

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE
DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU
DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTÉ

ANNEXE 09

RÉFÉRENTIEL D'ACCREDITATION DES HÔPITAUX

2021

DPS Nord-Kivu

Avec l'appui de l'équipe AT ULB-Coopération



PADISS

Financé par l'Union européenne



RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD KIVU

Division Provinciale de la Santé

Référentiel d'Accréditation des Hôpitaux

Version 1 - Avril 2021

Réalisé avec l'appui technique et financier de



PADISS



PREFACE

La République Démocratique du Congo (RDC), s'est engagée depuis quelques années sur la voie de la Couverture santé Universelle (CSU). Cet engagement a pris une nouvelle impulsion avec l'engagement personnel du président de la RDC, engagement exprimé à la tribune de la 74^{ème} session de l'Assemblée générale des Nations Unies et lors de l'organisation en février 2020 d'une conférence internationale et l'élaboration d'un plan stratégique national 2020-2030 pour la CSU en RDC.

La province du Nord-Kivu, par son dynamisme, a volontairement emprunté cette voie de la CSU, tel que l'atteste le contenu du plan de développement sanitaire 2016-2020 du Nord-Kivu, le plan prioritaire de la province du Nord-Kivu 2020-2024 et le vote d'un édit provincial sur les soins de santé primaires et la CSU au Nord-Kivu. Avec la nouvelle impulsion imprimée par le président de la RDC, le Nord-Kivu a activement participé aux travaux d'élaboration du plan stratégique 2020-2030 pour la CSU en RDC ainsi qu'à la conférence de Kinshasa sur la CSU en RDC et élaboré sa feuille de route pour la CSU en lien avec la feuille de route nationale.

L'accréditation des établissements des soins, tant publics que privés, figure parmi les stratégies essentielles préconisées dans le plan stratégique national pour la CSU en RDC. Le plan stratégique conçoit l'accréditation comme « un des moyens reconnus pour vérifier régulièrement si les critères prédéfinis de qualité sont remplis par les postulants à l'accréditation. Cette dernière est normalement faite par un organe externe indépendant ». Cette stratégie vise à terme à améliorer la qualité et la sécurité des soins au niveau des établissements qui s'engagent de manière volontaire dans un processus continu et durable d'amélioration des services de santé offerts aux populations du Nord-Kivu, sans distinction aucune.

La production de ce référentiel d'accréditation des hôpitaux est un des chantiers entrepris par la province du Nord-Kivu, en lien avec son plan d'actions prioritaires 2020-2024, et dans le cadre de l'exécution de la feuille de route pour la couverture santé universelle au Nord-Kivu.

Ce référentiel d'accréditation comporte deux domaines essentiels à savoir le management de l'établissement et la prise en charge du patient et 28 références. Le choix de deux domaines (management de l'établissement et prise en charge du patient) n'a pas été fait par hasard. Ce choix se réfère au principe et à la conviction selon laquelle aucuns soins de qualité ne sont possibles si la gestion et le management des services de santé ne sont pas de qualité. Chacune des références comporte trois colonnes et quatre paliers. Les trois colonnes correspondent (i) aux efforts de planification et d'organisation, (ii) à la mise en œuvre et (iii) à l'évaluation permettant d'ajuster l'organisation et la mise en œuvre, en vue des meilleurs résultats. Les quatre paliers correspondent respectivement pour le premier au point de départ, le deuxième et le troisième aux étapes intermédiaires et pour le quatrième au niveau de standard le plus élevé de la prestation. En outre, le contenu de ce référentiel met un accent particulier sur l'humanisation des prestations et la prise en charge axée sur la personne, telles que préconisées dans le cadre du renouveau des soins de santé primaires.

La production de ce référentiel a bénéficié des précieux apports des délégués du niveau central du ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, des cadres de la division provinciale de la santé du Nord-Kivu, des cadres et des prestataires des zones de santé, ainsi que des apports de l'assistance technique court et long termes pour le Projet d'appui au développement intégré du système de santé du Nord-Kivu (PADISS en sigle) et de l'assistance technique du PRODS. D'autres partenaires d'appui au secteur de la santé du Nord-Kivu, les délégués de différents ordres professionnels, des représentants des patients ont participé soit aux différents ateliers, soit aux rencontres, aux réunions des groupes de travail et à d'autres instances de réflexions ayant conduit à la production du présent document de

référentiel d'accréditation des hôpitaux au Nord-Kivu. A tous et à chacun je voudrais exprimer, au nom du Gouvernement provincial du Nord-Kivu et des populations du Nord-Kivu, ma profonde gratitude, pour avoir contribué à produire cet outil de qualité.

A l'Union Européenne et au Royaume de Belgique, je voudrais exprimer mes remerciements les plus sincères pour le financement du PADISS, projet dans le cadre duquel l'ensemble du processus structurant notre système de santé a été mené.

La mise en œuvre de la stratégie d'accréditation au Nord-Kivu impose à tous les acteurs une ferme volonté d'œuvrer pour la qualité des services et des soins de santé. Les organisateurs et gestionnaires des établissements des soins sont invités à s'engager sur cette voie d'accréditation. L'équipe de la division provinciale de la santé du Nord-Kivu, les équipes des zones de santé et les acteurs d'appui au secteur santé dans la province du Nord-Kivu sont appelés à soutenir les hôpitaux dans leurs efforts de progression sur la voie de l'accréditation. Toutes les stratégies qui seront développées au niveau des zones de santé, en particulier la Démarche Qualité des soins, doivent désormais concourir et soutenir la progression des hôpitaux sur la voie de leur accréditation.

Dr NZANZU SYALITA Eugène



Ministre provincial de la Santé et Environnement.

Goma, le 30 avril 2021.

REMERCIEMENTS

La Division provinciale de la santé du Nord Kivu, développe depuis plus d'une décennie des efforts soutenus visant l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins au niveau de ses services de santé.

Ces efforts se traduisent au travers notamment la mise à disposition des hôpitaux et des centres de santé des référentiels des soins, en particulier les ordinogrammes pour les centres de santé et les protocoles thérapeutiques pour les hôpitaux. A chaque fois que de nouvelles directives visant à améliorer les services et les soins de santé sont édictées par le niveau central du ministère de la santé, ces directives sont transmises aux zones de santé, soit directement soit moyennant une adaptation au contexte provincial. La fourniture des médicaments essentiels et d'autres intrants, la maintenance des équipements bio médicaux, le renforcement des capacités et la motivation du personnel dans la réalisation des prestations, constituent d'autres aspects essentiels sur lesquelles travaille la Division provinciale de la santé, pour faire progresser les efforts d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins offerts aux populations.

Avec l'accompagnement et le soutien de la Division provinciale de la santé, la contribution des spécialistes cliniciens et des spécialistes dans certains domaines relevant des programmes spécialisés et l'appui technique et financier des partenaires, la démarche qualité et sécurité des soins est implémentée. Dans ce cadre certaines pratiques comme les audits des pratiques professionnelles, les revues des décès, l'évaluation de la qualité des soins par les pairs, et bien d'autres pratiques sont réalisées au sein des établissements des soins.

Les avancées enregistrées au niveau des zones de santé, des hôpitaux sont variables, en fonction de la qualité de l'accompagnement, du leadership des équipes ainsi qu'en fonction du niveau et de la régularité du financement des services. Somme toutes, les progrès enregistrés demeurent perfectibles, surtout dans le contexte actuel où la province du Nord Kivu, en lien avec la feuille de route provinciale adoptée au Comité provincial de pilotage sanitaire tenu en mars 2020, se propose d'accélérer sa progression sur la voie de la couverture santé universelle.

Dans ce contexte, la production du référentiel d'accréditation des hôpitaux est une étape importante dans le processus visant à améliorer l'intégration des services de santé essentiels, en lien avec la marche vers la couverture santé universelle. Son contenu met à disposition du régulateur, des gestionnaires, des prestataires des services de santé ainsi que d'autres parties prenantes aux services de santé, une référence commune pour s'engager de façon volontaire à répondre de manière continue et durable aux attentes légitimes des usagers, de la population par rapport à la qualité et la sécurité des soins.

Le processus d'élaboration du référentiel d'accréditation, largement participatif, a duré plus de deux ans dans sa maturation. Il a mis à contribution le regard et l'expérience des experts et des cadres du niveau central du ministère de la santé. Ce processus a également puisé dans l'expertise de l'assistance court terme et long terme du PADISS et du PRO DS. Il a également capitalisé l'expérience et l'expertise de nombreux partenaires d'appui au secteur santé dans la province du Nord Kivu ainsi que l'expertise des organisations des professionnels de santé (Ordre des médecins, ordre des infirmiers, ordre des pharmaciens, association des administrateurs gestionnaires...). Les personnels cliniciens spécialistes et généralistes, et d'autres prestataires œuvrant au sein des hôpitaux ont également apporté leur vécu et leur expérience dans la construction du référentiel.

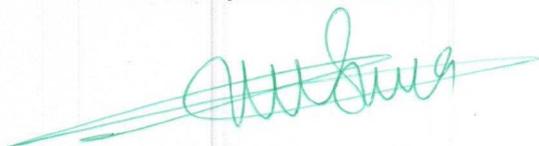
Enfin, ces références ont fait l'objet de test au niveau des hôpitaux généraux de référence de Musienene et Vuhovi. Le personnel ayant collaboré à cet exercice, a contribué à affiner le contenu du

référentiel, ainsi qu'à ajuster le contenu des outils méthodologiques d'évaluation prévue dans le cadre de la mise en œuvre des processus d'accréditation des hôpitaux.

Au nom de toute l'équipe de la Division provinciale de la santé du Nord Kivu, je remercie toutes les personnes physiques et morales qui ont contribué, sous toutes les formes, à la production de cet outil essentiel, pour progresser plus loin sur la voie de l'accréditation en vue de la fourniture à la population par les hôpitaux du Nord Kivu des soins de qualité.

La Division provinciale de la santé du Nord Kivu entend mobiliser tous les acteurs opérant au niveau intermédiaire et opérationnel du système sanitaire du Nord Kivu et coordonner les actions, en vue de soutenir les efforts déployés par les hôpitaux, tant publics que privés, pour progresser sur la voie de leur accréditation.

Dr Kubuya Bonane Janvier



Chef de Division provinciale de la santé du Nord Kivu.

Goma, 30 avril 2021.

Table des Matières

DOMAINE 1 : LE MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Dimension 11 : LE MANAGEMENT STRATEGIQUE

Référence 11.0 : Management stratégique (PEH)

Dimension 12 : LA GOUVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT

Référence 12.0 : Gouvernance

Dimension 13 : LE MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 13.1 : Management des ressources humaines

Référence 13.2 : Ressources financières

Référence 13.3 : Management des équipements et matériel

Dimension 14 : LA GESTION DE LA QUALITE ET SATISFACTION DES USAGERS

Référence 14.1 : Le management des pratiques professionnelles

Référence 14.2 : L'évaluation de la satisfaction des usagers

Dimension 15 : LA GESTION DE L'INFORMATION

Référence 15.0 : Système d'information de l'hôpital

DOMAINE 2 : LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Dimension 21 : LE RESPECT DES DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 21.0 : Droits et devoirs des patients

Dimension 22 : L'ACCES, L'OFFRE ET LA CONTINUITE DES SOINS

Référence 22.1 : Accès aux soins

Référence 22.2 : Offre des soins

Référence 22.3 : Continuité des soins

Dimension 23 : GESTION DES DONNEES DU PATIENT

Référence 23.0 : Dossier du patient

Dimension 24 : LE PARCOURS DU PATIENT

Référence 24.1 : Accueil du patient

Référence 24.2 : Evaluation de l'état du patient

Référence 24.3 : Circuit du traitement des examens de laboratoires et d'imagerie

Référence 24.4 : L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage

Référence 24.5 : Sortie du patient

Dimension 25 : L'HYGIENE HOSPITALIERE ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX

Référence 25.0 : Hygiène hospitalière

Dimension 26 : LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUE

Référence 26.1 : Prise en charge dans le service des urgences

Référence 26.2 : Fonctionnement des secteurs d'activités interventionnelles (bloc opératoire)

Référence 26.3 : La transfusion sanguine

Référence 26.4 : Les soins intensifs

Référence 26.5 : La prise en charge des urgences obstétricales

Référence 26.6 : La prise en charge de l'accouchement et accueil des nouveau-nés

Référence 26.7 : Prise en charge de la malnutrition

Référence 26.8 : Le paquet de la néonatalogie

Dimension 27 : LA GESTION ET DISPENSATION DES MEDICAMENTS ET DISPOSITIFS MEDICAUX

Référence 27.0 : Gestion, prescription et dispensation des MEG

Liste des abréviations

CA	Conseil d'administration
CHH	Comité d'Hygiène Hospitalière
CODIR	Comité de Direction
COGE	Comité de Gestion
CPN	Consultation Périnatale
CR	Compte Rendu
DESP	Direction des Etablissements de Soins et Partenariat
DPPNI	Décollement Prématuro du Placenta Non Inséré
GEU	Grossesse Extra Utérine
HGR	Hôpital Général de Référence
HRP	Hématome Rétro Placentaire
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
NN	Nouveau-Né
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activité
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition
PEH	Projet d'Etablissement Hospitalier
PP	Placenta Prævia
ROI	Règlement d'ordre intérieur
SIH	Système d'Information Hospitalier
SIS	Système d'Information Sanitaire
UNTA	Unité de Nutrition Thérapeutique Ambulatoire

UNTI	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
ZS	Zone de Santé

Introduction

Cadre de développement de l'accréditation des formations sanitaires

Dans le PNDS recadré 2019-2022 ; l'accréditation des établissements de soins, la labélisation des structures, sont abordées dans le but de permettre de développer une synergie et de mieux réguler le secteur de santé.

Dans le PPDS 2016-2020 du Nord Kivu, l'accréditation est abordée dans l'optique d'une rationalisation et du développement dans une vision de complémentarité des soins de référence secondaire : « Le dispositif plus large de développement de l'offre de référence secondaire devra prendre en compte l'offre développée par d'autres hôpitaux dans un cadre d'un processus d'accréditation que devra conduire la DPS ».

La loi-cadre sur la santé, votée en décembre 2018, met un accent sur la CSU. Une feuille de route vers la CSU est en cours d'être finalisée. Elle prévoit un axe sur l'amélioration de l'offre de soins de qualité, avec lequel la stratégie d'accréditation est en parfaite cohérence. Un conseiller spécial en charge de la question de la CSU a été nommé par le chef de l'Etat. Il propose que l'accréditation du personnel de santé figure parmi les axes à développer pour permettre au secteur santé d'apporter sa part dans la CSU.

Définitions

Un atelier en août 2018 a permis de retenir au Nord Kivu les définitions suivantes, sur lesquelles est basée la démarche d'accréditation dans la province.

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de soins, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement.

- Elle est réalisée au regard de référentiels reconnus, conçus pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats en termes de qualité des soins, y compris la satisfaction du patient.
- Elle préconise une démarche participative d'amélioration de la qualité au sein des établissements, fondée sur la motivation et la collaboration des équipes médicales et non médicales.

Elle est à distinguer de :

La certification qui est une procédure d'appréciation externe de la qualité eu égard à des normes reconnues (par exemple ISO 9001), réalisée par des intervenants ne provenant pas du domaine de la santé, permettant l'assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées.

L'habilitation qui est une procédure qui permet à une autorité d'accorder à une personne physique ou morale une fonction ou un pouvoir. Dans le cas du Nord Kivu, il s'agit d'une procédure qui permet à la Division Provinciale de la Santé, agissant au nom du Ministre Provincial de la Santé, de donner à une structure de santé la possibilité d'être éligible à un type de subventionnement des soins, entre autres le FASS.

Cette habilitation est basée sur une évaluation des conditions d'offre de soins de qualité minimale dans chaque structure de santé qui aboutit à une cotation basée sur un criterium standardisé.

L'autorisation qui est une procédure administrative, assortie de paiement de droits à l'état, définie par le Ministère de la Santé, qui permet l'ouverture d'une structure de santé quelle qu'elle soit, en principe après visite de conformité...

L'agrément qui est basé sur la vérification des qualifications présentées par un professionnel de santé, généralement à partir de

Introduction

l'examen de ses diplômes universitaires. Il sert à garantir la qualité des compétences acquises par les prestataires de soins et par conséquent, la qualité des soins.

Sans que ce terme soit évoqué, une procédure d'agrément est mise en œuvre par les ordres des médecins et des infirmiers, avant l'inscription au tableau. Les ordres provinciaux évaluent les facultés de médecine (ordre des médecins) et/ou traitent les dossiers individuels (ordre des infirmiers) et envoient les résultats de ces démarches au conseil national de leur ordre respectif qui va se prononcer sur cet agrément.

Principes de l'accréditation

La finalité de la stratégie d'accréditation est de permettre une amélioration durable de la qualité et de la sécurité des soins dans les structures de santé par le développement progressif d'une culture interne à l'établissement d'amélioration permanente de qualité.

Il ne s'agit donc pas d'une nouvelle approche qualité, mais de développer des mécanismes qui, par l'autoévaluation et la visite accréditive menée par les experts (professionnels du secteur), les recommandations et leur suivi, favorisent l'émergence et l'entretien pérenne de ces démarches qualité, par leur intégration dans les processus de management des hôpitaux.

Basée sur une **démarche volontaire** des établissements. Dans l'optique d'une plus grande pérennité, cette approche de volontariat a été privilégiée car demande en elle-même un engagement fort de l'équipe de direction à animer un processus interne de changement participatif avec les équipes médicales et non médicales, orienté vers une amélioration du service médical rendu au patient et de la sécurité.

L'autoévaluation permettra d'encourager la participation de l'ensemble des professionnels de l'établissement, élément clé de la conduite du changement. L'engagement de ces professionnels va de pair avec leur responsabilisation dans le cadre d'une redevabilité globale vis-à-vis de la tutelle et du public.

L'évaluation externe par des professionnels du secteur permettra d'apporter un incitatif externe par une reconnaissance publique de la performance de l'établissement (objectivation de la qualité), en proposant aides et recommandations.

Processus d'accréditation

Le processus d'accréditation sera très progressif.

- Le référentiel est mis à disposition de l'hôpital volontaire pour servir de base à un diagnostic initial en autoévaluation, confirmée par des visiteurs externes si jugé nécessaire par l'hôpital lui-même.
- Sur base de ce diagnostic initial, l'hôpital priorise des domaines d'accréditation et programme des actions réalistes pour améliorer son « niveau » dans ces domaines (on peut accepter qu'un HGR ne programme des actions d'amélioration que dans quelques domaines couverts par le référentiel), en commençant par améliorer la « planification » (mieux décrire de ce que l'on veut faire). Ce programme d'action représente un premier « contrat » pour l'hôpital. Il doit être accompagné dans cette démarche par la DPS.
- Une évaluation de ce « contrat » est faite par l'hôpital lui-même au bout d'un an. Les changements constatés sont balisés par les mille stones du référentiel. Une nouvelle programmation est faite pour soit étendre les domaines sur lesquels l'hôpital souhaite porter une amélioration, soit pour approfondir un domaine déjà abordé la première année.

Introduction

- Au troisième cycle de programmation, une **évaluation externe par un visiteur** est obligatoire si elle n'a pas déjà été mobilisée par l'hôpital lui-même. Cette évaluation est basée sur l'observation des lieux, l'interview du personnel et/ou des patients, la revue documentaire pour construire une vision la plus objective possible de la situation.
- Le visiteur externe rend à la fin de la visite un rapport qui comprend ses observations par rapport aux critères du référentiel, sans donner de cotation à l'hôpital.
- La **commission d'accréditation** analyse le rapport de visite, éventuellement anonymisé, et situe la performance de l'hôpital dans l'échelle des critères d'accréditation.

Structure du référentiel

Le présent référentiel est structuré de la manière suivante :

- Deux domaines, l'un en rapport avec le management et l'autre en rapport avec la prise en charge
- Chaque domaine est subdivisé en plusieurs dimensions. Ces dernières peuvent couvrir au moins une référence.

La Référence est formulée comme la situation optimale attendue de l'hôpital dans cette dimension.

Pour chaque référence, 3 critères sont explicités :

- a. Planification : qu'est-ce que l'hôpital a planifié en rapport avec la référence et quels moyens a-t-il prévu de mobiliser pour tendre vers la référence ?
- b. Exécution : Quelles sont les actions mises réellement en œuvre par l'hôpital dans le cadre de cette référence ? quelles sont les ressources réellement mobilisées ?
- c. Evaluation : l'hôpital a-t-il systématiquement organisé une évaluation de l'exécution des actions en rapport avec cette référence et a-t-il revu sa planification en conséquence

Pour chaque critère, 4 niveaux sont définis, de A (rien n'existe) à D (la situation optimale est atteinte).

Le guide d'évaluation

La traduction du référentiel en guide d'évaluation vise à valoriser la compétence des experts visiteurs et ne pas les considérer comme de simples collecteurs de données pour donner une cotation. Donc pas de checklist à remplir, mais une analyse argumentée à produire.

Le principe de ce guide est de transformer les critères de la référence en une série de questions d'évaluation auxquelles le visiteur cherche à répondre en consultant des sources de vérification (documents, interviews du personnel ou des malades, observations, ...) mises à disposition par l'hôpital. Le visiteur produit une synthèse des informations collectées à partir desquelles on peut avoir une réponse à la question et émet des recommandations si nécessaire.

Glossaire

Bilan de compétence	<p>C'est l'analyse et l'évaluation participative des compétences professionnelles (savoir agir en situation pour produire des résultats satisfaisants) et personnelles, ainsi que des aptitudes et des motivations d'un agent en vue de définir un projet individuel et d'actualiser le plan de formation continue.</p>	Plan de soins	<p>Le plan de soins est l'outil qui permet de communiquer à l'ensemble de l'équipe les problèmes hiérarchisés de la personne soignée, les objectifs poursuivis, les interventions prévues pour orienter les soins et évaluer les soins.</p>
Contre Référence	<p>La contre référence est l'organisation du retour du patient au niveau inférieur de la pyramide sanitaire, accompagné de l'information sur l'examen du patient, l'intervention faite et les avis pour le suivi correct.</p> <p>Pour être contre-référent, un patient doit avoir été préalablement référé par une structure de premier contact.</p>	Projet de soins	<p>Le projet de soins consiste à concevoir la stratégie de soins à mettre en œuvre en fonction de l'évaluation de la situation de la personne soignée et qui lui sera proposée afin d'apporter une amélioration de son état de santé, de résoudre les problèmes de santé.</p>
Démarche volontaire	<p>Signifie que la démarche est à l'initiative de l'établissement qui sollicite l'accréditation</p>	Projet Médical	<p>Le projet médical constitue l'épine dorsale d'un Projet d'Établissement Hospitalier. Il résulte d'une démarche de planification pluriannuelle qui définit les objectifs en termes de (i) futurs besoins de services et (ii) de niveau attendu de performance et de capacité des services.</p>
Formation continue	<p>Processus d'apprentissage qui permet à un individu d'acquérir des savoirs et savoir-faire, en cours d'emploi. Elle permet alors aux personnes qui sont déjà employées de pouvoir améliorer leurs compétences, s'adapter aux nouvelles technologies, pratiques ou méthodes.</p>	Projet Thérapeutique	<p>Il comprend l'ensemble des soins techniques (médicaux et paramédicaux) et relationnels proposés au patient en fonction de son diagnostic et engagés avec sa participation. C'est une composante du dossier patient. Bien renseigné, il constitue un outil de liaison qui contribue à maintenir la continuité des soins et à éviter des ruptures de prise en charge en permettant de suivre l'évolution et les perspectives du patient de manière synthétique.</p>
Patientèle	<p>Ensemble des patients d'un personnel soignant donné.</p> <p>Le patient est une personne physique recevant une attention médicale ou à qui est prodigué un soin (du latin <i>patiens</i> : « celui qui souffre »)</p>		

Glossaire

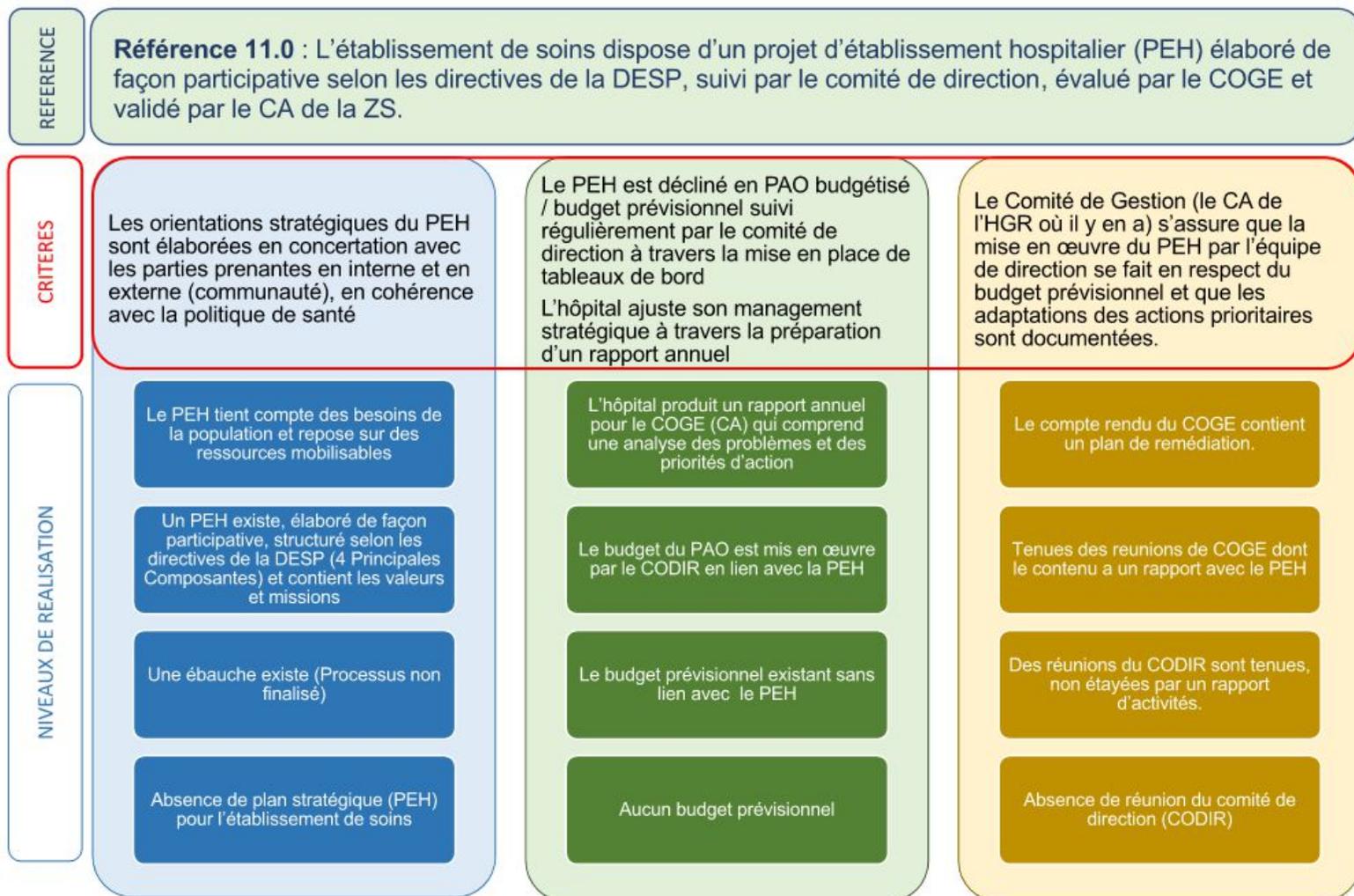
Référence	Désigne les recommandations de bonne pratique organisationnelle dans une dimension. A ne pas confondre avec la référence d'un patient d'une formation sanitaire à un niveau supérieur	Tableau de bord	Instrument de mesure de la performance, facilitant le pilotage "pro-actif" d'une ou plusieurs activités dans le cadre d'une démarche de progrès. Cet instrument contribue à réduire l'incertitude et facilite la prise de décisions.
Référentiel	Le terme référentiel est ici utilisé pour désigner un ensemble structuré d'informations, de recommandations, de bonnes pratiques dans le champ de l'organisation des soins et des services hospitaliers. Il ne remet pas en cause les normes de soins existantes, mais cherche à orienter leur utilisation dans le contexte hospitalier.		
Secteur de naissance	Le secteur de naissance est composé de locaux contigus destinés à la surveillance du pré-travail et du travail ; à l'accouchement et à l'observation et aux soins immédiats aux nouveau-nés et aux interventions de chirurgie obstétricale (y compris la surveillance post interventionnelle).		
Système d'Information Hospitalier (SIH)	Il est constitué d'un ensemble structuré d'informations produites par les différents services d'un hôpital (médicaux, techniques, administratifs), de leurs règles de circulation, de traitement et de diffusion nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique. Le SIH est une des composantes du système d'information sanitaire.		

Dimension 11 : Management stratégique

Le management stratégique est une déclaration des grandes orientations en faveur de l'établissement hospitalier.

De ce fait il donne de grandes orientations concernant :

- a) La stratégie de l'établissement en termes de :
 - Valeurs, missions ;
 - Démarche éthique ;
 - Politiques des droits des patients ;
 - Politiques d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
 - Politique et évaluation des pratiques professionnelles ;
- b) L'organisation et les modalités de pilotage interne :
 - Direction et encadrement des secteurs d'activité ;
 - Implication des usagers, de leurs représentations dans le fonctionnement des établissements de santé ;
 - Fonctionnement des instances ;
 - Dialogue social et implication des personnels ;
 - Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement.



Dimension 12 : Gouvernance de la Formation Sanitaire

La Gouvernance de l'Établissement est définie dans le règlement intérieur qui décrit l'organisation des organes de gestion et de concertation. Un accent particulier sera mis sur le comité de direction (CODIR) qui assure la gestion quotidienne de l'établissement de soins.

Elle désigne l'ensemble des mesures et règles des organes des gestions, des décisions, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement et le contrôle d'un établissement.

En d'autres termes, il s'agit de l'ensemble des règles et des processus collectifs, formalisés ou non, par lesquels les acteurs concernés participent à la décision et à la mise en œuvre des actions. Cette mise en œuvre passe inévitablement par le **comité de direction** de la formation sanitaire.

REFERENCE	<p>Référence 12.0 : La formation sanitaire dispose d'un organe de Gestion (Comité de Direction) fonctionnel, qui se réunit une fois par semaine dans le cadre de suivi de la mise en œuvre du PAO. Il identifie et analyse les performances et les problèmes, propose des pistes de solution visant à améliorer la qualité de services offerts. Ce comité est redevable vis-à-vis du comité de Gestion de la Zone de Santé.</p>		
CRITERES	<p>La formation sanitaire définit sa gouvernance dans son règlement d'ordre intérieur (ROI).</p> <p>La structure comprend un Comité de direction dont les réunions sont préparées au niveau des services et des instances consultatives thématiques</p>	<p>La formation sanitaire tient hebdomadairement une réunion du CODIR, prévue au ROI, avec la participation d'au moins 70% de ses membres, selon un ordre du jour prédéfini selon les besoins des services, avec un CR proposant des actions à mener.</p>	<p>Un plan de suivi des recommandations issues des réunions du CODIR est partagé et réajusté hebdomadairement au cours de la réunion.</p> <p>Le CODIR rend compte de son action au Comité de Gestion de la ZS.</p>
NIVEAUX DE REALISATION	<ul style="list-style-type: none"> Les réunions de CODIR sont programmées sur un rythme hebdomadaire, avec un ordre du jour normalisé tenant compte des problèmes exprimés par les services Une réunion hebdomadaire du CODIR est prévue, avec un contenu bien défini, mais sans préparation par des réunions de service, ni par les instances consultatives Le ROI prévoit une réunion hebdomadaire du CODIR, sans définir le contenu minimum de ces réunions La formation sanitaire n'a pas de règlement intérieur. La préparation et la tenue des réunions du CODIR ne sont pas structurées 	<ul style="list-style-type: none"> Le CODIR propose des pistes de solutions concrètes et réalistes aux problèmes des services Les réunions de CODIR prennent en compte les problèmes identifiés par les différents services Au moins 75% des réunions de CODIR tenues au cours de la période (année/semestre), avec respect du quorum et CR rendu disponible dans les services Aucune réunion de CODIR tenue au cours de la période (année/semestre) 	<ul style="list-style-type: none"> La synthèse des réunions du CODIR et le plan de suivi des résolutions sont partagés avec le comité de gestion de la ZS. Le plan de suivi des résolutions est évalué et ajusté à chaque nouvelle réunion du CODIR Un plan de suivi des résolutions, avec définition des responsabilités et des échéances existe Aucun plan de suivi des résolutions du CODIR

Dimension 13 : Management des ressources

L'établissement de soins doit disposer de ressources humaines suffisantes et compétentes répondant aux normes et aux besoins identifiés.

L'évaluation de la compétence est indispensable pour déterminer les connaissances et les aptitudes des prestataires à dispenser des soins de qualité selon les prescrits. Il nous paraît utopique d'assurer des soins de qualité si l'effectif du personnel compétent est en dessous des normes requises. Parmi l'ensemble des aspects relatifs au champ du management des ressources humaines, l'actuel référentiel aborde prioritairement la formation continue et complémentaire du personnel.

REFERENCE	Référence 13.1 : Management des ressources humaines La formation sanitaire assure le renforcement des capacités de ses agents en termes d'effectifs et de compétence en vue d'améliorer la qualité des prestations.		
CRITERES	Les besoins en personnel et en formation complémentaire et continue sont identifiés en cohérence avec le PEH/PAO et priorisés. Un plan de formation en est issu, assorti d'un budget prévisionnel avec des sources de financement bien identifiées.	Les effectifs en personnel sont rationalisés au regard du plateau technique et de la charge de travail. Les formations des agents sont organisées selon le plan approuvé par le COGE validé par le CA de la ZS.	Un mécanisme de suivi de la formation des agents est appliqué.
NIVEAUX DE REALISATION	<ul style="list-style-type: none"> Le plan de formation et l'état de besoins en personnel est approuvé par le COGE et validé par le CA de la ZS Un plan de formation du personnel et un état de besoin en personnel complémentaire budgétisés cohérents avec le PEH/PAO existe Les besoins en personnel et en formation complémentaire ou continue sont exprimés en rapport avec le PEH/PAO de la formation sanitaire Les besoins en personnel et en formation ne sont pas identifiés dans un document programmatique 	<ul style="list-style-type: none"> Au moins 75% du plan de formation annuel réalisé et effectifs en personnel rationalisé Les formations organisées au cours de l'année sont alignées sur le plan de formation qui est réalisé à moins de 75% Des formations ont été organisées au cours de l'année au profit des agents de la formation sanitaire sans référence au plan Aucune formation réalisée au cours de l'année précédente 	<ul style="list-style-type: none"> Actualisation du plan de formation en fonction du mécanisme de suivi mis en place Mécanisme de bilan de compétence systématique en place Mécanisme de suivi du plan de formation (calendrier, méthodologie) permettant de vérifier la transposition des acquis dans la pratique Aucun mécanisme de suivi de la réalisation du plan de formation

Dimension 13 : Management des ressources

Les dirigeants et les responsables de l'établissement exploitent les données financières fiables afin de gérer efficacement les ressources requises pour la mise en œuvre de leur planification.

Le suivi budgétaire est une activité inévitable pour une gestion efficiente des structures. Un déficit en ressources financières est une menace sérieuse à la survie de l'institution. Cette gestion permet de prendre des meilleures décisions à temps afin de mener à bon port les activités planifiées.

REFERENCE	<p>Référence 13.2 : Gestion des ressources financières</p> <p>La formation sanitaire élabore des prévisions budgétaires annuelles alignées sur son PAO. Elle met en place un système d'information financier qui lui permet d'assurer un suivi budgétaire selon une périodicité adaptée. Les décisions issues de ce suivi sont diffusées entre toutes les parties prenantes.</p>		
CRITERES	<p>La direction de la formation sanitaire décline avec les services les objectifs prévisionnels annuels de dépenses et de recettes découlant du PAO et inclus un suivi de l'exécution du budget dans les mécanismes de gouvernance.</p>	<p>La formation sanitaire garantit la bonne utilisation des outils et procédures nécessaires à la mise en œuvre du budget.</p>	<p>Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis mensuellement et donnent lieu à des décisions de réajustement.</p>
NIVEAUX DE REALISATION	<ul style="list-style-type: none"> La prévision budgétaire est approuvée par le COGE et validée par le CA de la ZS et un système d'information financier est définie pour permettre un suivi Une prévision budgétaire annuelle est élaborée avec les services en rapport avec le PAO Une prévision budgétaire annuelle existe, mais sans lien avec le PAO et sans concertation avec les services Aucune prévision budgétaire annuelle n'est élaborée 	<ul style="list-style-type: none"> Un rapport financier est produit mensuellement et le suivi budgétaire est présenté au Comité de Gestion Plus de 75% des outils financiers sont tenus à jour Les procédures sont connues par le personnel concerné mais moins 75% des outils financiers sont tenus et à jour La formation sanitaire fonctionne sans procédure et/ou les procédures ne sont pas connues du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> Une actualisation du budget prévisionnel est effectuée semestriellement en fonction du niveau d'exécution Les indicateurs financiers et de suivi budgétaire sont utilisés mensuellement pour prendre des décisions Analyse irrégulière d'indicateurs financiers Aucune analyse du suivi budgétaire mensuel ni d'indicateurs financier n'est en place

Dimension 13 : Management des ressources

Les équipements médicaux sont des articles, instruments, appareils qui sont utilisés pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie.

Ils contribuent à une détection précoce, un rétablissement rapide du patient. Pour cela, ces équipements médicaux participent à la qualité des prestations délivrées aux patients, notamment par leur adéquation aux besoins et attentes des usagers et des professionnels.

Chaque établissement de soins devrait disposer d'un minimum d'équipements et matériel pour assurer la continuité des soins. Ces équipements nécessitent une gestion de qualité (fonctionnement, maintenance préventive, curative).

REFERENCE	Référence 13.3 : Management des équipements et matériel La formation sanitaire dispose des équipements et matériels selon les besoins requis. Elle en assure une gestion rationnelle.		
CRITERES	La direction de la formation sanitaire dispose d'un inventaire actuel et d'un état de besoins par service, d'un plan d'acquisition priorisé et d'un plan de maintenance des équipements et matériels.	La formation sanitaire dispose d'équipements et matériels en état de fonctionnement pour assurer des prestations de qualité grâce à la mise en oeuvre d'opérations de maintenance curative et préventive.	Le programme de maintenance est suivi et révisé si nécessaire
NIVEAUX DE REALISATION	<ul style="list-style-type: none"> Un plan de maintenance préventive et curative existe avec un budget sécurisé et des procédures définies La formation sanitaire dispose d'un plan d'acquisition priorisé, aligné sur les besoins, budgétisé avec des sources de financement identifiées Un inventaire et un état de besoins actualisé par service existe pour répondre aux normes nationales Absence d'état de besoin des équipements et matériels par service 	<ul style="list-style-type: none"> Les opérations de maintenance curative et préventive sont assurées et permettent une fonctionnalité des équipements plus de 80% du temps Un dispositif de maintenance est mis en place selon la programmation (personnel, équipements, procédures) Le plan d'acquisition des équipements est respecté à plus de 75% Des équipements critiques par rapport au plateau technique prévu sont absents ou non fonctionnels plus d'un trimestre 	<ul style="list-style-type: none"> L'actualisation de l'inventaire et le suivi permettent à la formation sanitaire d'adapter son plan d'acquisition et son plan de maintenance Un suivi mensuel de l'efficacité du système de maintenance est assuré et présenté au CODIR Un suivi mensuel de la fonctionnalité des équipements est assuré et présenté au CODIR Aucun suivi de la fonctionnalité des équipements de la formation sanitaire

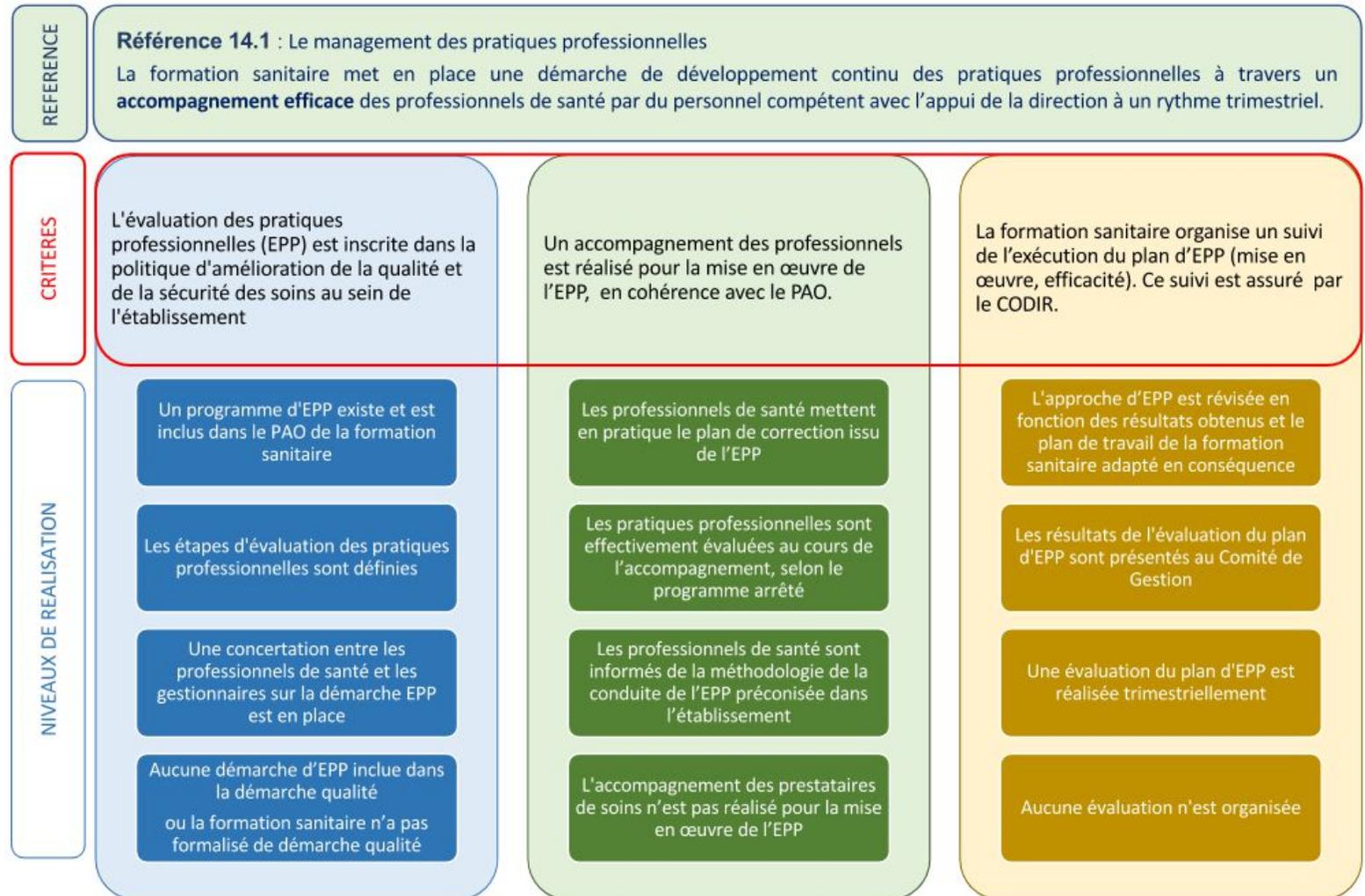
Dimension 14 : Gestion de la qualité et satisfaction des usagers

L'amélioration des soins repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité.

Elle concerne toutes les dimensions de la qualité notamment l'efficacité (pratique basée sur les preuves) et l'efficience.

Elle porte une attention particulière aux résultats obtenus et intègre l'évaluation des pratiques professionnelles. Il s'agit d'une démarche pragmatique qui procède par améliorations successives objectivées par des mesures.

Ce référentiel va aborder l'évaluation des pratiques professionnelles de soins dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.



Dimension 14 : Gestion de la qualité et satisfaction des usagers

La satisfaction de la patientèle vis-à-vis des soins reçus, de l'environnement de soins et du personnel impliqué dans leur prise en charge est une information incontournable afin de poser un diagnostic exact sur la qualité et la sécurité des demandeurs de services.

Ceci est le point de départ pour entreprendre des actions correctrices afin de satisfaire la patientèle dans l'établissement des soins. De ce fait, la surveillance de la satisfaction doit être mise en place dans l'établissement de soins.

L'établissement des soins doivent placer le patient au centre de leur préoccupation et lui procurer constamment un contentement en répondant favorablement à ses attentes.

REFERENCE	<p>Référence 14.2 : Evaluation de la satisfaction des usagers L'équipe de gestion de la formation sanitaire met en place un mécanisme de collecte des suggestions auprès des usagers sur l'organisation des services et la façon dont ils sont traités par le personnel de l'établissement de soins en vue de prendre des actions correctrices contre les faiblesses constatées.</p>		
CRITERES	<p>La formation sanitaire prévoit un dispositif en vue de l'amélioration de la satisfaction des usagers.</p>	<p>Les points de vue des usagers sont traduits en actions correctrices consignées dans un plan de remédiation financé conjointement par les ressources locales et l'appui des partenaires.</p>	<p>La formation sanitaire organise un suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la satisfaction des usagers.</p>
NIVEAUX DE REALISATION	<ul style="list-style-type: none"> Des dispositifs bien décrits (méthodes collecte et d'analyse) sont prévus et leurs résultats prévus pour alimenter le PAO Plusieurs dispositifs complémentaires de collecte d'informations sont planifiés, mais ils sont incomplètement décrits Un dispositif pour appréhender la satisfaction des patients est prévu (boîte à suggestion, enquête par questionnaire, ...). Aucun dispositif d'amélioration de la satisfaction des usagers n'est prévu dans le PAO de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Les analyses issues des enquêtes et/ou boîte à suggestion aboutissent à un plan de remédiation partagé avec l'ensemble du personnel et aux membres du COGE Des analyses sont faites à partir des enquêtes et/ou boîte à suggestion, et leurs résultats mettent un accent sur les problèmes principaux Au moins un dispositif est mis en œuvre pour collecter le point de vue des usagers, mais les données ne sont pas analysées ni exploitées Aucun dispositif n'est mis en oeuvre 	<ul style="list-style-type: none"> Le plan d'amélioration de la satisfaction des usagers est adapté aux résultats de ce suivi Les résultats du suivi sont partagés avec le CODIR de l'hôpital Un suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la satisfaction des usagers est formalisé Aucun suivi n'est organisé

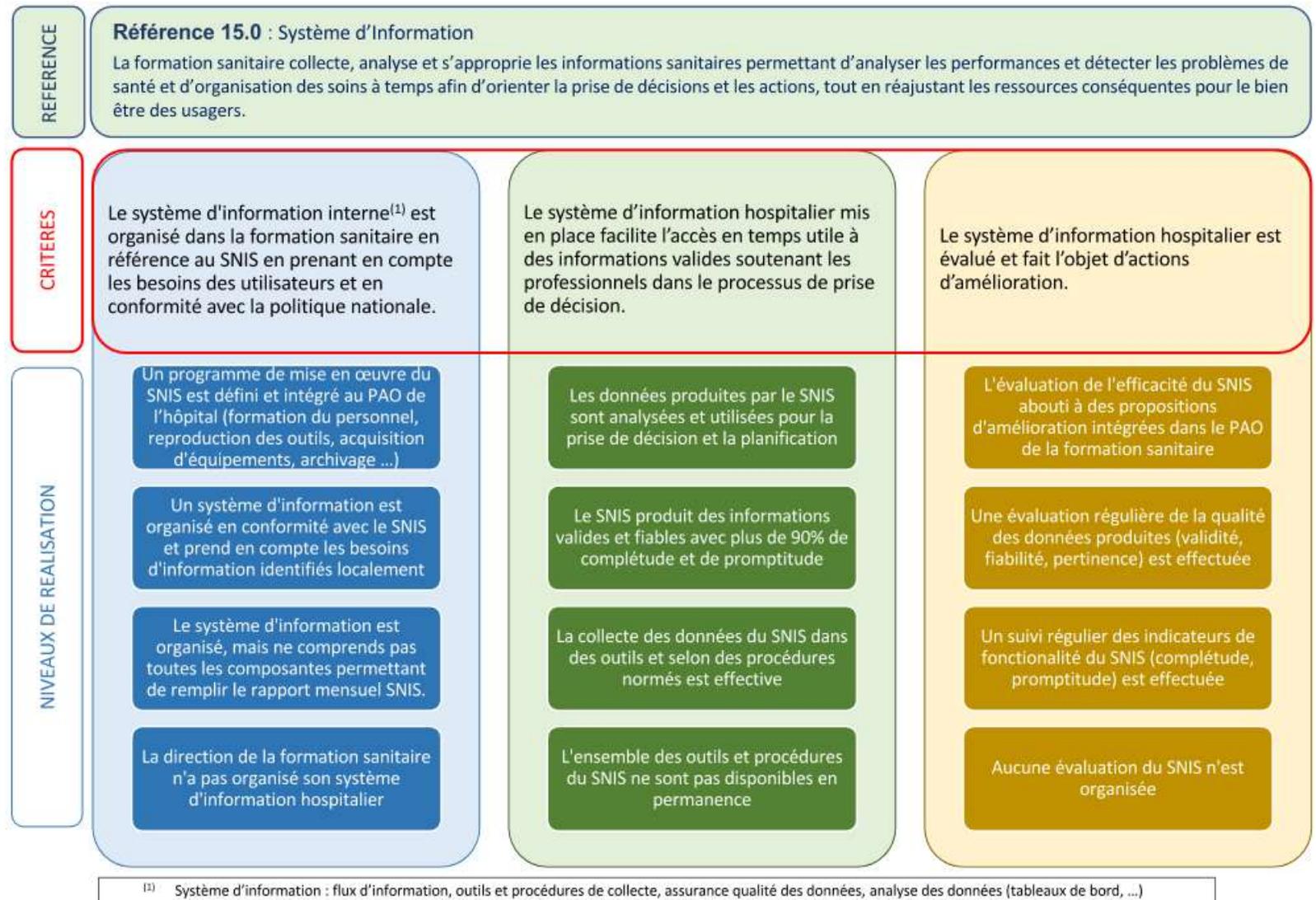
Dimension 15 : Gestion de l'information

L'organisation efficace d'une formation sanitaire est basée sur des flux permanents d'informations pour permettre des prises de décision adaptées et rendre compte de son activité.

Le système d'information fonctionnel sous-entend la collecte, la saisie, le traitement, la diffusion et le stockage d'informations. Cette organisation doit recourir à des moyens manuels et/ou automatisés.

La gestion de l'information est le socle de la planification. Des indicateurs ou tableaux de bord doivent faire l'objet d'un suivi sans faille en termes de complétude et de promptitude pour un bon pilotage de l'établissement de soins.

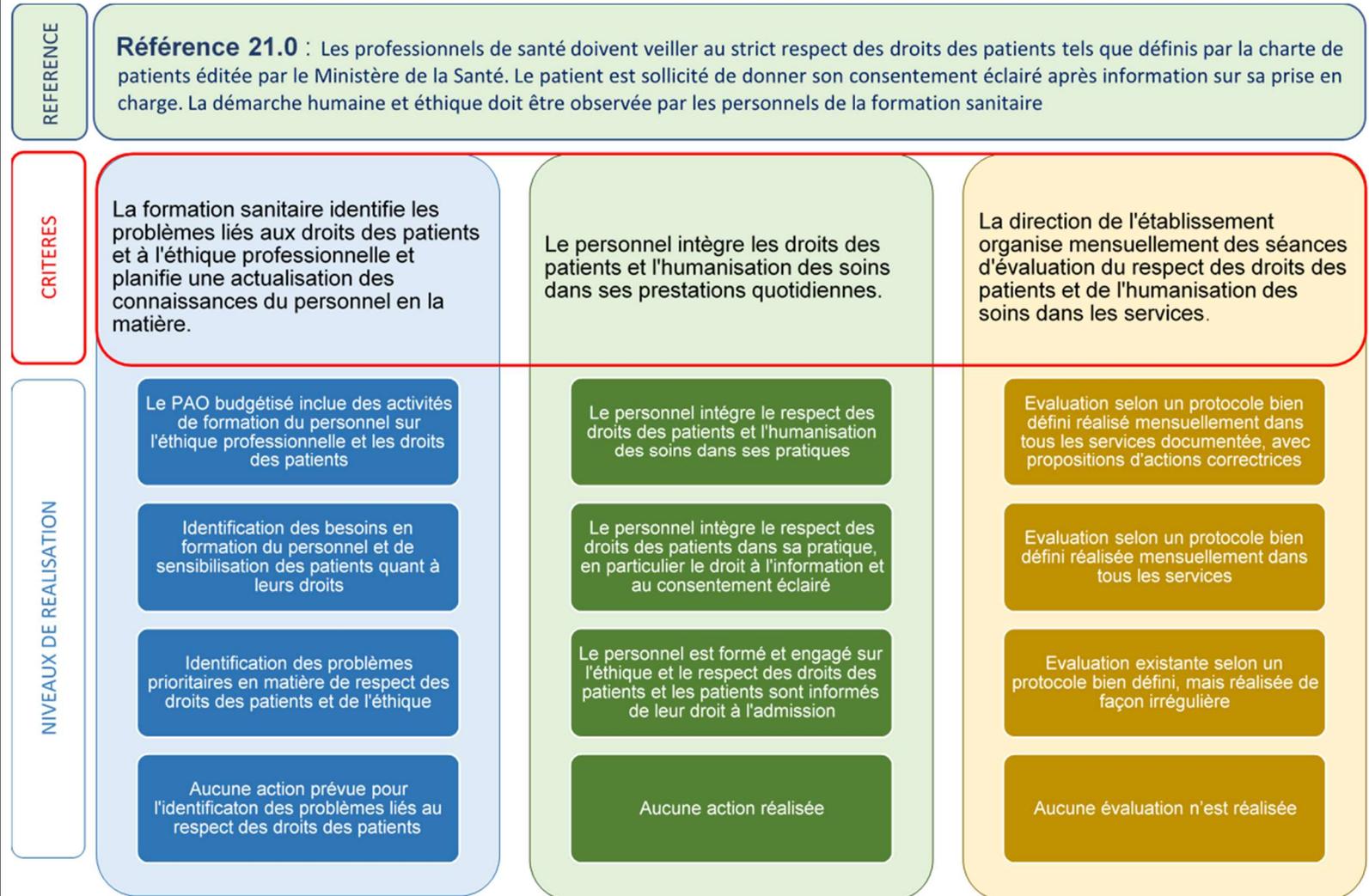
L'organisation du système d'information dans la formation sanitaire est de la responsabilité de l'établissement lui-même, en référence au SNIS, et justifie l'utilisation du terme de « système d'information hospitalier » qui peut couvrir un champ large d'informations : nature des problèmes de santé, disponibilité des ressources, utilisation des services, production des soins, gestion financière, événements indésirables, ...



Dimension 21 : Droit des patients

Le respect de la personne humaine dans la prise en charge des patients est un élément fondamental de la qualité des soins. Les personnes malades, leurs responsables et leurs accompagnants, accueillis dans les établissements de soins doivent connaître leurs droits essentiels. Par personne malade on comprend toute personne prise en charge par l'établissement de soins.

En particulier, le malade et/ou son entourage ont droit à une information adaptée sur leur état et leur prise en charge. Cette information doit leur permettre de donner leur consentement éclairé.



Dimension 22 : Accès, Offre et continuité des soins

L'accès aux soins garanti à toute la communauté, de tous âges et de toutes conditions socio-culturelles à accéder aux soins de santé.

Le premier critère d'accès aux soins est la permanence des soins qui garantit à tout patient une prise en charge dans de bonnes conditions 24H/24H, 7J/7J. Ceci comprend l'accueil des urgences, mais aussi la surveillance et l'observance des soins dans les services, la possibilité d'organiser des examens complémentaires et/ou un transfert.

Au-delà de la permanence, les prestataires de soins doivent être conscients des barrières physiques et socio-culturelles afin de développer les moyens pour les minimiser.

Toutefois signalons que ces soins doivent être en adéquation avec les besoins de la population.

Pour des raisons de réalité locale, la barrière financière ne sera pas abordée dans cette référence.

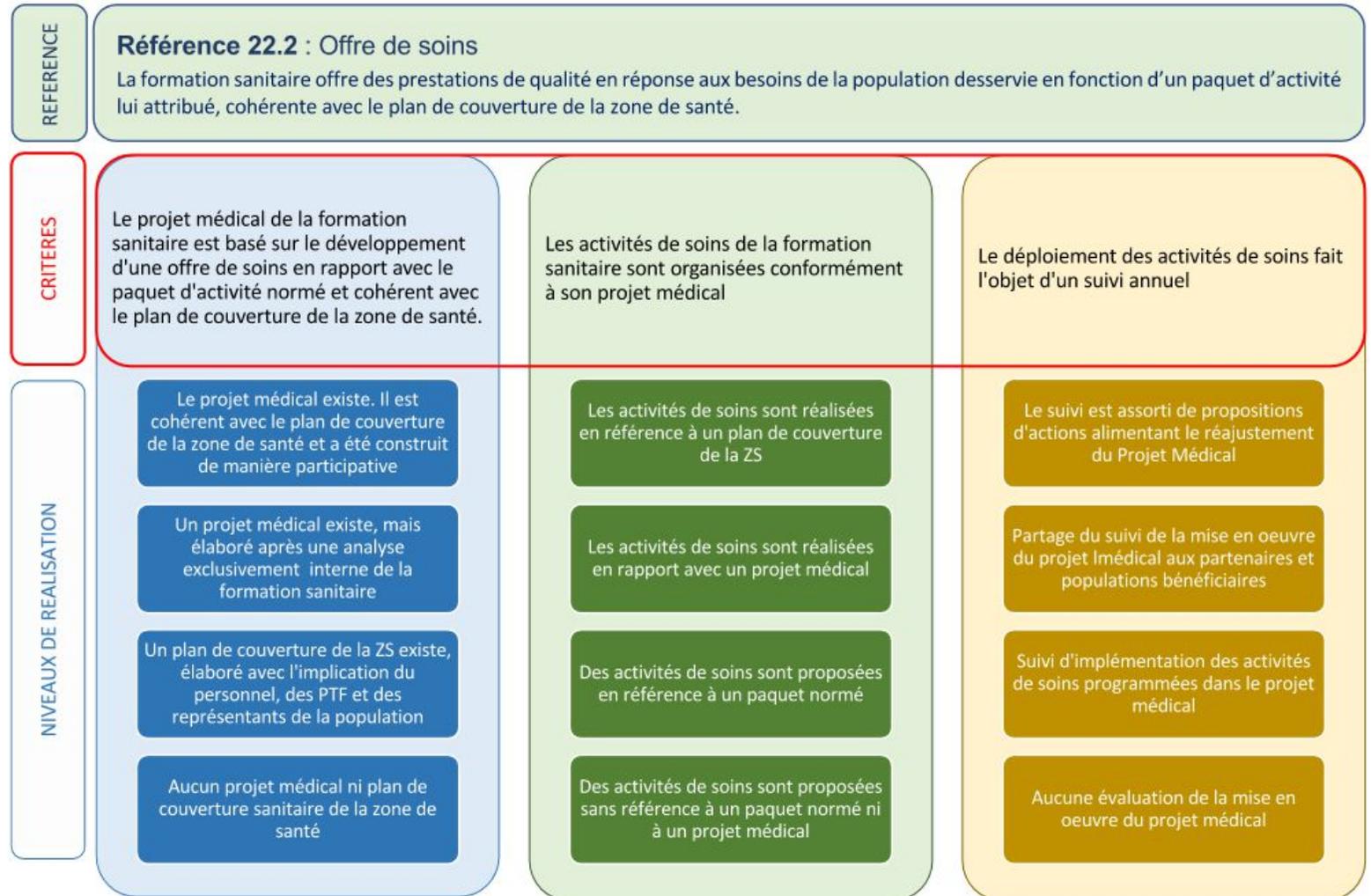
REFERENCE	Référence 22.1 : Accès aux soins Les services de soins de la formation sanitaire sont accessibles en permanence à tous sans considération d'âge, de sexe, de religion, de condition socioculturelle, y compris aux personnes atteintes de handicap.		
CRITERES	La formation sanitaire organise une permanence des soins permettant un accès à tous, à partir d'une identification des obstacles à l'utilisation de ses services.	La formation sanitaire réduit les barrières à l'utilisation de ses services.	La formation sanitaire analyse l'accès aux services de soins
NIVEAUX DE REALISATION	<ul style="list-style-type: none"> La direction établit un plan d'accessibilité en réponse à cette analyse La direction organise une analyse des barrières à l'utilisation des services (signalétique, accès physique, accès socio-culturel, ...) La direction a mis en place une organisation permettant une permanence des soins (horaires de service, tour de garde, permanence de la logistique, ...) Aucune disposition n'est prise pour assurer une permanence des soins dans l'ensemble des services 	<ul style="list-style-type: none"> L'accessibilité aux services est garantie à tous avec une signalétique compréhensible et respect des spécificités individuelles L'accessibilité aux services est possible pour la majorité sans adaptation aux particularités individuelles La permanence des soins est effective La permanence des soins n'est pas effective 	<ul style="list-style-type: none"> Des recommandations pratiques et réalistes sont faites et incluses dans le PAO de la formation sanitaire Une analyse des aménagements particuliers (plan d'accessibilité) est faite Une analyse régulière de la permanence des soins est faite par service et au niveau de la formation sanitaire globalement Aucune analyse de la permanence des soins réalisée

Dimension 22 : Accès, Offre et continuité des soins

L'offre des soins peut être définie comme un ensemble d'infrastructures, de ressources et des activités mobilisées pour assurer des prestations de soins et des services en lien avec les besoins de la population. L'offre permet de mieux couvrir une entité géographique en termes d'activités : couverture sanitaire

L'organisation de l'offre des soins est assurée par un ensemble de structures publiques (CS, HGR, Hôpitaux provinciaux, hôpitaux des forces armées, de la police et d'autres établissements organisés par les employeurs en faveur de leurs travailleurs) ou du secteur privé subdivisé en privé lucratif et non lucratif. Ces structures sont organisées pour couvrir, ensemble, les besoins de la population.

Une étude portant sur le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en RDC avait été réalisée en mai 2018 par la Banque Mondiale. L'étude a prouvé que ce secteur est plus florissant en milieu urbain. Il comprend les cabinets médicaux et paramédicaux, les cliniques ou polycliniques, les centres de diagnostic (laboratoires, imagerie).

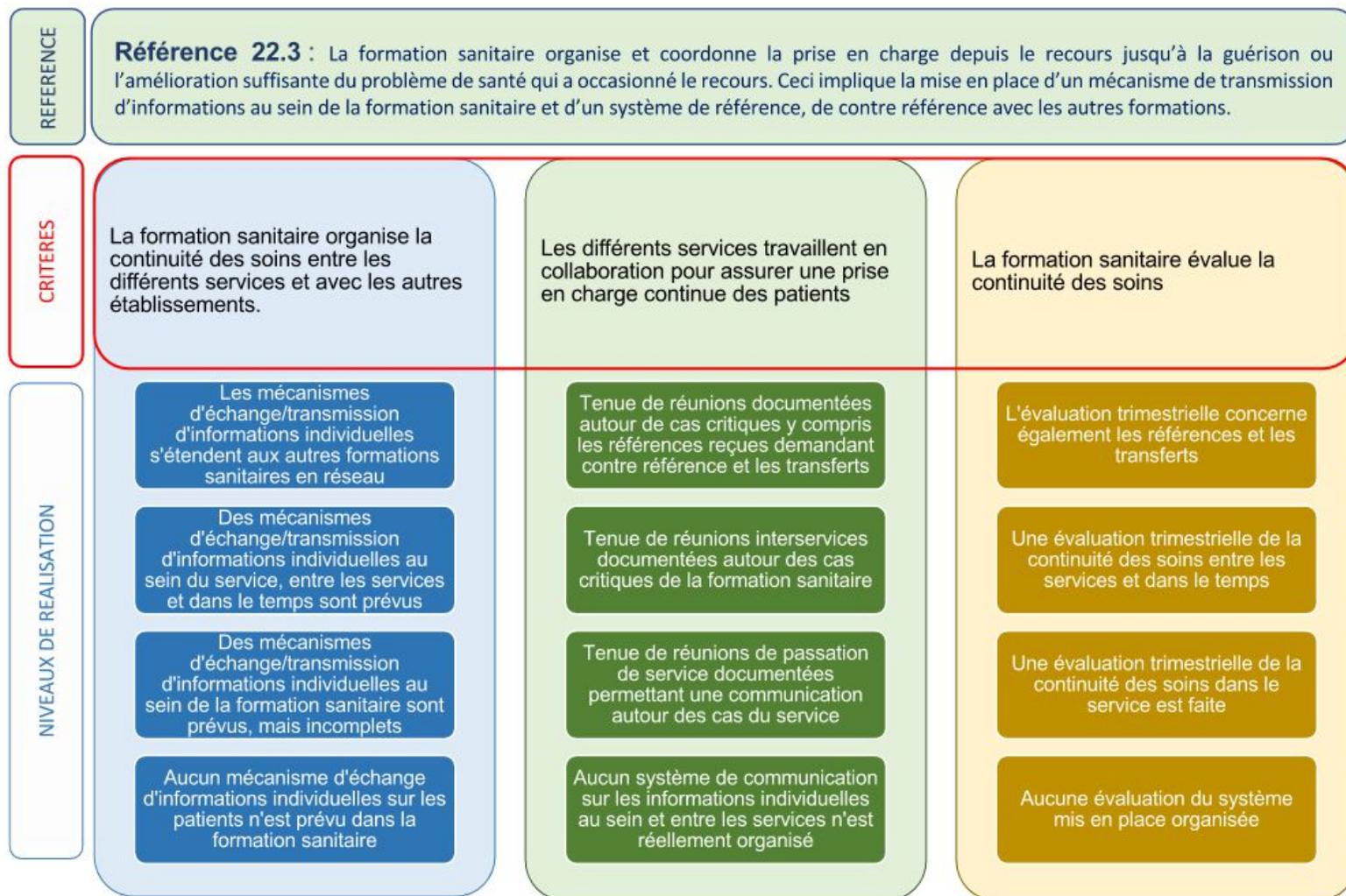


Dimension 22 : Accès, Offre et continuité des soins

La continuité des soins se comprend d'une part entre les établissements sanitaires en fonction de leur plateau technique et d'autre part entre les professionnels de santé et/ou les services dans une même structure de soins.

La continuité des soins et la coordination de la prise en charge s'évaluent au sein de l'établissement, non seulement au cours des situations de routine (transmission des données actuelles sur l'état de santé et/ou la prise en charge d'un patient dans un service et/ou entre les services) mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures.

Elle sous-entend la transmission des données pertinentes entre professionnels de santé et le patient. Elle implique l'ensemble des secteurs d'activités de l'établissement (secteurs de soins, secteurs logistiques, etc.).



Dimension 23 : Gestion des données du patient

Le dossier patient est un document contenant les informations collectées auprès du patient (administratives, médicales et paramédicales) ainsi que les actes à poser et posés en faveur de ce dernier.

La tenue correcte /exhaustive de ce document (qualité de dossier) est une obligation du personnel soignant contribuant à la qualité et sécurité des soins administrés.

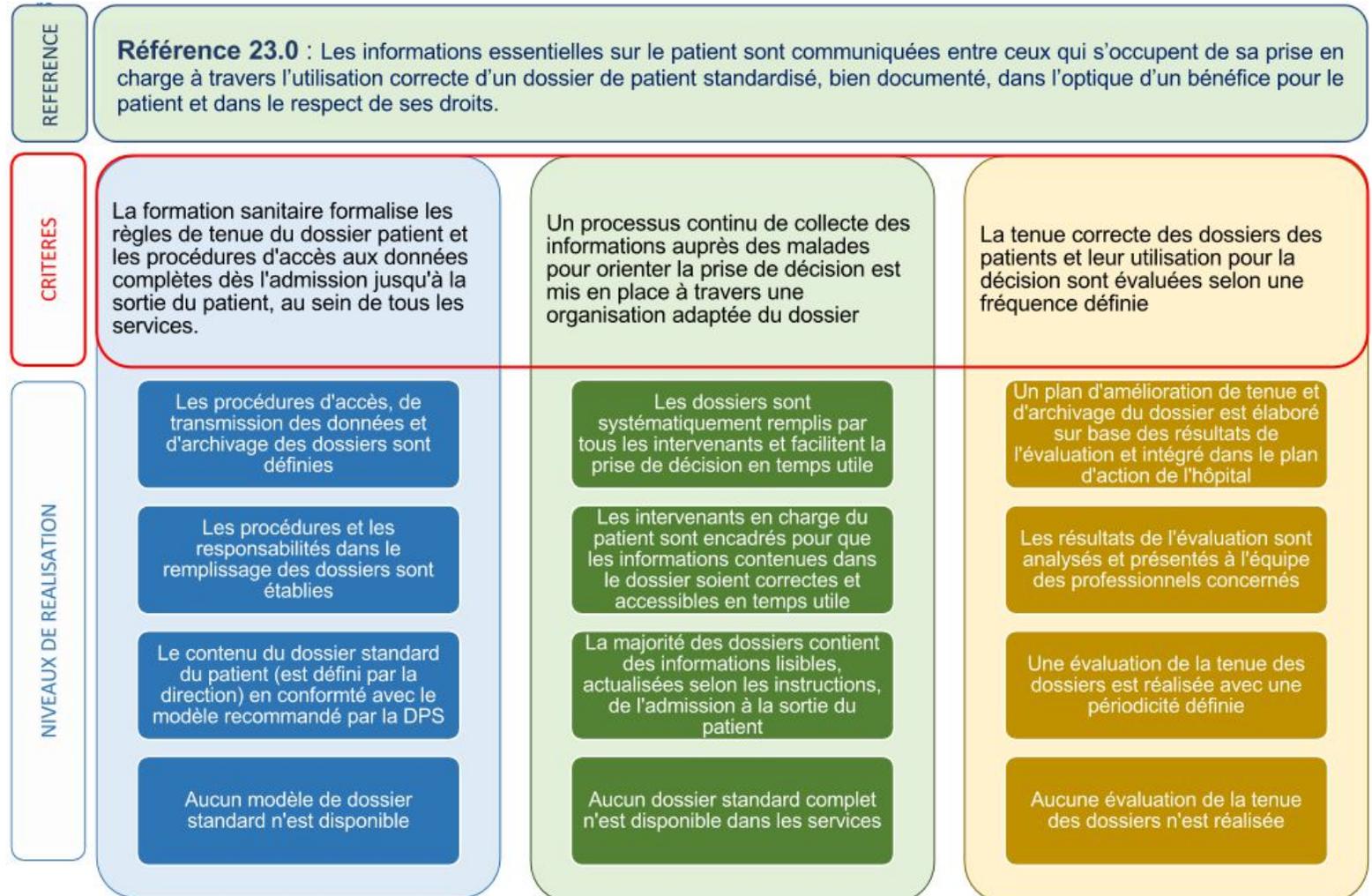
Le dossier du patient revêt plusieurs aspects dont :

- L'aspect de sécurité de prise en charge
- L'aspect juridique.

Pour éviter la disparité des outils de gestion dans les hôpitaux, il est impérieux de disposer d'un dossier de patient standardisé et normalisé. Il constitue de ce fait un outil de communication et de coordination.

L'évaluation de la tenue du dossier doit vérifier la traçabilité des éléments relatifs à l'admission, au séjour et à la sortie du patient.

L'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de prise en charge et à chaque nouvelle admission est un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins.

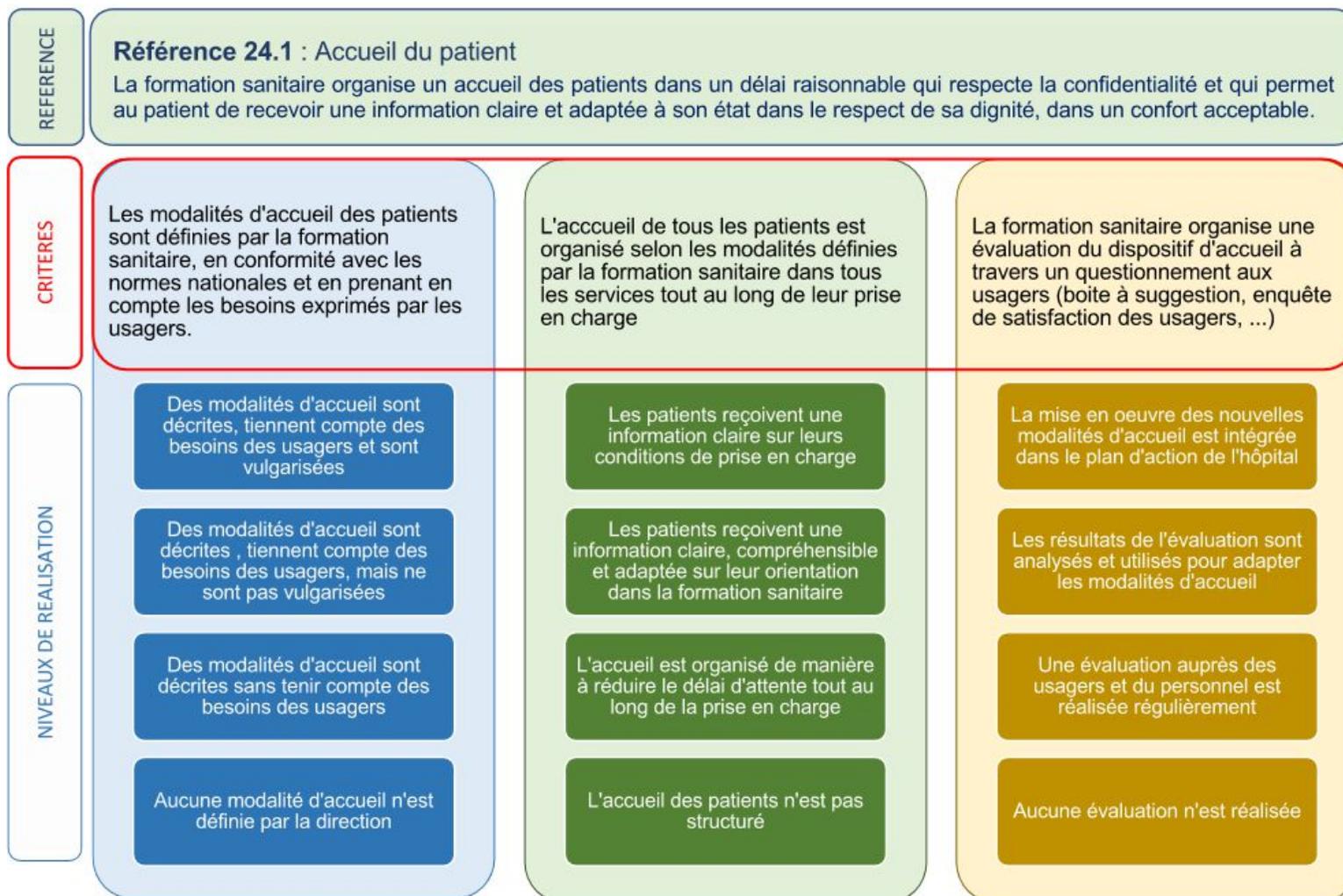


Dimension 24 : Circuit du patient

L'accueil des patients dans un établissement de soins est critique pour la mise en confiance et en sécurité de la patientèle. Il s'effectue de jour comme de nuit, ainsi qu'en urgence.

L'établissement de soins constitue un lieu d'accueil privilégié où les personnes en situation de précarité doivent avoir une permanence d'accès aux soins de santé.

L'accueil est la réception faite à quelqu'un. Il consiste, dans le milieu hospitalier, en la manière de recevoir les demandeurs de services de la porte d'entrée jusqu'aux différents services et ce, de façon permanente. Il requiert une bonne organisation réalisée par un personnel formé car au-delà de l'information verbale et de l'attitude d'écoute, un recueil d'informations doit être remis au patient ou tout autre demandeur des services. Les informations doivent être claires, compréhensibles et adaptées au type de service à offrir.

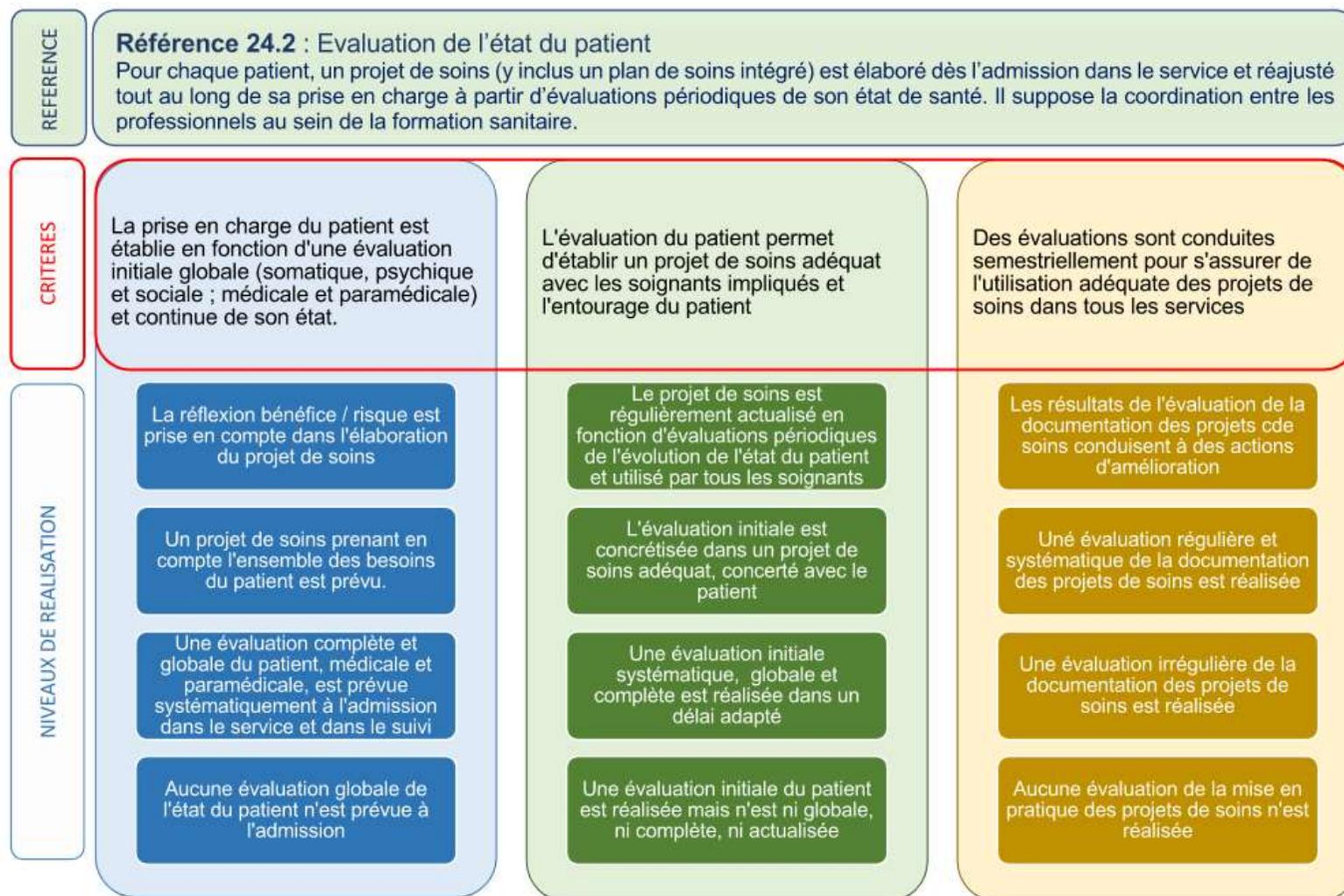


Dimension 24 : Circuit du patient

L'évaluation de l'état du patient doit être systématique dès l'accueil afin d'estimer la gravité de son état et d'identifier ses besoins en soins, puis de façon périodique pour adapter au mieux la prise en charge.

Il s'agit de l'évaluation initiale globale (somatique, psychologique et sociale) de l'état de santé qui permet d'établir un projet thérapeutique incluant un plan de soins adapté à chaque patient. Celui-ci permet la coordination des interventions des différents professionnels au sein du service de l'établissement de soins.

Au-delà de l'amélioration de son état de santé en rapport avec le motif de l'hospitalisation, le projet de soins doit promouvoir le retour à l'autonomie du malade, sa réadaptation, sa réinsertion dans l'entourage familial et social. Le moment de l'évaluation constitue l'occasion idéale de rechercher les symptômes, d'autres pathologies ou complications dans le souci d'assurer une prise en charge globale du patient.

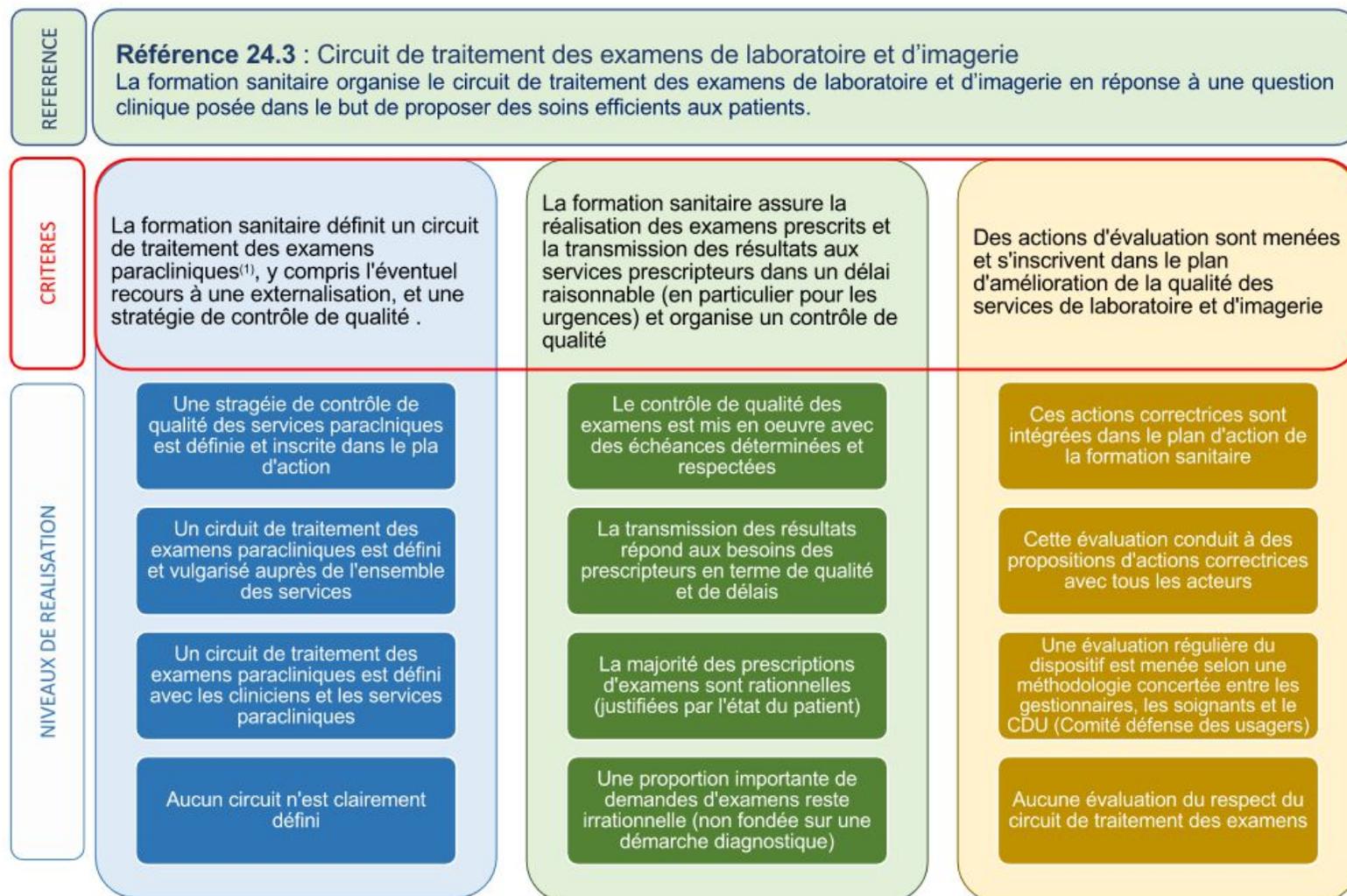


Dimension 24 : Circuit du patient

Les services de diagnostic (laboratoire et imagerie) viennent en appui à la clinique pour mieux asseoir le diagnostic et garantir une prise en charge appropriée.

La demande, la réalisation des examens et la transmission des résultats sont des étapes déterminantes dans la prise en charge des patients.

La demande doit assurer que chaque réalisation d'examen réponde à une question clinique, évitant ainsi les examens systématiques ou non adaptés à l'état de santé du patient, afin de préserver les ressources de l'établissement de soins et du patient.

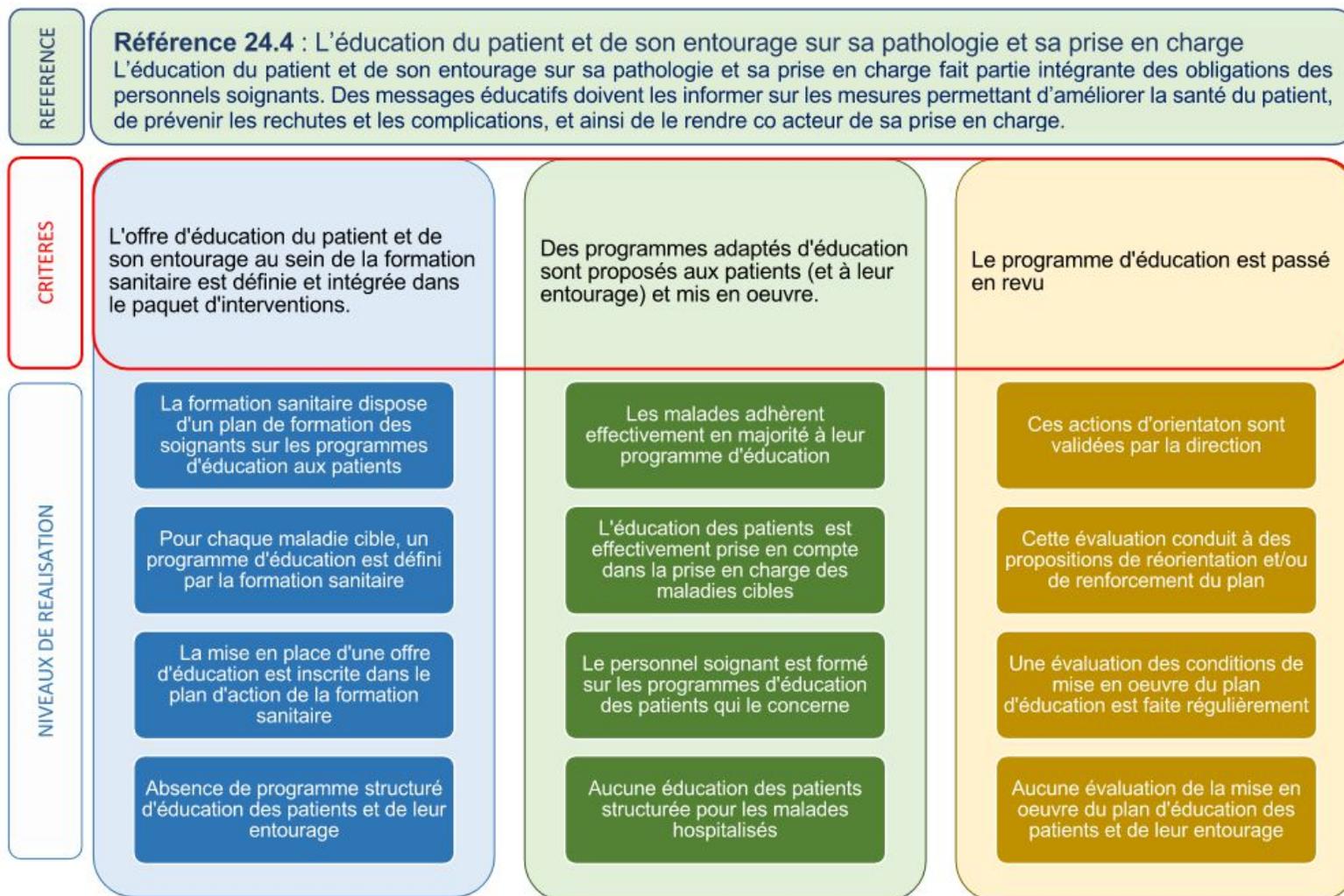


¹ Le circuit de traitement englobe la prescription, le prélèvement, le transport et traitement des échantillons, la réalisation de l'examen, la transmission des résultats.

Dimension 24 : Circuit du patient

L'éducation concerne tout patient. Il s'agit d'une démarche structurée et coordonnée, centrée sur le patient et son entourage. Elle vise à acquérir des capacités d'auto-soins et d'adaptation dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie.

Elle contribue également à permettre au patient de mieux se connaître, de gagner en confiance en lui, de prendre des décisions et de résoudre des problèmes de santé.

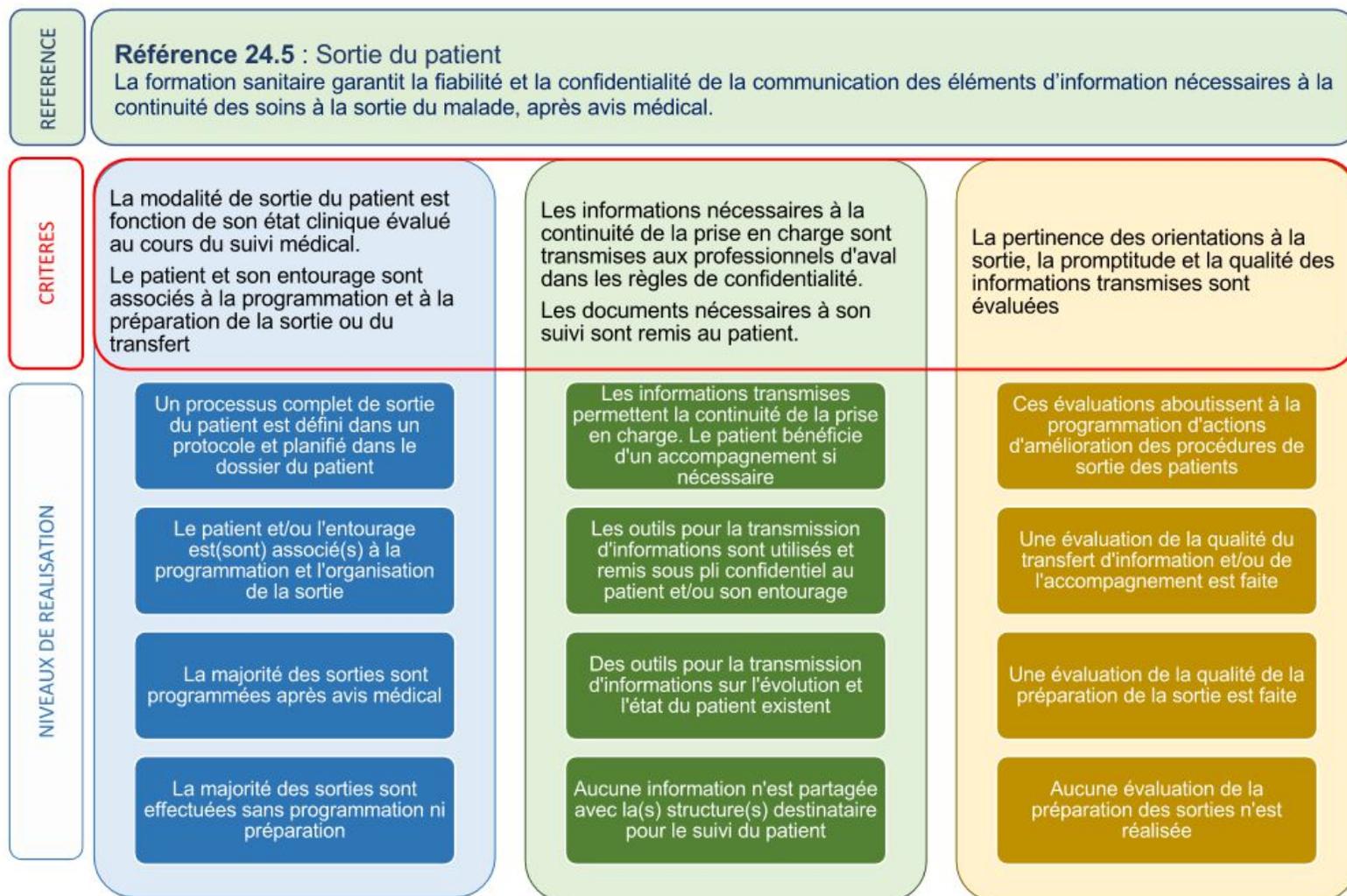


Dimension 24 : Circuit du patient

Le patient admis (en première intention par sa préférence ou en seconde intention par référence) et traité au sein de l'établissement de soins obtient sa sortie suite à une disparition, une amélioration, un statut quo ou une aggravation des plaintes ayant motivé sa consultation.

Une systématisation de flux d'informations doit être mise en place pour une meilleure prise en charge du patient en cas de référence et de contre référence.

Cette référence va aborder la sortie du malade vers une autre structure.



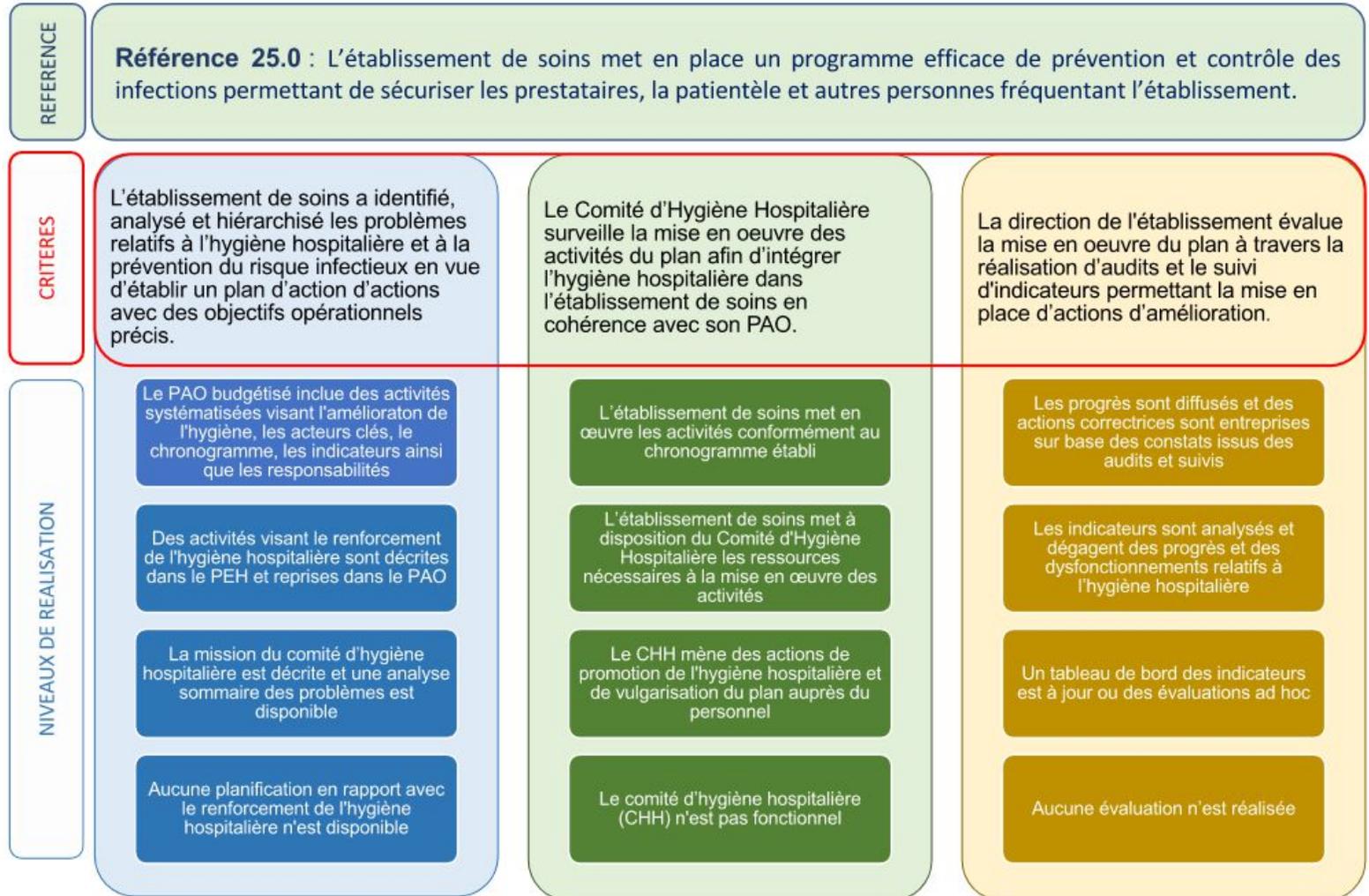
Dimension 25 : Hygiène hospitalière et maîtrise du risque infectieux

L'établissement de soins doit assurer aux patients, aux professionnels et autres personnes présentes en ses murs un environnement salubre et sain.

La maîtrise du risque infectieux associé aux soins est une composante essentielle. Elle passe par une observation fine et attentive des situations des soins par le personnel pour aboutir au signalement des facteurs de risque, permettant ainsi de construire une démarche préventive et corrective pour la maîtrise du risque infectieux.

Ce n'est qu'au prix de cet effort de la part des personnels de proximité qu'une sécurisation optimale de l'univers des soins du patient pourra être réalisée, générant ainsi de la sécurité tant pour le patient que pour le personnel soignant

L'hygiène constitue un des éléments transversaux à la qualité des prestations administrées, aux conditions de travail du personnel et d'hébergement des malades. Cette hygiène nécessite une bonne gestion de l'eau, des linges, de l'air, de l'énergie, des surfaces, des matériels et des déchets.

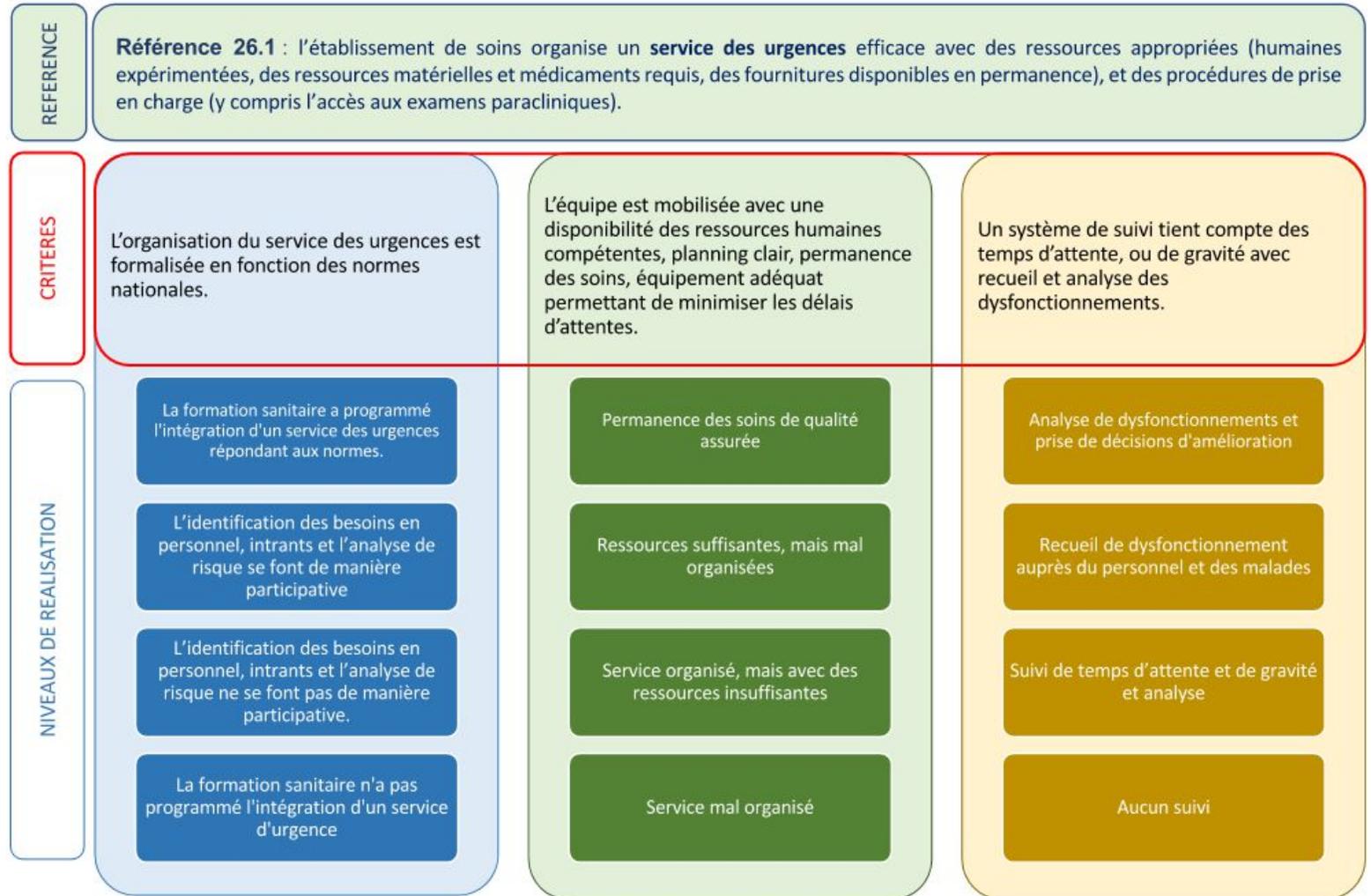


Dimension 26 : Prise en charge spécifique

Le service des urgences prend en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel.

Un triage efficace des patients constitue une clé pour la résolution adéquate du problème ayant motivé la fréquentation du service et diminue de ce fait la dissipation des ressources.

Pour plus d'efficacité, l'équipe affectée à ce service doit être formée, et rodée faisant preuve d'une compétence sans faille.



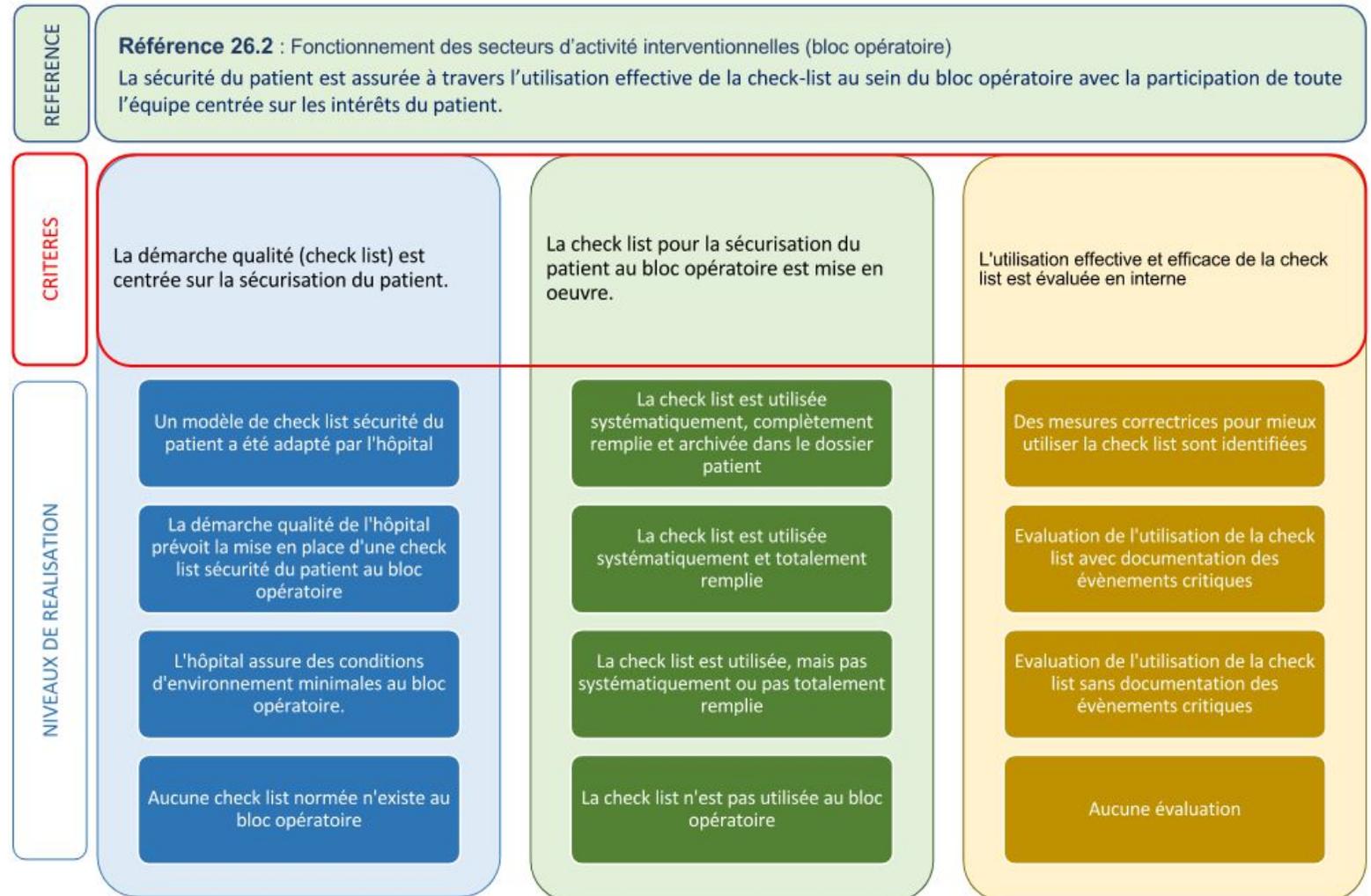
Dimension 26 : Prise en charge spécifique

Le fonctionnement du bloc opératoire vise la sécurisation du malade par un personnel qualifié et compétent capable de garantir les soins de qualité (outils de base, manipulation aisée du matériel stérile et équipements selon les prescrits (standards)).

Les activités du bloc opératoire doivent s'appuyer sur l'utilisation de la check-list de l'OMS qui recommande l'identification stricte du patient, le type et site d'intervention ainsi que l'antibioprophylaxie, les incidents critiques et le fonctionnement de matériels. Pour ce faire, la communication inter-équipe demeure indispensable.

Le fonctionnement du bloc opératoire requiert une équipe multidisciplinaire qui dispose de responsabilités précises et interdépendantes centrées sur la sécurité des patients.

Dans cette référence, l'accent sera mis sur l'utilisation de la check-list

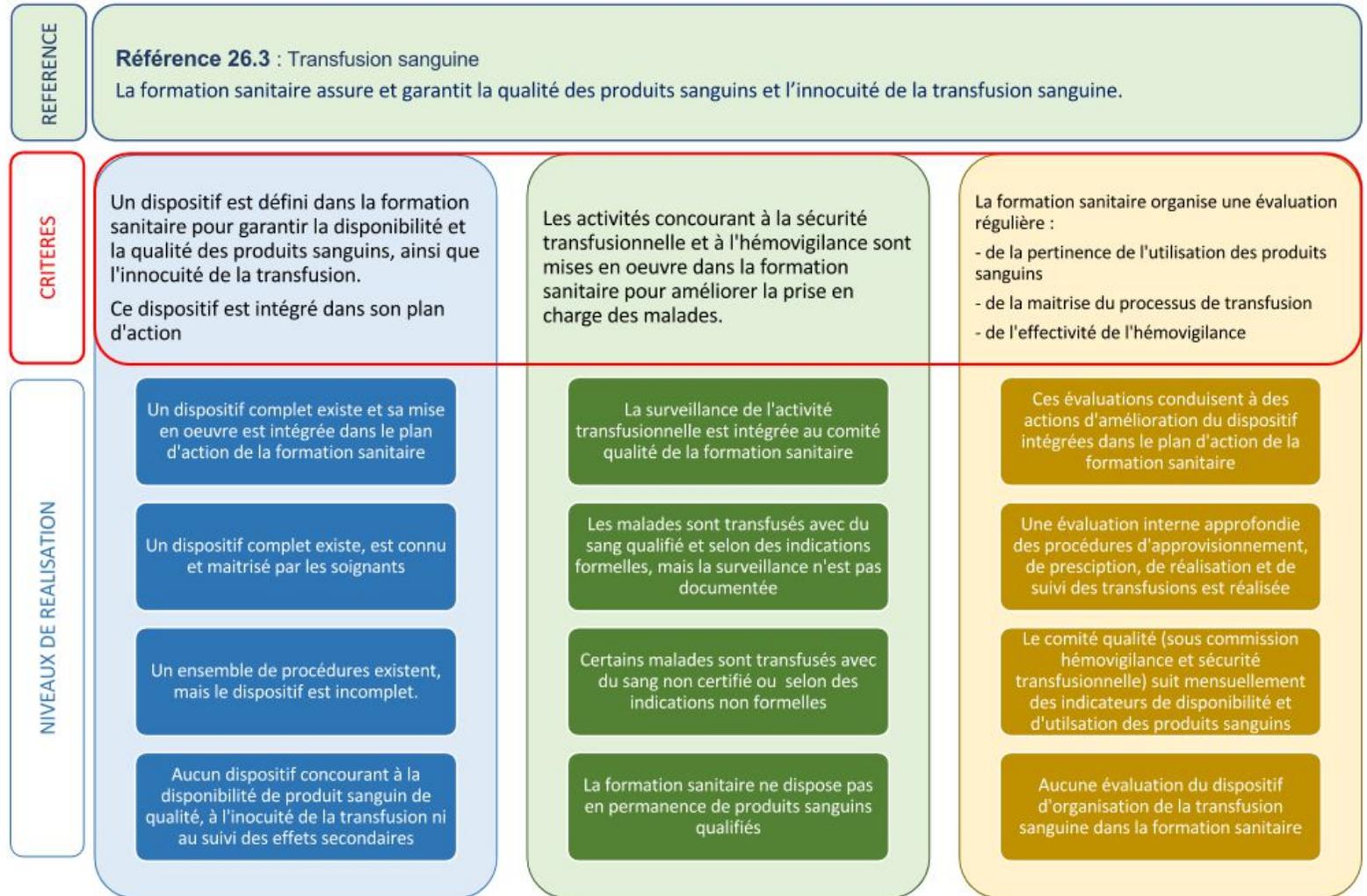


Dimension 26 : Prise en charge spécifique

Les produits sanguins administrés aux patients sont des « médicaments » et servent à la prise en charge de malades bien définis. Cette prise en charge doit se faire dans le strict respect des mesures de sécurité transfusionnelle (indications, nature et qualité du produit sanguin, bonne posologie et surveillance de la transfusion)

Un dispositif d'hémovigilance permet d'identifier les événements indésirables de façon prompte. Dans cette référence, nous aborderons les aspects de la transfusion dans les établissements de soins. Ces derniers s'approvisionnant au centre de transfusion sanguine.

Tout établissement de soins n'est pas censé organiser les activités de transfusion sanguine. Toutes fois en cas de nécessité, le patient doit pouvoir être référé dans l'établissement de soins disposant ce paquet.



Dimension 26 : Prise en charge spécifique

Le service de soins intensifs a pour mission de prendre en charge les patients en état critique, c'est-à-dire ceux qui présentent une défaillance d'une fonction vitale, ou qui sont à risque de développer une complication sévère.

Ce service dispose de moyens techniques très spécialisés. Ceux-ci sont mis en œuvre de façon continue par une équipe multidisciplinaire afin de déceler, prévenir et corriger les déséquilibres liés à une affection sous-jacente, mettant en jeu le pronostic vital.

Les établissements de soins ne disposant de cette unité doivent pouvoir référer les cas.

Cette dimension ne concerne que les établissements ayant intégré l'unité.

REFERENCE	Référence 26.4 : Soins intensifs La formation sanitaire dispose d'un plateau technique permettant d'offrir des soins intensifs, spécialisés en recourant à des techniques spécifiques maîtrisées par une équipe multidisciplinaire formée et régulièrement mise à niveau, permettant une prise en charge des patients en situation de risque vital ou fonctionnel aigu 24H/24H tous les jours de l'année.		
CRITERES	La formation sanitaire a planifié la mise en place d'un service de soins intensifs de qualité selon les normes nationales et internationales (OMS)	Le service de Soins Intensifs est opérationnel, prodiguant des soins de qualité en permanence pour le bien être du patient.	Le suivi de la prise en charge des patients admis aux soins intensifs est assuré
NIVEAUX DE REALISATION	<ul style="list-style-type: none"> Un service de soins intensifs est planifié en référence aux normes internationales avec des ressources suffisantes Un service de soins intensifs est planifié en référence aux normes internationales, mais avec des ressources insuffisantes Un service de soins intensif est planifié, mais sans référence aux normes internationales. Aucun service de soins intensif planifié 	<ul style="list-style-type: none"> Le service de soins intensifs est utilisé en respect des indications et la prise en charge des cas répond à des critères de qualité Un service de soins intensifs est organisé selon les normes Un service de soins intensifs est organisé, mais dispose d'un environnement de soins en deça des normes minimales Aucun service de soins intensifs n'est opérationnel 	<ul style="list-style-type: none"> Ces évaluations conduisent à des actions d'amélioration de l'organisation du service intégrées dans le plan d'action de la formation sanitaire Le Comité qualité organise régulièrement une évaluation structurée de la qualité de la prise en charge des patients en SI Les responsables du service de soins intensifs suivent mensuellement des indicateurs de prise en charge des patients Aucune évaluation de la prise en charge des patients admis en soins intensifs

Dimension 26 : Prise en charge spécifique

La prise en charge des urgences obstétricales requiert une équipe multidisciplinaire (médecins ; sage femmes, infirmiers, anesthésistes, ...) compétente ainsi que la permanence des médicaments, intrants et du matériel.

Une communication efficace, claire, opportune, précise, complète et comprise par l'équipe de soins et le patient améliore la sécurité des soins.

Le décès maternel constitue le plus grand drame en médecine et doit être évité ou réduit au strict minimum.

Une prise en charge optimale dans le secteur de naissance participe à la réduction de la morbidité et de la mortalité évitable de la mère et du fœtus ou nouveau-né.

Un système efficace de capacitation continue et de collaboration permanente des équipes obstétricales, anesthésique, chirurgicale et pédiatriques est la base du succès.

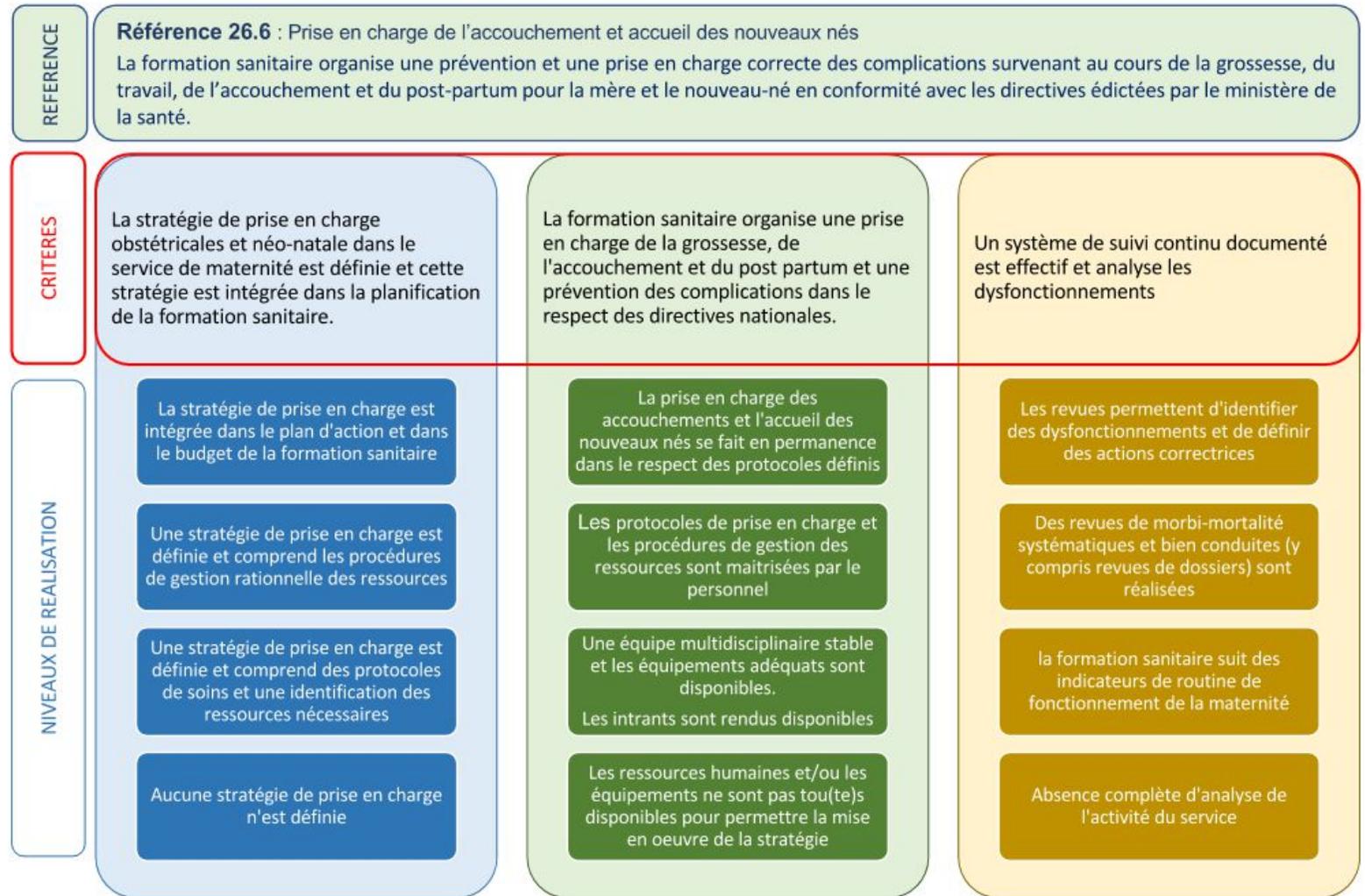
REFERENCE	Référence 26.5 : L'établissement de soins organise une prise en charge des urgences obstétricales en permanence par une équipe multidisciplinaire en appliquant les protocoles en vigueur et dans le respect de droits des patientes, tout en privilégiant le bénéfice au risque du couple mère-enfant en rapport aux gestes posés.		
CRITERES	L'établissement de soins prévoit un système de PEC dans les services des soins obstétricaux en s'appuyant sur la remise en niveau du personnel et la communication dans le but de reconnaître voire anticiper certaines situations critiques (1)	L'établissement organise la permanence de soins (passation de service, disponibilité des matériels et effectivité de soins dans le strict respect des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales	L'établissement de soins organise une revue des cas critiques (urgences vitales) en vue d'améliorer la pratique. Il inclut le système de référence et contre référence.
NIVEAUX DE REALISATION	<ul style="list-style-type: none"> La prise en charge est normée et complété par la communication. La prise en charge est normée mais limité à certains aspects La prise en charge n'est pas normée Aucune prévision de la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> Le Protocole bien respecté par tous La passation de service est assurée avec matériel incomplet La passation de service n'est pas documentée Le service n'est pas permanent. 	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats des revues aboutissent à un plan de correction.. Des revues des urgences vitales systématiques et bien conduites sont organisées Des revues des urgences vitales sont organisées Aucune revue des urgences vitales organisée.

(1) HPP, Pré éclampsie sévère, PP, DPPNI, procidence du cordon, dystocie des épaules, GEU...

Dimension 26 : Prise en charge spécifique

La prise en charge correcte de l'accouchement et du nouveau-né impose non seulement une équipe multidisciplinaire (médecins, sages-femmes, hygiénistes, ...) compétente, mais aussi des matériels et intrants disponibles pour réduire au strict minimum les décès et invalidités évitables liés à des complications survenant au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou du post-partum pour la mère et le nouveau-né.

Dans cette optique, le partogramme constitue un outil très essentiel dans le suivi-évaluation-décision documenté de l'évolution du travail d'accouchement, ainsi que le dossier de suivi de la gestante et la fiche CPN



Dimension 26 : Prise en charge spécifique

La malnutrition constitue un problème de santé publique. Selon EDS 2014, la prévalence de la malnutrition chronique est de 43%, l'insuffisance pondérale à 23% et 8% de la malnutrition aigüe.

La malnutrition est un état pathologique dû à une carence, à un excès ou à un déséquilibre des apports alimentaires.

La prise en charge de la malnutrition repose sur la promotion des pratiques familiales essentielles dans la communauté. Elle vise la prévention et la réhabilitation nutritionnelle dans les UNTA et UNTI.

REFERENCE	<p>Référence 26.7 : Prise en charge de la malnutrition La formation sanitaire intègre dans son PCA la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère avec complication selon le protocole national PCIMA.</p>		
CRITERES	<p>L'organisation de la prise en charge de la malnutrition aigüe par la formation sanitaire comprend la formation des prestataires et l'approvisionnement en intrants nécessaires.</p>	<p>Le dépistage précoce de la malnutrition, l'organisation du système de références / contre référence et la prise en charge des malades présentant des signes de complication sont assurés.</p>	<p>La prise en charge de la malnutrition est évaluée et un plan de correction est produit.</p>
NIVEAUX DE REALISATION	<ul style="list-style-type: none"> La formation sanitaire a planifié la prise en charge de la malnutrition selon les protocoles PCIMA La formation sanitaire a planifié la prise en charge de la malnutrition en tenant compte des ressources nécessaires (RH, intrants, ...) La formation sanitaire a planifié la prise en charge de la malnutrition sans tenir compte des ressources nécessaires Absence de planification de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère par la formation sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> Les cas de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) avec complication sont pris en charge dans la formation sanitaire et les critères de sorties vers l'UNTA sont appliqués Les procédures de dépistage de la malnutrition, de référencement et de prise en charge des cas aigus sévères avec complication sont utilisées La formation sanitaire a mis en place les capacités de dépistage et de prise en charge de la malnutrition (équipements, RH formées, intrants) Les cas de malnutrition ne sont pas pris en charge dans la formation sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> Les revues des dossiers des malades permettent d'identifier les insuffisances et de définir des actions correctrices Une revue de dossiers systématique et une visite du service permettent d'analyser la conformité de la prise en charge La formation sanitaire suit des indicateurs de routine de fonctionnement de l'UNTI Aucune évaluation de la prise en charge de la malnutrition n'est organisée

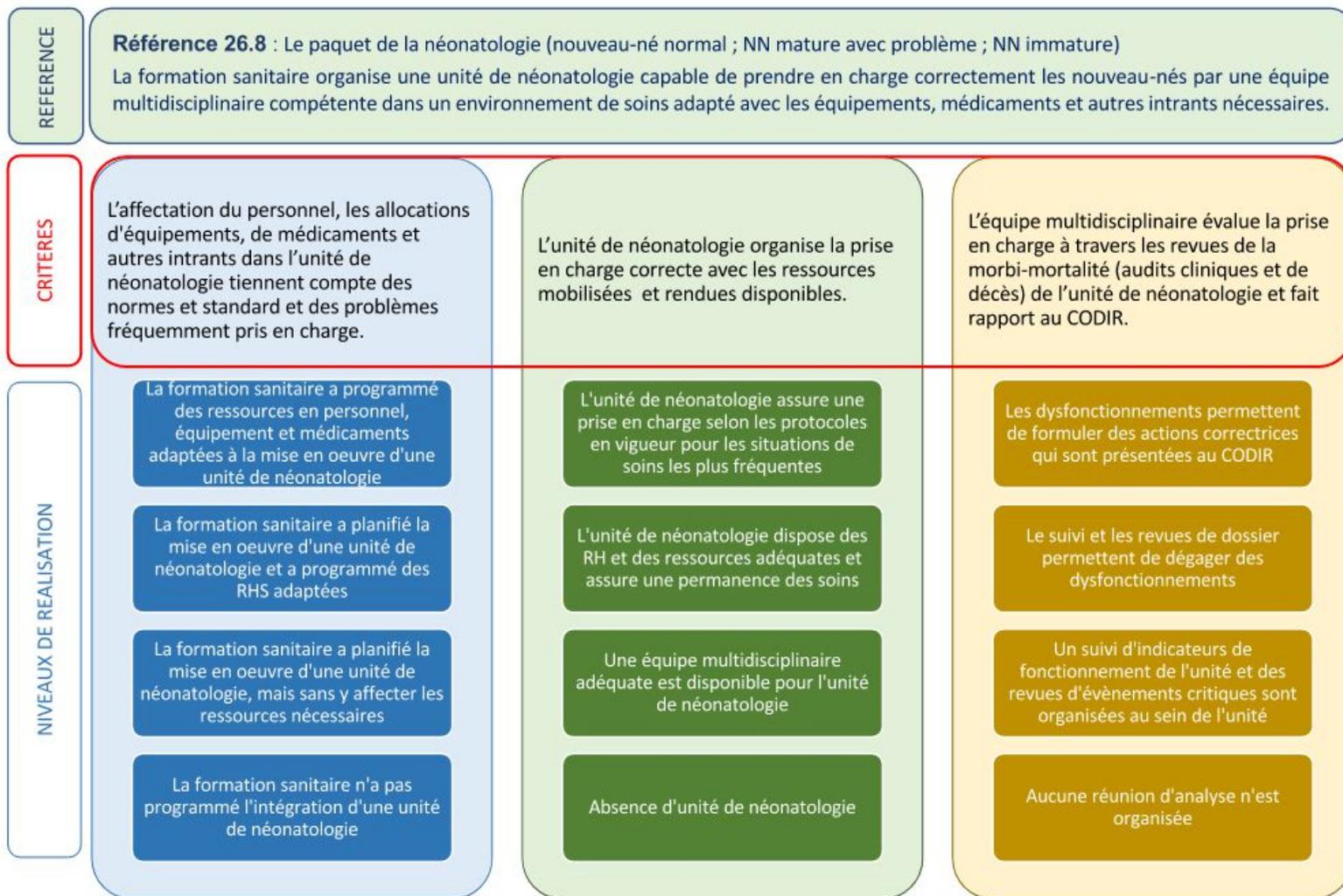
Dimension 26 : Prise en charge spécifique

La néonatalogie est une unité de la pédiatrie qui prend en charge tous les nouveau-nés de 0 à 28 jours d'âge. Cette prise en charge concerne aussi bien les nouveau-nés matures (avec ou sans problèmes) et immatures. Cette tranche d'âge est particulièrement fragile et nécessite de ce fait une prise en charge adéquate.

Une équipe multidisciplinaire (médecins, infirmiers, hygiénistes, nutritionnistes, ...) compétente et stable est indispensable pour la garantie d'administration des soins de qualité. Une politique de stabilisation et de formation continue basée sur l'application des protocoles établis doit être développée dans l'établissement de soins.

Pour ce faire, cette équipe a besoin d'un environnement de soins approprié et d'un équipement adapté.

Tout établissement de soins n'est pas sensé organiser une unité de néonatalogie. Toutes fois, en cas des problèmes, il doit pouvoir référer le nouveau-né dans un établissement de soins ayant l'unité de néonatalogie



Dimension 27 : Gestion et dispensation des médicaments et dispositifs médicaux

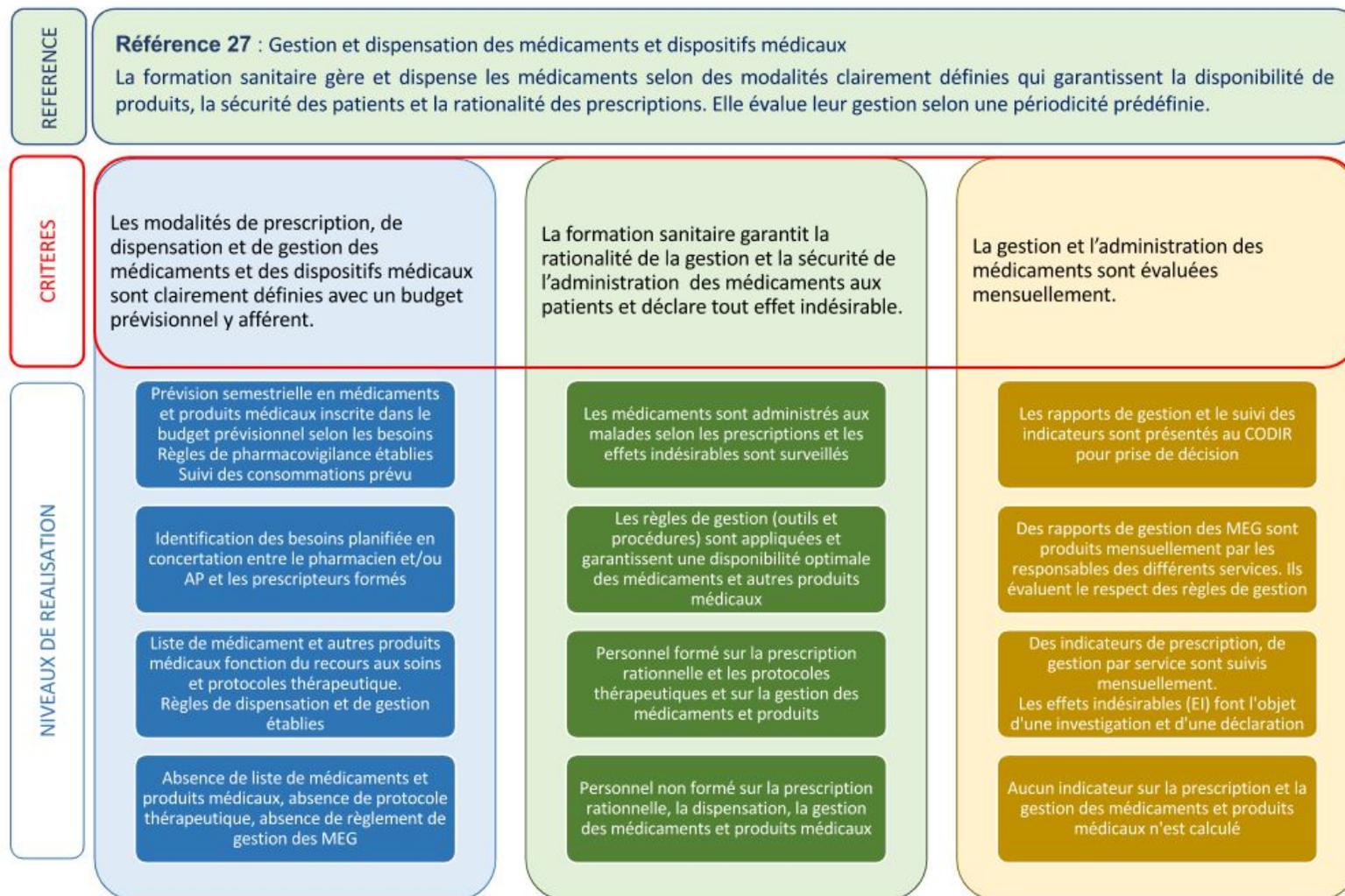
La gestion des médicaments au sein de l'établissement de soins est assurée par des professionnels de santé formés.

Dans cette dimension nous nous intéresserons particulièrement à la prescription et la dispensation des médicaments.

La prescription des médicaments doit être en cohérence avec les protocoles thérapeutiques pendant que la dispensation s'appuie sur les outils reconnus et acceptés dans le cadre de la gestion des médicaments.

Les médicaments administrés aux patients sont certes bénéfiques pour eux quand ils sont correctement prescrits et administrés. Cependant ils peuvent leur engendrer des effets indésirables, lesquels doivent être signalés à temps et suivis.

Cette gestion et dispensation s'appuient sur la maîtrise de la prescription, de la dispensation, de l'administration et sur la surveillance thérapeutique du patient.



Bibliographie

1. ANAES, Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles base méthodologique pour leur réalisation en France, AVRIL 2004
2. ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), Manuel d'accréditation des établissements de santé deuxième procédure d'accréditation, France, SEPTEMBRE 2004
3. ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), Manuel d'accréditation des établissements de santé, France, Février 1999
4. Marie-Pascale Pomey La préparation à l'accréditation : Un outil de changement organisationnel ? Département d'administration de la santé Faculté de médecine
5. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
6. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé : charte de malade hospitalisé, Editions Sicom 06042, Avril 200
7. Éditions de la Société française de santé publique : Pratiques et Organisation des Soins VOLUME 39 - N° 3 / juillet-septembre 2008
8. Haute Autorité de Santé, Manuel de certification des établissements de santé V2010, France, Janvier 2014
9. INSTANCE NATIONALE DE L'ACCRÉDITATION EN SANTÉ, Manuel d'accréditation des centres de santé de base et des centres intermédiaires en TUNISIE Version 1.2 – 13 Décembre 2016
10. NATHALIE HALGAND, L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement, Revue française de gestion 2003/6 no 147 pages 219 à 231
11. Centre Universitaire de Santé de McGill, Santé en devenir Huitième rapport : LE PATIENT PARTENAIRE Forum d'innovation en santé Rapport annuel 2014, 2015
12. SECRETARIAT GENERAL, normes de la zone de sante relatives aux interventions intégrées de sante de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en République Démocratique du Congo Edition 2012
13. Guide de l'accréditation OLAS (Office Luxembourgeois d'Accréditation et de Surveillance) Version n° 05
14. Organisation Mondiale de la Santé, Système de Gestion de la qualité au Laboratoire, 2009 p11
15. ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) RÉSEAUX DE SANTÉ, Guide d'évaluation, France, 2004
16. Jean-Louis Denis & coll, Pratiques et Organisation des Soins, La gouvernance clinique, Revue trimestrielle/juillet-septembre 2008
17. Ministry of Health, RWANDA PRIMARY HEALTH CARE ACCREDITATION STANDARDS, REPUBLIC OF RWANDA, February 2018
18. Ministry of Health, Rwandan Primary Health Care Accreditation Standards Performance Assessment Toolkit, REPUBLIC OF RWANDA, February 2018

Personnes Ressources

Liste des personnes ayant contribué à l'élaboration de ce référentiel d'accréditation des hôpitaux :

Equipe d'accompagnement méthodologique

Dr Janvier KUBUYA BONANE, Chef de Division de la Santé Nord-Kivu (DPS N-K)

Prof. Dr Jean-Bosco KAHINDO MBEVA, Coordinateur ULB-Coopération et chef du PADISS/ PRO DS

Prof Dr MITANGALA NDEBA Prudence, Assistant Technique Médical PADISS/ PRO DS ULB-Coopération

Dr Martin MWAMBA NKULIMBA, Chargé de mission accréditation PADISS/ PRO DS ULB-Coopération

Dr Alain Forest, Consultant AEDES

Cadres du niveau national

Dr Simbi AHADI, coordonnateur National PRO DS, Ministère de la santé publique, Direction d'Etude et Planification

Dr Mole DELAURENT, Directeur du Programme national pour la promotion des mutuelles de santé, Ministère de la santé publique

AG MBONZI MBUYA, Ministère de la santé publique, chef de bureau, Direction des Etablissements de Soins et Partenariat

Mme Marie MPEMBE BIANGO, Ministère de la santé publique, Direction d'Etude et Planification

Cadres de la DPS NK, Assistants techniques ULB-Coopération, agents des ONG

Dr NDUNGO NZALAMINGI, Directeur de Cabinet du Ministre Provincial de la santé

Dr Josias KATUNGO NYAMWAKA, Chef de bureau Appui Technique aux ZS, DPS

AG Aminata KAVUGHO KAYENGA, chef de Bureau Inspection et Contrôle, DPS

AG FIKILI NZANZU Michel, chef de bureau Ressources, DPS

Dr Hippolyte MABILO, Encadreur Provincial/DPS NK

Dr Jean-Marie MUHINDO Kamukehere, Encadreur Provincial /DPS NK

Oscar KATEMBO KALEMO, Encadreur Provincial /DPS NK

KAMBALE VINDU SIVYOLO, Encadreur Provincial /DPS NK

Bruno AGOLOA, SNIS/ DPS

Nestor MUYINGA, Superviseur Programme National de lutte contre le Paludisme

AG Gaston NYAMAMBICHI, directeur ASRAMES

AG BARUKU MATEKERE, Programme National de Lutte contre l'Onchocercose

Dr Edgar MUSUBAO, Assistant Technique Médical PADISS/ PRO DS ULB-Coopération

Dr Alex FERUZI, Assistant Technique Médical PADISS/ PRO DS ULB-Coopération

AG Mahamba NZANZU, Assistant Technique gestionnaire PADISS/ PRO DS ULB-Coopération

Agnès ECHTERBILE Assistant Technique chargé de formation CFNK PADISS/ PRO DS ULB-Coopération

AG Jean Paul KANDANA, Assistant Technique gestionnaire chargé du CFNK, PADISS/ PRO DS ULB-Coopération

Cadres et prestataires des ZS

Dr Apollinaire KIVO, Médecin directeur HGR VUHOVI

Dr BITWAYIKI Christian, Médecin directeur ai HGR RUTSHURU

Dr Charles Bakangana+, Médecin chef de zone de santé de RUTSHRU

Dr Emmanuel BUSHA, Pédiatre

Dr GUYLAIN MVUAMA, Médecin directeur CH KYESHERO

Personnes Ressources

Liste des personnes ayant contribué à l'élaboration de ce référentiel d'accréditation des hôpitaux :

Dr Jean-Claude MAFUTA, Médecin chef de staff Hôpital Provincial Nord-Kivu

Dr JUSTINE VUMA, gynécologue Cliniques Universitaires du GRABEN

Dr Kabongo KAPITAO, Médecin chef de zone de santé de KYONDO

Dr KAMUHA KISAMBI Valentin Médecin chef de zone de santé de BIENA

Dr KAPAMBALISA MWENGESYALI, Médecin directeur HGR KYONDO

Dr Martial KAMBUMBU KAYENGA, Hôpital de MUSIENENE

Dr Sébastien MATATA, Pédiatre Hôpital Provincial Nord-Kivu

Dr NZANZU MALAMBO, Médecin chef de zone de santé de VUHOVI

Dr NZANZU TULIZO, Médecin directeur HGR MANGUREDJIPA

Dr PALUKU MUSUMBA OBADY, Médecin chef de zone de santé

Dr Robert VUTSOPIRE, Médecin chef de zone de santé de GOMA

Dr Rogatien MWANDJALULU, Gynécologue Hôpital Charité Maternelle

Dr Samuel KAKULE MBUSA, Médecin chef de zone de santé de MASEREKA

Dr TSHIKUDJU BAHATI Béate, Médecin chef de staff HGR VIRUNGA

ESPÉRANCE MFANZALA, Directeur de Nursing HGR VIRUNGA

Jean Bedel KILYONGO KITAMBALA, Directeur de Nursing HGR KYESHERO

Jean-Marie BATARIRA SIJAPATA, Directeur de Nursing HGR RUTSHURU

KABUYA MUHIMA Aimé, Administrateur gestionnaire Zone de Santé de RUTSHURU

KAMBALE KIVEHO SETH, Administrateur gestionnaire HGR RUTSHURU

KASEREKA LUPANDE, Administrateur gestionnaire HGR MANGUREDJIPA

KASWERA WASIKYALUKUNDI, Administrateur gestionnaire HGR KYONDO

KATEMBO MALIRO, Directeur de Nursing HGR KYONDO

MBUSA MUGHENDANIA Denis, Directeur de Nursing HGR

VUHOVI

MUGISHA SHUMBUSHO, Administrateur gestionnaire HGR

RUTSHURU

Roger MUSUBAO LUENDO, Directeur de Nursing HGR CHARITE MATERNELLE