENCES

PHA 1	**Un comité du médicament est mis en place au sein de l'établissement.**
PHA 1.1	Le comité du médicament ou équivalent, dont le président est désigné selon le règlement intérieur du Comité, comprend des représentants des différents secteurs d'activité.
PHA 1.2	Un règlement intérieur définit les missions et les modalités de fonctionnement du Comité du Médicament.
PHA 1.3	Les missions de ce Comité comprennent au minimum – La validation du livret thérapeutique, ainsi que sa révision périodique – La validation des besoins exprimés par les praticiens au niveau des unités de soins – La validation des procédures relatives à la prise en charge médicamenteuse (circuit du médicament) ; se La validation des procédures de dispensation entre la pharmacie et les unités de soins.
PHA 1.4	Chaque réunion fait l'objet d'un ordre du jour et d'un compte-rendu.
Documents ressources	Règlement intérieur · Livret thérapeutique Protocoles thérapeutiques standards · Comptes rendus/ PV des réunions
Personnes ressources	Président du Comité du Médicament · Pharmacien

PHA 2 → Prioritaire	**Les effectifs et la gestion des ressources humaines de la pharmacie permettent d'assurer un fonctionnement adapté.**
PHA 2.1	La pharmacie est sous la responsabilité d'un pharmacien qualifié, et ayant les compétences nécessaires pour assurer les missions, conformément à la réglementation.
PHA 2.2	Le pharmacien responsable dispose d'une fiche de poste détaillant ses activités principales.
PHA 2.3	Le pharmacien responsable est assisté par une personne formée et qualifiée ou ayant une expérience qualifiante en gestion des produits pharmaceutiques, désignée par la direction de l'établissement, avec définition des activités déléguées à l'assistant en cas d'absence.
PHA 2.4	Le pharmacien participe de droit aux instances concernées par le "médicament" (Comité du Médicament, Comité de lutte contre les infections nosocomiales, Comité de pilotage qualité, etc.
PHA 2.5	Le responsable de la pharmacie et son assistant disposent d'une liste des membres du personnel, leurs coordonnées et leurs titres et fonctions.

Documents ressources Fiche de poste du pharmacien · Fiche de poste de l'assistant du pharmacien · Comptes rendu/PV des réunions des instances · Liste du personnel de la pharmacie

Personnes ressources Pharmacien responsable · Cadre assistant du pharmacien responsable

PHA 3	**Les locaux de la pharmacie sont propres, sécurisés, clairement identifiés et facilement accessibles pour les fournisseurs et les usagers.**
PHA 3.1	L'accès aux locaux de la pharmacie est restreint au personnel concerné avec un panneau d'affichage et un accès individualisé pour les " clients " (services et patients) et les fournisseurs.
PHA 3.2	Les jours et les horaires d'ouverture normale sont affichés à l'entrée de la pharmacie, ainsi que les conditions d'accès en dehors des horaires d'ouverture normale afin d'assurer la permanence de l'activité.
PHA 3.3	Les locaux " à risque " (produits inflammables, Gaz à Usage Médical, ...) sont séparés des autres locaux de la zone d'activité technique.
PHA 3.4	Les locaux des différentes zones d'activité sont individualisés et clairement identifiés, avec séparation des zones d'activité (réception, stockage, préparation, distribution) des zones administratives (bureaux, vestiaires sanitaires, ...).
PHA 3.5	Un protocole définit les modalités de nettoyage, de désinfection et d'entretien des différents locaux de la pharmacie selon un plan bien défini.

Documents ressources Plan des locaux · Affiches d'information Protocole de nettoyage, de désinfection et d'entretien des locaux

Personnes ressources Pharmacien et son assistant · Personnel de la pharmacie

PHA 4 **→ Prioritaire**	**Le stockage des médicaments (dont les stupéfiants et thermosensibles) et des dispositifs médicaux se fait conformément aux règles de bonnes pratiques de stockage assurant la conservation de leur qualité.**
PHA 4.1	Des équipements de stockage et de manutention (palette, rayonnage, transpalette, chariot, …) sont disponibles pour éviter l'entreposage des médicaments et des dispositifs médicaux à même le sol.
PHA 4.2	Des équipements de maitrise et de contrôle de l'environnement au sein des locaux de stockage de la pharmacie (ventilateurs, extracteurs d'air, thermo-hygromètres, …) sont disponibles et validés,
PHA 4.3	Des équipements de stockage des médicaments thermosensibles (type chambre froide et armoires pharmaceutiques réfrigérées) sont disponibles et validés, avec – Unenregistrement de la température assuré – Un système d'alarme en cas de non-respect des températures – Un générateur testé et validé permettant la continuité de la conservation en cas de panne électrique.
PHA 4.4	Une zone est dédiée au stockage en quarantaine des produits impropres à l'usage thérapeutique (périmés, avariés, …) en attendant leur destruction conformément à la règlementation en vigueur.
PHA 4.5	Un lieu sécurisé est réservé au stockage des médicaments stupéfiants.
PHA 4.6	Les conditions de stockage des médicaments dans les unités et services de soins répondent aux mêmes conditions de qualité et de sécurité.
Documents ressources Inventaire des équipements · Rapports de qualification périodiques (enceintes thermostatiques type chambre froide et l'enregistreurs de T°C,) · Rapports de contrôle physique de l'environnement (T°C, humidité, …) · Fiche de relevé des températures des chambres froides **Personnes ressources** Pharmacien responsable · Responsable des services techniques · Coordonnateur qualité gestion des risques · Infirmiers chefs des services/unités de soins	

PHA 5 **→ Prioritaire**	**Les modalités de prescription et de distribution/dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux sont clairement définies et permettent une prise en charge adaptée du patient.**
PHA 5.1	Les règles de prescription suivantes sont bien respectées et vérifiées permettant au pharmacien d'avoir accès aux données nécessaires à une analyse pharmaceutique optimale – Les professionnels de l'établissement prescrivent sur la base d'un livret thérapeutique validé par le Comité du Médicament – Les prescriptions sont identifiées (identité, âge, sexe, poids, …), datées et signées conformément à la règlementation.
PHA 5.2	Les dotations des unités et services de soins sont définies sur la base d'un planning clair d'approvisionnement et sont revues au moins une fois par an.
PHA 5.3	Les modalités de préparation et de distribution des produits pharmaceutiques sont réalisées dans le respect des Bonnes Pratiques de Distribution en vigueur.

PHA 5.4	Les modalités de transport entre la pharmacie et les unités et services de soins assurent le respect de la qualité et de la sécurité des médicaments et des dispositifs médicaux.

Documents ressources Planning de distribution · Modèle d'ordonnances types · Rapport d'intervention pharmaceutique

Personnes ressources Président du Comité du Médicament · Pharmacien responsable Cliniciens

PHA 6 → Prioritaire	**Des procédures écrites décrivent les principes de fonctionnement de la pharmacie.**
PHA 6.1	L'organisation structurelle et fonctionnelle de la pharmacie est décrite dans un document (organigramme) disponible pour le personnel et les visiteurs (stagiaires, ...).
PHA 6.2	Des procédures et protocoles décrivent au moins les règles à suivre pour : La gestion des stocks à la pharmacie et dans les unités et services de soins avec un système d'alerte sur les seuils critiques en produits essentiels et vitaux, gestion des péremptions (First Expire First Out) – L'identification et le stockage spécifiques pour les médicaments à risque d'erreur de nom ou de conditionnement (Look-Alike Sound-Alike (LASA)) ; ;Ç ni La gestion des médicaments stupéfiants /psychotropes (prescription, stockage, dispensation, suivi, élimination) – Le stockage des médicaments thermosensibles et la conduite à tenir en cas de rupture de la chaîne du froid – L'entretien et le nettoyage périodique des enceintes thermostatiques – La distribution des médicaments aux unités et services de soins – Le signalement des événements indésirables médicamenteux.
PHA 6.3	Le contrôle des procédures en est réalisé et documenté, et leur révision est effectuée périodiquement vigueur en concertation avec le Comité du médicament.

Documents ressources Procédures et Protocoles

Personnes ressources Pharmacien responsable · Coordonnateur qualité et gestion des Risques · Responsables des unités et services de soins · Personnel de la pharmacie

PHA 7	**Un dispositif de pharmacovigilance (médicaments, dispositifs médicaux, réactifs)**
PHA 7.1	Un correspondant de pharmacovigilance est identifié au sein de l'établissement et, le cas échéant, des référents sont identifiés dans les unités et services de soins.
PHA 7.2	Le personnel des unités et services de soins est formé à la pharmacovigilance.
PHA 7.3	Les supports de notification des événements indésirables médicamenteux sont disponibles et diffusés dans tous les unités et services de soins.
PHA 7.4	Un bilan de pharmacovigilance est réalisé chaque année et présenté au Comité du médicament.

Documents ressources Procédure de pharmacovigilance · Programme de formation à la pharmacovigilance · Liste de présence des participants à la formation · Support de notification des · Bilan annuel rie

Personnes ressources Pharmacien responsable · Correspondant "pharmacovigilance" · Personnel soignant

PHA 8	**Un bilan de l'activité de la pharmacie est réalisé chaque année.**
PHA 8.1	Une évaluation du fonctionnement de la pharmacie est réalisée au moins une fois par an.
PHA 8.2	Un bilan d'activité est Formalisé annuellement et présenté aux membres du Comité du Médicament. Il comprend notamment – Les budgets de fonctionnement ; Le, L'inventaire annuel en quantité et en valeur – La distribution des médicaments et des dispositifs médicaux par classes – Le nombre de non-conformités (de prescription, de stockage, de préparation, de dispensation, ...).
PHA 8.3	Un plan d'amélioration est élaboré à l'issue de ce bilan et validé par le Comité du Médicament.
PHA 8.4	Des actions correctives sont mises en œuvre à l'issue de ces évaluations.
Documents ressources Rapport d'inventaire annuel · Rapports d'audit · Bilan d'activité · Plan d'amélioration **Personnes ressources** Président du Comité du Médicament · Pharmacien responsable · Coordonnateur qualité gestion des risques · Personnel · Usagers	

Echelle11

3.2 Examens de laboratoire (EXL)

LIGNES DIRECTRICES

La notion de laboratoire intègre les activités de biologie clinique : biochimie, hématologie, microbiologie, parasitologie, immunologie et toxicologie si nécessaire.

Les analyses d'anatomo-pathologie sont sous la responsabilité d'un médecin spécialisé en anatomopathologique.

L'établissement doit disposer d'un laboratoire avec des zones distinctes pour l'accueil et la réalisation des prélèvements, ainsi que d'autres zones pour d'autres activités techniques ou les assurer par le biais d'une externalisation.

Le local pour l'accueil et la réalisation des prélèvements assure le respect total de la dignité des patients et la réalisation des prélèvements en toute sécurité.

La zone technique doit répondre à certaines spécifications techniques nécessaires au déroulement des activités propres au laboratoire (hauteur de paillasse, le nombre de prise etc.).

La sécurité du personnel à travers sa formation en matière de sécurité de santé au travail doit être assurée tout en mettant à leur disposition des équipements de protection individuelle.

Le formulaire de demande et les comptes rendus d'analyse doivent comprendre toutes les informations nécessaires pour une éventuelle prise en charge en toute sécurité.

La gestion des risques et l'amélioration de la qualité des prestations sont tributaires de la collecte, de l'analyse, du traitement et de l'exploitation des données des activités du service. Une évaluation externe est recommandée.

Les activités de transfusion sanguine, de la demande à l'utilisation des produits sanguins labiles, doivent respecter les normes de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance selon la réglementation en vigueur et le référentiel marocain de transfusion sanguine.

RÉFÉRENCES

EXL 1	**Les effectifs et la gestion des ressources humaines permettent d'assurer le fonctionnement optimisé du laboratoire.**
EXL 1.1	Le laboratoire est dirigé par un biologiste (médecin ou pharmacien) et dispose d'au moins un technicien de laboratoire.
EXL 1.2	Le laboratoire d'anatomie pathologique est sous la responsabilité d'un médecin spécialisé en anatomie pathologique et dispose d'au moins un technicien de laboratoire.
EXL 1.3	Une liste du personnel est établie et comprend : l'identité, le profil (grade, poste) et les coordonnées (adresse, téléphone ….,).
EXL 1.4	Des pièces justificatives attestant que le personnel bénéficie d'une formation continue en fonction des rôles et des responsabilités attribuées sont disponibles.
EXL 1.5	La formation en matière de sécurité et de santé au travail est assurée au personnel du laboratoire et documentée.
Documents ressources	Note de nomination · Liste du personnel · Programme de formation · Liste de présence des participants formation · Fiches de poste
Personnes ressources	Responsable des affaires médicales · Responsables de laboratoire

Echelle11

EXL 2 → Prioritaire	**Le laboratoire dispose de locaux et d'équipements adaptés à la réalisation de ses missions.**
EXL 2.1	Les locaux et les équipements sont conçus et répartis en fonction des activités – Une salle d'attente isolée est disponible – Les postes de prélèvernent sont séparés de manière à respecter la dignité du patient – Chaque activité dispose d'une zone et d'une paillasse spécifique – Pour chaque appareil une fiche d'utilisation est disponible – Les paillasses doivent être bien aérées, bien éclairées et de hauteur appropriée – Des lavabos spécifiques (à commande non manuelle) sont disponibles pour le lavage des mains avec distributeurs de savon liquide, papier essuie mains et poubelles à pédale.
EXL 2.2	1 existe un programme de maintenance préventive et curative des équipements du laboratoire.
EXL 2.3	Pour chaque appareil, une fiche d'étalonnage quotidienne est disponible (check-list) et les fiches d'interventions de maintenance sont tracées,
EXL 2.4	Les consignes de sécurité sont affichées et les produits de premiers secours sont disponibles, f À
Documents ressources Plan des locaux · Inventaire des équipements · Procédure de maintenance · Programme de maintenance · Fiche d'étalonnage · Fiches d'entretien · Fiches d'intervention · Consignes de sécurité **Personnes ressources** Responsables de laboratoire · Responsable des services techniques · Personnel	

EXL 3 → Prioritaire	**Le laboratoire garantit les conditions de sécurité pour le personnel et les patients et de l'environnement.**
EXL 3.1	Le laboratoire est doté d'équipements de protection individuelle (les gants, les lunettes, les blouses, les surblouses, les calots, les bavettes, ...) et les hottes aspirantes, le cas échéant.
EXL 3.2	Les liquides inflammables et les produits chimiques doivent être identifiés, séparés, étiquetés et stockés dans des locaux ou armoires spécifiques et fermés à clé.
EXL 3.3	Le bionettoyage des locaux est assuré sur la base de protocoles validés par le Comité de lutte contre les IAS ou équivalent.
EXL 3.4	L'élimination des échantillons biologiques est assurée conformément à une procédure validée.
Documents ressources Inventaire des équipements de protection individuelle · Protocoles de bionettoyage des locaux · Fiches d'entretien · Consignes de sécurité · Procédure d'élimination des échantillons biologiques **Personnes ressources** Responsables du laboratoire · Responsable d'hygiène · Personnel	

EXL 4 → Prioritaire	**Le laboratoire assure un service et une permanence 24 heures/24 et 7 jours/7.**
EXL 4.1	Les examens de laboratoire sont effectués sur place ou par délégation en conformité avec la législation, la réglementation ou les standards nationaux en vigueur pour répondre aux besoins des activités de l'établissement.

EXL 4.2	La liste actualisée des examens réalisés est communiquée à l'administration de l'établissement et aux unités et services de soins.
EXL 4.3	En cas de sous-traitance, un contrat est signé avec le prestataire, et les prestations fournies par le délégataire sont conformes au cahier des charges de l'établissement.

Documents ressources Liste des examens · Liste de garde · Contrats de sous-traitance

Personnes ressources Responsables de laboratoire

EXL 5 **→ Prioritaire**	**Des procédures, disponibles et diffusées, définissent les modalités de prise en charge des échantillons, de réalisation des examens et de transmission des résultats.**
EXL 5.1	Les modalités de prescription sont formalisées – La demande est signée par le médecin – Elle comporte l'identification du patient – Elle inclue les renseignements cliniques – Elle mentionne le nom de l'unité ou service de soins demandeur.
EXL 5.2	La procédure de collecte des échantillons/ prélèvements est définie : L'étiquetage correct des récipients d'échantillons – Le nom du patient – Le numéro du dossier du patient – Les modalités de prélèvement : types de tube, horaire de récupération des prélèvements – Les modalités de transport.
EXL 5.3	Les modes opératoires des analyses réalisées au laboratoire sont validées et révisées régulièrement – Les procédures répondent aux dernières recommandations scientifiques et à celles élaborées à l'échelle nationale – Elles sont mises à la disposition du personnel du laboratoire – Ilya une procédure pour assurer la priorité d'analyse en cas d'urgence.
EXL 5.4	Les résultats des analyses, validés par un biologiste, sont transmis conformément à une procédure précisant les modalités, les délais et les horaires de récupération.
EXL 5.5	Un registre des tests de laboratoire est établi, archivé et comporte outre l'identité des patients, la nature des analyses et les résultats des tests. La durée de conservation des archives est conforme à la réglementation en vigueur.

Documents ressources Procédures Manuel de prélèvement · Documents et modes opératoires · Registre des tests de laboratoire

Personnes ressources Responsables de laboratoire

EXL 6 **→ Prioritaire**	**Des méthodes de contrôle et de traçabilité garantissent la qualité des examens.**
EXL 6.1	Le responsable de laboratoire s'assure régulièrement que les examens répondent aux besoins des.unités et services de soins en termes de qualité et de délais de transmission.

Echelle11

EXL 6.2	Il existe un contrôle de qualité interne au laboratoire – Ce contrôle est planifié ; concerne les équipements, les réactifs et les analyses – Les résultats sont consignés sur le registre des contrôles de qualité interne et sont archivés pour une période minimale d'un – Les résultats sont utilisés pour améliorer les performances du laboratoire.

Documents ressources Procédures de contrôle interne · Rapports de contrôle · Registre de contrôle

Personnes ressources Responsables de laboratoire · Coordonnateur qualité et gestion des risques · Personnel du laboratoire · Médecins des services cliniques

EXL 7 → Prioritaire	**En fonction de ses activités, l'établissement dispose d'une structure de transfusion à proximité, auprès de laquelle il obtient des produits sanguins labiles en moins d'une demi-heure et qui satisfait les normes en vigueur.**
EXL 7.1	Il existe des procédures bien définies concernant au moins – Les modalités de la demande, de la réception et le transport des produits sanguins labiles – Conduites à tenir en cas d'accident transfusionnel (hémovigilance).
EXL 7.2	À défaut de structure de transfusion de proximité, l'établissement dispose d'un dépôt de produits sanguins labiles.
EXL 7.3	Si l'établissement dispose d'un dépôt de produits sanguins labiles, les produits sanguins sont conservés sous températures contrôlées – Le sang total et les culots globulaires sont conservés à une température variant entre 4°C et 6°C – Les plaquettes sont conservées à une température de 18° sous agitation continue ;e plasma est conservé à une température de 30°C.
EXL 7.4	Toute poche de sang total ou culot globulaire est accompagnée d'une carte de contrôle pré transfusionnelle.
EXL 7.5	La température des dispositifs de conservation est vérifiée, tracée et des systèmes d'alarmes seront déclenchés en cas de variation des températures au-dessus des seuils limites de sûreté. Le contrôle de la température est documenté et archivé.
EXL 7.6	Les tests préalables imposés à chaque receveur, comprennent – Le groupe sanguin ABO – Le facteur rhésus – Lesanticorps dépistés – La compatibilité ; Les informations susmentionnées sont attachées au sac de sang par le biais d'une étiquette collante "130

Documents ressources Procédures transfusionnelles · Modes opératoires · Document de contrôle des températures · Registre à souche de demande de PSL · Fiches d'hémovigilance · Carte de contrôle pré transfusionnel

Personnes ressources Responsable du dépôt de sang

EXL 8	**Un plan d'amélioration de la qualité relatif au laboratoire est élaboré. Il est cohérent avec le plan général d'amélioration de la qualité de l'établissement.**
EXL 8.1	Les données statistiques sur l'activité du laboratoire sont collectées dans un bilan annuel.

EXL 8.2	Elles sont analysées et exploitées à des fins d'évaluation.
EXL 8.3	Les résultats sont utilisés pour améliorer l'organisation et la qualité ses prestations fournies.
EXL 8.4	Le plan qualité est révisé annuellement et des actions correctives sont engagées.

Documents ressources Bilan annuel d'activité · Plan qualité

Personnes ressources Responsables dulaboratoire · Coordonnateur qualité et gestion des risques

Echelle11

3.3 Examens d'imagerie (IMA)

LIGNES DIRECTRICES

On regroupe sous le présent chapitre toutes les prestations d'imagerie médicale de radiologie, d'échographie, de résonance magnétique et de scannographie. Sont exclues de ce chapitre les prestations d'imagerie relevant de la médecine nucléaire.

De par sa construction; le service de radiologie doit disposer de zones spécifiques aux différentes activités et répondre aux normes requises de sécurité pour le personnel et les patients.

Le service de radiologie doit disposer d'un plateau technique approprié et bien maintenu, avec des fiches d'utilisation des appareilles disponibles et affichées ; ainsi que des procédures relatives à la réalisation des prestations d'imagerie. La continuité des prestations du service doit être assurée.

Les conditions de sécurité pour le personnel et les patients, de même que la formation du personnel en matière de sécurité de santé au travail doivent être assurées. Tous les membres du personnel doivent porter un dosimètre.

La gestion des risques et l'amélioration de la qualité des prestations sont menées en se basant sur l'exploitation des données collectées des activités du service. Une évaluation externe est recommandée.

RÉFÉRENCES

IMA 1 → Prioritaire	**Les effectifs et la gestion des ressources humaines assurent en permanence l'activité d'imagerie pour satisfaire aux besoins de l'établissement.**
IMA 1.1	Le responsable du service est un radiologue, aidé par un technicien en radiologie qualifié.
IMA 1.2	Le radiologue responsable du service et le cadre disposent d'une fiche de poste et figurent à l'organigramme de l'établissement.
IMA 1.3	Le service assure une permanence 24 heures/24 et 7 jours/7.
IMA 1.4	Une liste du personnel est établie et comprend l'identité, le profil (grade, poste) et les coordonnées (adresse, GSM).
IMA 1.5	Des pièces justificatives attestant que le personnel bénéficie d'une formation continue en fonction des rôles et des responsabilités attribuées sont disponibles.
IMA 1.6	La formation en matière de sécurité et de santé au travail est assurée au personnel et documentée.

Documents ressources Notes de nomination · Fiches de poste · Liste de garde · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation

Personnes ressources Responsable des ressources humaines · Responsables du service de l'imagerie · Personnel du service

Echelle 11

IMA 2 → Prioritaire	**Les locaux et les équipements du service d'imagerie sont adaptés à son activité**
IMA 2.1	Les locaux comportent au minimum les zones suivantes – Un site/Salle d'attente – Unite pour le développement manuel non numérisé ; Un site/Salle (avec négatoscope et un espace pour les dossiers) où sont rédigés les comptes rendus – Des vestiaires et des toilettes pour le personnel ; Des vestiaires et des toilettes pour les patients. ;)
IMA 2.2	Le Service est doté d'un plateau technique opérationnel adapté à son activité.
IMA 2.3	Les fiches d'utilisation des appareils d'imagerie sont disponibles et affichées.
IMA 2.4	Un programme de maintenance préventive et curative est établi et documenté pour tout le matériel conformément à la procédure de l'établissement. Il précise les composantes à examiner à chaque visite du service de maintenance. – Le programme de maintenance préventive est planifié avec l'administration de l'établissement – Les interventions de maintenance curatives sont réalisées dans les meilleurs délais (fiches d'intervention) ; Les opérations de maintenance préventive et curative sont documentées.
Documents ressources Plan des locaux · Inventaire des équipements · Fiches d'utilisation · Contrat de sous-traitance de la maintenance · Programme de maintenance · Fiches d'intervention **Personnes ressources** Responsables du service · Personnel du service · Responsable des services techniques	

IMA 3 → Prioritaire	**Des procédures décrivent l'ensemble des étapes de prestation d'imagerie.**
IMA 3.1	Les règles relatives aux conditions de prescription, de réalisation des examens et de communication des résultats sont formalisées.
IMA 3.2	Une procédure définit les critères pour assurer la priorité en cas d'urgence.
IMA 3.3	L'identité du patient, la date et le côté Droit ou Gauche sont notés sur tous les clichés qui sont mis dans des pochettes adéquates.
IMA 3.4	Les comptes rendus de radiologie sont rédigés, revus et signés par un radiologue dans un délai maximum de 72 heures après l'examen en dehors des cas urgents.
IMA 3.5	Un registre des examens est établi et inclus les examens effectués et leurs dates de réalisation et de remises.
IMA 3.6	Les modalités d'archivage des comptes rendus des patients et des registres au niveau du/des services de radiologie et des archives centrales de l'établissement sont bien définies.
Documents ressources Procédures · Prescriptions · Comptes rendus de radiologie · Registre d'examens **Personnes ressources** Médecins prescripteurs · Responsables du service · Personnel du service	

IMA 4 → Prioritaire	**Le service garantit les conditions de sécurité pour le personnel et les patients.**
IMA 4.1	La protection contre les rayonnements ionisants est assurée conformément aux exigences règlementaires – Les murs, les portes et les cabines de contrôle doivent être étanches aux rayonnements ionisants. Leur efficacité est régulièrement contrôlée et documentée par les autorités compétentes – Les zones doivent être définies et signalées (zone contrôlée, zone surveillée et zone publique) – La superficie des salles d'examens doit assurer les meilleures conditions de sécurité pour le personnel et pour les patients – La chambre noire/de développement est dotée de ventilateur – La surveillance dosimétrique individuelle du personnel affecté à travailler sous rayonnements ionisants est réalisée – La prévention de l'exposition des femmes enceintes aux radiations est assurée.
IMA 4.2	Les examens avec produits de contraste sont réalisés au niveau du service sous la responsabilité d'un radiologue ; Les moyens de prise en charge des incidents et accidents aux produits de contraste sont disponibles notamment – Intranules, sérum, tubulures, médicaments d'urgence : corticoïdes et adrénaline – Source d'oxygène, tensiomètre, laryngoscope, sacs de réanimation, sondes d'intubation. – La prise de voie veineuse jusqu'à la fin de l'examen est observée.
IMA 4.3	Un infirmier anesthésiste est présent pendant toute la durée des procédures requérant sa présence.
IMA 4.4	Le service dispose d'un chariot d'urgence contenant les équipements et dispositifs nécessaires, y compris le matériel pédiatrique – Une procédure décrit le contenu du chariot d'urgence, quotidiennement : 137 contrôlé et mis à jour – Sa localisation est signalée et connue du personnel du service – Le service garde un accès libre (fixe et/ou mobile) à l'oxygène et à l'aspiration – Le matériel électrique doit être chargé à tout moment.
IMA 4.5	Les déchets chimiques qui résultent du processus de développement et les déchets radioactifs sont entreposés ou éliminés régulièrement selon les normes de protection de l'environnement.
Documents ressources Relevé des dosimètres · Liste des équipements de protection · Procédure d'évacuation des déchets radioactifs Procédure d'utilisation du chariot d'urgence · Protocole pour les examens avec produits de contraste **Personnes ressources** Responsables du service · Personnel du service · Responsable d'hygiène · Infirmier anesthésiste · Médecin du travail	

IMA 5	**Un plan d'amélioration de la qualité relatif au service de radiologie est élaboré. Il est cohérent avec le plan général d'amélioration de la qualité de l'établissement.**
IMA 5.1	Les données d'activité sont rassemblées pour le service de radiologie/imagerie médicale dans un bilan annuel.

Echelle11

IMA 5.2	Des audits sont mis en œuvre (concernant, par exemple, la qualité des résultats d'examens et les délais de transmission).
IMA 5.3	Le plan d'amélioration de la qualité est constamment évalué et actualisé.
IMA 5.4	Des actions correctives d'amélioration sont engagées.

Documents ressources Bilan annuel d'activité · Rapports d'audit · Plan d'amélioration

Personnes ressources Responsables du service · Personnel du service · Coordonnateur qualité et gestion des risques

Echelle11

3.4 Bloc opératoire et anesthésie (BOA)

LIGNES DIRECTRICES

Le bloc opératoire est une structure de l'hôpital où sont pratiquées les interventions chirurgicales et les gestes d'anesthésie-réanimation dans le respect des normes de qualité et de sécurité pour le personnel et les patients.

Le bloc opératoire est un service à haut risque à l'intérieur de l'établissement et nécessite par conséquent une vigilance notamment en matière d'organisation des locaux et de gestion des risques.

Le bon fonctionnement du bloc opératoire nécessite

- La présence d'un personnel médical et infirmier multidisciplinaire
- La disponibilité des médicaments et des équipements appropriés
- Une organisation adéquate ; La réalisation des activités selon des procédures et des protocoles préétablis.

La prestation d'anesthésie sûre et efficace aux patients subissant des interventions chirurgicales programmées et urgentes constitue une composante vitale pour le bon fonctionnement de l'acte opératoire. Elle nécessite la collaboration du personnel du bloc opératoire.

Enfin un plan d'amélioration doit être mis en place suite à des activités d'évaluations.

RÉFÉRENCES

BOA 1	**Un comité de bloc opératoire est mis en place**
BOA 1.1	Un comité de bloc, présidé par un médecin désigné selon la Charte de bloc, est composé des professionnels suivants – Le directeur ou son représentant – L'infirmier chef du bloc – Un chirurgien de chaque spécialité ; Le chef de service d'anesthésie/ réanimation – Un infirmier de salle opératoire – Le responsable de la stérilisation – Toute autre personne ressource.
BOA 1.2	Le comité de bloc se réunit au Mains une fois par trimestre. Les procès-verbaux de toutes les réunions sont diffusés et conservés.
BOA 1.3	La charte du bloc opératoire est écrite, validée, révisée et disponible. Celle-ci comprend à minima – L'organisation générale du bloc – L'élaboration et le suivi du programme opératoire – La gestion des ressources humaines – La prise en charge du patient – Les règles d'hygiène – Les indicateurs de suivi.
BOA 1.4	Les missions du Comité de bloc sont définies et écrites dans la Charte.
Documents ressources	Charte du bloc opératoire · Procès-verbaux et compte rendus
Personnes ressources	Président du Comité de bloc · Infirmier chef du bloc · Membres du Comité de bloc

Echelle11

BOA 2 → Prioritaire	**La gestion des ressources humaines permet d'assurer un fonctionnement 24 h /24 du bloc opératoire.**
BOA 2.1	Un médecin (chirurgien ou anesthésiste) est désigné chef du bloc opératoire par les membres du Comité de bloc,
BOA 2.2	Les activités d'anesthésie sont sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur, aidé par un infirmier anesthésiste.
BOA 2.3	Un infirmier est désigné infirmier chef du bloc opératoire et ses missions sont définies dans une fiche de poste.
BOA 2.4	Une liste de tous les membres du personnel médical et non médical et de leurs coordonnées (adresse, téléphone) est disponible et couvrant des gardes ou astreinte 24 heures /24 et 7 jours/7. Elle concerne – Tous les chirurgiens et les anesthésistes – Tout le personnel infirmier – Les autres professionnels du bloc.
BOA 2.5	Une liste des coordonnées (adresse, téléphone) du personnel de garde des services de soutien (radiologie, laboratoire, transfusion, ...) est disponible au bloc opératoire.
BOA 2.6	La formation de tous les professionnels du bloc opératoire est organisée et suivie.
Documents ressources Note de nomination du médecin responsable du bloc · Liste des chirurgiens · Liste des anesthésistes du bloc · Note de nomination de l'infirmier chef du bloc · Liste des autres-professionnels-du bloc opératoire · Listes des gardes et astreintes du personnel du bloc · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation **Personnes ressources** Médecin chef du bloc · Infirmier chef du bloc · Responsable des affaires médicales · Responsables des soins infirmiers	

BOA 3 → Prioritaire	**Les locaux permettent d'assurer une prise en charge adaptée des patients au bloc opératoire.**
BOA 3.1	Les circuits sont identifiés (circulation des patients, des professionnels, du matériel ... du linge et des déchets) et respectent la marche en avant.
BOA 3.2	Le bloc opératoire est sécurisé et d'accès limité, séparé et réservé exclusivement à cette fin.
BOA 3.3	Le bloc opératoire dispose de salle(s) de repos et des zones opérationnelles suivantes – Seuil 1: douane avec 3 sas (transfert, vestiaire, matériel) et une salle de pré- désinfection – Seuil 2: une salle de réveil avec dépôts propres et zone de lavage chirurgical équipée d'appareils distributeurs de savon et/ou de produits antiseptiques qui peuvent être utilisés sans l'usage des mains – Seuil 3: salles opératoires septiques et aseptiques dont une salle dédiée aux urgences.
BOA 3.4	Un système de traitement d'air est opérationnel dans le bloc opératoire. Il assure le renouvellement d'air d'un seuil à un autre et fait l'objet d'une maintenance régulière (changement de filtres ou de lampes UV).
Documents ressources Plans du bloc opératoire · Programme de maintenance du traitement de l'air **Personnes ressources** Médecin chef du bloc Infirmier chef du bloc · Responsable d'anesthésie · Personnel du bloc opératoire · Responsable des services techniques	

BOA 4	**Le bloc opératoire dispose d'une salle de réveil opérationnelle.**
BOA 4.1	La salle de réveil est sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste. La responsabilité de la surveillance en salle d'anesthésie est définie et documentée dans la Charte du bloc.
BOA 4.2	La salle de réveil est équipée du matériel de réanimation nécessaire (appareil de la surveillance de la transmission neuromusculaire)
BOA 4.3	Un infirmier est présent à tout moment auprès des patients en salle de réveil.
BOA 4.4	La salle de réveil permet de séparer les adultes des enfants.
BOA 4.5	Une procédure de prise en charge des patients en salle de réveil est élaborée (de l'entrée à la sortie validé médicalement)

Documents ressources Charte du bloc · Plans du bloc opératoire ; Inventaire des équipements de la salle de réveil · Document de procédure

Personnes ressources Médecin chef du bloc · Infirmier chef du bloc · Responsable d'anesthésie · Personnel du bloc opératoire · Responsable des services techniques

BOA 5 → Prioritaire	**Le bloc opératoire dispose des médicaments et des équipements nécessaires à la prise en charge adaptée des patients.**
BOA 5.1	Une procédure décrit les modalités d'approvisionnement du bloc opératoire en médicaments et en dispositifs médicaux.
BOA 5.2	Une procédure décrit la composition et les modalités de gestion du chariot d'urgence au bloc opératoire.
BOA 5.3	Une procédure décrit les modalités de gestion des stocks et de vérification des péremptions.
BOA 5.4	La maintenance préventive et curative de tous les équipements (du bloc et de l'anesthésie) est organisée et suivie.

Documents ressources Procédures · Programme de maintenance

Personnes ressources Médecin chef du bloc · Infirmier chef du bloc · Responsable d'anesthésie · Personnel du bloc opératoire · Responsable des services techniques

Echelle11

BOA 6	**Les professionnels du bloc opératoire disposent des documents nécessaires à leur mission (charte, procédures/protocoles, …).**
BOA 6.1	Les documents du bloc opératoire sont validés par le Comité de bloc et comprennent à minima – La procédure d'admission au bloc opératoire, en salle d'opération et le transfert du bloc après l'intervention – Le programme opératoire tenant compte des priorités et des cas urgents – La check-list de vérification préopératoire – Les protocoles chirurgicaux et anesthésiques pour chaque acte opératoire – Les protocoles de nettoyage des salles d'opération entre les interventions – Les procédures de préparation et de maintenance des salles d'opération ; Les protocols d'asepsie ; Les protocoles d'anesthésie générale et loco-régionale ; Les règles de sécurité du patient (risques anesthésiques, brûlures, choc, chute…) ; Les règles de sécurité du personnel (surtout vis-à-vis des radiations, de la fluoroscopie, de l'emploi du laser, du gaz et vapeur anesthésiques, blessures par objets tranchants, maladies transmissibles…) – Les protocoles d'usage des sédatifs/les traitements contre la douleur – Les mesures de précautions standards/universelles.
BOA 6.2	Les procédures de chirurgie de jour précisent la procédure d'admission et de sortie, les critères d'admission et de sortie et les informations concernant les soins et le suivi.
BOA 6.3	Des formulaires d'anesthésie assurent la traçabilité de la prise en charge anesthésique en per et post opératoire.
BOA 6.4	Un registre de la salle d'opération est mis en place. Ce registre comprend au moins – L'identification du patient, du chirurgien, de l'anesthésiste – La date et l'heure de l'intervention – Le compte rendu opératoire.
BOA 6.5	Le dossier du patient (y compris le patient en chirurgie ambulatoire) et des fiches de transmission écrites par les différents professionnels permettent la continuité de la prise 146 en charge du patient pré, per et postopératoire. Il doit contenir principalement – Le dossier complet du patient (radiologie, consentement, fiche d'anesthésie, fiche de réanimation écrite par le chirurgien, fiche de transfert, fiche d'anatomie pathologique, check-list, compte rendu opératoire, …) – La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et de transfusion.
Documents ressources Protocoles et Procédures · Registre de la salle d'opération **Personnes ressources** Médecin chef du bloc · Infirmier chef du bloc · Responsable d'anesthésie Personnel du bloc opératoire	

BOA 7 **→ Prioritaire**	**La programmation opératoire est organisée et suivie.**
BOA 7.1	Les règles de programmation sont précisées dans la Charte du bloc.
BOA 7.2	L'intégration et la hiérarchisation des urgences sont définies dans les règles de programmation.

Echelle11

BOA 7.3	Un staff de programmation est organisé toutes les semaines. La composition du staff hebdomadaire comprend à minima un anesthésiste, un chirurgien, un infirmier chef de bloc. Peuvent y être associés l'infirmier responsable de la stérilisation, le(s) infirmier(s) responsable(s) de(s) service(s) de chirurgie, ...).
BOA 7.4	Le programme opératoire est diffusé à tous les services de chirurgie.
BOA 7.5	Un compte-rendu de la programmation et le suivi des dysfonctionnements sont formalisés.

Documents ressources Règles de programmation · Comptes rendus de la programmation · Programmes opératoires

Personnes ressources Médecin chef du bloc · Infirmier chef du bloc Responsable d'anesthésie · Personnel du bloc opératoire · Personnel de chirurgie de jour

BOA 8 **→ Prioritaire**	**La prise en charge des patients garantit la qualité et la sécurité des soins en pré, per et post opératoire.**
BOA 8.1	L'établissement organise, sur la base de procédures, la disponibilité 24 h/24 et – D'une unité de radiologie mobile – D'un service de réanimation – Des services de laboratoire – De pharmacie – De produits sanguins labiles – De capacités de transfert des patients d'un établissement à un autre.
BOA 8.2	Des consultations et des visites pré anesthésiques sont effectuées par le médecin anesthésiste quel que soit le type de chirurgie (majeure, ambulatoire, mineure) – Les patients devant bénéficier d'une anesthésie programmée doivent être vus en consultation pré anesthésique par un médecin anesthésiste réanimateur et ce à distance de l'acte, de préférence plusieurs jours avant – Une visite pré anesthésique est réalisée la veille ou le jour de l'acte par le médecin anesthésiste.
BOA 8.3	Un système de transport pour le bloc opératoire avec le personnel nécessaire est disponible.
BOA 8.4	La check-list de la sécurité du patient au bloc opératoire est mise en œuvre pour toute intervention par l'équipe opératoire. L'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux participent au renseignement de la check-list du bloc.
BOA 8.5	Les dispositifs médicaux (compresses, aiguilles et instruments) utilisé durant l'intervention sont énumérés dans une liste au début et à la fin de l'intervention.
BOA 8.6	L'établissement dispose d'une unité séparée pour les patients subissant une petite chirurgie.

Documents ressources Charte du bloc opératoire · Check-list sécurité patient · Procédures · Règles d'organisation pour consultations et visites pré anesthésiques

Personnes ressources Médecin chef du bloc Infirmier chef du bloc Responsable d'anesthésie · Personnel du bloc opératoire

BOA 9 → Prioritaire	**Un plan d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en œuvre pour le bloc opératoire.**
BOA 9.1	Des indicateurs d'activité et de performance sont recueillis conformément aux règles édictées dans le Charte du bloc.
BOA 9.2	Les événements indésirables survenant dans le bloc opératoire font l'objet d'une notification et d'un traitement approprié.
BOA 9.3	Les indicateurs et les événements indésirables sont présentés et discutés au Comité de bloc.
BOA 9.4	E plan d'amélioration est élaboré et validé par le Comité de bloc.

Documents ressources Charte de bloc · Tableau de bord · Rapport des événements indésirables · Plan d'amélioration ' . 4. HYGIENE ET SECURITE

Personnes ressources Président du Comité de bloc · Médecin chef du bloc · Infirmier chef du bloc · Responsable d'anesthésie · Coordonnateur qualité et , gestion des risques · Personnel du bloc opératoire

Echelle11

4. Hygiène et sécurité

Echelle11

4.1 Nettoyage et désinfection des locaux et surfaces (NDL)

LIGNES DIRECTRICES

L'objectif du nettoyage et de la désinfection des locaux et surfaces est d'assurer un environnement propre au sein de l'établissement hospitalier, ainsi que de limiter la transmission des contaminants au personnel, aux patients et aux visiteurs.

Cette activité nécessite un responsable veillant sur tout le processus, qu'il soit sous- traité ou non, ainsi qu'un plan d'action qui doit inclure

- La définition, selon le degré de contamination, des zones de l'établissement hospitalier à risques élevés,
- L'élaboration des procédures spécifiques pour leur nettoyage et désinfection, ainsi que le matériel et les produits chimiques utilisés
- La lutte anti-vectorielle pour toutes les zones de l'établissement
- La formation continue, théorique et pratique, du personnel sur les aspects d'activité du nettoyage et de désinfection
- L'évaluation des activités de nettoyage et de désinfection des locaux et des surfaces.

RÉFÉRENCES

NDL 1 → Prioritaire	**L'activité de nettoyage et de désinfection des locaux est organisée.**
NDL 1.1	Une personne de l'établissement, formée ou ayant une expérience, est désignée responsable de l'activité de nettoyage et de désinfection des locaux et ses missions sont formalisées dans une fiche de poste.
NDL 1.2	Le responsable de l'activité de nettoyage et de désinfection des locaux possède un manuel d'orientation comprenant – Une partie sur les questions concernant l'établissement – Une partie pour l'activité de nettoyage et désinfection des locaux.
NDL 1.3	L'établissement dispose de la liste du personnel chargé du nettoyage des locaux qui comprend : L'identité – Lescoordonnées (adresse, GSM…).
NDL 1.4	Un programme de formation continue est mis en œuvre pour tout le personnel assurant l'activité de nettoyage et de désinfection des locaux, notamment en matière de – Risque hospitalier – Sécurité et santé au travail – Nettoyage spécifique pour les différentes zones de l'hôpital (urgence, cuisine, sanitaires.) – Utilisation des produits chimiques.
NDL 1.5	Les produits inflammables et le matériel constituant un risque d'incendie sont stockés dans un lieu sûr et de manière appropriée.
Documents ressources Contrat de sous-traitance · Fiches de poste du personnel chargé du nettoyage · Procédures · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation **Personnes ressources** Responsable d'hygiène · Personnel chargé de nettoyage	

Echelle11

NDL 2 → Prioritaire	**Une évaluation du risque infectieux est réalisée et validée par le Comité de lutte contre les IAS.**
NDL 2.1	L'EOH réalise une évaluation du risque infectieux des différentes zones d'activités.
NDL 2.2	Le Comité de lutte contre les IAS valide l'évaluation du risque infectieux et établit un zonage.

Documents ressources Rapport d'évaluation du risque infectieux · Compte rendu/ PV de la réunion du Comité de lutte contre les IAS relative à la validation de l'évaluation

Personnes ressources Comité de lutte contre les IAS · Responsable EOH · Responsable d'hygiène

NDL 3 → Prioritaire	**Le personnel chargé du nettoyage dispose des procédures et des équipements nécessaires.**
NDL 3.1	Des procédures et des protocoles validés par le Comité de lutte contre les IAS sont ; disponibles mentionnant les règles de nettoyage, les produits chimiques, ainsi que le matériel utilisé pour – Les parties communes ; Les secteurs d'hospitalisation – Le bloc opératoire ; La stérilisation – Lesaires de soins intensifs – Les chambres d'isolement – Les laboratoires – Les unités d'imagerie ; Les salles de consultations – Les secteurs logistiques (cuisines, lingerie) – Les secteurs administratifs.
NDL 3.2	Un protocole décrit les règles de nettoyage d'urgence des tâches dangereuses, exemple: liquides organiques, produits chimiques, etc.
NDL 3.3	Un protocole décrit les règles de traitement spécifique d'éléments présentant un risque de contamination biologique et/ou des excréments.
NDL 3.4	Le matériel de nettoyage est propre et bien entretenu sur la base de protocoles.
NDL 3.5	Un système de codage documenté est utilisé pour le matériel dans des zones spécifiques.
NDL 3.6	Les règles de stockage et d'utilisation des produits chimiques sont formalisées dans des documents validés par le Comité de lutte contre les IAS.

Documents ressources Contrat de sous-traitance · Procédures et protocoles

Personnes ressources Comité de lutte contre les IAS · Responsable EOH · Responsable d'hygiène · Personnel chargé de nettoyage

NDL 4 → Prioritaire	**Un programme de lutte anti-vectorielle est mis en place et documenté pour toutes les zones de l'établissement.**
NDL 4.1	Un protocole décrit les modalités de lutte anti-vectorielle.
NDL 4.2	Un document sur les caractéristiques et les dangers des produits utilisés est affiché. Il concerne tous les pesticides en usage dans l'établissement.

Echelle11

NDL 4.3	L'établissement apporte la preuve que le contrôle des rongeurs et la dératisation sont réalisés régulièrement au sein de l'établissement et particulièrement dans les cuisines.

Documents ressources Protocole de lutte anti vectorielle · Fiches produits · Programme de lutte anti-vectorielle · PV de réalisation du programme

Personnes ressources Responsable de l'EOH · Responsable d'hygiène · Personnel chargé de l'activité de lutte contre les vecteurs

NDL 5 → Prioritaire	**Une évaluation de l'entretien des locaux et des surfaces est réalisée régulièrement.**
NDL 5.1	Un programme de prélèvement de surfaces dans les secteurs à risque est mis en œuvre.
NDL 5.2	Des actions d'évaluation (audits, contrôles, ...) sont réalisés sur la base d'un plan d'évaluation validé par le Comité de lutte contre les AS.
NDL 5.3	Les résultats sont présentés aux membres du Comité de lutte contre les IAS.
NDL 5.4	Un plan d'amélioration est élaboré, mis en œuvre et suivi.

Documents ressources Programme de prélèvement · Rapports d'évaluation · Comptes rendu/PV de la réunion du Comité de lutte contre les IAS relative à la validation du plan d'évaluation · Plan d'amélioration

Personnes ressources Comité de lutte contre les lAS · Responsable de l'EOH · Responsable d'hygiène

Echelle11

4.2 Gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques (DEC)

LIGNES DIRECTRICES

L'activité des établissements hospitaliers génère des quantités importantes de déchets médicaux et pharmaceutiques (déchets assimilés aux déchets ménagers, déchets à risque infectieux, à risque chimique, toxique). Les déchets radioactifs ne sont pas concernés par ce chapitre.

En tant que générateur de déchets, l'établissement hospitalier est responsable des déchets qu'il produit. Il organise tout le processus, du tri à l'élimination, tout en respectant les règles d'hygiène, la sécurité du patient et du personnel et en tenant compte du coût financier.

Pour atteindre l'objectif escompté d'une gestion rationnelle et sécurisante des déchets, l'établissement doit mettre en place un plan de gestion interne des déchets qui détermine les objectifs, les activités, les ressources nécessaires, les intervenants avec leurs attributions ainsi que les mécanismes de suivi et d'évaluation.

Une unité ou un membre du personnel, selon la taille de l'établissement, dûment formé est désigné pour diriger les activités de gestion des déchets qui doivent être réalisées en respectant la réglementation en vigueur et selon des procédures préétablies et diffusées dans tout l'établissement. A cet effet, tout le personnel soignant et manipulant les déchets médicaux et pharmaceutiques doit bénéficier des séances de sensibilisation et de formation régulières en matière de gestion de ces déchets.

Enfin un plan d'amélioration doit être mis en place suite à des activités de supervision, de contrôle et d'évaluation.

RÉFÉRENCES

DEC 1 → Prioritaire	**L'établissement dispose des ressources en personnel pour assurer la gestion des déchets.**
DEC 1.1	Un professionnel dûment formé est désigné responsable de la gestion des déchets.
DEC 1.2	Une fiche de poste définit les attributions du responsable de la gestion des déchets.
DEC 1.3	L'unité chargée de la gestion des déchets figure dans l'organigramme de l'établissement.
DEC 1.4	L'établissement dispose d'un programme de formation, d'information et de sensibilisation du personnel en matière de gestion des déchets.
Documents ressources	Note de nomination ; e Fiche de poste · Organigramme · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation
Personnes ressources	Responsable d'hygiène et/ou · Responsable de la gestion des déchets

DEC 2 → Prioritaire	**La gestion des déchets est organisée sur la base d'une procédure conforme aux exigences réglementaires.**
DEC 2.1	Une procédure validée par le Comité de lutte contre les IAS définit les règles de gestion des différents types de déchets.
DEC 2.2	Le tri des déchets par catégorie au moment de leur génération est contrôlé.
DEC 2.3	Le personnel est formé à la gestion des déchets.

Documents ressources Contrat de sous-traitance · Procédure de gestion des déchets · Grille de contrôle de tri des déchets ® Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation

Personnes ressources Comité de lutte contre les IAS · Responsable d'hygiène · Responsable de la gestion des déchets · Chefs de services et unités de soins · Personnel

DEC 3 → Prioritaire	**Les déchets sont stockés dans des locaux réservés exclusivement à cet effet.**
DEC 3.1	À proximité de chaque service/unité de soins, un local répondant aux normes en vigueur est disponible pour le stockage intermédiaire des déchets.
DEC 3.2	Au moins une fois par jour, les déchets sont collectés et déposés au site de stockage final. Des chariots adaptés sont réservés exclusivement à cette activité.
DEC 3.3	L'établissement dispose d'un local réservé exclusivement au stockage final des déchets solides et répondant aux normes en vigueur.
DEC 3.4	Les locaux de stockage disposent de containers solides et résistants à la perforation.
DEC 3.5	Les locaux et les équipements de stockage sont nettoyés et désinfectés quotidiennement sur la base d'un protocole validé par le Comité de lutte contre les IAS.

Documents ressources Contrat de sous-traitance · Procédures · Protocole d'entretien des locaux et des équipements de stockage

Personnes ressources Comité de lutte contre les IAS · Responsables d'hygiène · Responsable de la gestion des déchets · Chefs de services/ unités de soins

DEC 4 → Prioritaire	**Les déchets d'activités de soins sont éliminés de façon appropriée.**
DEC 4.1	Le traitement des déchets est effectué en interne ou sur la base d'un contrat avec une société externe autorisée.
DEC 4.2	Il y a un système d'évacuation des excréments – L'évacuation ultime des eaux usées est assurée par un réseau public – Un schéma du réseau d'assainissement doit être disponible à la direction – Des dossiers attestant des activités de maintenance doivent être tenus.
DEC 4.3	L'établissement a mis en place une gestion appropriée des déchets liquides.

Documents ressources Contrats de sous-traitance procédures Plans des réseaux

Personnes ressources Responsables d'hygiène · Responsable de la gestion des déchets · Responsable des services techniques

DEC 5 → Prioritaire	**Des mécanismes de suivi, de supervision, de contrôle et d'évaluation de la gestion des déchets sont mis en place et donnent lieu à des plans d'amélioration.**
DEC 5.1	Les sacs et les containers portent des étiquettes indiquant la nature des déchets, l'unité ; de leur génération et les dates de.leur dépôt.
DEC 5.2	Un registre où sont consignés les quantités, le type, la nature et l'origine des déchets est mis en place.

DEC 5.3	Un bordereau de suivi est mis en place si l'élimination des déchets est faite à l'extérieur met de l'établissement.
DEC 5.4	Des mécanismes de contrôle de la qualité des moyens de collecte, de transport interne et de stockage des déchets sont mis en place – Un contrôle régulier des containers et matériels relatifs à la gestion des déchets – Un contrôle microbiologique inopiné des containers et matériels relatifs à la gestion des déchets.
DEC 5.5	Les résultats des évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.

Documents ressources Contrat de sous-traitance Registre et bordereaux de suivi · Rapports de contrôle · Résultats des contrôles microbiologiques · Plan d'amélioration

Personnes ressources Responsable d'hygiène · Responsable de la gestion des déchets Comité de lutte contre les IAS

Echelle11

4.3 Prévention du risque infectieux (PRI)

LIGNES DIRECTRICES

La lutte contre le risque infectieux est une priorité en milieu de soins. Selon l'OMS, la fréquence des infections associées aux soins (IAS) varie entre 5 et +0%. Au vu de l'importance de ce risque (fréquence élevée, gravité potentielle, impact socio-économique considérable) et du caractère potentiellement évitable d'une bonne proportion des IAS, la lutte et la prévention de ces infections doivent être une priorité institutionnelle, en accordant un rang de priorité élevée aux secteurs et activités à haut risque infectieux. Ainsi, la gestion du risque infectieux comprend deux axes

- La prévention de ce risque
- Le contrôle des infections acquises au cours des soins. Pour y parvenir, l'établissement hospitalier doit mettre en place une instance de lutte contre les infections associées aux soins, qui sera chargée de définir et de suivre le programme de lutte contre le risque infectieux. Les actions du programme seront mises en œuvre par une équipe opérationnelle d'hygiène et des référents au niveau des différents services et unités de soins de l'établissement. Le dispositif de lutte contre les IAS repose sur
- L'élaboration de procédures et protocoles, en particulier pour le lavage des mains
- L'élaboration et l'exécution d'un plan de formation, en matière de lutte contre les IAS
- La disponibilité et l'accessibilité aux équipements de protection individuelle pour le personnel
- L'information des patients et de leur entourage sur les activités et les principes de lutte contre les IAS. Par ailleurs, une surveillance à partir de l'unité de soins et du laboratoire de microbiologie ou mixte est mise en place. Enfin, l'établissement hospitalier procède à une évaluation des activités du programme de lutte contre les AS.

La gestion du risque infectieux doit être intégrée à toutes les activités de l'établissement, notamment pour la réalisation des travaux de construction et de réaménagement, ainsi que pour l'externalisation des activités d'hôtellerie (nettoyage, gestion des déchets, Blanchisserie, et restauration, etc.).

RÉFÉRENCES

PRI 1 → Prioritaire	**Un Comité de lutte contre les IAS est mis en place au sein de l'établissement.**
PRI 1.1	La composition du Comité est appropriée par rapport aux ressources de l'établissement.
PRI 1.2	Le règlement intérieur défini les modalités de fonctionnement du Comité de lutte contre les IAS,
PRI 1.3	Les activités du Comité comprennent au minimum : La définition de la politique de lutte contre les infections associées aux soins – La validation des procédures et protocoles relatifs à la lutte contre les infections associées aux soins – La validation du plan d'action annuel élaboré par l'EOH sur la lutte contre les IAS – Le suivi et l'évaluation annuelle des actions mises en œuvre par l'EOH – L'élaboration d'un programme de formation relatif à la lutte contre les IAS – La rédaction d'un bilan annuel et sa diffusion aux professionnels de santé.

PRI 1.4	Le Comité est consulté pour orienter des activités pouvant avoir des conséquences en termes d'hygiène, notamment – Les projets d'aménagement des locaux – L'organisation des circuits – L'acquisition des équipements ou du matériel – La programmation des travaux de construction.
PRI 1.5	Le Comité se réunit au moins 4 fois par an.
PRI 1.6	Chaque réunion fait l'objet d'un ordre du jour et d'un compte-rendu.

Documents ressources Règlement intérieur du Comité · Politique de lutte contre les IAS · Plan d'action annuel · Bilan annuel d'activités · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation · Procédures et protocoles · Compte rendu/PV des réunions Comité de lutte contre les IAS.

Personnes ressources Comité de lutte contre les IAS · Responsable de l'EOH · Responsable des services techniques

PRI 2	**Une équipe opérationnelle d'hygiène est mise en place dans l'établissement.**
PRI 2.1	La responsabilité de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est confiée à un médecin ou un infirmier diplômé en hygiène hospitalière, ou à défaut ayant une formation qualifiante dans le domaine.
PRI 2.2	L'équipe opérationnelle d'hygiène a pour mission de conseiller, coordonner et mettre en place les actions sur le terrain.
PRI 2.3	L'équipe opérationnelle d'hygiène dispose des moyens nécessaires à l'exercice de ses missions.
PRI 2.4	Chaque service et unité de soins identifie un référent "hygiène".
PRI 2.5	Les référents "hygiène" sont formés pour l'exercice de leurs missions.

Documents ressources Fiches de poste des membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène · Liste des référents "hygiène" · Attestations de formation des référents "hygiène"

Personnes ressources Comité de lutte contre les IAS · Responsable de l'EOH · Membres de l'EOH Référents "hygiène"

PRI 3 **→ Prioritaire**	**L'établissement dispose d'un système de traitement d'air.**
PRI 3.1	Un système de traitement d'air (filtration et pression et débit) adaptée est mis en place au moins dans les secteurs suivants : . _... * Les salles opératoires – Les chambres d'isolement des patients – La zone de réception du linge sale dans la blanchisserie – La zone des préparations stériles à la pharmacie – La zone de décontamination et la zone de conditionnement de l'unité de stérilisation.
PRI 3.2	La maintenance préventive et curative des installations de traitement d'air est assurée régulièrement.

Documents ressources Rapports de qualification des installations de traitement d'air · Contrats de maintenance · Rapports d'intervention Rapports de contrôle microbiologique de la qualité de l'air

Personnes ressources Responsable des services techniques · Responsables des services unités de soins

PRI 4	**Des procédures de lutte contre les infections associées aux soins sont disponibles dans tous les services et unités de soins.**
PRI 4.1	Les procédures concernent à minima : ; 9 L'hygiène des mains – L'utilisation des antiseptiques et des désinfectants – La prévention et le contrôle des épidémies – L'isolement – Le pansement – Les soins invasifs (intubation, ...) – L'utilisation appropriée des équipements de protection individuelle – Les accidents d'exposition au sang.
PRI 4.2	Les protocoles d'antibiothérapie et d'antibioprophylaxie sont disponibles et mises à jour régulièrement.
PRI 4.3	Les procédures et les protocoles sont validés par le Comité de lutte contre les IAS Lu PORC
PRI 4.4	Les procédures et les protocoles sont disponibles dans les services et unités de soins.
Documents ressources Procédures et protocoles Compte rendu/ de validation parle Comité de lutte contre les IAS **Personnes ressources** Comité de lutte contre les IAS · Responsable de l'EOH · Référents hygiène · Coordonnateur qualité et gestion des risques . · Personnel des services et unités de soins	

PRI 5 **→ Prioritaire**	**Il existe un dispositif de promotion de l'hygiène des mains.**
PRI 5.1	Dans les unités de soins, le personnel dispose de points de lavage des mains avec du savon liquide, du papier essuie mains et des poubelles à pédale.
PRI 5.2	Un protocole de lavage des mains, validé par le Comité de lutte contre les AS, est affiché au-dessus de tous les lavabos.
PRI 5.3	Le programme de formation intègre l'hygiène des mains.
PRI 5.4	Les solutions hydro-alcooliques sont disponibles dans les services et unités de soins, et utilisées par le personnel soignant.
PRI 5.5	Des informations sont mises à la disposition des patients et de leur entourage sur les activités et les principes de lutte contre les infections associées aux soins.
Documents ressources Inventaire des postes de lavage · Protocole de lavage des mains · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation · Supports d'information des patients **Personnes ressources** Comité de lutte contre les IAS · Responsable de l'EOH · Responsable d'hygiène · Référents "hygiène" · Responsables desunitésde soins · Personnel	

PRI 6 **→ Prioritaire**	**Le dispositif de lutte contre les infections associées aux soins est validé par le Comité de lutte contre les IAS.**
PRI 6.1	Les actes et les secteurs à risque sont identifiés.
PRI 6.2	Le laboratoire de microbiologie apporte un soutien effectif dans la lutte contre les IAS.
PRI 6.3	La pharmacie apporte un soutien effectif dans le choix et le suivi de la consommation des antibiotiques "cibles" dans les unités de soins.

PRI 6.4	Des équipements de protection individuelle contre le risque infectieux sont mis à la disposition du personnel.
PRI 6.5	Un programme de formation intégrant tous les aspects de lutte contre les IAS est élaboré et mis en œuvre.

Documents ressources Zonage des risques infectieux · Liste des équipements de protection · Document justifiant l'intervention du; laboratoire · Document de suivi de la consommation des antibiotiques · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation

Personnes ressources Comité de lutte contre les IAS Responsable de l'EOH · Responsable de la pharmacie Responsable de laboratoire · Personnel soignant

PRI 7 → Prioritaire	**Il existe un programme de maîtrise (prévention et lutte) de la diffusion des bactéries multi résistantes (BMR).**
PRI 7.1	Le dispositif de lutte contre les bactéries multi-résistantes est validé par le comité.
PRI 7.2	Le laboratoire alerte le service dès l'identification d'une BMR.
PRI 7.3	Un suivi de l'évolution du taux des bactéries résistant aux antibiotiques est assuré.
PRI 7.4	Des protocoles sont disponibles sur la conduite à tenir en cas d'infection à BMR.
PRI 7.5	Le personnel est formé à la lutte contre les BMR.
PRI 7.6	Le patient est informé en cas d'infection à BMR.

Documents ressources Compte rendu/ PV de réunion du Comité de lutte contre les IAS · Cartographie desBMRauseinde l'établissement · Protocole de CAT en cas d'infection par BMR · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation

Personnes ressources Comité de lutte contre les IAS Responsable de l'EOH · Responsables de services unités de soins · Référents « hygiène · Personnel soignant

PRI 8 → Prioritaire	**Une surveillance épidémiologique est mise en place.**
PRI 8.1	La surveillance est conforme aux objectifs nationaux, elle comprend, mais ne se limite pas, aux – Infections de site opératoire ; Infections liées aux cathéters – Bactériémies et pneumopathies acquises en réanimation – Modes d'infection – Nombres de cas détectés durant une période spécifique.
PRI 8.2	Les résultats de la surveillance épidémiologique sont utilisés pour formuler des actions correctives.
PRI 8.3	Une procédure décrit la conduite à tenir en cas de phénomène épidémique.
PRI 8.4	Le personnel soignant est formé à la conduite à tenir en cas de phénomène épidémique.
PRI 8.5	Le programme de surveillance épidémiologique figure dans le bilan annuel du Comité de lutte contre les IAS.

Documents ressources Plan de surveillance · Résultats de surveillance · Bilan annuel du comité · Procédure de CAT · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation

Personnes ressources Comité de lutte contre les IAS Responsable de l'EOH · Responsable d'hygiène Responsables des services [unités de soins · Personnel soignant

PRI 9	**Un plan d'action relatif à la lutte contre les infections associées aux soins est mis en œuvre.**
PRI 9.1	Le plan d'action proposé par l'EOH est validé par le Comité de lutte contre les IAS.
PRI 9.2	Le plan d'action contient les indicateurs de performance colligés dans un tableau de bord.
PRI 9.3	Les résultats sont présentés au Comité de lutte contre les IAS.
PRI 9.4	Le plan d'action est revu annuellement.

Documents ressources Plan d'action · Compte rendu/PV de réunions du Comité de lutte contre les IAS Tableau de bord

Personnes ressources Comité de lutte contre les IAS Responsable de l'EOH · Responsable d'hygiène

PRI 10	**Une évaluation de la politique de prévention du risque infectieux est réalisée au moins une fois par an et présentée aux membres du Comité de lutte contre les IAS.**
PRI 10.1	Des actions d'évaluation (audits, auto-évaluation, ...) sont menées chaque année sous la coordination de l'EOH.
PRI 10.2	Les résultats sont présentés aux membres du Comité de lutte contre les IAS, aux référents "hygiène" et au personnel soignant.
PRI 10.3	Un plan d'amélioration est élaboré à l'issue des évaluations.

Documents ressources Documents d'évaluation · Compte rendu du Comité · Plan d'amélioration

Personnes ressources Comité de lutte contre les IAS Responsable de l'EOH · Responsables des services unités de soins · Référents "hygiène" L e Personnel soignant

Echelle11

4.4 Stérilisation (STE)

LIGNES DIRECTRICES

La stérilisation est une opération permettant d'éliminer ou de tuer les microorganismes portés par un milieu contaminant. En milieu hospitalier, c'est une arme essentielle pour la lutte contre les infections associées aux soins et constitue de ce fait, l'un des maillons de l'hygiène. La gestion de l'unité de la stérilisation est assurée par un pharmacien, assisté par des professionnels formés en matière de stérilisation. Pour la réalisation de cette activité sur place, l'établissement doit disposer essentiellement

- D'un site où s'effectue tout le processus de la stérilisation tout en respectant le principe de la marche en avant et la séparation des zones pour chaque activité: zone de lavage (zone sale), zone de conditionnement et zone sortie stériles (zones propres)
- D'équipements permettant la réalisation de tout le processus avant passage à la stérilisation proprement dite
- Des stérilisateurs avec des rapports attestant la conformité à l'installation et le fonctionnement, ainsi que celle des paramètres de chaque cycle de stérilisation
- D'un programme de maintenance des équipements, opérationnel et bien suivi
- D'un système de contrôle et de suivi de toutes les étapes du processus de stérilisation. Toutes les activités de stérilisation doivent se faire selon des procédures et protocoles validés. Cette activité peut être assurée par l'établissement ou sous-traitée. En cas de sous- traitance, l'établissement est tenu de prouver que la prestation externe observe les exigences du présent chapitre.

Enfin les données de l'activité de la stérilisation sont collectées et exploitées dans la perspective d'une amélioration de la qualité du processus de stérilisation.

RÉFÉRENCES

STE 1 **→ Prioritaire**	**Les effectifs et la gestion des ressources humaines de l'unité de stérilisation permettent d'assurer un fonctionnement adapté**
STE 1.1	La structure de la stérilisation est sous la responsabilité technique d'un pharmacien, assisté d'un cadre infirmier formé et qualifié en stérilisation
STE 1.2	Des fiches de poste définissent les missions du personnel de l'unité de stérilisation
STE 1.3	Le responsable de l'unité de la stérilisation figure à l'organigramme de l'établissement
STE 1.4	Le responsable de l'unité de stérilisation dispose de la liste des membres du personnel, leurs coordonnées et leurs titres et fonctions.
STE 1.5	Des séances de formation continue sont organisées au profit du personnel de l'unité de stérilisation suivant les rôles et les responsabilités de chacun au sein de l'unité. Des ; ; ; preuves documentées attestant que le personnel a reçu des séances de formation continue sont disponibles.
STE 1.6	Les mesures de protection du personnel existent et comportent des consignes de lavage des mains, ainsi que des équipements de protection pour chaque personnel adaptés au poste de travail avec au moins – Des gants en caoutchouc et des gants en latex jetables – Des masques couvrant la bouche et le nez avec des lunettes de protection ou un écran de protection couvrant tout le visage – Des tabliers imperméables.

Documents ressources Notes de nomination · Fiches de poste · Organigramme · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation Liste des équipements de protection · Liste du personnel de l'unité

Personnes ressources Pharmacien · Infirmier responsable de l'unité de stérilisation

STE 2 → Prioritaire	**Les locaux de l'unité de stérilisation respectent les exigences réglementaires et normatives suivantes**
STE 2.1	L'unité est strictement réservée au personnel autorisé avec – Un système de signalisation limitant l'accès aux personnes étrangères à l'unité de stérilisation – Un système de communication (type interphone ou similaire) disponible pour assurer la communication entre le personnel de l'unité et le personnel des autres unités et services de soins – Des vestiaires sanitaires pour le personnel à l'entrée de l'unité et séparés des zones d'activités pour changer la tenue de ville.
STE 2.2	Le circuit des produits et des personnes au sein de l'unité se fait dans le sens de a) marche en avant : de la zone sale vers la zone sortie stérile.
STE 2.3	La zone de lavage (sale) et la zone de conditionnement (propre) doivent être strictement séparées par un mur technique composé du "laveur désinfecteur" à double porte. La zone de conditionnement (propre) et la zone sortie stérile (propre) sont séparées par un mur technique composé du " stérilisateur" à double porte.
STE 2.4	Un système de retour sécurisé des produits non conformes dans le sens inverse pour un éventuel retraitement (type Guichet SAS ou équivalent) est disponible.
STE 2.5	Le stockage et la distribution des articles stérilisés respectent les conditions minimales suivantes – Les produits stérilisés sont rangés indépendamment dans un local séparé des autres équipements/produits à une distance du sol – Tous les articles stérilisés doivent être rangés de manière à identifier facilement leurs dates de péremption (respect du principe FEFO : « first expire, first out ») – Les étagères, les paniers et conteneurs sont dotés de surfaces lisses et non poreuses afin de faciliter leur nettoyage – Tous les articles stériles sont transportés dans des conteneurs chariots fermés (si le transport est nécessaire).
STE 2.6	La maîtrise de la qualité de l'air et de l'eau est assurée dans l'unité de stérilisation, et documentée.
STE 2.7	Des lavabos équipés et conçus pour le lavage des mains doivent être disponibles dans la zone « sale » et à proximité des zones « propres ».

Documents ressources Plan des locaux · Rapports de contrôle périodique de l'air (microbiologique et pression) et de l'eau

Personnes ressources Responsables de l'unité de stérilisation (Pharmacien et infirmier chef) · Responsable des bâtiments et des installations techniques

Echelle 11

STE 3 → Prioritaire	**L'unité de stérilisation dispose au moins des équipements et accessoires de stérilisation suivants**
STE 3.1	Des équipements et accessoires de lavage qualifiés et validés – Un appareil à ultrasons de capacité suffisante pour assurer le trempage complet des dispositifs médicaux réutilisables (DMR) traités – Un laveur désinfecteur à Double Porte pour les instruments avec des supports adaptés et des chariots de chargement et/ou déchargement – Un poste de lavage manuel en inox complet (paillasse humide) équipé d'un pistolet à jet d'eau et accessoires de raccordement ; Des bacs de trempage avec couvercle de capacité suffisante pour le trempage complet des dispositifs médicaux et vidangeables – Des brosses et écouvillons de lavage pour l'instrumentation et les dispositifs médicaux creux – Des produits détergents-désinfectants qualifiés et disponibles en quantités suffisantes – Des pistolets à air médical filtré – Des paillasses sèches en inox pour le triage et le séchage – Un système de lavage des chariots de transport, le cas échéant.
STE 3.2	Deux stérilisateurs à la vapeur d'eau à double portes complets et fonctionnels et de capacité suffisante pour assurer une activité opératoire optimale, et validés, avec – Une (Re) qualification d'installation – Une (Re) qualification opérationnelle – Une (Re) qualification de performance.
STE 3.3	Accessoires spécifiques de conditionnement et de stockage sont disponibles et validés – Des emballages souples (type gaine de stérilisation compatible avec le procédé de stérilisation) et/ou rigides (type conteneurs avec panier en inox avec couvercle à filtres) qualifiés – Deux thermo-soudeuses à défilement qualifiées – Des paillasses sèches pour le séchage, le contrôle et le conditionnement des DMR (instruments, linge, ...) ; ° . – Des systèmes de rayonnage en inox facilement désinfectables pour le stockage.
STE 3.4	Des moyens de contrôle quotidien des étapes de stérilisation sont disponibles, et comprennent au moins – Des tests Bowie Dick (BD) – Des intégrateurs multiparamétriques – Des papiers enregistreurs pour les équipements de lavage et de stérilisation – Des scelles de plombage à usage unique avec indicateur de passage.
Documents ressources Inventaire des équipements et accessoires · Rapports des qualifications des équipements · Certificats de conformité des accessoires **Personnes ressources** Responsables de l'unité de stérilisation (Pharmacien et Infirmier chef) · Responsable biomédical	

STE 4 → Prioritaire	**Des procédures écrites décrivent les principes de fonctionnement de l'unité de stérilisation.**
STE 4.1	L'organisation structurelle et fonctionnelle de l'unité de stérilisation est décrite dans un document disponible pour Je personnel de l'unité et les autres professionnels, et est affichée à l'entrée de l'unité avec au moins – Les horaires de travail – Les noms et coordonnées des responsables de l'unité.

STE 5 → Prioritaire	**Le contrôle des procédures et des pratiques de stérilisation est systématiquement effectué, tracé et documenté.**
STE 5.1	Le contrôle des paramètres de lavage et de stérilisation est effectué et documenté pour a chaque cycle – Concentration, et temps de trempage pour le lavage manuel – Concentration, T°C, et temps (et fréquence) pour le lavage automatisé – TC, temps et pression pour les stérilisateurs à la vapeur d'eau ; ° Intégrité des emballages pendant la libération paramétrique.
STE 5.2	Un registre conservé pendant un an minimum est consacré à chaque stérilisateur dans l'unité et trace au moins les paramètres suivants – Le numéro ou le code unique de chaque stérilisateur – Les résultats des tests quotidiens effectués et validés – Tous les travaux de maintenance préventive et curative effectués.
STE 5.3	Chaque dossier de stérilisation des articles ou paquets stérilisés est étiqueté, et comporte au moins – L'étiquette d'identification, dont le double est porté sur chaque emballage (souple ou rigide) et comportant le numéro du lot qui permet d'identifier le stérilisateur et les dates de stérilisation et d'expiration – Le numéro du cycle du stérilisateur (pour identifier la charge de stérilisation) – Le nom de la personne qui a recomposé l'emballage et lancé la charge – Le nom de la personne qui a libéré la charge de stérilisation (libération paramétrique de la charge de stérilisation).
STE 5.4	Les contrôles de stérilisation sont effectués conformément aux normes en vigueur, notamment – Des preuves attestant que des tests de pénétration de vapeur (type Bowie Dick) sont effectués quotidiennement sur les stérilisateurs – Des preuves attestant que des indicateurs chimiques multiparamétriques qualifiés (type émulateurs) sont placés dans chaque charge à stériliser – Des preuves attestant qu'une validation du processus de stérilisation a lieu 184 régulièrement – Des preuves attestant de la conformité des indicateurs biologiques placés dans chaque charge en cas de stérilisation à basse température (par l'oxyde d'éthylène, le peroxyde d'hydrogène, ...).
STE 5.5	Un système de suivi du processus de stérilisation qui relie les produits stériles utilisés au dossier du patient est mis en place.
Documents ressources Registre des stérilisateurs Etiquettes sur les emballages · Dossiers de stérilisation · Documents de contrôle **Personnes ressources** Responsables de la stérilisation (Pharmacien, Infirmier-chef) · Personnel de stérilisation · Coordonnateur qualité gestion des risques	

Echelle 11

STE 6	**Un plan d'amélioration de la qualité relatif à la stérilisation est élaboré en cohérence avec le plan général d'amélioration de la qualité de l'établissement.**
STE 6.1	Les données relatives aux activités de l'unité sont collectées et analysées dans un bilan annuel.
STE 6.2	Des instruments d'audits internes ou externes sont mis en place.
STE 6.3	Les résultats et les plans d'amélioration découlant d'audits et du bilan annuel sont documentés.
STE 6.4	Des actions correctrices sont engagées et le plan d'amélioration est révisé chaque année.

Documents ressources Bilan d'activité annuel · Rapports d'audit · Plan d'amélioration

Personnes ressources Responsables de la stérilisation (Pharmacien, Infirmier chef) · Coordonnateur qualité gestion des risques

Echelle11

4.5 Incendie et situations de crise (ISC)

LIGNES DIRECTRICES

Les situations d'urgence à l'intérieur des établissements hospitaliers peuvent endommager les bâtiments et les équipements et affecter le personnel comme les patients. Les causes sont multiples et souvent imprévisibles et qui pourraient provenir de l'établissement même ou de son environnement. Par conséquent, l'établissement doit mettre en place un dispositif adéquat afin de repérer, prévenir et traiter les risques dans les différents domaines notamment en matière de la sécurité incendie.

Ce dispositif repose sur

- Une organisation définissant un responsable de coordination des activités de sécurité et désignant des référents pouvant être mobilisés selon un plan lorsqu'un feu est détecté
- La préparation d'un plan d'évacuation avec une signalisation directionnelle et la détermination d'un point de rencontre
- La mise en évidence des consignes précisant l'interdiction de fumer ainsi que des préconisations de rangement et de manipulation du matériel et de produits constituant un risque pour l'établissement
- La disponibilité des moyens techniques de signalisation, de prévention et d'atténuation des risques
- La disponibilité des procédures spécifiques à la lutte contre les incendies et les catastrophes
- La formation théorique et pratique des professionnels sur les risques et leur traitement. Enfin, le plan d'urgence pour faire face aux désastres et catastrophes doit être validé, testé et évalué.

RÉFÉRENCES

ISC 1 → Prioritaire	**Les activités de sécurité et de lutte contre l'incendie sont organisées.**
ISC 1.1	Une personne de l'établissement est désignée pour coordonner les activités de sécurité et de lutte contre l'incendie et ses missions sont formalisées dans une fiche de poste.
ISC 1.2	Des procédures spécifiques à la lutte contre l'incendie sont disponibles.
ISC 1.3	Le personnel de l'établissement suit une formation relative à la lutte contre l'incendie. La présence de tous les membres du personnel (y compris les nouveaux recrus) est attestée par signature.
ISC 1.4	L'interdiction de fumer est mise en évidence par une signalisation claire et une surveillance stricte.
ISC 1.5	Les produits inflammables et le matériel constituant un risque d'incendie sont stockés dans un lieu sûr et de manière appropriée.
Documents ressources Fiche de poste du responsable sécurité incendie Procédures de lutte contre incendie · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation **Personnes ressources** Responsable sécurité incendie · Coordonnateur Qualité et gestion des risques Personnel	

ISC 2 → Prioritaire	**L'établissement est équipé d'un système d'alarme générale.**
ISC 2.1	2.0. L'établissement dispose d'un système d'alarme incendie lié aux sonnettes d'alarmes.
ISC 2.2	L'alarme générale est détectée en tout endroit de l'établissement par un mécanisme acoustique ou lumineux.

ISC 2.3	Des tests hebdomadaires du système central d'alarme incendie sont effectués et documentés.
ISC 2.4	Une source d'énergie secondaire doit alimenter, le cas échéant, tous les panneaux de sortie et des issues de secours (ou encore des panneaux lumineux phosphoreux).

Documents ressources Rapport des tests

Personnes ressources Responsable sécurité incendie · Responsable des services techniques

ISC 3 → Prioritaire	**Les locaux sont adaptés à la lutte contre l'incendie.**
ISC 3.1	Un plan d'évacuation par service/unité de soins est affiché.
ISC 3.2	Des sorties d'urgence sont accessibles, clairement marquées et libres de tout encombrement.
ISC 3.3	Des panneaux de sortie graphiques destinés aux personnes analphabètes sont en place.
ISC 3.4	Des plans montrant les sorties existantes sont disponibles dans les zones de circulation générale et dans les chambres des patients.
ISC 3.5	Un point de rencontre est identifié à l'extérieur de l'établissement en cas d'évacuation.
ISC 3.6	Un panneau "Ne pas utiliser les ascenseurs en cas d'incendie" est apposé sur les ascenseurs.
ISC 3.7	Des instructions sont affichées dans un endroit visible sur la façon de procéder en cas. d'incendie.

Documents ressources Plans d'évacuation · Instructions

Personnes ressources Responsable sécurité incendie · Responsable des services techniques · Personnel

ISC 4 → Prioritaire	**L'établissement est équipé d'un système de prévention des incendies.**
ISC 4.1	Des détecteurs de fumée sont disponibles dans les différents services.
ISC 4.2	Des systèmes d'alarme incendie thermosensibles sont disponibles dans les différents services.
ISC 4.3	Les équipements de prévention des incendies sont maintenus en bon état de marche.
ISC 4.4	Des portes coupe-feu sont mises en place dans les secteurs principaux du bâtiment.

Documents ressources Cartographie de l'emplacement des équipements de prévention de l'incendie · Rapport de maintenance des équipements

Personnes ressources Responsable sécurité incendie · Responsable des services techniques

ISC 5 → Prioritaire	**L'établissement est équipé d'un système d'extinction des incendies.**
ISC 5.1	Les emplacements des extincteurs sont déterminés par une étude de risque d'incendie et documentés.

ISC 5.2	Les extincteurs sont maintenus en bon état de marche et placés dans des endroit visibles et facilement accessibles pour le personnel.
ISC 5.3	Des lances à incendie sont disponibles dans tout l'établissement. Elles doivent avoir une source d'approvisionnement en eau séparée avec une pression adéquate et couvrir toutes les superficies du bâtiment.
ISC 5.4	Un registre consacré à la maintenance et à la révision annuelle de l'ensemble du matériel de lutte contre l'incendie est tenu par le responsable en charge de la prévention et de la lutte contre l'incendie.
Documents ressources	Etude des risques incendies · Rapport de maintenance des extincteurs · Registre de maintenance
Personnes ressources	Responsable sécurité incendie · Responsable des services techniques

ISC 6 **→ Prioritaire**	**L'établissement dispose d'un plan d'urgence pour faire face aux situations de crise en fonction du risque.**
ISC 6.1	Un plan d'urgence comprenant des fiches actions est rédigé et validé pour définir l'organisation à mettre en œuvre en cas de survenue de situation de crise.
ISC 6.2	Le plan d'urgence est validé par les instances de l'établissement.
ISC 6.3	Le plan d'urgence est validé par la protection civile ou tout autre autorité compétente.
ISC 6.4	{" personnel est informé du contenu du plan d'urgence.
ISC 6.5	Des exercices de simulation sont organisés au moins une fois par an et un plan d'amélioration est mis en œuvre.
Documents ressources	Plan d'urgence validé · Fiches actions · Rapport d'exercice de simulation · Plan d'amélioration
Personnes ressources	Responsable sécurité incendie · Personnel

Echelle11

4.6 Santé et sécurité au travail (SST)

LIGNES DIRECTRICES

La sécurité au travail est une démarche pluridisciplinaire qui vise à réduire les risques d'incidents et d'accidents susceptibles de se produire lors de l'exercice d'une activité professionnelle. Pour y parvenir, chaque établissement hospitalier doit être doté d'une structure chargée de la sécurité et santé au travail et mettre en place un programme basé sur un état des lieux des risques professionnels et prévoyant essentiellement

- La sensibilisation et la formation des professionnels portant sur les principes généraux de gestion des risques
- La mise à la disposition des professionnels des moyens de protection individuelle et collective
- Des conduites à tenir en cas d'accident de travail selon des procédures et protocoles validés et reconnus par le personnel.

Le programme doit viser à ce que tout le personnel de l'établissement hospitalier consciemment ou inconsciemment ne cours ou ne fasse encourir de risques à autrui. Enfin, un plan d'amélioration doit être mis en place suite à des activités d'évaluation.

RÉFÉRENCES

SST 1 → Prioritaire	**L'établissement dispose d'un dispositif de santé et de sécurité au travail conforme à la législation en vigueur.**
SST 1.1	Un axe "santé et sécurité au travail" est intégré au projet d'établissement.
SST 1.2	Un médecin de travail est chargé de gérer les activités de sécurité et de santé au travail de l'établissement.
SST 1.3	Un manuel comprend des informations générales sur la santé et la sécurité au travail et des informations spécifiques relatives à chaque secteur d'activité.
SST 1.4	Un programme de sécurité et de santé au travail est élaboré et validé.
SST 1.5	Les nouveaux professionnels prennent connaissance du programme de sécurité et de santé au travail pendant le processus d'orientation portant sur les questions générales et celles propres à leur service.
SST 1.6	Un dossier médical est créé pour chaque professionnel l'établissement et comprend : «e L'examen médical à l'embauche – Les vaccins exigés ou recommandés contre les risques spécifiques liés à l'exercice – Les événements marquants – Les examens des visites périodiques et de reprise de travail.
SST 1.7	Campagnes de vaccination recommandées ou exigées sont réalisées et documentées.
SST 1.8	Un programme de sensibilisation du personnel contre les risques professionnels et des maladies transmissibles est instauré.
Documents ressources Projet d'établissement · Fiche de poste du médecin de travail · Programme de santé au travail · Manuel de la santé au travail · Dossiers médicaux des professionnels · Programme d'intégration des nouveaux professionnels · Programme d'information et de sensibilisation **Personnes ressources** Médecin du travail · Coordonnateur qualité et gestion des risques · Comité de lutte contre les LAS Personnel	

Echelle11

SST 2 → Prioritaire	**Après évaluation des risques professionnels, des actions de prévention sont identifiées et engagées.**
SST 2.1	Une étude de postes est réalisée pour identifier les risques potentiels.
SST 2.2	L'ensemble du personnel est classé par groupe de risque, en fonction des tâches spécifiques et du degré d'exposition à différents risques.
SST 2.3	Des programmes de prévention sont préparés, notamment, pour les risques infectieux (HIV, hépatite B, tuberculose..), et les risques physiques (radiation, bruit, ...), risques chimiques (produits cytotoxiques, anesthésiques.....) et les risques liés à la manutention.
SST 2.4	Le matériel à risque est identifié par les panneaux d'affichage à proximité des équipements, comprenant les instructions et les consignes de sécurité.
SST 2.5	Des équipements de protection individuelle et collective sont mis en place en fonction du risque identifié.
SST 2.6	La fourniture de tenues de travail et d'uniformes pour le personnel ainsi que leur décontamination et leur nettoyage sont assurés par l'établissement.
SST 2.7	En cas d'urgence et pour les postes isolés, le personnel dispose de moyens we communication avec l'extérieur du service (sonnette, téléphone, interphone...).
Documents ressources Rapport de l'évaluation des risques · Programmes de prévention des risques identifiés **Personnes ressources** Médecin de travail · Coordonnateur qualité et gestion des risques · Responsable des services techniques · Personnel	

SST 3 → Prioritaire	**Un dispositif de gestion des accidents de travail est clairement défini.**
SST 3.1	Une procédure validée définit la conduite à tenir en cas de survenue d'un accident du travail.
SST 3.2	Une fiche de notification des accidents de travail est mise en place et précise : Le type d'accidents – Les détails spatio-temporels précis et des détails sur les raisons de l'accident et son déroulement – L'action curative menée suite à l'accident.
SST 3.3	Les professionnels sont informés de la conduite à tenir en cas d'accidents de travail.
SST 3.4	Un rapport est élaboré en cas d'accident du travail.
SST 3.5	Un registre d'accidents du travail est tenu.
SST 3.6	Les preuves des actions correctives entreprises afin de prévenir toute récurrence sont disponibles.
Documents ressources Procédure sur la conduite à tenir en cas d'accident du travail Fiche de notification · Programme d'information et de sensibilisation · Registre des accidents du travail · Rapports d'accident du travail **Personnes ressources** Médecin du travail · Coordonnateur qualité et gestion des risques · Personnel	

SST 4	**Une organisation est mise en œuvre pour prévenir les risques liés à l'exercice professionnel.**
SST 4.1	Des procédures, protocoles et modes opératoires sont disponibles concernant : ; La manipulation du matériel et des équipements – Les précautions pendant la grossesse – L'utilisation adéquate d'équipements de protection individuelle (gants, masques, protection des yeux, etc.) – Les accidents d'exposition au sang et à ses dérivés – L'exposition aux liquides biologiques – L'exposition aux produits chimiques.
SST 4.2	Une formation des professionnels est assurée en cas d'acquisition de nouveau matériel
SST 4.3	Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini. Il est cohérent avec le plan général d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Documents ressources Procédures, protocoles, modes opératoires · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation · Plan d'amélioration des conditions de travail 5. INFRASTRUCTURE ET LOGISTIQUE

Personnes ressources Médecin du travail · Responsable services techniques · Coordonnateur qualité et gestion des risques · Personnel

Echelle11

5. Infrastructure et logistique

Echelle11

5.1 Bâtiments et installations techniques (BIT)

LIGNES DIRECTRICES

Lignes directrices , Ce chapitre renvoie aux exigences permettant un bon entretien des bâtiments et des installations techniques de l'établissement compte tenu de leur impact sur la sécurité des personnes et également sur la qualité de prise en charge des patients.

La maintenance doit être assurée par le personnel de l'établissement qualifié ou être confiée en sous-traitance à des prestataires externes notamment lorsque la taille de l'établissement le justifie.

Des plans architecturaux et des plans d'installations techniques détaillés et mis à jour, doivent être disponibles et indiquant l'emplacement exact de toutes les installations de l'établissement.

Pour une gestion optimale des bâtiments et des installations, la direction de l'établissement est amenée à assurer

- La formation du personnel chargé des services de la maintenance
- L'élaboration et la diffusion des procédures et des fiches techniques des opérations de maintenance

La disponibilité des manuels d'utilisation de toutes les installations

L'enregistrement et le suivi de toutes les activités de maintenance assurées pour chaque installation technique.

RÉFÉRENCES

BIT 1 → Prioritaire	**Les bâtiments de l'établissement permettent un fonctionnement adéquat de l'hôpital.**
BIT 1.1	Le site est totalement dédié aux services de l'hôpital.
BIT 1.2	Un inventaire précis de tout le bâtiment et des installations techniques est disponible et mis à jour.
BIT 1.3	La signalétique externe et interne permet aux personnes de s'orienter facilement.
BIT 1.4	L'établissement dispose des facilités permettant aux patients transportés de monter dans les véhicules et d'en sortir dans des conditions de sécurité.
BIT 1.5	L'accès à toutes les unités de soins de l'établissement est facile pour les personnes à mobilité réduite/ besoins spécifiques.
BIT 1.6	Des ascenseurs sont disponibles et différenciés pour le transport des personnes et le transport logistique.
BIT 1.7	Les locaux dédiés à la consultation externe sont séparés des autres locaux de l'établissement notamment les services d'hospitalisation.
BIT 1.8	L'établissement dispose d'entrée séparée pour les véhicules de livraison des marchandises.
Documents ressources Plan architectural de l'établissement ° Inventaire des bâtiments et installations techniques **Personnes ressources** Responsable des services techniques .	

BIT 2	**La maintenance des bâtiments et des installations techniques est assurée par une équipe de professionnels.**
BIT 2.1	Un ingénieur, ou dans le cas échéant, un technicien spécialisé dans le bâtiment est désigné comme responsable de la structure chargée de l'entretien du bâtiment.
BIT 2.2	Une liste du personnel de la structure chargée de l'entretien du bâtiment doit être établie et comprendre l'identité, le profil (grade, poste) et les coordonnées (adresse, téléphone).
BIT 2.3	Un programme de formation continue est mis en place pour l'équipe.
BIT 2.4	L'établissement dispose d'un atelier équipé pour permettre d'assurer les services de la maintenance T 2 ét

Documents ressources Note de nomination · Fiches de poste · Programme de formation continue · Liste de présence des participants à la formation

Personnes ressources Responsable des services techniques · Personnel chargé de la maintenance

BIT 3 → Prioritaire	**Les installations techniques permettent d'assurer la sécurité des personnes.**
BIT 3.1	L'établissement dispose d'un approvisionnement adéquat en eau potable et fournit des preuves attestant la disponibilité d'une quantité d'eau potable stockée.
BIT 3.2	L'hôpital fournit les preuves de contrôle bactériologique de l'eau et effectue des éventuelles mesures correctives.
BIT 3.3	L'établissement dispose d'un groupe électrogène permettant le secours par inverseur automatique du réseau électrique. Des essais périodiques du groupe électrogène sont réalisés et documentés.
BIT 3.4	Des preuves attestant la présence d'un système de surveillance d'isolement/terre (SSI) est disponible pour les différentes zones générales de l'établissement.
BIT 3.5	L'établissement dispose d'une attestation de la sécurité des installations techniques par un bureau de contrôle agréé par l'Etat.

Documents ressources Rapports des contrôles bactériologiques de l'eau ; e Rapport des essais périodiques du groupe électrogène · Attestation(s) de sécurité

Personnes ressources Responsable des services techniques

BIT 4 → Prioritaire	**Les locaux et les installations techniques permettent d'assurer une prise en charge adaptée et sécurisée pour les patients.**
BIT 4.1	Un standard téléphonique pour les appels internes et externes est disponibles 24 heures/ 24 et 7 jours/7.

Echelle11

BIT 4.2	Toutes les chambres d'hospitalisation complète en dehors de la réanimation répondent aux besoins du patient – Elles bénéficient de la lumière du jour – Elles disposent d'une ventilation directe avec l'extérieur par des ouvertures – La climatisation est disponible – Le chauffage est obligatoire dans les régions identifiées comme zones froides
BIT 4.3	Un système d'appel du personnel infirmier est disponible dans chaque chambre d'hospitalisation.
BIT 4.4	Tous les sanitaires disposent des points d'eau fonctionnels 24 heures sur eu chaude doit être disponible dans tous les services de l'établissement.
Documents ressources	Inventaire des installations
Personnes ressources	Responsable des services techniques · Chefs de services/unités de soins Patients

BIT 5	**Le responsable des services techniques dispose des documents nécessaires à la réalisation de ses missions.**
BIT 5.1	Des plans actualisés des bâtiments, installations et équipements existants, approuvés par l'autorité compétente, sont conservés et disponibles à des fins de consultation, de maintenance et de rénovation.
BIT 5.2	Des procédures validées sont disponibles et comprennent entre autres – La gestion des installations techniques (plomberie, électricité, chauffage /climatisation/ventilation, ...) – Les procédures d'interventions des services techniques – Les procédures de maintenance.
BIT 5.3	Les manuels d'utilisation sont disponibles et comprennent, entre autres, ceux – Dugroupe électrogène – Des onduleurs – De la climatisation et du traitement d'air – Du ssystème de chauffage – Dusystème de traitement d'eau ; Des fluides médicaux – Des postes d'électricité (haute tension) – Du système de la téléphonie – Des équipements d'extinction d'incendie.
Documents ressources	e Plan des locaux et des installations · Procédures · Manuels d'utilisation
Personnes ressources	Responsable des services techniques

BIT 6	**La maintenance préventive et curative des bâtiments et des installations est assurée.**
BIT 6.1	Une procédure définit les règles de maintenance préventive et curative des bâtiments et des installations.
BIT 6.2	Un programme de maintenance est élaboré et mis à jour.
BIT 6.3	Des documents sont disponibles et archivés pour attester que les prestations de maintenance sont réalisées conformément aux spécifications techniques.

BIT 6.4	Les prestations d'interventions d'urgence sont disponibles en permanence et une liste de personnel est disponible.
BIT 6.5	Un registre des incidents est tenu à jour.
BIT 6.6	Toute activité de maintenance confiée en sous-traitance fait l'objet d'un contrat signé n Les NP comprenant un programme des activités spécifiques à exécuter.

Documents ressources Procédure de maintenance des bâtiments et des installations · Registre des incidents · Rapports d'intervention · Contrats de maintenance

Personnes ressources Responsable des services techniques

Echelle11

5.2 Équipements biomédicaux (EQB)

LIGNES DIRECTRICES

La gestion des équipements biomédicaux vise à s'assurer que les équipements biomédicaux utilisés fonctionnent de manière sûre et appropriée et garantissent des informations cliniques précises.

L'unité chargée doit être sous la direction d'un ingénieur biomédical ou à défaut un technicien biomédical. L'établissement peut choisir d'établir des contrats de sous- traitance.

Un inventaire des équipements et du matériel doit être établie notamment avec tous les documents (manuels d'utilisation et fiches techniques) nécessaires pour leur fonctionnement. Une maintenance préventive et curative est réalisée et documentée.

L'établissement assure la formation continue de tout le personnel concerné (personnel technique et les utilisateurs) sur l'utilisation adéquate des d'équipements biomédicaux disponibles à l'établissement.

L'établissement dispose d'un plan d'Equipement et de Maintenance (PEM) élaboré en tant que composante du Plan d'Etablissement Hospitalier de l'établissement (PEH).

Un dispositif de matériovigilance doit être instauré pour assurer la sécurité et la qualité de l'utilisation des équipements biomédicaux.

RÉFÉRENCES

EQB 1 → Prioritaire	**L'organisation de l'unité biomédicale est formalisée.**
EQB 1.1	L'établissement dispose d'un plan d'Equipement et de Maintenance (PEM) élaboré en tant que composante du projet d'Etablissement Hospitalier (PEH).
EQB 1.2	L'unité est sous la responsabilité d'un ingénieur biomédical ou à défaut un technicien biomédical.
EQB 1.3	Un document exposant les missions et l'organisation de l'unité biomédicale ou équivalent est disponible. Il comprend – La liste du personnel de l'unité ; ° La liste de l'outillage, des équipements de test et de contrôle ; Les coordonnées de contact des prestataires de service – Les contrats de sous-traitance externe – Le système d'information et de traçabilité mis en place ; La détermination des équipements prioritaires (critiques à obligation de maintenance).
EQB 1.4	L'établissement assure la formation continue du personnel technique et des utilisateurs d'équipements biomédicaux.
EQB 1.5	Des dossiers techniques (manuels technique et d'utilisation) de chaque type d'équipement prioritaire sont disponibles et tenus à jour.

EQB 1.6	Un inventaire précis est disponible et tenu à jour sur un Système de Gestion de Base de Données (SGBD) et comprend pour chaque équipement – Le code et la dénomination selon la nomenclature adoptée – La marque, modèle et le type – Le fournisseur – Le numéro de série – Le numéro d'inventaire – L'emplacement – La date d'achat Date d'acquisition – Le coût de remplacement – Le prestataire de maintenance (interne ou externe)
Documents ressources Projet d'établissement Programme de Maintenance · Présentation du service ° Inventaire des équipements . +. Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation · Dossiers techniques **Personnes ressources** Responsable de l'unité biomédicale ou équivalent	

EQB 2	**La maintenance préventive et curative est organisée conformément à des procédures approuvées.**
EQB 2.1	Une procédure définit les règles de maintenance préventive et curative.
EQB 2.2	L'étalonnage des équipements prioritaires est effectué selon les recommandations du > fabricant .Les preuves de l'étalonnage sont disponibles.
EQB 2.3	Le programme de maintenance préventive et de contrôle de sûreté et de qualification inclut au minimum les équipements prioritaires suivants : Le matériel d'anesthésie et de réanimation (cardiorespiratoire) – Les chambres froides destinées au stockage du sang et des médicaments – La stérilisation (autoclaves, machines à laver) – L'alimentation en oxygène – Les pompes intraveineuses – Les respirateurs ; Les équipements d'hémodialyse – Les automates de laboratoire – Les appareils de radiologie – Les colonnes de coeliochirurgie.
EQB 2.4	Le programme documenté de maintenance préventive établi pour les équipements prioritaires de l'établissement couvre au moins les éléments suivants – La fréquence et la durée des services de maintenance sont mentionnées pour chaque équipement – Le calendrier des visites préventives – Le nom du fournisseur de services ou du technicien de l'établissement – Les durées prévisionnelles d'intervention.
EQB 2.5	Une check-list des opérations prévues à réaliser sur chaque type d'équipement est. disponible.
EQB 2.6	Toute activité de maintenance confiée en sous-traitance fait l'objet d'un contrat signé comprenant un programme des activités spécifiques à exécuter.

Echelle 11

Documents ressources Procédure de maintenance préventive et curative · Check-list des opérations · Programme de maintenance curative

Personnes ressources Responsable de l'unité biomédicale ou équivalent

EQB 3 → Prioritaire	**Un dispositif de gestion des incidents est mis en place**
EQB 3.1	Une procédure définit la conduite à tenir en cas d'incident survenu sur un équipement biomédical.
EQB 3.2	Un système de déclaration d'incidents ou d'accidents est mis en place (fiche d'alerte) pour : Le matériel d'anesthésie et de réanimation (cardiorespiratoire) ; Les chambres froides destinées au stockage du sang et des médicaments ; La stérilisation (autoclaves, machines à laver) ; L'alimentation en oxygène – Les pompes intraveineuses – Les respirateurs – Les générateurs d'hémodialyse – Les automates de laboratoire – Les appareils de radiologie – Les colonnes de coeliochirurgie
EQB 3.3	L'unité de gestion des équipements médicaux identifie et documente les pannes et les mauvaises manipulations qui ont ou peuvent avoir un impact sur la sécurité du patient ou du personnel ou sur la qualité des soins.
EQB 3.4	Les prestations d'interventions d'urgence sont disponibles en permanence et une liste de personnel est disponible.
EQB 3.5	Un registre des incidents est tenu à jour.

Documents ressources Procédure sur la conduite à tenir en cas d'incident sur un équipement biomédical Registre des incidents · Rapports d'intervention · Liste du personnel

Personnes ressources Médecin du travail =» Personnel · Responsable de l'unité biomédicale ou équivalent · Coordonnateur qualité et gestion des risques

Echelle11

5.3 Blanchisserie (BLA)

LIGNES DIRECTRICES

Les impératifs en matière de gestion des services de blanchisserie sont le contrôle des infections, la fourniture d'un liñge adéquat et la sécurité des professionnels. Pour se faire, l'établissement doit disposer

- D'un local répondant aux exigences de propreté, d'aération, de circulation (marche en avant)
- Des équipements nécessaires et convenablement utilisés et maintenues. Toutes les activités de la blanchisserie sont réalisées selon des procédures et protocoles documentées. Pour une recherche d'amélioration des services rendus par la blanchisserie, des données relatives aux activités sont collectées et exploités ainsi qu'un système de contrôle du linge est instauré. La gestion du service de la blanchisserie est assurée par une personne désignée pour ce poste et assistée par une équipe dont les taches sont définies. Le personnel de la blanchisserie bénéficie d'une formation continue en matière d'hygiène et de sécurité au travail. Compte tenu du rôle important de la blanchisserie dans la lutte contre les infections associées aux soins, un représentant du service de la blanchisserie est membre du Comité de lutte contre les IAS. Les prestations de la blanchisserie peuvent être assurées par l'établissement ou sous-traitées. Quel que soit le cas, l'établissement doit veiller au respecter par le sous- traitant des exigences requises.

RÉFÉRENCES

BLA 1	**Les effectifs et la gestion des ressources humaines du service blanchisserie permettent d'assurer un fonctionnement adapté.**
BLA 1.1	Le cadre désigné responsable a une expérience dans le domaine de la blanchisserie.
BLA 1.2	Il a bénéficié d'une formation en matière de gestion d'équipe et de notions ên hygiène hospitalière.
BLA 1.3	Le responsable et le personnel de la blanchisserie disposent de fiches de poste.
BLA 1.4	La répartition des équipes et des horaires est affichée.
BLA 1.5	Le personnel bénéficie de la formation continue en matière d'hygiène et de sécurité au travail.
Documents ressources	Note de nomination Fiches de poste · Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation
Personnes ressources	Responsable de la blanchisserie

BLA 2	**La blanchisserie est équipée et organisée pour traiter le linge de façon adaptée.**
BLA 2.1	Les locaux sont répartis par secteurs d'activité, avec distinction des zones propres et des à À A ; ; zones sales, leur accès étant réservé au seul personnel concerné.
BLA 2.2	Un protocole validé par le Comité de lutte contre les IAS définit les modalités d'entretien des locaux.
BLA 2.3	Le flux de linge doit se faire conformément à la marche en avant : des zones sales aux zones propres.
BLA 2.4	Les plans de travail doivent être clairement identifiés pour les zones sales et les zones propres.

BLA 2.5	Les machines à laver sont utilisées à titre exclusif.
BLA 2.6	Équipements utilisés pour le repassage doivent être équipés de mécanismes automatiques de coupe-circuit.

Documents ressources Plan de la blanchisserie · Protocole d'entretien des locaux

Personnes ressources Responsable de la blanchisserie · Responsable des services techniques

BLA 3 → Prioritaire	**Des protocoles définissant les modalités de traitement du linge sont établies et connues du personnel concerné.**
BLA 3.1	Le linge est trié au niveau des unités de soins en catégories non contaminées et contaminées de manière sûre et cohérente, au moyen de sacs de couleurs différentes.
BLA 3.2	Un protocole décrit les modalités de traitement du linge contaminé.
BLA 3.3	Le contrôle du linge à la recherche de taches, trous, déchirures, etc. Il doit être effectué avant le pliage propre.
BLA 3.4	Les protocoles de lavage doivent être clairement documentés et se font conformément aux instructions du fabricant pour ce qui est de l'utilisation des produits lessiviels et des charges des machines.
BLA 3.5	L'établissement dispose des quantités suffisantes en linge pour satisfaire les besoins des services.

Documents ressources Contrat de sous-traitance · Protocoles · Grilles de contrôle du linge · Etat des stocks du linge

Personnes ressources Responsable de la blanchisserie · Responsables des services et d'unités de soins · Responsable d'hygiène · Responsable des approvisionnements

BLA 4	**Les modalités de transport et de distribution du linge sont clairement définies dans une procédure**
BLA 4.1	Les chariots à linge sale sont clairement identifiés et différentiés des chariots de ' distribution de linge propre.
BLA 4.2	Les chariots à linge sont entretenus conformément à un protocole validé par le Comité de lutte contre les AS.
BLA 4.3	Les chariots à linge doivent rester couverts tout au long de la durée de transport
BLA 4.4	Contrôle des chariots à linge est assuré par le technicien d'hygiène de l'établissement.

Documents ressources Contrat de sous-traitance · Inventaire · Grilles de contrôle · Protocole d'entretien des chariots

Personnes ressources Responsable de la blanchisserie · Responsable d'hygiène ; e Responsable des approvisionnements

BLA 5	**Un bilan de l'activité de la blanchisserie est réalisé annuellement.**
BLA 5.1	Une évaluation du fonctionnement de la blanchisserie est effectuée une fois par an.
BLA 5.2	Le bilan d'activité est formalisé et présenté aux instances de l'établissement.
BLA 5.3	Un plan d'amélioration est élaboré à l'issue de ce bilan.

Documents ressources Rapport d'évaluation · Bilan d'activité · Comptes rendu/PV de présentation du bilan · Plan d'amélioration

Personnes ressources Responsable des affaires administratives · Responsable de la blanchisserie · Responsable d'hygiène

Echelle11

5.4 Diététique et nutrition (DTN)

LIGNES DIRECTRICES

La prise en charge diététique est un acte professionnel de soins et de rééducation, réalisé par un(e) diététicien(ne).

La cuisine comprend différents secteurs spécifiques pour la préparation des menus et régimes alimentaires spéciaux conçus par un(e) diététicien(ne).

La cuisine doit être à l'abri de toutes attaques des vecteurs et rongeurs. Il est également nécessaire d'assurer des services de désinfection et de nettoyage réguliers dans la cuisine de l'établissement et dans les zones de stockage.

Le personnel de la cuisine doit bénéficier de visite médicale régulière ainsi que des sessions de formation notamment sur les principes d'hygiène alimentaire. Des mesures de sécurité doivent être prises par le personnel notamment le port des chaussures antidérapantes dans les zones humides de la cuisine.

Le dispositif de contrôle de tout le processus depuis la préparation des repas jusqu'à leur distribution aux patients doit être mis en place et documenté.

Toutes les activités de la cuisine sont réalisées selon des procédures documentées. Elles doivent être révisées annuellement.

Un système de qualité doit être appliqué au niveau de la cuisine de l'établissement dans l'optique de rectifier les lacunes identifiées.

RÉFÉRENCES

DTN 1	**Le responsable de l'unité de la diététique et la nutritionniste est chargé de l'encadrement des activités du service.**
DTN 1.1	Dispose d'une fiche de poste précisant le contenu de ses responsabilités managériales.
DTN 1.2	1 participe à l'élaboration du cahier des charges de l'alimentation.
DTN 1.3	Il supervise la qualité nutritionnelle et hygiénique des aliments présentés aux patients.
DTN 1.4	Il participe à la réception des denrées alimentaires.
DTN 1.5	Il est chargé de la prescription de régimes personnalisés en concertation avec le médecin traitant.
Documents ressources	Note de nomination · Fiche de poste · Cahier de charges de l'alimentation
Personnes ressources	Responsable de l'unité de la diététique · Responsable des soins infirmiers

DTN 2	**Les effectifs et la gestion du personnel permettent d'assurer le fonctionnement de l'unité de la diététique et la nutrition.**
DTN 2.1	Les fonctions de chaque membre du personnel sont définies dans une fiche de poste et connues des personnes concernées.
DTN 2.2	La répartition des équipes et les horaires de travail sont affichés.
DTN 2.3	Un programme de formation continue pour le personnel de la cuisine est élaboré et mis en œuvre.

Documents ressources Contrat de sous-traitance Fiches de poste · Répartition des équipes de l'unité Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation

Personnes ressources Responsable unité DTN · Personnel de l'unité

DTN 3 → Prioritaire	**Les dispositions sont prises pour garantir le respect des règles d'hygiène et de la sécurité du personnel.**
DTN 3.1	Tout le personnel de la cuisine dispose d'une tenue vestimentaire propre et adaptée : blouse, pantalon, coiffe, gants, chaussures antidérapantes… .
DTN 3.2	Chaque personne manipulant des aliments doit bénéficier d'une formation sur les règles d'hygiène notamment la manipulation hygiénique des aliments.
DTN 3.3	Chaque personnel dispose d'un dossier médical contenant les résultats des examens cliniques et des examens complémentaires auxquels il est soumis selon les dispositions réglementaires en vigueur. Ils doivent inclure au moins – La radiographie pulmonaire – L'intradermo-réaction à la tuberculine en cas de suspicion – La parasitologie des selles. Ces examens doivent être réalisés semestriellement.
DTN 3.4	Un lavabo séparé consacré au lavage des mains et équipé de savon liquide et d'essuies mains jetables en papier est disponible dans la cuisine de l'établissement.
DTN 3.5	Des toilettes réservées au personnel et équipées de lavabos doivent être disponibles et ne donnent pas directement sur une pièce où des produits alimentaires sont manipulés. Toutes les toilettes sont équipées de savon liquide et d'essuies mains jetables en papier.
DTN 3.6	Un réfectoire destiné au personnel est disponible.

Documents ressources Programme de formation · Liste de présence des participants à la formation · Dossier médical · Protocole d'hygiène des mains

Personnes ressources Responsable de l'unité DTN · Responsable de l'hygiène · Responsable des affaires administratives

DTN 4	**Les locaux permettent d'assurer la qualité et la sécurité des repas préparés.**
DTN 4.1	Les locaux comprennent différents secteurs clairement identifiés permettant d'assurer la marche en avant – Réception – Stockage de l'épicerie – Chambres froides – Préparation froide – Préparation chaude – Conditionnement – Distribution – Nettoyage – Stockage des déchets.
DTN 4.2	L'accès aux locaux est réservé aux personnes autorisées.
DTN 4.3	Une procédure de contrôle des températures définit la conduite à tenir en cas de non-respect des températures.

DTN 4.4	Des mécanismes d'auto-déclenchement d'alerte d'ouverture des portes sont fonctionnels pour les réfrigérateurs et les congélateurs.
DTN 4.5	L'entretien des locaux et des équipements est réalisé conformément à des protocoles validés par le Comité de lutte contre les IAS.
DTN 4.6	Les produits chimiques non alimentaires sont reçus et entreposés de manière à éviter la contamination des aliments, des produits emballés et des surfaces en contact avec des aliments.

Documents ressources Plan des locaux Procédures protocoles

Personnes ressources e Responsable des affaires administratives · Responsable de l'unité DTN · Responsable de l'hygiène Personnel de l'unité

DTN 5 → Prioritaire	**Les règles d'hygiène de sécurité et de respect de l'environnement sont définies et mises en œuvre.**
DTN 5.1	Des procédures décrivent les règles d'hygiène de la cuisine.
DTN 5.2	La désinsectisation et la dératisation sont réalisées chaque trimestre.
DTN 5.3	Les caniveaux sont grillagés pour éviter l'introduction des rongeurs.
DTN 5.4	Toutes les fenêtres sont équipées de moustiquaires.
DTN 5.5	Les déchets assimilés aux déchets ménagers sont collectés quotidiennement dans des conteneurs couverts et entreposés dans des zones éloignées de la préparation des aliments.
DTN 5.6	Les températures des réfrigérateurs, des congélateurs et des chambres froides doivent être enregistrées.

Documents ressources Procédures d'hygiène · Fiches de contrôle

Personnes ressources Responsable d'hygiène · Responsable de l'unité DTN

DTN 6	**La préparation et la distribution des repas aux patients se font de manière appropriée.**
DTN 6.1	La préparation des repas est faite sous la coordination d'un(e) diététicien(ne).
DTN 6.2	Les repas spéciaux sont préparés sur prescription médicale.
DTN 6.3	Les chariots de distribution des repas sont réservés uniquement à cet usage et permettent de préserver la température des plats.
DTN 6.4	Les documents attestant que des contrôles de température des aliments sont faits de la cuisine jusqu'à la livraison au patient de façon inopinée, doivent être conservés.
DTN 6.5	L'entretien des chariots est réalisé conformément à un protocole validé par le Comité de lutte contre les IAS.
DTN 6.6	Un suivi et une évaluation trimestrielle doivent être programmés et mis en place pour la variété des menus, les horaires des repas, la température des repas, les autres besoins spécifiques (équilibre alimentaire, qualités nutritionnelle, hygiénique, organoleptique, etc.).

Documents ressources	Contrat de sous-traitance · Documents de contrôle · Protocole d'entretien des chariots · Rapport d'évaluation
Personnes ressources	e Responsable de l'unité DTN · Responsable d'hygiène · Personnel

DTN 7	**Le service dispose des procédures spécifiques aux questions de gestion relatives à l'unité de nutrition et de diététique**
DTN 7.1	La réception ou l'achat des aliments
DTN 7.2	La préparation des aliments crus/en conserve ; [.
DTN 7.3	Le stockage des aliments préparés et des restes
DTN 7.4	La distribution des aliments
DTN 7.5	La préparation des plateaux des malades isolés ; PRES
DTN 7.6	L'établissement dispose d'une liste de régimes standards et de conseils hygiéno- diététiques pour les principales pathologies.
Documents ressources	Procédures
Personnes ressources	° Responsable DTN · Responsable hygiène · Personnel

DTN 8	**Le diététicien et/ ou le nutritionniste sont impliqués dans l'élaboration du plan de sortie des patients vers leur domicile ou vers d'autres structures d'accueil ainsi que dans leur éducation nutritionnelle.**
DTN 8.1	Des sessions d'éducation nutritionnelle individuelles et collectives sont assurées par un(e) diététicien(ne).
DTN 8.2	Une salle de cours est aménagée avec les supports pédagogiques nécessaires et réservée pour ces activités.
DTN 8.3	Les bénéficiaires sont les patients dépendants par rapport au problème nutritionnel ou leur entourage (en cas de pédiatrie par exemple).
DTN 8.4	Une évaluation documentée des connaissances est faite auprès des bénéficiaires de ces séances.
Documents ressources	Liste des bénéficiaires · Planning des sessions d'éducation · Supports d'éducation · Rapport d'évaluation
Personnes ressources	Diététicien nutritionniste Médecin traitant · Chefs des services /unités de soins

DTN 9	**Un bilan d'activité de l'unité Diététique-Nutrition est réalisé chaque année.**
DTN 9.1	Les données relatives aux activités de l'unité sont collectées et analysées.
DTN 9.2	Des outils d'audit/vérification sont établis à cet effet.
DTN 9.3	Les résultats et les plans d'amélioration découlant des audits sont documentés.
Documents ressources	Rapports d'audit Bilan d'activité Plan d'amélioration t GLOSSAIRE Accident : Un contact avec du sang d'Exposition au sang et. comportant Sang coupurë) soit une projection Ou sur une peau lésée. Audit : Un

processus méthodique, permettant d'obtenir manière objective, pour critères d'audit sont satisfaits. Audit qualité : Un audit réalisé par, interne même à intervalles planifiées la qualité est conforme exigences du système par l'organisme. Bio nettoyage : Procédé destiné à réduire obtenu par la combinaison évacuation de la salissure l'application d'un désinfectant. Consentement : Accord qu'un patient éclairé donner au médecin par tout geste thérapeutique etc.) après avoir été éventuels que présente est également recueilli clinique. Démarche qualité : Ensemble des actions satisfaction de ses clients. Dispositif médical : Tout instrument, appareil, autre article utilisé seul accessoires et logiciels destiné par le fabricant médicales ou chirurgicales. médicaux) Enquête : Outil permettant l'évaluation satisfaction patients, portant notamment séjour. Étalonnage : Opération qui, dans première étape une relation de mesure associées indications correspondantes puis utilise en une seconde une relation permettant d'une indication. (JCGM Ethique : Un système ou un code normes de conduite. Evénement : "Un incident touchant indésirable événement ou une circonstance entraîné, une atteinte Fiche de poste : Liste énumérant des fonctions et des objectifs poste ainsi que des lesquelles ces tâches (ISO 30405 V 2016) Gouvernance : Principes, politiques dirigé et contrôlé. (ISO/TR Indicateur de : Expression (numérique, performance caractériser des activités termes quantitatifs et accompagnée de la méthode 2008) Maîtrise : Ensemble des dispositions documentaire disposition des documents dans la bonne version. Maladies à : Les cas de maladies quarantenaires, déclaration social, de maladies contagieuses obligatoire est établie par arrêté obligatoirement et immédiatement des professions médicales simultanément à l'autorité médicale préfectorale ou 26 juin 1967) Management de : Des activités coordonnées la qualité en matière de la qualité. Médicament : Toute substance ou composition des propriétés curatives humaines ou animales, administré à l'homme diagnostic médical ou fonctions organiques. (Loi de la pharmacie) Morbidité : Indicateur de mesure états de mauvaise santé objectif vis-à-vis de l'état mesurée par des taux de Mortalité : Nombre de décès sur de décès dans une population. nombre de décès pour population à risque, Phénomène : Le phénomène épidémique, épidémique grecque (epidêmos « caractérise plus par n'est pas nécessairement situations où le nombre longue et imprévisible Pilotage : C'est un ensemble d'activités lignes directrices d'une activités et à analyser Plan d'urgence : Document établi par circonstances exceptionnelles, nécessaire afin de conséquences d'un incident. Le plan renferme un nécessaires pour assurer auxquels l'organisme Plan de soins : Outil destiné aux infirmiers infirmiers prodigués aux patients. réaliser dans une situation les résultats attendus. Plan d'évacuation : Plan du local ou de éléments nécessaires lesquels peuvent figurer première intervention Politique : Les intentions et les sont officiellement formulées Procédure : Document spécifiant la l'activité sous l'angle organisationnel.(qui Processus : Ensemble d'activités des éléments d'entrée Produits : Des solides ne présentant amorphes à moyenne et longue distance, distribués comme dans Programme de : Document annonçant formation prévus par rapport continue modalités pratiques d'évaluation Projet : Document définissant, d'établissement généraux de l'établissement, hospitalier soins infirmiers, de la d'information. (Décret n° Protocole : Descriptif technique qui tâches à exécuter et acte. Qualité des soins : Délivrance à chaque diagnostiques et thérapeutiques résultat en terme de santé, science médicale, au moindre risque iatrogène terme de procédures, l'intérieur du système de Rapport : Document qui synthétise, d'activités année, l'ensemble des Réclamation : Toute expression écrite visuel, qu'adresse l'utilisateur divulgue : Les dommages qui émis par l'administration, ou explicite, d'un acte à la loi ou contraire Insatisfaction à l'égard (Décret n° 2-17-265 remarques et propositions Règlement : Document écrit qui prévoit intérieur d'un organisme. Schéma : Document conçu pour directeur de l'environnement informatique dans le cas d'un d'information. détermine l'évaluation de l'existant être considéré comme stratégiques sont présentés, d'arbitrage afin de prévoir pour une période définie. Système : Un ensemble organisé d'information stocker, traiter et distribuer Test Bowie-Dick : Test qui permet de cœur des articles à stériliser de rentrée d'air pendant Usager : Personne qui utilise services d'un établissement. BIBLIOGRAPGIE 'Documents transversaux ; Constitution marocaine de 2011. Loi 131-13 relatif à l'exercice de la Médecine. Loi-cadre 34 -09 relative au système de santé International Society for Quality Improvement and Principles for the Development of Health édition Version 1.0, September 2018. Haute Autorité de santé. Manuel de certification guide de cotation. HAS. 2007. Norme ISO 9001 version 2015. Norme ISO 31000 version 2018. MANAGEMENT >» GOUVERNANCE ET PILOTAGE Textes transversaux Loi 34-09 relative au système de santé et Décret 2-14-562 du 24/7/2015 pris pour système de santé et à l'offre de soins (articles Textes spécifiques pat type d'établissement · Textes relatifs aux hôpitaux relevant Décret n° 2-06-656 du 13 avril 2007 relatif Arrêté du ministre de la santé n° 456-11 intérieur des hôpitaux. · Textes spécifiques aux CHU Loi 70-13 relative aux centres hospitalo-universitaires. Décret n° 2-17-589 du 28/7/2018 pris pour centres hospitalo-universitaires. · Textes spécifiques aux cliniques Loi 131-13 relatif à l'exercice de la Médecine Décret 2-15-447 du 16 mars 2016 pris pour l'exercice de la Médecine (chapitre II). · Textes spéciaux aux Fondations Dahir portant loi n°1-93-228 du 10 /9/1993 Soltan ». Loi n° 12-07 du 24/7/2007 portant création Zaïd. >» MANAGEMENT DES RESSOURCES Norme ISO 9001 (version 2015). Systèmes Exigences. >» STATISTIQUES ET SYSTEMES D'INFORMATION Loi 34-09 relative au système de santé et Loi n° 09-08

relative à la protection traitement des données à caractère personnel Décret royal n° 554-65 du 26 juin 1967 déclaration de certaines maladies et prescrivant propres à enrayer ces maladies. Arrêté du ministre de la santé publique modalités d'application du décret royal n° Norme ISO 27000. Version 2018. Systèmes l'information- vue d'ensemble et vocabulaire. Norme ISO 27001 Systèmes de management Norme ISO 27002. Version 2014. Code de de la sécurité de l'information. Norme ISO 27004. Version 2016. Mesures l'information. Norme ISO 27005. Version 2018. Gestion l'information. > SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA Norme ISO 9001 version 2015. Systèmes Exigences. Norme ISO 31000 version 2018. Management Décret n° 2-17-265 fixant les modalités propositions des usagers. Ministère de la Santé. Guide méthodologique hospitaliers dans les hôpitaux marocains. DHSA. > DROITS DE PATIENTS ET DES FAMILLES Constitution marocaine de 2011 (art 27). Loi 31-13 relative au droit d'accès à l'information. Loi 131-13 relatif à l'exercice de la Médecine Loi 34-09 relative au système de santé et à Loi n° 09-08 relative à la protection des traitement des données à caractère personnel Loi n° 28-13 relative à la protection des biomédicales. Décret n° 2.20.326 pris pour l'application des personnes participant aux recherches Loi n° 43-13 relative à l'exercice des professions Loi n° 44-13 relative à l'exercice de la profession Arrêté résidentiel relatif au Code de déontologie · PRISE EN CHARGE DU PATIENT Références transversaux Loi n° 131-13 relative à l'exercice de la Médecine. Loi n° 34-09 relative au système de santé et Loi n° 43-13 relative à l'exercice des professions Loi n° 44-13 relative à l'exercice de la profession Décret n° 2-06-656 du 24 13 avril 2007 relatif Arrêté résidentiel relatif au Code de déontologie Loi n° 09-08 relative à la protection des traitement des données à caractère personnel Arrêté du ministre de la santé n° 456-11 intérieur des hôpitaux. Références spécifiques > Urgences soins ambulatoires/ministère de la santé · Psychiatrie Dahir n° 1-58-295 du 21 chaoual 1378 (30 traitement des maladies mentales et à la Code pénal (art 61 et 75 à 83). · SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX Ministère de la Santé. Paquet d'interventions nouveau-né. Direction de la population.2019. · PLATEAU TECHNIQUE Loi 34-09 relative au système de santé et > PHARMACIE Dahir du 12 Rabii 1341 (2/12/1922) commerce, la détention et l'usage des substances Loi 17-04 portant code du médicament et Loi 84-12 relative aux dispositifs médicaux. Décret 2-14-607 du 18/9/2014 pris pour dispositifs médicaux et ses arrêtés d'application. Décret n° 2-99-651 du 6 octobre 1999 interministériel des médecins, pharmaciens Ministère de la Santé. Guide d'organisation pharmacie hospitalière. DHSA (Mai 2013). Ministère de la Santé. Guide de détermination pharmaceutiques et du processus de DHSA (Mai 2013). Lettre circulaire n° 0025/DHSA/00 du 26 des pharmacies hospitalières. Lettre circulaire n° 0068/DHSA du 15 stocks en produits pharmaceutiques. Lettre circulaire n° 0012/DHSA du 12 stupéfiants et/ou psychotropes impropres Lettre circulaire n° 003/CAPM du 4 janvier système nationale de pharmacovigilance. Lettre circulaire n° 070/DHSA du 1" novembre commission locale de surveillance de la distribution usage médical à l'hôpital. NM 21.6.201 (version 2017) : Médicaments de Distribution (BPD). >» EXAMENS DE LABORATOIRE · Analyse de biologie Loi n° 12-01 relatives aux laboratoires privés Décret n°2-05-752 pris pour l'application laboratoires privés d'analyses de biologie médicales. Arrêté de la ministre de la santé n°2598-10 exécution des analyses de biologie médicales. Ministère de la Santé. Le paquet minimum niveau de laboratoire hospitalier. Version 2019.Ministère Manuel de sécurité biologique en laboratoire Norme ISO 15189 version 2017 relative laboratoires. · Transfusion sanguine Loi n° 03-94 relative au don, au prélèvement et à l'utilisation Décret 2-94-20 du 16/11/95 pris pour l'application et à l'utilisation du sang humain. Circulaire du Ministre de la santé n°17 du 08 avril sanguine. Ministère de la santé. Référentiel des Bonnes Pratiques version. > EXAMENS D'IMAGERIE Loi n°142-12 relative à la sûreté et à la sécurité création de l'Agence chargée d'en assurer Décret n° 2- 97 -132 du 28 octobre 1997 onisants à des fins médicales ou dentaires. Décret n° 2-97-30 du 28 octobre 1997 rayonnements ionisants. Arrêté du ministre de la santé n°920-01 du doses. Arrêté du ministre de la santé n°921-01 du et signalisation particulières des zones contrôlées Arrêté du ministre de la santé n°922-01 du14 d'utilisation des dosimètres. · HYGIÉNE ET SÉCURITÉ Références transversaux OMS. Guide pédagogique pour la sécurité OMS. Normes essentielles en matière structures de soins. OMS 2010. Norme ISO 14001. Version 2015 relative environnemental. Références spécifiques > NETTOYAGE ET DESINFECTION DES NM EN 14885 (version 2017): Antiseptiques Application des normes marocaines relatives chimiques. >» GESTION DES DECHETS MEDICAUX Loi n° 28-00 relative à la gestion des novembre 2006. Décret n° 2-07-253 du 18 Juillet 2008 portant la liste des déchets dangereux. Décret n°2-09-139 du 21 mai 2009, relatif pharmaceutique. Ministère de la Santé. Guide de gestion soins. DHSA. Edition 2010. > PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX Norme Iso 31000 version 2018. >» STERILISATION NM 21.3.100 (version 2003) : Stérilisation contrôle de routine pour la stérilisation à NM 21.3.118 (version 2003) : Grands stérilisateurs 285). NM ISO 13 683 (version 2005) : Stérilisation pour la validation et le contrôle pratique de les locaux de soins de santé. NM1ISO 17 665-1 (version 2009) : Stérilisation pour le développement, la validation et le stérilisation des dispositifs médicaux par la NM 1SO 11 140-3 (version 2014) : Stérilisation d'indicateurs de classe 2 pour utilisation pénétration de la vapeur. > INCENDIE ET SITUATIONS DE CRISE Norme ISO 9001 (version 2015). > SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL Dahir n° 1.58.008 du 4

chaabane 1377 (24 février Publique. Loi n°65-99 formant code de travail. Dahir n° 1-60-223 du 12 ramadan 1382 (6 forme du dahir du 25 hija 1345 (25 juin 1927) du travail. Circulaire N° 71/DELM/23 du 21 novembre unités de sécurité au travail régionales et provinciales/préfectorales. Arrêtés pris pour application du décret rayonnements ionisants · Arrêté du Ministre de la santé N° les limites de doses. · Arrêté du ministre de la santé n°921-01 délimitation et signalisation particulières surveillées. · Arrêté du ministre de la santé n°922-01 modalités d'utilisation des dosimètres. Norme ISO 45001 (version 2018) Système et Sécurité au Travail. ° INFRASTRUCTURE ET LOGISTIQUE >» Bâtiments et Installations Techniques Arrêté du ministre de la santé n° 1690-00 techniques des cliniques. Arrêté du ministre de la santé n° 1334-09 l'arrêté n°1690-00 du 2 novembre 2000 cliniques. Arrêté du ministre de la santé n° 921-01 délimitation et signalisation particulières des > DIETETIQUE ET NUTRITION NM 08.0.002 (version 2003). Système de management

Personnes ressources Coordonnateur de qualité et gestion des risques · Responsable unité DTN ; e Responsable d'hygiène 1 és être 227 ou un liquide biologique contenant du soit une effraction cutanée (piqûre ou sur une muqueuse (œil, bouche) (OMS/ONUSIDA) indépendant, documenté les preuves d'audit, de les évaluer de déterminer dans quelle mesure les (ISO 9000 V2015) ou pour le compte de l'organisme lui- pour déterminer si le système de aux dispositions planifiées et aux de management de la qualité établies la contamination des surfaces. Il est (3 temps) : d'un nettoyage, d'une et des produits utilisés, de (le tuteur lorsqu'il s'agit d'un enfant) doit la signature d'un document écrit avant important (intervention chirurgicale, informé des complications et des risques l'intervention. Un consentement éclairé lorsque le patient participe à un essai que mène l'organisme pour accroitre la équipement, matière, produit, ou ou en association, y compris les intervenant dans son fonctionnement, à être utilisé chez l'homme à des fins (Loi 84-12 relative aux dispositifs régulière de la satisfaction des sur les conditions d'accueil et de des conditions spécifiées, établit en une entre les valeurs et les incertitudes qui sont fournies par des étalons et les avec les incertitudes associées, étape cette information pour établir d'obtenir un résultat de mesure à partir 200 v 2018). de valeurs morales, avec ses règles et à la sécurité des patients est un qui aurait pu entraîner, ou a inutile pour un patient". (OMS) tâches spécifiques ou générales, des ou des responsabilités relatives à un conditions organisationnelles dans et ces fonctions doivent être effectuées. et cadre permettant à un organisme d'être 21506 V2018) symbolique ou verbale) servant à (événements, objets, personnes) en qualitatifs afin d'en déterminer la valeur. de calcul associée. (ISO 11620 V qui permettent d'assurer la mise à au bon endroit, au bon moment et de maladies à caractère ou épidémiques dont la liste du ministre de la santé publique sont déclarés par les membres qui en ont constaté l'existence, administrative locale et à l'autorité provinciale. (Décret royal n° 554-65 du pour orienter et diriger un organisme (ISO 9001 v2015) présentée comme possédant ou préventives à l'égard des maladies ainsi que tout produit pouvant être ou à l'animal en vue d'établir un de restaurer, corriger ou modifier leurs 17-04 portant code du médicament et de la fréquence des maladies ou des d'une population. Écart subjectif ou de bien-être idéal. La morbidité est prévalence ou d'incidence. une période par Mesure de la fréquence il est calculé en divisant le une période donnée auprès d'une par 1000 conformément à l'étymologie qui circule dans le pays (dêmos) »), se son évolution que par son étiologie, qui infectieuse. englobe toutes les de cas s'accroît sur une période assez (ex : canicule). destiné à établir et déployer les organisation, à contrôler et corriger ses et améliorer son fonctionnement. un organisme prévoyant en cas de les modalités de fonctionnement faire disparaître ou de limiter les ensemble de directives et d'informations la gestion de la situation d'urgence peut faire face. qui contribue à planifier les soins inclut l'ensemble des actions à précise, les objectifs à atteindre et l'établissement sur lequel sont illustrés les à l'évacuation des personnes et sur les éléments nécessaires à la orientations d'un organisme telles qu'elles par sa direction. (ISO 9000 v2015) manière d'exécuter une activité. décrit fait quoi ?). corrélées ou interactives qui transforme en éléments de sortie. aucune structure atomique ordonnée les atomes y sont aléatoirement un liquide. les moyens pédagogiques et techniques à l'action de formation, ainsi que les et d'appréciation des résultats. pour une durée déterminée, les objectifs dans le domaine médical et des formation, de la gestion et du système 2-14-562 du 24/7/2015) énonce les conditions, les règles, les leur déroulement pour la réalisation d'un patient de l'assortiment d'actes qui lui assurera le meilleur conformément à l'état actuel de la meilleur coût pour un même résultat, au et pour sa plus grande satisfaction en de résultats et de contacts humains à soins. (OMS) généralement pour la période d'une activités d'une organisation. 232 ou orale, enregistrement vocal ou à l'administration dans laquelle il peuvent lui être causés du fait d'un acte quil s'agisse d'une décision implicite ou d'un manquement à l'action, contraire aux principes de justice et d'équité. d'un service fourni par la direction. fixant les modalités de réception des des usagers) les règles de fonctionnement interne préparer soit l'évolution et l'adaptation pour une période donnée, soit projet de remise à plat du système les grandes lignes à partir de et des besoins ou projets futurs. peut un référentiel dans lequel les axes en tant qu'outil de planification et les investissements informatiques des ressources qui permet de collecter, de

l'information. (ISO 9000 V2015) contrôler la pénétration de la vapeur au et tester l'absence d'air résiduel ou la phase de vide du stérilisateur ou est susceptible d'avoir à utiliser les 233 et à l'offre de soins. in Health Care (ISQua). Guidelines and Social Care Standards. Sth des établissements de santé et à l'offre de soins (art 11 et 12). l'application de la loi 34-09 relative au 28 à 35). du Ministère de la santé à l'organisation hospitalière. du 17 mars 2011 portant règlement l'application de la loi 70-13 relative aux privées (chapitre II). l'application de la loi 131-13 relatif à créant la Fondation «Cheikh Zaïd Ibn de la Fondation Cheikh Khalifa Ibn de management de la qualité- à l'offre de soins (art 17). des personnes physique à l'égard du (art 12, 21 et 22). portant loi rendant obligatoire la des mesures prophylactiques N° 683-95 du 31 mars 1995 fixant les 554-65 du 26 juin 1967. de management de la sécurité de de la sécurité de l'information. bonnes pratiques pour le management du management de la sécurité de des risques liés à la sécurité de QUALITE de management de la qualité- du risque- lignes directrices. de réception des remarques et relatif à la gestion des risques Edition 2016. (art 2). l'offre de soins (art 7et 12). personnes physique à l'égard du (art 12, 21 et 22). personnes participant aux recherches de la loi 28-13 relative à la protection biomédicales. infirmières (art 14). de sage-femme (art 4). des médecins du 1953. à l'offre de soins. infirmières. de sage-femme. à l'organisation hospitalière. des médecins du 1953. personnes physique à l'égard du (art 12, 21 et 22). du 17 mars 2011 portant règlement édition 2020. 236 avril 1959) relatif à la prévention et au protection des malades mentaux. . essentielles pour la mère et le à l'offre de soins. portant règlement sur l'importation, le vénéneuses. de la pharmacie. l'application de la loi 84-12 relative aux portant statut particulier du corps et chirurgiens-dentistes. et de fonctionnement de la ‘ quantification des besoins commande en pharmacie hospitalière. janvier 2009 relative au cadre normatif septembre 2014 relative l'inventaire des mars 2015 relative à l'élimination des à l'usage thérapeutique. 2016 relative à l'organisation du 2016 relative à la création d'une et de la sécurité des gaz à à usage humain Bonnes Pratiques d'analyses de biologie médicales. de la loi n° 12-01 relatives aux du 7/9/2010 relatif au guide de bonne des analyses de biologie médicale par de la Santé. ; OMS ; 3°'° édition ; 2005. aux exigences d'accréditation des du sang humain. de la loi 03-94 relative au don, au prélèvement 199 relative à réorganisation de la transfusion Transfusionnelles. CNTS/2009/3ème nucléaires et radiologiques et à la le contrôle. relatif à l'utilisation des rayonnements relative à la protection contre les 14 novembre 2000 fixant les limites de 14 novembre 2000 portant délimitation et surveillées. novembre 2000 fixant les modalités des patients, OMS, version 2015. de santé environnementale dans les aux systèmes de management LOCAUX ET SURFACES et désinfectants chimiques aux antiseptiques et désinfectants ET PHARMACEUTIQUES déchets et à leur élimination du 22 classification des déchets et fixant à la gestion des déchets médicaux et des déchets des établissements de des dispositifs médicaux Validation et la vapeur d’eau (EN 554). à la vapeur d'eau (NF EN 239 des produits de santé Exigences la stérilisation en chaleur humide dans des produits de santé Exigences contrôle de routine d'un procédé de chaleur humide. des produits de santé Systèmes lors de l'essai de Bowie Dick de 1958) portant Statut Général de la Fonction février 1963) portant modification en la relatif à la réparation des accidents 2013 relative à la restructuration des relatif à la protection contre les 920-01 du 14 novembre 2000 fixant du 14 novembre 2000 portant des zones contrôlées et du14 novembre 2000 fixant les de management de la Santé du 2 novembre 2000 fixant les normes du 25 mai 2009 modifiant et complétant fixant les normes techniques des du 14 novembre 2000 portant zones contrôlées et surveillées. H.A.C.C.P. Exigences.

Glossaire

Accident d'Exposition au Sang	Un contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et. comportant soit une effraction cutanée (piqûre ou coupurë) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) Ou sur une peau lésée. (OMS/ONUSIDA)
Audit	Un processus méthodique, indépendant, documenté permettant d'obtenir les preuves d'audit, de les évaluer de manière objective, pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaits. (ISO 9000 V2015)
Audit qualité interne	Un audit réalisé par, ou pour le compte de l'organisme lui-même à intervalles planifiées pour déterminer si le système de la qualité est conforme aux dispositions planifiées et aux exigences du système de management de la qualité établies par l'organisme.
Bio nettoyage	Procédé destiné à réduire la contamination des surfaces. Il est obtenu par la combinaison (3 temps) : d'un nettoyage, d'une évacuation de la salissure et des produits utilisés, de l'application d'un désinfectant.
Consentement éclairé	Accord qu'un patient (le tuteur lorsqu'il s'agit d'un enfant) doit donner au médecin par la signature d'un document écrit avant tout geste thérapeutique important (intervention chirurgicale, etc.) après avoir été informé des complications et des risques éventuels que présente l'intervention. Un consentement éclairé est également recueilli lorsque le patient participe à un essai clinique.
Démarche qualité	Ensemble des actions que mène l'organisme pour accroitre la satisfaction de ses clients.
Dispositif médical	Tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales ou chirurgicales. (Loi 84-12 relative aux dispositifs médicaux)
Enquête satisfaction	Outil permettant l'évaluation régulière de la satisfaction des patients, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour.
Étalonnage	Opération qui, dans des conditions spécifiées, établit en une première étape une relation entre les valeurs et les incertitudes de mesure associées qui sont fournies par des étalons et les indications correspondantes avec les incertitudes associées, puis utilise en une seconde étape cette information pour établir une relation permettant d'obtenir un résultat de mesure à partir d'une indication. (JCGM 200 v 2018).
Ethique	Un système ou un code de valeurs morales, avec ses règles et normes de conduite.
Evénement indésirable	"Un incident touchant à la sécurité des patients est un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, une atteinte inutile pour un patient". (OMS)

Fiche de poste	Liste énumérant des tâches spécifiques ou générales, des fonctions et des objectifs ou des responsabilités relatives à un poste ainsi que des conditions organisationnelles dans lesquelles ces tâches et ces fonctions doivent être effectuées. (ISO 30405 V 2016)
Gouvernance	Principes, politiques et cadre permettant à un organisme d'être dirigé et contrôlé. (ISO/TR 21506 V2018)
Indicateur de performance	Expression (numérique, symbolique ou verbale) servant à caractériser des activités (événements, objets, personnes) en termes quantitatifs et qualitatifs afin d'en déterminer la valeur. accompagnée de la méthode de calcul associée. (ISO 11620 V 2008)
Maîtrise documentaire	Ensemble des dispositions qui permettent d'assurer la mise à disposition des documents au bon endroit, au bon moment et dans la bonne version.
Maladies à déclaration obligatoire	Les cas de maladies quarantenaires, de maladies à caractère social, de maladies contagieuses ou épidémiques dont la liste est établie par arrêté du ministre de la santé publique sont obligatoirement et immédiatement déclarés par les membres des professions médicales qui en ont constaté l'existence, simultanément à l'autorité administrative locale et à l'autorité médicale préfectorale ou provinciale. (Décret royal n° 554-65 du 26 juin 1967)
Management de la qualité	Des activités coordonnées pour orienter et diriger un organisme en matière de la qualité. (ISO 9001 v2015)
Médicament	Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques. (Loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie)
Morbidité	Indicateur de mesure de la fréquence des maladies ou des états de mauvaise santé d'une population. Écart subjectif ou objectif vis-à-vis de l'état de bien-être idéal. La morbidité est mesurée par des taux de prévalence ou d'incidence.
Mortalité	Nombre de décès sur une période par Mesure de la fréquence de décès dans une population. Il est calculé en divisant le nombre de décès pour une période donnée auprès d'une population à risque, par 1000
Phénomène épidémique	Le phénomène épidémique, conformément à l'étymologie grecque (epidêmos « qui circule dans le pays (dêmos) »), se caractérise plus par son évolution que par son étiologie, qui n'est pas nécessairement infectieuse. englobe toutes les situations où le nombre de cas s'accroît sur une période assez longue et imprévisible (ex : canicule).
Pilotage	C'est un ensemble d'activités destiné à établir et déployer les lignes directrices d'une organisation, à contrôler et corriger ses activités et à analyser et améliorer son fonctionnement.

Echelle 11

Plan d’urgence	Document établi par un organisme prévoyant en cas de circonstances exceptionnelles, les modalités de fonctionnement nécessaire afin de faire disparaître ou de limiter les conséquences d'un incident. Le plan renferme un ensemble de directives et d'informations nécessaires pour assurer la gestion de la situation d'urgence auxquels l'organisme peut faire face.
Plan de soins infirmiers	Outil destiné aux infirmiers qui contribue à planifier les soins prodigués aux patients. Il inclut l'ensemble des actions à réaliser dans une situation précise, les objectifs à atteindre et les résultats attendus.
Plan d’évacuation	Plan du local ou de l’établissement sur lequel sont illustrés les éléments nécessaires à l'évacuation des personnes et sur lesquels peuvent figurer les éléments nécessaires à la première intervention
Politique	Les intentions et les orientations d’un organisme telles qu’elles sont officiellement formulées par sa direction. (ISO 9000 v2015)
Procédure	Document spécifiant la manière d'exécuter une activité. décrit l’activité sous l'angle organisationnel.(qui fait quoi ?).
Processus	Ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie.
Produits amorphes	Des solides ne présentant aucune structure atomique ordonnée à moyenne et longue distance, les atomes y sont aléatoirement distribués comme dans un liquide.
Programme de formation continue	Document annonçant les moyens pédagogiques et techniques prévus par rapport à l'action de formation, ainsi que les modalités pratiques d'évaluation et d'appréciation des résultats.
Projet d’établissement hospitalier	Document définissant, pour une durée déterminée, les objectifs généraux de l'établissement, dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la formation, de la gestion et du système d'information. (Décret n° 2-14-562 du 24/7/2015)
Protocole	Descriptif technique qui énonce les conditions, les règles, les tâches à exécuter et leur déroulement pour la réalisation d’un acte.
Qualité des soins	Délivrance à chaque patient de l’assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. (OMS)
Rapport d’activités	Document qui synthétise, généralement pour la période d'une année, l'ensemble des activités d'une organisation.

Echelle11

Réclamation	Toute expression écrite ou orale, enregistrement vocal ou visuel, qu'adresse l'utilisateur à l'administration dans laquelle il divulgue : - Les dommages qui peuvent lui être causés du fait d'un acte émis par l'administration, quil s'agisse d'une décision implicite ou explicite, d'un acte ou d'un manquement à l'action, contraire à la loi ou contraire aux principes de justice et d'équité. - Insatisfaction à l'égard d'un service fourni par la direction. (Décret n° 2-17-265 fixant les modalités de réception des remarques et propositions des usagers)
Règlement intérieur	Document écrit qui prévoit les règles de fonctionnement interne d'un organisme.
Schéma directeur	Document conçu pour préparer soit l'évolution et l'adaptation de l'environnement informatique pour une période donnée, soit dans le cas d'un projet de remise à plat du système d'information. Il détermine les grandes lignes à partir de l'évaluation de l'existant et des besoins ou projets futurs. Il peut être considéré comme un référentiel dans lequel les axes stratégiques sont présentés, en tant qu'outil de planification et d'arbitrage afin de prévoir les investissements informatiques pour une période définie.
Système d'information	Un ensemble organisé des ressources qui permet de collecter, stocker, traiter et distribuer de l'information. (ISO 9000 V2015)
Test Bowie-Dick	Test qui permet de contrôler la pénétration de la vapeur au cœur des articles à stériliser et tester l'absence d'air résiduel ou de rentrée d'air pendant la phase de vide du stérilisateur
Usager	Personne qui utilise ou est susceptible d'avoir à utiliser les services d'un établissement.

Echelle11

Bibliographie

Documents transversaux

Constitution marocaine de 2011.

- Loi 131-13 relatif à l'exercice de la Médecine.
- Loi-cadre 34 -09 relative au système de santé et à l'offre de soins.
- International Society for Quality Improvement in Health Care (ISQua). Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards. Sth édition Version 1.0, September 2018.
- Haute Autorité de santé. Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation. HAS. 2007.
- Norme ISO 9001 version 2015.
- Norme ISO 31000 version 2018.

MANAGEMENT

GOUVERNANCE ET PILOTAGE

Textes transversaux

- Loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins (art 11 et 12).
- Décret 2-14-562 du 24/7/2015 pris pour l'application de la loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins (articles 28 à 35).

Textes spécifiques pat type d'établissement

- Textes relatifs aux hôpitaux relevant du Ministère de la santé
- Décret n° 2-06-656 du 13 avril 2007 relatif à l'organisation hospitalière.
- Arrêté du ministre de la santé n° 456-11 du 17 mars 2011 portant règlement intérieur des hôpitaux.
- Textes spécifiques aux CHU
- Loi 70-13 relative aux centres hospitalo-universitaires.
- Décret n° 2-17-589 du 28/7/2018 pris pour l'application de la loi 70-13 relative aux centres hospitalo-universitaires.
- Textes spécifiques aux cliniques privées
- Loi 131-13 relatif à l'exercice de la Médecine (chapitre II).
- Décret 2-15-447 du 16 mars 2016 pris pour l'application de la loi 131-13 relatif à l'exercice de la Médecine (chapitre II). + Textes spéciaux aux Fondations
- Dahir portant loi n°1-93-228 du 10 /9/1993 créant la Fondation «Cheikh Zaïd Ibn Soltan ». -
- Loi n° 12-07 du 24/7/2007 portant création de la Fondation Cheikh Khalifa Ibn Zaïd.

MANAGEMENT DES RESSOURCES

- Norme ISO 9001 (version 2015). Systèmes de management de la qualité- Exigences.

STATISTIQUES ET SYSTEMES D'INFORMATION

- Loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins (art 17).
- Loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physique à l'égard du traitement des données à caractère personnel (art 12, 21 et 22).
- Décret royal n° 554-65 du 26 juin 1967 portant loi rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies et prescrivant des mesures prophylactiques propres à enrayer ces maladies.
- Arrêté du ministre de la santé publique N° 683-95 du 31 mars 1995 fixant les modalités d'application du décret royal n° 554-65 du 26 juin 1967.
- Norme ISO 27000. Version 2018. Systèmes de management de la sécurité de l'information- vue d'ensemble et vocabulaire.
- Norme ISO 27001 Systèmes de management de la sécurité de l'information.

- Norme ISO 27002. Version 2014. Code de bonnes pratiques pour le management de la sécurité de l'information.
- Norme ISO 27004. Version 2016. Mesures du management de la sécurité de l'information.
- Norme ISO 27005. Version 2018. Gestion des risques liés à la sécurité de l'information.

SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE

- Norme ISO 9001 version 2015. Systèmes de management de la qualité- Exigences.
- Norme ISO 31000 version 2018. Management du risque- lignes directrices.
- Décret n° 2-17-265 fixant les modalités de réception des remarques et propositions des usagers.
- Ministère de la Santé. Guide méthodologique relatif à la gestion des risques hospitaliers dans les hôpitaux marocains. DHSA. Edition 2016.

DROITS DE PATIENTS ET DES FAMILLES

- Constitution marocaine de 2011 (art 27).
- Loi 31-13 relative au droit d'accès à l'information. Loi 131-13 relatif à l'exercice de la Médecine (art 2). Loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins (art 7et 12). Loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physique à l'égard du traitement des données à caractère personnel (art 12, 21 et 22).
- Loi n° 28-13 relative à la protection des personnes participant aux recherches biomédicales.
- Décret n° 2.20.326 pris pour l'application de la loi 28-13 relative à la protection des personnes participant aux recherches biomédicales.
- Loi n° 43-13 relative à l'exercice des professions infirmières (art 14).
- Loi n° 44-13 relative à l'exercice de la profession de sage-femme (art 4).
- Arrêté résidentiel relatif au Code de déontologie des médecins du 1953.

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Références transversaux

- Loi n° 131-13 relative à l'exercice de la Médecine.
- Loi n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.
- Loi n° 43-13 relative à l'exercice des professions infirmières.
- Loi n° 44-13 relative à l'exercice de la profession de sage-femme.
- Décret n° 2-06-656 du 24 13 avril 2007 relatif à l'organisation hospitalière.
- Arrêté résidentiel relatif au Code de déontologie des médecins du 1953.
- Loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physique à l'égard du traitement des données à caractère personnel (art 12, 21 et 22).
- Arrêté du ministre de la santé n° 456-11 du 17 mars 2011 portant règlement intérieur des hôpitaux.

Références spécifiques

Urgences

- Cadre référentiel des structures des urgences ; Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires/ministère de la santé ; édition 2020.

Psychiatrie

- Dahir n° 1-58-295 du 21 chaoual 1378 (30 avril 1959) relatif à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux.
- Code pénal (art 61 et 75 à 83).

SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX

- Ministère de la Santé. Paquet d'interventions essentielles pour la mère et le nouveau-né. Direction de la population.2019.

PLATEAU TECHNIQUE

- Loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.

PHARMACIE

- Dahir du 12 Rabii II 1341 (2/12/1922) portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses.
- Loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie.
- Loi 84-12 relative aux dispositifs médicaux.
- Décret 2-14-607 du 18/9/2014 pris pour l'application de la loi 84-12 relative aux dispositifs médicaux et ses arrêtés d'application.
- Décret n° 2-99-651 du 6 octobre 1999 portant statut particulier du corps interministériel des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes.
- Ministère de la Santé. Guide d'organisation et de fonctionnement de la pharmacie hospitalière. DHSA (Mai 2013).
- Ministère de la Santé. Guide de détermination — quantification des besoins pharmaceutiques et du processus de commande en pharmacie hospitalière. DHSA (Mai 2013).
- Lettre circulaire n° 0025/DHSA/00 du 26 janvier 2009 relative au cadre normatif des pharmacies hospitalières.
- Lettre circulaire n° 0068/DHSA du 15 septembre 2014 relative l'inventaire des stocks en produits pharmaceutiques.
- Lettre circulaire n° 0012/DHSA du 12 mars 2015 relative à l'élimination des stupéfiants et/ou psychotropes impropres à l'usage thérapeutique.
- Lettre circulaire n° 003/CAPM du 4 janvier 2016 relative à l'organisation du système nationale de pharmacovigilance.
- Lettre circulaire n° 070/DHSA du 1" novembre 2016 relative à la création d'une commission locale de surveillance de la distribution et de la sécurité des gaz à usage médical à l'hôpital.
- NM 21.6.201 (version 2017) : Médicaments à usage humain — Bonnes Pratiques de Distribution (BPD).

EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyse de biologie

- Loi n° 12-01 relatives aux laboratoires privés d'analyses de biologie médicales.
- Décret n°2-05-752 pris pour l'application de la loi n° 12-01 relatives aux laboratoires privés d'analyses de biologie médicales.
- Arrêté de la ministre de la santé n°2598-10 du 7/9/2010 relatif au guide de bonne exécution des analyses de biologie médicales.
- Ministère de la Santé. Le paquet minimum des analyses de biologie médicale par niveau de laboratoire hospitalier. Version 2019.Ministère de la Santé.
- Manuel de sécurité biologique en laboratoire ; OMS ; 3°"° édition ; 2005.
- Norme ISO 15189 version 2017 relative aux exigences d'accréditation des laboratoires.

Transfusion sanguine

- Loi n° 03-94 relative au don, au prélèvement et à l'utilisation du sang humain.
- Décret 2-94-20 du 16/11/95 pris pour l'application de la loi 03-94 relative au don, au prélèvement et à l'utilisation du sang humain.
- Circulaire du Ministre de la santé n°17 du 08 avril 199 relative à réorganisation de la transfusion sanguine.
- Ministère de la santé. Référentiel des Bonnes Pratiques Transfusionnelles. CNTS/2009/3ème version.

EXAMENS D'IMAGERIE

- Loi n°142-12 relative à la sûreté et à la sécurité nucléaires et radiologiques et à la création de l'Agence chargée d'en assurer le contrôle.

- Décret n° 2- 97 -132 du 28 octobre 1997 relatif à l'utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales ou dentaires.
- Décret n° 2-97-30 du 28 octobre 1997 relative à la protection contre les rayonnements iionisants.
- Arrêté du ministre de la santé n°920-01 du 14 novembre 2000 fixant les limites de doses.
- Arrêté du ministre de la santé n°921-01 du 14 novembre 2000 portant délimitation et signalisation particulières des zones contrôlées et surveillées.
- Arrêté du ministre de la santé n°922-01 du14 novembre 2000 fixant les modalités d'utilisation des dosimètres.

HYGIÉNE ET SÉCURITÉ

Références transversaux

- OMS. Guide pédagogique pour la sécurité des patients, OMS, version 2015.
- OMS. Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins. OMS 2010.
- Norme ISO 14001. Version 2015 relative aux systèmes de management environnemental.

Références spécifiques

NETTOYAGE ET DESINFECTION DES LOCAUX ET SURFACES

- NM EN 14885 (version 2017): Antiseptiques et désinfectants chimiques — Application des normes marocaines relatives aux antiseptiques et désinfectants chimiques.

GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

- Loi n° 28-00 relative à la gestion des déchets et à leur élimination du 22 novembre 2006.
- Décret n° 2-07-253 du 18 Juillet 2008 portant classification des déchets et fixant la liste des déchets dangereux.
- Décret n°2-09-139 du 21 mai 2009, relatif à la gestion des déchets médicaux et pharmaceutique.
- Ministère de la Santé. Guide de gestion des déchets des établissements de soins. DHSA. Edition 2010.

PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

- Norme Iso 31000 version 2018.

STERILISATION

- NM 21.3.100 (version 2003) : Stérilisation des dispositifs médicaux — Validation et contrôle de routine pour la stérilisation à la vapeur d'eau (EN 554).
- NM 21.3.118 (version 2003) : Grands stérilisateurs à la vapeur d'eau (NF EN 285).
- NM ISO 13 683 (version 2005) : Stérilisation des produits de santé — Exigences pour la validation et le contrôle pratique de la stérilisation en chaleur humide dans les locaux de soins de santé.
- NM1ISO 17 665-1 (version 2009) : Stérilisation des produits de santé — Exigences pour le développement, la validation et le contrôle de routine d'un procédé de stérilisation des dispositifs médicaux par la chaleur humide.
- NM 1SO 11 140-3 (version 2014) : Stérilisation des produits de santé — Systèmes d'indicateurs de classe 2 pour utilisation lors de l'essai de Bowie — Dick de pénétration de la vapeur.

INCENDIE ET SITUATIONS DE CRISE

- Norme ISO 9001 (version 2015).

SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL

- Dahir n° 1.58.008 du 4 chaabane 1377 (24 février 1958) portant Statut Général de la Fonction Publique.
- Loi n°65-99 formant code de travail.
- Dahir n° 1-60-223 du 12 ramadan 1382 (6 février 1963) portant modification en la forme du dahir du 25 hija 1345 (25 juin 1927) relatif à la réparation des accidents du travail.
- Circulaire N° 71/DELM/23 du 21 novembre 2013 relative à la restructuration des unités de sécurité au travail régionales et provinciales/préfectorales.

- Arrêtés pris pour application du décret relatif à la protection contre les rayonnements iionisants :
- Arrêté du Ministre de la santé N° 920-01 du 14 novembre 2000 fixant les limites de doses.
- Arrêté du ministre de la santé n°921-01 du 14 novembre 2000 portant délimitation et signalisation particulières des zones contrôlées et surveillées.
- Arrêté du ministre de la santé n°922-01 du14 novembre 2000 fixant les modalités d'utilisation des dosimètres.
- Norme ISO 45001 (version 2018) — Système de management de la Santé et Sécurité au Travail.

INFRASTRUCTURE ET LOGISTIQUE

Bâtiments et Installations Techniques

- Arrêté du ministre de la santé n° 1690-00 du 2 novembre 2000 fixant les normes techniques des cliniques.
- Arrêté du ministre de la santé n° 1334-09 du 25 mai 2009 modifiant et complétant l'arrêté n°1690-00 du 2 novembre 2000 fixant les normes techniques des cliniques.
- Arrêté du ministre de la santé n° 921-01 du 14 novembre 2000 portant délimitation et signalisation particulières des zones contrôlées et surveillées.

DIETETIQUE ET NUTRITION

- NM 08.0.002 (version 2003). Système de management H.A.C.C.P. - Exigences.

Echelle11