### REPUBLIQUE DE GUINEE



#### MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION NATIONALE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DE L'HYGIENE HOSPITALIERE (DNEH3)

# MONITORAGE AMELIORE

GUIDE DE REMPLISSAGE DES SOUS-CRITERES QUALITES

**Indicateurs qualitatifs** 

HÔPITAL PREFECTORAL / REGIONAL
Version 2018 DNEH3

### **TABLES DE MATIERES**

1	PRE	SENTATION GENERALE DU DOCUMENT	4
	1.1	OBJECTIF	4
	1.2	STRUCTURE	4
	1.3	UTILISATION	4
	1.5	COMMENT SCORER LES CRITERES ET SOUS – CRITERES QUALITE	5
	1.6 ASSOC	LISTE D'ATTENTES QUALITE/INDICATEURS QUALITATIFS ET INDICATEURS QUANTITATIFS	7
2	PRE	SENTATION DES ATTENTES ET SOUS -CRITERES QUALITES	10
	2.1	DOMAINE 1 : GESTION ET RATIONALISATION DES RESSOURCES	10
	2.1.1	Déterminant 1.1 : Disponibilité des Médicaments et autres intrants / consommables	10
	2.1.2	Déterminant 1.3 : Gestion financière	16
	2.2	DOMAINE 2 : OFFRE ET DEMANDE	18
	2.2.1	Déterminant 2.1 : Prise en charge globale	18
	2.2.2	Déterminant 2.2 : Hygiène et prévention des infections	23
	2.3	DOMAINE 3 : PROMOTION DE LA SANTE ET REHABILITATION DES HANDICAPS ET INFIRMITES .	25
	2.3.1	Déterminant 3.1 : Suivi de la mère et du nouveau-né	25
	2.4	DOMAINE 4 : PREVENTION ET LUTTE CONTRE LA MALADIE	41
	2.4.1	Déterminant 4.3 : Prise en charge des urgences	41
	2.4.2	Déterminant 4.4 : Prise en charge des Maladies transmissibles (MT)	43
	2.4.3	Déterminant 4.6: Appui au diagnostic	46
	2.4.4	Déterminant 4.7 : Amélioration continue	47
	2.5	DOMAINE 5 : GOUVERNANCE ET LEADERSHIP	50
	2.5.1	Déterminant 5.1: Processus institutionnel / Redevabilité	50
	252	Déterminant 5.5 : Satisfaction	51

### **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1: Echelle de scoring du MA (indicateurs qualitatifs)	5
Tableau 2: Synthèse des attentes qualité et indicateurs quantitatifs associés (correspondance avec tableau 2 du fascicule)	7
Tableau 3: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect « disponibilité des médicaments et autres intrants » (produits pharmaceutiques)	
Tableau 4: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect « disponibilité des médicaments et autres intrants » (outils de gestion)	
Tableau 5: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect « disponibilité des médicaments et autres intrants » (outils et matériel PCI)	14
Tableau 6: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect « financement »	16
Tableaux 7: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect prise en charge globale (prise en charge 1ers contacts)	18
Tableau 8: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect prise en charge globale (rationalisation)	20
Tableau 9: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect prise en charge globale (contre-références)	21
Tableau 10: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect hygiène et prévention des infections	23
Tableau 11: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (prise en charge des complications obstétricales)	25
Tableau 12: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (soins essentiels)	27
Tableau 13: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (césarienne)	31
Tableau 14: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (partogramme)	34
Tableau 15: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (revues des décès)	37
Tableau 16: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (prise en charge des références obstétricales)	39
Tableau 17: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect prise en charge des urgences	41
Tableau 18: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect prise en charge des maladies transmissibles (PVVIH)	43
Tableau 19: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect appui au diagnostic (PCA du laboratoire)	46
Tableau 20: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect amélioration continue (supervisions internes et 5S)	47
Tableau 21: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect amélioration continue (Approche 5S)	49
Tableau 22: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect processus institutionnels (réunions CMC)	50
Tableau 23: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect processus institutionnels (réunions CHS)	51
Tableau 24: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect processus institutionnels (réunions commission budgétaire)	52
Tableau 25: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect satisfaction des usagers	54

### 1 PRESENTATION GENERALE DU DOCUMENT

#### 1.1 OBJECTIF

Ce document est un instrument qui permet de suivre et d'évaluer périodiquement la qualité des services offerts.

#### 1.2 STRUCTURE

Pour faciliter la compréhension de ce document, il est structuré en tableau avec huit (8) colonnes et présenté par domaine d'intervention (tableau 5 à 9).

- La première colonne annonce l'attente qualité (indicateur qualité) à apprécier ou évaluer qui correspond au standard des SBMR;
- La deuxième colonne annonce les critères qualité (processus clés) par rapport à chaque attente qualité/indicateur qualitatif ;
- La troisième colonne annonce **les sous-critères qualité** par rapport à chaque critère qualité/processus clé ;
- La quatrième colonne annonce les méthodes et les sources de vérification de chaque sous-critère;
- Les cinquième, sixième et septième colonnes annoncent méthodes de vérification à savoir Observation, Revue documentaires et Enquête/interview respectivement;
- La dernière colonne permet l'appréciation de la réalisation de chaque sous-critère à travers l'attribution d'un **score de qualité**.

#### 1.3 UTILISATION

Ce document est destiné aux personnels des structures de santé (prestataires et gestionnaires) et aux partenaires qui interviennent directement dans leur fonctionnement. Il aide à améliorer la qualité de leurs prestations.

Son utilisation est très simple. Il suffit de lire le contenu de chaque colonne en respectant l'ordre dans lequel elles sont présentées et en suivant attentivement le lien horizontal de gauche à droite entre les éléments de chaque colonne.

#### 1.5 COMMENT SCORER LES CRITERES ET SOUS – CRITERES QUALITE

Pour attribuer le score à un sous - critère, nous vous conseillons la démarche suivante :

- 1. Recherchez dans le tableau 3, le domaine d'intervention auquel l'activité à réaliser ou évaluer appartient ;
- 2. Recherchez dans la colonne 1 des tableaux 3 à 25 l'attente qualité/indicateur qualitatif qui correspond à l'activité à évaluer ;
- 3. Analysez chaque critère qualité ou processus clé en suivant l'ordre chronologique (du premier au dernier). En guise de rappel, ces critères qualité sont organisés d'une manière logique qui respecte la roue de la qualité (DEMING) à savoir planifier, exécuter, évaluer et réagir.
- Les éléments de la quatrième colonne sur la méthode et la source de vérification vous serviront de référence des preuves pour faire une appréciation ou évaluation objective de chaque sous-critère;
- 5. Evaluez les sous-critères correspondant à chaque critère/processus clé en vous posant la question suivante : « Est-ce que vous avez respecté la réalisation correcte du sous-critère en question lors de l'exécution de critère qualité/processus clé identifié ? ».
  - a) Si OUI, c'est-à-dire le sous-critère a été réalisé de façon correcte avec la documentation appropriée, vous attribuez un « 1 » à ce sous-critère dans la huitième colonne.
  - b) Si NON, c'est-à-dire rien n'a été fait pour réaliser le sous-critère en question, vous attribuez un zéro « **0** » à ce sous-critère dans la huitième colonne ;

6. Après l'attribution des scores aux sous-critères qualité (SSCQ), vous procédez au calcul du Score Critère Qualité (SCQ) de chaque critère qualité/processus clé apprécié ou évalué. Comme chaque critère qualité comporte un ou plusieurs sous critères qualité,

le SCQ est la somme des scores des sous critères qualité.

$$(SCQ = \sum SSCQ)$$
;

7. Après le calcul des scores des critères qualité (SCQ), procédez au calcul de Pourcentage score critère qualité (*PSCQ*) de réalisation des critères qualité. Le PSCQ est le rapport du nombre obtenu au SCQ au nombre total des sous-critères appréciés ou évalués multiplié par 100 :

$$(PSCQ = \frac{SCQ}{NOMBRE\ TOTAL\ SOUS-CRIT7RES\ QUALITE}\ x\ 100)$$

8. Le pourcentage PSCQ obtenu sera comparé à l'échelle de scoring du MA ci-dessous pour attribuer les score total qualité (**STQ**<sup>ualité</sup>) de l'attente qualité ou standard en question.

Tableau 1: Echelle de scoring du MA (indicateurs qualitatifs)

Pourcentage score critère qualité (PSCQ)	Définition	Score
≤24	Pourcentage inférieur ou égal à 24%	0
25-49	Pourcentage compris entre 25% et 49%	1
50-74	Pourcentage compris entre 50% et 75%	2
75-94	Pourcentage compris entre 75% et 94%	3
≥95	Pourcentage supérieur ou égal à 95% et 100%	4

- a) Si le pourcentage est inférieur ou égal à <u>24%</u>, le score totale qualité (STQ<sup>ualité</sup>) pour ce critère qualité/processus clé est noté « 0 »;
- b) Si le pourcentage est compris entre <u>25% et 49%</u>, le score totale qualité global (**STQ**<sup>ualité</sup>) pour ce critère qualité/processus clé est noté « 1 » ;
- c) Si le pourcentage qualité est compris entre <u>50% et 75%</u>, le score totale qualité global (**STQ**<sup>ualité</sup>) pour ce critère qualité/processus clé est noté « 2 » ;
- d) Si le pourcentage qualité est compris entre <u>75% et 94%</u>, le score totale qualité global (**STQ**<sup>ualité</sup>) pour ce critère qualité/processus clé est noté « 3 » ;
- e) Et si le pourcentage qualité est compris entre <u>95% et 100%</u>, le score totale qualité global (**STQ**<sup>ualité</sup>) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **4** ».

### Les étapes citées ci-dessus sont à répéter pour toutes attentes qualité/indicateurs qualité à apprécier ou évaluer.

9. Après le calcul du score total qualité (STQ<sup>ualité</sup>) de l'attente qualité (standard), procéder au calcul de score global (**SG**) obtenu par rapport à l'indicateur.

Le score global est la somme des scores obtenus pour les indicateurs quantitatifs et qualitatifs : SG = STQ<sup>uantité</sup> +STQ<sup>ualité</sup>

## NB : STQ<sup>uantité</sup> correspond au score (nombre) obtenu après l'évaluation de l'indicateur quantitatif

10. Enfin, vous devez calculer le score global de performance (**SGP**) de la structure. Pour y arriver, il s'agit de faire la somme de tous les scores globaux calculé pour chaque indicateur.

Le score global de performance (SGP) est la somme de tous les scores globaux (SG) obtenus : **SGP** = **∑SG** 

Pour apprécier le niveau de performance de la structure, vous devez comparer ce résultat au score de la performance globale souhaitée pour l'hôpital estimée à **292** points.

- Si la performance est comprise entre 0% et 24%, la performance est faible
- Si la performance est comprise entre 25% et 49%, la performance est acceptable
- Si la performance est comprise entre 50% et 74%, la performance est Bonne
- Si la performance est comprise entre 75% et 94%, la performance est très bonne
- Si la performance est comprise entre 95 % et 100%, la performance est excellente

### 1.6 LISTE D'ATTENTES QUALITE/INDICATEURS QUALITATIFS ET INDICATEURS QUANTITATIFS ASSOCIES PAR DOMAINE ET DETERMINANT

Tableau 2: Synthèse des attentes qualité et indicateurs quantitatifs associés (correspondance avec tableau 2 du fascicule)

Tablead	2.07.1101000	des attentes qualite et indicateu	o que	100000000000000000000000000000000000000	iaai		4000	· car	, i c u		-	450			_
Domaines / Dimensions	Déterminants / Aspects	Indicateurs qualitatifs (Attente qualité)	Inc	Indicateurs quantitatifs associés			Imagerie	Laboratoire	Maintenance	Maternité	Médecine générale	Pédiatrie	Pharmacie	Urgences	Direction
n des	té des autres nmables	La disponibilité des produits pharmaceutiques est assurée	1	Pourcentage de jours sans rupture de stock des produits pharmaceutiques	Cabinet dentaire								<b>X</b>		X
nalisatio	1.1. Disponibilité des Médicaments et autres intrants / consommables	La disponibilité des outils de gestion est assurée	3	Pourcentage de jours sans rupture de stock des outils de gestion											X
1. Gestion et rationalisation des ressources	1.1. D Médica intrants	4. La disponibilité des produits et matériels de PCI est assurée	4	Pourcentage de jours sans rupture de stock des produits et matériels PCI											X
1. Gesti	1.3 Gestion financière	9. Toutes les recettes attendues par rapport aux prestations fournies sont encaissées	9	Taux d'encaissement	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
	globale	11. La consultation des 1ers contacts est correctement assurée	11	Pourcentage de 1ers contacts prise en charge	X	X				X	X	X		X	X
nde	Prise en charge globale	12. La prise en charge des patients hospitalisés est rationnelle	12	Taux de rationalisation des dossiers médicaux	X	X				X	X	X		X	X
Offre et Demande	2.1 Prise en	15. Toutes les références reçues sont prises en charge correctement et font l'objet d'une contre-référence	15	Taux de contre- référence	X	X				X	X	X		X	X
2.0	2.2 Hygiène et prévention des infections	17. Les normes et procédures de gestion des déchets biomédicaux sont appliquées	17	Taux de disponibilité d'équipement d'élimination (incinérateur) des déchets biomédicaux fonctionnelles	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
a santé et handicaps és	ière et du né	23. La prise en charge des complications obstétricales reçues est conforme aux normes et procédures de SR	23	Taux de satisfaction des besoins en SONUC						X					X
3. Promotion de la santé et réhabilitation des handicaps et infirmités	3.1. Suivi de la mère et du nouveau-né	24. Les soins essentiels à la femme en travail, pendant l'accouchement et le post-partum immédiat sont effectués conformément aux normes et procédures de la SR	24	Pourcentage d'accouchements hospitaliers						x					X

\_

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Les Services concernés par l'indicateur qualitatif

Domaines / Dimensions	Déterminants / Aspects	Indicateurs qualitatifs (Attente qualité)	Inc	Indicateurs quantitatifs associés		Chirurgie	Imagerie	Laboratoire	Maintenance	Maternité	Médecine générale	Pédiatrie	Pharmacie	Urgences	Direction
		25. Les césariennes sont réalisées selon les protocoles	25	Taux de césarienne						X					X
		26. Le partogramme est correctement utilisé chez toutes les parturientes ne présentant pas de contre-indication à l'accouchement voie basse	26	Taux d'utilisation du partogramme						X					×
		28. Tous les décès maternel et néonatal sont revus systématiquement conformément au guide	28	Taux d'analyse des décès maternels						X					X
		29. Les cas obstétricaux référés sont pris en charge à temps conformément aux normes et procédures en vigueur	29	Taux de références obstétricales						X					X
4. Prévention et Lutte contre la Maladie	4.3 Prise en charge des urgences	35. Les urgences sont prises en charge dans le délai retenu conformément aux protocoles spécifiques	35	Taux de diligence de la prise en charge des urgences		х				x		x		x	X
	4.4. Prise en charge des Maladies transmissibles (MT)	36. La PC des PVVIH par les ARV est effectuée selon le protocole en vigueur	36	Pourcentage de PVVIH sous ARV							X	X			X
	4.6. Appui au diagnostic	39. Le laboratoire réalise conformément au protocole des examens correspondant à la PCA	39	Taux de complétude du Paquet complémentaire d'activités (PCA) du laboratoire			x	x							x
4.	4.7. Amélioration continue	41. Les supervisions internes réalisées par l'équipe de direction améliorent les compétences, la motivation et la performance du personnel	41	Pourcentage de supervision interne réalisées par l'équipe de direction											x

Domaines // Dimensions	Déterminants / Aspects	Indicateurs qualitatifs (Attente qualité)	Inc	licateurs quantitatifs associés	Cabinet dentaire	Chirurgie	Imagerie	Laboratoire	Maintenance	Maternité	Médecine générale	Pédiatrie	Pharmacie	Urgences	Direction
		42. L'approche 5S est mise en œuvre correctement dans l'établissement (différents services)	42	Taux de mise en œuvre des 5S	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<u>a</u>	itionnel /	43. Le CMC se tient tous les 2 mois selon la règlementation	43	Pourcentage de réunions du comité médical consultatif											X
5. Gouvernance et Leadership	4.1. Processus institutionnel Redevabilité	44. Le CHS se réunit selon la réglementation	44	Pourcentage de réunions du comité d'hygiène et de sécurité											X
uvernance e	4.1. Proc	45. La commission budgétaire se réunie une fois par mois	45	Pourcentage de réunions de la commission budgétaire											X
5. Go	4.5. Satisfaction	50. L'évaluation de la satisfaction des usagers est menée de façon adéquate (respect des normes et procédures en vigueur)	50	Pourcentage d'usagers satisfaits des prestations de l'hôpital	x	x	X	X		X	x	X	x	X	X
NOMBR	NOMBRE TOTAL DES CRITERES A EVALUER PAR SERVICE					8	5	2	2	14	8	9	5	8	23

**NB** : La liste des services énumérés ici n'est pas exhaustive. Elle doit être compléter selon les hôpitaux

### 2.1 DOMAINE 1: GESTION ET RATIONALISATION DES RESSOURCES

# 2.1.1 Déterminant 1.1 : Disponibilité des Médicaments et autres intrants / consommables

Tableau 3: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect « disponibilité des médicaments et autres intrants » (produits

pharmaceutiques)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
	Analyse des     estimations des     besoins en     produits	1.1 L'estimation des besoins en produits pharmaceutiques en fonction des consommations moyennes corrigées est faite par le pharmacien responsable	Le pharmacien responsable vérifie et s'assure que l'estimation des besoins en produits pharmaceutiques faite en fonction des consommations moyennes mensuelles corrigées est disponible et archivée		Х		
ssurée	pharmaceutiques	1.2 Les estimations des besoins sont transmises à la Direction (cahier/registre de transmission disponible)	Le pharmacien vérifie et s'assure que les estimations des besoins sont transmises à la Direction (cahier/registre de transmission disponible)		Х		
lité des produits pharmaceutiques est assurée		2.1 Les commandes sont établies selon les besoins estimés par le pharmacien responsable	Le pharmacien responsable vérifie et s'assure que les commandes établies selon les besoins estimés sont disponibles et archivées		Х		
s pharmaceu	Application correcte des procédures de	2.2 Les commandes sont transmises et suivies	Le pharmacien responsable vérifie et s'assure que les commandes sont transmises aux fournisseurs et suivies (voir cahier de transmission)		Х		
des produit	commande	2.3 La commande est suivie et le délai respecté	Le pharmacien responsable vérifie et s'assure que les commandes sont transmises et suivies dans le délai requis (cahier de transmission)		Х		
La disponibilité		2.4 La procédure d'achat est documentée	Le comptable vérifie et s'assure de la disponibilité et archivage des factures et bordereaux de livraison, PV de réception		х		
1. Ladis	3. Respect des	3.1 Les produits pharmaceutiques commandés sont reçus (contrôle qualité fait, bons de livraison et réception signés)	Le superviseur vérifie et s'assure que les produits pharmaceutiques commandés sont reçus (contrôle qualité fait, bons de livraison et PV de réception) signés, disponibles et archivés		х	X	
	procédures de gestion de stock	3.2 Les produits pharmaceutiques contrôlés et reçus sont stockés selon les procédures normales (respect aération, fiches de stock à jour, distribution aux services)	Le superviseur vérifie et s'assure que les produits pharmaceutiques reçus sont stockés dans un endroit adapté, enregistrés sur les fiches de stock disponibles et archivés	Х	Х		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		4.1 Les outils de gestion pour les produits pharmaceutiques sont à jour, archivés et disponibles	Le superviseur vérifie et s'assure que les outils de gestion de stock des produits pharmaceutiques sont à jour, disponibles et archivés	X	X		
	Inventaire des produits pharmaceutiques est réalisé	4.2 La disponibilité des produits pharmaceutiques est connue	Le superviseur vérifie et s'assure que la disponibilité des produits pharmaceutiques est connue (fiches de stock/fiche d'inventaire)	X	X	X	
		4.3 Les pertes et détériorations des produits pharmaceutiques sont connues	Le superviseur vérifie et s'assure que les outils détériorés sont quantifiés, valorisés et notés dans le registre de cassés coulés	Х	х	Х	
		4.4 L'inventaire des produits pharmaceutiques est à jour et disponible	Le superviseur vérifie et s'assure que l'état d'inventaire des produits pharmaceutiques est à jour, disponible et archivé	Х	х		

Tableau 4: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect « disponibilité des médicaments et autres intrants » (outils de gestion)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)		
	Analyse des estimations des besoins en	1.1 L'estimation des besoins en outils de gestion en fonction des consommations moyennes corrigées est faite par le comptable	Le superviseur vérifie et s'assure que l'estimation des besoins en outils de gestion en fonction des consommations moyennes corrigées, est faite, disponible et archivée		х				
	outils de gestion	1.2 Les estimations des besoins sont transmises à la Direction (cahier de transmission disponible)	Le superviseur vérifie et s'assure que les estimations des besoins sont transmises à la Direction (cahier de transmission disponible)		x				
				2.1 Les commandes sont établies selon les besoins estimés par le comptable	Le superviseur vérifie et s'assure que les commandes sont établies selon les besoins estimés, et sont disponibles et archivées		Х		
st assurée	Applicatio     n des procédures     de commande	2.2 Les commandes sont transmises et suivies	Le superviseur vérifie et s'assure que les commandes sont transmises aux fournisseurs (voir cahier de transmission) et vérifie avec eux que les outils de gestion commandés sont les versions à jour et en cours de validité		X				
de gestion est assurée	de commande	est suivie et le délai que les transmis	Le superviseur vérifie et s'assure que les commandes sont transmises et suivies dans un délai requis (cahier de transmission)		х				
		2.4 La procédure d'achat est documentée	Le superviseur vérifie et s'assure de la disponibilité et de l'archivage des factures et bordereaux de livraison, PV de réception	Х	х				
La disponibilité des outils	3. Respect	3.1 Les outils de gestion commandés sont reçus (bons de livraison et PV de réception signés)	Le superviseur vérifie et s'assure que les outils de gestion commandés sont reçus (bons de livraison et de PV réception signés) sont disponibles et archivés	Х	X				
3. L	des procédures de gestion de stock	3.2 Les outils de gestion contrôlés et reçus sont stockés selon les procédures normales (respect aération, fiches de stock à jour, distribution aux services)	Le superviseur vérifie et s'assure que les outils de gestion reçus sont stockés dans des conditions adaptées enregistrés sur les fiches de stock disponible et archivés	X	Х				
	4. Inventaire des outils de gestion	4.1 Les fiches de stock sont archivées et disponibles	Le superviseur vérifie et s'assure que les fiches de stock sont disponibles et archivées	X	х				

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		4.2 La disponibilité des outils de gestion est connue	Le superviseur vérifie et s'assure que la disponibilité des outils de gestion est connue (fiches de stock/fiche d'inventaire)	Х	Х		
		4.3 Les pertes et détériorations sont connues	Le superviseur vérifie et s'assure que les outils détériorés sont quantifiés, valorisés et notés dans le registre	Х	Х	X	
		4.4 L'inventaire des outils de gestion est à jour et disponible	Le superviseur vérifie et s'assure que l'inventaire des outils de gestion est à jour, disponible et archivé	Х	Х	X	

Tableau 5: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect « disponibilité des médicaments et autres intrants » (outils et matériel PCI)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
	Analyse des estimations des besoins en produits et	1.1 L'estimation des besoins en produits et matériels PCI en fonction des consommations moyenne corrigée est faite par le surveillant général	Le Surveillant général/superviseur vérifie et s'assure que l'estimation des besoins en produits et matériels PCI en fonction des consommations moyennes corrigées sont notés, disponibles et archivés		х	X	
	matériels PCI	1.2 Les estimations des besoins sont transmises à la Direction (cahier de transmission disponible)	Le Surveillant général/superviseur vérifie et s'assure les estimations des besoins sont transmises à la Direction (cahier de transmission disponible)		Х	Х	
assurée		2.1 Les commandes sont établies selon les besoins estimés par le surveillant général	Le Surveillant général/superviseur vérifie et s'assure les commandes sont établies selon les besoins estimés (voir fiche de commande)		х		
matériels de PCI est assurée	Applicatio n des procédures	2.2 Les commandes sont transmises et suivies	Le Surveillant général/superviseur vérifie et s'assure Les commandes sont transmises aux fournisseurs et suivies (voir cahier de transmission)		Х		
	de commande	2.3 La commande est suivie et le délai respecté	Le superviseur vérifie et s'assure que les commandes sont transmises et suivies dans un délai requis (cahier de transmission)		х		
La disponibilité des produits et		2.4 La procédure d'achat est documentée	Le superviseur vérifie et s'assure de la disponibilité des factures et bordereaux de livraison, PV de réception et archivés	Х	Х		
4. La disp	3. Respect	3.1 Les produits et matériels PCI commandés sont reçus (contrôle qualité fait et bons de livraison et réception signés)	Le surveillant général/superviseur vérifie et s'assure les produits et matériels PCI commandés sont reçus (bons de livraison et de PV réception signés) disponibles et archivés		х		
	des procédures de gestion de stock	3.2 Les produits et matériels PCI contrôlés et reçus sont stockés selon les procédures normales (respect aération, fiches de stock à jour, distribution aux services/unités)	Le surveillant général/superviseur vérifie et s'assure que les produits et matériels PCI reçus sont stockés selon les procédures normales (stockage dans un endroit adéquat, fiches de stock à jour)	Х	х		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		4.1 Les fiches de stock sont archivés et disponibles	Le surveillant général/superviseur vérifie et s'assure que les fiches de stock des produits et matériels PCI sont disponibles et archivés	Х	Х		
	4. Inventaire	4.2 La disponibilité des produits et matériels PCI, est connue	Le surveillant général/superviseur vérifie et s'assure que la disponibilité des produits et matériels PCI est connue (fiches de stock)	X	x		
	des produits et matériels PCI à temps	4.3 Les péremptions et les pertes sont connues	Le surveillant général/superviseur vérifie et s'assure que les produits et matériels PCI détériorés sont quantifiés, valorisés et notés dans les registres disponibles et archivés	X	Х		
		4.4 L'inventaire des produits et matériels de PCI est à jour et disponible	Le surveillant général/superviseur vérifie et s'assure l'état d'inventaire des produits et matériels PCI est à jour, disponible et archivés		Х		

### 2.1.2 Déterminant 1.3 : Gestion financière

Tableau 6: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect « financement»

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		1.1 Les tarifs officiels sont affichés	Le directeur ou le comptable vérifie et s'assure que les tarifs officiels sont disponibles et affichés (Tableau de tarifs)	Х	х		
par rapport aux prestations fournies sont encaissées		1.2 Les tarifs officiels sont respectés	Le directeur, les chefs de services et/ou le comptable observe et s'assure que les tarifs officiels sont respectés à tous les niveaux (fiche de tarification)	Х	х	Х	
	Paiement direct à la caisse	1.3 Les patients non assurés/non mutualisés paient directement à la caisse	Le directeur, les chefs de services et/ou le comptable vérifie et s'assure que les patients non assurés/non mutualisés paient directement leurs prestations à la caisse (voir reçus de caisse)	х	х	X	
aux prestations		1.4 Le bureau des entrées est le seul point de perception des recettes de l'hôpital.	Le directeur, les chefs de services et/ou le comptable vérifie et s'assure que tous les paiements se font à la caisse du bureau des entrées (voir les reçus de payement)	Х	Х	Х	
	2. Identificat ion des indigents/ assurés	2.1 L'hôpital a passé des contrats de prestations avec les assurances et les mutuelles	Le directeur, les chefs de services et/ou le comptable vérifient et s'assurent que tous les paiements fait en faveur des assurés ou mutualistes sont payées sur la base de contrats signés avec la direction (voir contrats de prestation et factures)		Х		
9. Toutes les recettes attendues		2.2 Les patients déclarés indigents par les collectivités locales ou la direction sont enregistrés sur les documents de prise en charge de l'indigence	Le directeur, les chefs de services et/ou le comptable vérifient et s'assurent que tous les patients déclarés indigents par les collectivités locales ou la direction sont enregistrés dans les documents de prise en charge de l'indigence disponible et archivés		x		
	3. Facturati on selon les réglementations en vigueur	3.1 Un reçu de paiement à 2 volets au moins est délivré à tout patient ayant payé	Le directeur, les chefs de services et/ou le comptable vérifient et s'assurent que tous les paiements sont accompagnés de la délivrance d'un reçu issu d'un carnet à 2 volets au moins	Х	х	Х	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		4.1 Un titre de créance est délivré pour tout patient n'ayant pas payé	Le directeur, les chefs de services et/ou le comptable vérifient et s'assurent qu'un titre de créance est délivré à tout patient n'ayant pas payé directement les prestations reçues (voir carnet de créances)	X	Х	Х	
	4. Délivranc e des titres de créances	4.2 Les patients déclarés indigents sont pris en charge par l'hôpital (fonds d'indigence, recettes propres)	Le directeur, les chefs de services et/ou le comptable vérifient et s'assurent que les patients déclarés indigents sont pris en charge par l'hôpital (fonds d'indigence, recettes propres voir fiches de prise en charge des indigents)	X	X	X	
		4.3 La facturation respecte la tarification en vigueur.	Le directeur, les chefs de services et/ou le comptable vérifient et s'assurent que La facturation respecte la tarification en vigueur (voir contrat)	X	Х	Х	
	5. Recouvre ment dans le délai	5.1 L'hôpital a mis en place et rendu fonctionnel un système de contrôle et de suivi des paiements des prestations	Le directeur, le comptable et les chefs de service vérifient la concordance entre les activités et les recettes correspondantes avec un rapport de suivi disponible et archivé	X	Х	X	

### 2.2 DOMAINE 2 : OFFRE ET DEMANDE

### 2.2.1 Déterminant 2.1 : Prise en charge globale

Tableaux 7: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect prise en charge globale (prise en charge 1ers contacts)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		1.1 Le prestataire est en blouse règlementaire et propre avec sourire	L'évaluateur vérifie l'état de la tenue	Х			
	1. Accueil du client avec	1.2 Le client est accueilli par l'agent avec courtoisie	L'évaluateur observe que l'agent accueille le client avec sourire et respect	X			
	courtoisie	<ul><li>1.3 Le prestataire se présente au client</li><li>1.4 Le prestataire</li></ul>	L'évaluateur <b>o</b> bserve que le prestataire se présente au client L'évaluateur Observe que le	X			
Φ		invite le client à s'asseoir	prestataire invite le client à s'asseoir	Х			
tement assuré		2.1 Les renseignements généraux du client sont portés dans le registre de consultation	L'évaluateur vérifie que tous les renseignements généraux sont inscrits dans le registre de consultation.		Х		
emiers contacts est correctement assurée	2. Enregi strement du patient	2.2 L'intimité et la confidentialité sont respectées dans l'interrogatoire	L'évaluateur vérifie que l'interrogatoire se fait avec la personne seule et/ou son accompagnant si consentement du patient, que la porte est fermée et les rideaux tirés.	Х			
rs cont		2.3 Les motifs de consultation sont renseignés	L'évaluateur vérifie que les motifs de consultation sont mentionnés dans le registre de consultation		Х		
es premie		2.4 Les antécédents du client sont renseignés	L'évaluateur vérifie que les antécédents du client sont mentionnés dans le registre de consultation		х		
sultation d		3.1 Le prestataire réalise l'interrogatoire du patient selon les normes	L'évaluateur vérifie dans le registre de consultation que l'interrogatoire est fait en fonction des plaintes du patient		Х		
11.1	3. Diagno stic de présomption	3.2 Le prestataire applique les mesures de protection personnelle	L'évaluateur vérifie que le prestataire porte la blouse et les gants de façon appropriée	X			
	conforme aux plaintes et examen physique, prescription des examens	3.3 Le patient est confortablement installé sur la table de consultation	L'évaluateur vérifie que la table d'examen est adaptée, propre, couverte d'une alèze ou un drap et que le patient est confortablement installé	Х			
	des examens para cliniques	3.4 L'examen physique du malade est fait (examen de tous les appareils)	L'évaluateur vérifie que l'examen physique du malade est correctement fait (examen de tous les appareils)	Х			

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		3.5 Le prestataire pose un diagnostic de présomption conforme aux plaintes et au résultat de l'examen physique	L'évaluateur vérifie dans le Registre de consultation que le diagnostic de présomption posé est conforme aux plaintes du malade et au résultat de son examen physique		Х		
		3.6 Les examens para cliniques sont prescrits conformément au diagnostic de présomption	L'évaluateur vérifie dans le Registre de consultation que les examens para cliniques demandés sont conformes au diagnostic de présomption		X		
		4.1 Le prestataire pose un diagnostic définitif	L'évaluateur vérifie dans le Registre de consultation que le diagnostic définitif posé consigné dans le registre est conforme aux plaintes du malade, son examen physique et les résultats des examens para cliniques		X		
	4. Traite ment conforme aux résultats des	4.2 Le prestataire informe le malade sur sa pathologie et lui donne des conseils	L'évaluateur vérifie que le prestataire a informé et conseillé le malade sur sa pathologie et que ce dernier a fait un feedback	Х		Х	
	examens cliniques et para cliniques	4.3 Le prestataire prescrit un traitement conformément au diagnostic définitif retenu	L'évaluateur vérifie dans le Registre de consultation que le traitement prescrit au malade noté dans le registre est conforme au diagnostic définitif posé		X		
		4.4 Le traitement est conforme aux protocoles	L'évaluateur vérifie dans le Registre de consultation que le traitement retenu est conforme au protocole de prise en charge en vigueur		X		
	5. Suivi	5.1 Le prestataire donne un rendez-vous au patient	L'évaluateur vérifie dans le qu'un rendez-vous de suivi du traitement est donné au malade et consigné dans le registre et le carnet.		X		
	du traitement	5.2 Le prestataire donne des conseils au malade	L'évaluateur vérifie qu'il a donné des conseils appropriés sur la prise des médicaments, son mode de vie.	Х		Х	
	6. Sortie du Patient	6.1 Le prestataire assure le patient de sa disponibilité pour les prochaines consultations	L'évaluateur vérifie que le prestataire a remercié le patient et l'a rassuré de sa disponibilité pour les prochaines consultations	Χ		Х	

Tableau 8: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect prise en charge globale (rationalisation)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION  (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
	Sélection des dossiers médicaux à analyser	1.1 Sélection de 30 dossiers au hasard avec un pas de sélection	Le prestataire et ses collègues d'unité ou service réunissent et comptent l'ensemble des dossiers de la période, divise le nombre par 30, obtient le pas de sélection et ensuite procède à la sélection des 30 dossiers à analyser	X	Х		
		2.1 Existence de l'anamnèse	Le prestataire vérifie le remplissage de l'anamnèse dans les dossiers		Χ		
		2.2 Examen physique complet	Le prestataire vérifie que l'examen physique complet est consigné dans les dossiers		Х		
ø.		2.3 Diagnostic de présomption noté	Le prestataire vérifie que le diagnostic de présomption est noté dans les dossiers		Х		
rationnelle	Remplissag     e correcte de toutes les rubriques du	2.4 Examens complémentaires notés	Le prestataire vérifie que les examens para cliniques et leurs résultats sont portés dans les dossiers		Х		
ılisés est	dossier d'hospitalisation	2.5 Evaluation quotidienne des soins infirmiers	Le prestataire vérifie que l'évaluation des soins infirmiers est correctement remplie de façon quotidienne dans la rubrique correspondante		Х		
patients hospitalisés est rationnelle		2.6 Evaluation quotidienne du prestataire	Le prestataire vérifie que l'évaluation journalière du malade est correctement remplie dans la rubrique correspondante		X		
		2.7 Prescription s médicales	Le prestataire vérifie que les prescriptions médicales du malade sont consignées dans les dossiers		Х		
en charge de	3. Diagnostic de présomption correspondant aux symptômes et examen physique	3.1 Correspond ance entre l'anamnèse et l'hypothèse de diagnostic	Le prestataire vérifie que l'anamnèse est conforme au diagnostic noté dans les dossiers		X		
12. La prise en charge des	4. Examens complémentaires correspondant à l'hypothèse diagnostic	4.1 Les explorations demandées sont dans la logique de l'hypothèse diagnostique	L'évaluateur vérifie dans le dossier d'hospitalisation que les examens para cliniques demandés sont conformes au diagnostic de présomption		Х		
	5. Traitement conforme au protocole	5.1 La correspondance entre le diagnostic et les traitements prescrits aux malades	Le prestataire vérifie que le traitement prescrit correspond au diagnostic posé et noté dans les dossiers		Х		
	protocole	5.2 Traitement conforme au protocole de prise en charge	Le prestataire vérifie que les traitements prescrit est conforme au protocole		Х		

Tableau 9: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect prise en charge globale (contre-références)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION  (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
4		1.1 La fiche de référence est analysée	Le prestataire vérifie que la fiche de référence est analysée et archivé	Х	Х		
et d'une contre	Analyse des références et prise de décision	1.2 Vérification du diagnostic et de la prise en charge au niveau de la structure référente	Le prestataire vérifie que le diagnostic et la prise en charge au niveau de la structure référente est mentionné sur la fiche de référence	Х	Х		
nt et font l'obj		1.3 Comparaison avec les protocoles du niveau de la structure référente	Le prestataire vérifie, compare le diagnostic et le protocole de prise en charge mis en place au niveau de la structure référente	x	X		
sont prises en charge correctement et font l'objet d'une contre-	2. Remplissage de toutes les rubriques de la fiche de contre-référence	2.1 Renseignements du malade	Le prestataire vérifie que tous les renseignements généraux du malade sont notés dans les rubriques correspondantes des fiches de contre référence et dans le registre	Х	Х		
rises en ch		2.2 Résumé clinique du malade	Le prestataire vérifie que le résumé clinique du malade est noté dans le registre et la fiche de contre référence		Х		
		2.3 Diagnostic définitif	Le prestataire vérifie que le diagnostic définitif du malade est noté dans le registre et la fiche de contre référence		Х		
rences reçi	et du registre de référence et contre référence	2.4 Prise en charge effectuée	Le prestataire vérifie que la prise en charge du malade est notée dans le registre et la fiche de contre référence		X		
Toutes les références reçues référence		2.5 Consignes et recommandations à la structure référente	Le prestataire vérifie que des consignes et recommandations faites au malade et à la structure référente sont notées dans le registre et la fiche de contre référence		Х		
15.		2.6 Signature du prestataire	Le prestataire vérifie que la fiche de contre référence est signée et cachetée avant envoi		Х		
	3. Transmission de la fiche de contre référence au service référant	3.1 Transmission à la direction pour enregistrement et mise dans le courrier départ	Le prestataire vérifie que la fiche de contre référence est notée dans son cahier de transmission et déposée et enregistrée dans le courrier départ au niveau de la Direction		X		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		3.2 Envoi de la fiche de contre référence à la DPS à l'intention de la structure référente	Le prestataire vérifie dans le registre de transmission départ de la direction que la fiche de contre référence a été transmise à la DPS à l'intention de la structure référente		X		
		3.3 Suivi des contre références transmis lors des réunions mensuelles de la DPS et des sessions du CMC	Le prestataire fait le point de la situation de ses contre références faite et vérifie lors de la réunion mensuelle de la DPS qu'elles ont été reçues		Х		

### 2.2.2 Déterminant 2.2 : Hygiène et prévention des infections

Tableau 10: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect hygiène et prévention des infections

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	entes qualité pour l'aspect hygièn SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
ont appliquées	Protection lors de la manipulation des déchets	1.1 Le port du matériel de protection est respecté selon l'activité dans la gestion des déchets (gants, chaussures fermées, bavettes, tabliers)	Le prestataire vérifie que le port du matériel de protection est respecté	X			
procédures de gestion des déchets bio médicaux sont appliquées		2.1 Les poubelles pour le stockage des déchets contaminés incinérables sont disponibles, étiquetés et utilisés (remplies au ¾ maximum)	Le prestataire vérifie que les poubelles sont étiquetées par type de déchets et les déchets sont mis dans les poubelles dédiées	х			
on des déchets	Triage des     déchets selon la     procédure en vigueur	2.2 Les poubelles pour le stockage des déchets dangereux sont disponibles, étiquetés et utilisés (remplies au ¾ maximum)	Le prestataire vérifie que les poubelles des déchets dangereux sont étiquetées et utilisées	X			
dures de gestic	et leur regroupement dans les emballages	2.3 Les poubelles pour le stockage des déchets généraux sont disponibles, étiquetés et utilisés (remplies au ¾ maximum)	Le prestataire vérifie que les poubelles des déchets généraux sont étiquetées et utilisées	X			
_		2.4 Les poubelles pour le stockage des déchets alimentaires sont disponibles, étiquetés et utilisés (remplies au ¾ maximum)	Le prestataire vérifie que les poubelles des déchets alimentaires sont étiquetées et utilisées	X			
17. Les normes et		3.1 Les déchets contaminés liquides sont transportés dans les récipients fermés (remplies au ¾ maximum)	Le prestataire vérifie que les poubelles des déchets contaminés liquides sont transportées dans des récipients fermés	Х			
	3. Transport de façon sécuritaire jusqu'à l'entreposage final des déchets	3.2 Les objets tranchants et piquants sont transportés dans les récipients solides qu'on ne peut pas perforer (remplies au ¾ maximum)	Le prestataire vérifie que les poubelles des déchets coupants, tranchants et piquants sont transportées dans des récipients solides qu'on ne peut pas perforer	Х			
		3.3 Les déchets généraux sont transportés dans les récipients couverts bien ajustés (remplies au ¾ maximum)	Le prestataire vérifie que les déchets généraux sont transportés dans les récipients couverts bien ajustés	X			

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
	4. Elimination des déchets selon les protocoles de gestion des différents types de déchets en vigueur	4.1 Les déchets coupants et piquants, mous contaminés sont éliminés par l'incinération ou dans la fosse à déchets	Le prestataire vérifie au niveau de l'incinérateur ou fosses à déchets que les déchets coupants et piquants, mous contaminés sont éliminés	Х	х		
		4.2 Les déchets liquides sont éliminés dans les fosses/vidoirs préparées à cet effet	Le prestataire vérifie au niveau des fosses/vidoirs que les déchets liquides sont éliminés	Х			
		4.3 Les déchets généraux sont éliminés par les filières de déchets généraux de la ville ou dans les fosses à ordures	Le prestataire vérifie que les déchets généraux sont éliminés par les filières de déchets généraux de la ville ou dans les fosses à ordures	Х			

### 2.3 DOMAINE 3 : PROMOTION DE LA SANTE ET REHABILITATION DES HANDICAPS ET INFIRMITES

### 2.3.1 Déterminant 3.1 : Suivi de la mère et du nouveau-né

Tableau 11: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (prise en charge des complications obstétricales)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
arge des complications obstétricales reçues est conforme aux normes et procédures de SR	1. Disponibilit é des 9 composantes des SONUC	<ol> <li>1.1 Pour la mère:         <ol> <li>Utilisation</li> <li>d'antibiotiques par voie parentérale,</li> </ol> </li> <li>2. Utilisation des ocytociques par voie parentérale,</li> <li>3. Utilisation des anticonvulsivants par voie parentérale,</li> <li>4. Délivrance artificielle du placenta,</li> <li>5. Evacuation utérine par aspiration manuelle intrautérine,</li> <li>6. Accouchement instrumental par voie basse,</li> <li>7. Transfusion sanguine,</li> <li>8. Chirurgie: césarienne; laparotomie (pour GEU et rupture utérine)</li> </ol>	Le prestataire vérifie la disponibilité effective des 9 composantes des SONUC ((check liste personnel, équipements, médicaments et consommables)	X	X		
23. La prise en charge de		<ol> <li>1.2 Pour l'enfant:         <ol> <li>Réanimation du nouveau-né,</li> <li>Intubation et ventilation,</li> <li>Transfusion sanguine,</li> <li>Prise en charge des malformations.</li> </ol> </li> </ol>	Le prestataire vérifie à partir de check liste que le matériel nécessaire pour la prise en charge correcte du nouveau-né (réanimation, transfusion, prise en charge des malformations) est disponible	X	X		
23.		2.1 La patiente est accueillie avec courtoisie	Le prestataire observe que l'agent accueille la cliente avec Courtoisie et sourire	Х		X	
	2. Accueil rassurant	2.2 La cliente est rassurée par le prestataire	Le prestataire vérifie que la cliente est mise en confiance et rassurée dès son arrivée	Х		X	
		2.3 Les renseignements de la patiente sont enregistrés	Le prestataire vérifie que les renseignements généraux sont inscrits dans le registre de consultation.		х		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		2.4 Le prestataire lui demande (ou à son accompagnant) les symptômes et leur moment d'apparition	Le prestataire vérifie que l'interrogatoire sur les symptômes et leur moment d'apparition sont demandés à la cliente ou à son accompagnante et noté dans le registre	X	х		
		3.1 La femme est mise en décubitus latéral gauche, jambes surélevées,	Le prestataire observe que la cliente est installée en position de décubitus latéral gauche avec les jambes surélevées (plus haute que la tête)	X			
		3.2 Le prestataire porte son matériel de protection individuelle	Le prestataire vérifie qu'il a porté correctement son matériel de protection approprié	Х			
	3. Evaluation clinique selon les normes en vigueur	3.3 Le prestataire fait une évaluation clinique initiale rapide (appareil respiratoire et respiration, appareil circulatoire et circulation, appareil génitourinaire, état de conscience, température),	Le prestataire vérifie dans le dossier ou registre que l'évaluation initiale de la cliente est faite : appareil respiratoire et respiration, appareil circulatoire et circulation, appareil génito- urinaire, état de conscience, température	X	х		
		3.4 Le prestataire fait faire le bilan para clinique d'urgence nécessaire à la prise en charge	Le prestataire vérifie que le bilan para clinique initial est fait et noté dans le registre		х		
	4. Prise en charge immédiate	4.1 En présence d'un ou de plusieurs signes anormaux, le prestataire fait la prise en charge immédiate selon le protocole SONUC correspondant au cas	Le prestataire vérifie que la prise en charge immédiate est faite selon le protocole		Х		
	selon le protocole SONUC correspondant au cas	4.2 Le prestataire respecte les règles de PI dans la prise en charge	Le prestataire vérifie que les règles de PI sont appliquées selon le protocole	Х			
		4.3 La prise en charge de la patiente est faite dans le cadre de l'urgence immédiate (sans délai)	Le prestataire vérifie que la prise en charge de la cliente est faite dans le délai	х	х		

Tableau 12: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (soins essentiels)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION  (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
pendant l'accouchement et le post-partum immédiat sont nt aux normes et procédures de la SR		1.1 La parturiente est accueillie avec courtoisie et installée confortablement	Le prestataire vérifie que la parturiente est accueillie avec courtoisie et est installées confortablement	Х		Х	
artum imm		1.2 La parturiente et son accompagnante sont rassurées par le prestataire	Le prestataire vérifie que la parturiente et son accompagnante sont bien informées et rassurées	Х		Х	
it et le post-pa dures de la SR	Accueil rassurant	1.3 Les renseignements de la patiente sont enregistrés	Le prestataire vérifie que les renseignements de la parturiente sont consignés dans le registre et le dossier obstétrical		X		
accouchement et le nes et procédures		1.4 Le prestataire lui demande (ou à son accompagnant) les symptômes et leur moment d'apparition	Le prestataire vérifie que les symptômes et leurs moments d'apparition sont consignés dans le registre et le dossier		X		
pendant l'a nt aux norr		1.5 Le prestataire respecte strictement les règles de PCI	Le prestataire vérifie que les règles de PCI sont appliquées selon les règles	Х			
ne en travail, pendant l'acco conformément aux normes		2.1 Le prestataire analyse la fiche CPN et le carnet de santé pour évaluer le suivi prénatal	Le prestataire vérifie la disponibilité du carnet de santé et la fiche CPN afin d'apprécier le suivi pré natal		X		
tiels à la femr effectués		2.2 La PTME de rattrapage est faite si elle ne l'a pas été chez les parturientes infectées par le VIH	Le prestataire vérifie que la PTME de rattrapage est fait et et consigné dans le regis le carnet et la fiche CPN		X		
24. Les soins essentiels à la femn effectués	2. Suivi du travail à l'aide du partogramme si indiqué	2.3 Pose du diagnostic du travail et de la présentation	Le prestataire ou la sage- femme vérifie que le diagnostic de travail d'accouchement et la présentation sont définis et consignés dans le registre d'accouchement	Х	Х		
24		2.4 Ouverture du partogramme en l'absence de contre-indication pour le suivi du travail	Le prestataire vérifie la disponibilité du partogramme et son ouverture en cas de non contre-indication	Х	Х		
		2.5 Suivi du travail à l'aide du partogramme jusqu'à l'accouchement	Le prestataire vérifie que la parturiente est suivie à l'aide du du partogramme ouvert jusqu'à son accouchement	X	X		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		3.1 Administration d'ocytocine	Le prestataire vérifie que l'ocytocine est administrée à la parturiente à la 3eme phase de l'accouchement et notifié dans le registre d'accouchement	Х	Х		
	3. Application	3.2 Traction contrôlée sur le cordon	Le prestataire vérifie que la traction faite sur le cordon est bien contrôlée	X			
	de la GATPA	3.3 Examiner soigneusement le placenta et les membranes	Le prestataire vérifie que le placenta et les membranes ont été bien vérifiés	Х			
		3.4 Le prestataire respecte strictement les règles de PCI	Le prestataire vérifie que les règles de PCI ont été appliquées selon les standards disponibles et affichés	X			
	4. Surveillance des paramètres vitaux de la mère et de l'enfant, le globe de sécurité, le saignement vulvaire	4.1 Surveillance des paramètres: Tension artérielle, pouls, saignement vaginal, fermeté de l'utérus (après l'accouchement): Toutes les 15 mn pendant 2 premières heures; Toutes les 30 mn pendant 1 heure suivante; Toutes les heures pendant 3 heures et Toutes les 2 heures jusqu'à la 24eme heure	Le prestataire vérifie que les paramètres vitaux de la parturiente sont surveillés et notés dans le dossier selon les normes		X		
	selon la périodicité recommandée	4.2 Report de toutes ces informations sur la fiche du post-partum	Le prestataire vérifie que toutes les informations concernant la parturiente sont renseignées dans la fiche du post-partum et archivés		Х		
		4.3 Réalisation de soins appropriés en cas de paramètres anormaux	Le prestataire vérifie que des soins appropries sont apportés à la parturiente selon le protocole disponible		X		
	5. Réalisation des soins essentiels au nouveau-né	5.1 Sécher le nouveau – né avec un linge propre et sec et le placer sur l'abdomen de sa mère pour le contact peau à peau avec enveloppement du NN	Le prestataire vérifie et s'assure que le Nouveau- Né a été séché avec un linge propre et sec et a été placé sur le ventre de sa mère pour le contact peau à peau et couvert	х			

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		5.2 Aider au démarrage précoce de l'allaitement maternel	Le prestataire vérifie et s'assure que le Nouveau- Né a été mis au sein pour le démarrage de l'allaitement maternel précoce	Х			
		5.3 Vérifier s'il y a des malformations	Le prestataire vérifie l'existence ou non des malformations, notées dans le registre, dossier et carnet de santé	Х	Х		
		5.4 Faire les soins du cordon avec un antiseptique	Le prestataire vérifie et s'assure que les soins du cordon du NN ont été réalisés avec un antiseptique noté dans le registre, dossier et carnet de santé	X	Х		
		5.5 Instiller un collyre antibiotique dans les yeux du NN	Le prestataire vérifie et s'assure qu'un collyre antibiotique est instillé dans les yeux du NN et noté dans le registre, dossier et carnet de santé	Х	Х		
		5.6 Injecter la vitamine K1 au NN	Le prestataire ou la sage- femme vérifie et s'assure que le Nouveau-Né a reçu une dose de vitamine K1 noté dans le registre, dossier et carnet de santé		Х		
		5.7 Peser et mesurer le nouveau – né	Le prestataire ou la sage- femme vérifie et s'assure que le Nouveau-Né a été pesé, la taille et la circonférence céphalique mesurées et les résultats notés dans le registre, dossier et carnet de santé		X		
		5.8 Soumettre le nouveau-né aux ARV si mère séropositive selon le protocole national en vigueur	Le prestataire ou la sage- femme vérifie et s'assure que le Nouveau-Né est soumis aux ARV si la mère est séropositive selon le protocole national en vigueur et noté dans le registre de PEC PVVIH		X		
		5.9 Faire l'enregistrement de la naissance dans les outils de gestion dans le 6 premières heures	Le prestataire vérifie et s'assure que la naissance est enregistrée dans tous les outils (registre et carnet)		X		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		<ul> <li>5.10 Evaluer toutes</li> <li>les 15 minutes :</li> <li>la respiration</li> <li>la couleur de la peau</li> <li>le moignon du cordon</li> <li>la température</li> <li>les mouvements et les réflexes du nouveau-né</li> </ul>	Le prestataire vérifie et s'assure que les paramètres (la respiration, la couleur de la peau, le moignon du cordon, la température, les mouvements et les réflexes) du nouveau-né sont évalués toutes les 15 minutes et notés dans le carnet et registre	Х	X		
		5.11 Ne pas baigner le NN (sauf après 24h et si l'état est bon)	Le prestataire ou la sage- femme vérifie et s'assure que le NN n'a pas reçu de bain avant les 24 heures, mais qu'il est propre	Х	Х		
		5.12 Conseiller à la mère l'AME, la propreté du cordon, la vaccination l'utilisation de MILDA, la PFPP Reporter les informations et actes dans le carnet	Le prestataire vérifie et s'assure que la mère a reçu les conseils relatifs à : l'AME, la propreté du cordon, la vaccination, l'utilisation de MILDA, la PFPP, et sont notés dans le registre et carnet de santé		Х		
		5.13 Le prestataire respecte strictement les règles de PCI à toutes les étapes	Le prestataire vérifie et s'assure qu'à chaque étape, les règles de PCI ont respectées	Х			

Tableau 13: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (césarienne)

Tablea	u 13: Guide de Cotation (	des attentes qualité pour l'aspect suivi de la I	mere et du nouveau-ne (cesarienne)				
ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
	Diligence de la prise en charge	1.1 La césarienne d'urgence est prise en charge dans les 45mn qui suivent la pose de l'indication opératoire	Le prestataire vérifie que la césarienne d'urgence est réalisée au plus tard dans les 45 mn qui suivent la pose de l'indication				
les protocoles	2. Respect des indications de la césarienne	2.1 Césariennes d'urgence: dystocies et disproportions foeto- pelvi souffrances fœtales aigues, pré-éclampsies et éclampsies, hémorragies  2.2 Césarienne programmée: Macrosomies fœtales, utérus cicatriciel, anomalies pelviennes, placenta prævia, cancer du col, pathologies maternelles interdisant les efforts expulsifs, grossesse gémellaires/multiples	Le prestataire vérifie et s'assure que le diagnostic et l'indication de la césarienne d'urgence sont respectés et notés dans le registre et carnet de santé  Le prestataire vérifie et s'assure que le diagnostic de la césarienne programmée est posé durant les CPN et noté dans le registre, le carnet de santé et la fiche CPN				
ont réalisées selo		3.1 Préparation avant le bloc opératoire (césarienne programmée) à la veille de l'intervention: douche avec savon 72%, manucure, hygiène buccodentaire, aseptise cutanée de l'abdomen	A la veille de l'intervention, Le prestataire vérifie la réalisation effective de : douche avec savon 72%, manucure, hygiène bucco-dentaire, aseptise cutanée de l'abdomen et noté dans le dossier	X		Х	
25. Les césariennes sont réalisées selon les protocoles	3. Respect	3.2 Le jour de l'intervention: renouvellement de la douche avec le savon 72%, coupé à ras la pilosité pubienne, s'assurer de l'absence de plaie cutanée au niveau de la zone opératoire avant le départ de la patiente pour le bloc	Le jour de l'intervention, Le prestataire vérifie et s'assure du renouvellement de la douche avec le savon 72%, la pilosité pubienne est coupée à ras, se rassure de l'absence de plaie cutanée au niveau de la zone opératoire avant le départ de la patiente pour le bloc et note dans le dossier toutes ces informations				
	du protocole opératoire	<ul> <li>3.3 Préparation de la patiente au bloc opératoire:</li> <li>Préparation large du champ opératoire en partant de la zone d'incision vers la périphérie en 4 étapes: Détersion au savon antiseptique, rinçage à l'eau ou au sérum physiologique stérile, séchage avec compresse ou linge stérile, antiseptiser en 2 applications avec une solution antiseptique</li> </ul>	Au bloc opératoire le prestataire vérifie que le champ opératoire est préparé selon les normes et procédures et noté dans le dossier				
		<ul> <li>3.4 Préparation de l'équipe chirurgicale :</li> <li>Port de la tenue chirurgicale de base</li> <li>Lavage chirurgical des mains</li> </ul>	Le prestataire vérifie que l'équipe chirurgicale s'est préparée selon les normes et procédures disponibles et affichées				

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		par les chirurgiens et l'infirmière chirurgicale et lavage antiseptique des mains pour l'anesthésiste Port de la tenue chirurgicale stérile					
		<ul> <li>3.5 Déroulement de la césarienne :</li> <li>Mise en place des instruments et des autres consommables nécessaire à l'intervention et comptage</li> <li>Pose d'une perfusion intraveineuse, réalisation d'une anesthésie locorégionale ou régionale, pose d'une sonde urinaire</li> <li>Désinfection de la peau de l'abdomen et pose des champs opératoires stériles</li> <li>Réalisation de la césarienne selon la technique choisie: incision cutanée, ouverture de la paroi abdominale, hystérotomie, extraction fœtale, délivrance du placenta, fermeture utérine, vérification du nombre d'instruments et compresses, de petits champs et d'aiguilles utilisés et restants, fermeture de la paroi abdominale plan par plan, fermeture cutanée pansement protecteur</li> </ul>	Le prestataire vérifie et s'assure que la réalisation de la césarienne s'est effectuée dans les normes et procédures prescrites noté dans le registre de compte rendu opératoire				
	4. Surveillan ce post opératoire	Enregistrement des actes dans le registre de compte rendu opératoire, le dossier d'anesthésie, le dossier obstétrical de la patiente	Le prestataire vérifie et s'assure que tous les actes posés ont été consignés dans le registre de compte rendu opératoire, le dossier d'anesthésie, le dossier obstétrical de la patiente				
		4.1 Elaboration des consignes de surveillance par le chirurgien et l'anesthésiste	Le prestataire vérifie et s'assure que les consignes de surveillance du chirurgien et de l'anesthésiste ont été élaborées affichées et notées dans les cahiers de consigne et dossier du malade				
		4.2 Surveillance des paramètres (pouls, température, tension artérielle, fréquence respiratoire, état de la conscience, de la diurèse)	Le prestataire vérifie que les paramètres vitaux, la diurèse et l'état de conscience sont surveillés et noté sur les fiches, et dossiers				

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		4.3 Surveillance de la perfusion/transfusion	Le prestataire vérifie que la surveillance de la perfusion/transfusion est faite selon les indications et les protocoles et notée dans le dossier				
		4.4 Surveillance des drains éventuels	Le prestataire vérifie ou observe que le drain fonctionne correctement et note dans le dossier				
		4.5 Surveillance d'une hémorragie éventuelle	Le prestataire vérifie que l'opérée ne présente aucun signe d'hémorragie post opératoire et note dans le dossier				
		4.6 Surveillance de la douleur	Le prestataire vérifie que la douleur de la patiente est soulagée et notée dans le dossier				
		4.7 Recherche d'allergie éventuelle et prise en charge	Le prestataire vérifie que la recherche d'allergie éventuelle chez la patiente est faite, si allergie : la prescription est faite et notée dans le dossier				
		4.8 Vérification de la position de la patiente et mobilisation	Le prestataire vérifie que la mobilisation de la femme opérée est faite selon le timing prescrit et notée dans le dossier				
		4.9 Recherche de signes de complications post opératoires et leurs prises en charge	Le prestataire vérifie et s'assure que la recherche de signes de complications post opératoires et leur prise en charge a été faite et notée dans le dossier				

Tableau 14: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (partogramme)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION  (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
ontre-		1.1 Identité civile de la mère	Le prestataire vérifie que l'identité civile de la mère est notée sur la fiche de partogramme		X		
nt pas de c		1.2 La date est notée	Le prestataire vérifie que la date d'arrivée au centre est notée sur la fiche de partogramme		Х		
présentan	Informations sur la parturiente	1.3 l'heure d'admission est notée	Le prestataire vérifie que l'heure d'arrivée de la femme est notée sur la fiche de partogramme		Х		
urientes no		1.4 Les antécédents obstétricaux de la mère sont notés	Le prestataire vérifie que les antécédents obstétricaux de la mère sont notés sur la fiche de partogramme		Х		
es les part ion		1.5 L'heure de la rupture des membranes est notée	Le prestataire vérifie que l'heure de la rupture des membranes est notée sur la fiche de partogramme		Х		
ent utilisé chez toutes les parturientes ne présentant pas de contre- indication	2. Evaluation de l'état du fœtus	2.1 L'état et l'aspect de la poche des eaux et ou du liquide amniotique sont notés à chaque examen	Le prestataire vérifie que L'état et l'aspect de la poche des eaux et ou du liquide amniotique sont notés à chaque examen sur la fiche de partogramme		Х		
ctement u		2.2 Le chevauchement de la tête est noté à chaque examen	Le prestataire vérifie que Le chevauchement de la tête est noté à chaque examen sur la fiche de partogramme		Х		
26. Le partogramme est correctem		2.3 L'évaluation de l'état du fœtus respecte le rythme horaire	Le prestataire vérifie et se rassure que L'évaluation de l'état du fœtus respecte le rythme horaire établi et est notée sur la fiche de partogramme		Х		
26. Le partogr		3.1 La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est notée à chaque examen par un X	Le prestataire vérifie et se rassure que La surveillance du col utérin (longueur, consistance, dilatation) est notée à chaque examen par un signe X dans la fiche du partogramme		Х		
	3. Evaluation de la progression du travail	3.2 La descente de la tête du fœtus est notée à chaque examen par un O	Le prestataire vérifie et se rassure que la descente de la tête est notée à chaque examen par signe O sur la fiche de partogramme		х		
		3.3 La fréquence (par 10 mn) et l'intensité des contractions sont notées à chaque examen	Le prestataire vérifie et se rassure que la fréquence et l'intensité des contractions sont notées après chaque examen sur la fiche de partogramme		Х		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		3.4 La quantité et le rythme de perfusion de l'ocytocine administrée éventuellement sont notés	Le prestataire vérifie et se rassure que la quantité et le rythme de perfusion de l'ocytocine administrée éventuellement sont notés sur la fiche de partogramme		Х		
		3.5 Les heures de tous les examens sus cités sont notées	Le prestataire vérifie et se rassure que toutes les heures de tous les examens sus cités sont notées sur la fiche de partogramme		x		
		4.1 Le pouls, la tension artérielle et la température sont notés à chaque examen	Le prestataire vérifie et se rassure que les paramètres vitaux (pouls, TA et température) sont notés sur la fiche de partogramme		X		
	4. Evaluation de l'état de la mère	4.2 Les urines sont évaluées à chaque examen (volume, cétonurie, protéinurie)	Le prestataire vérifie et s'assure que les urines sont évaluées à chaque examen (volume, cétonurie, protéinurie) et les résultats notés sur la fiche de partogramme		х		
		4.3 Les médicaments prescrits et administrés sont notés	Le prestataire vérifie et se rassure que les médicaments prescrits et administrés sont notés sur la fiche de partogramme		х		
		4.4 La surveillance post natale est notée sur le partogramme	Le prestataire vérifie et se rassure que La surveillance post natale est notée sur le partogramme		Х		
		5.1 Le mode et l'heure d'accouchement et de délivrance sont notés	Le prestataire vérifie et se rassure que Le mode et l'heure d'accouchement et de délivrance sont notés dans le partogramme et le carnet de santé		Х		
	5. Prise de décision	5.2 L'indication de toute manœuvre obstétricale (délivrance artificielle, révision utérine, extraction instrumentale, césarienne, manœuvres) est notée	Le prestataire vérifie et se rassure que l'indication de toute manœuvre obstétricale (délivrance artificielle, révision utérine, extraction instrumentale, césarienne, manœuvres) effectuée est notée dans le partogramme		х		
		5.3 Le motif et l'heure d'appel au prestataire spécialiste sont notés	Le prestataire vérifie et se rassure que le motif et l'heure d'appel du spécialiste sont notés dans le partogramme		Х		
		5.4 L'heure de décision de césarienne puis de transfert au bloc opératoire sont notés	Le prestataire vérifie et se rassure que l'heure de décision de césarienne et de transfert au bloc opératoire de la cliente sont notés dans		х		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standard)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
			le partogramme et le dossier				
		5.5 L'heure de toute décision est notée	Le prestataire vérifie et se rassure que l'heure de toute décision est noté dans le partogramme		х		
		5.6 L'APGAR et le poids de l'enfant sont notés	Le prestataire vérifie et se rassure que l'APGAR et le poids du Nouveau-né sont notés dans le partogramme et le carnet de santé		x		
	6. Respect des indications du partogramme	<ul> <li>6.1 Ouvrir le partogramme sauf dans les cas suivants:</li> <li>Dilatation complète,</li> <li>rupture utérine,</li> <li>Placenta prævia,</li> <li>dystocies et disproportions foetopelviennes,</li> <li>souffrances fœtales aigues,</li> <li>pré - éclampsie et éclampsies, macrosomies fœtales, utérus cicatriciel, anomalies pelviennes, placenta prævia,</li> <li>cancer du col, pathologies maternelles interdisant les efforts expulsifs,</li> <li>grossesse gémellaires/multiples</li> </ul>	Le prestataire vérifie et se rassure que le partogramme n'est pas ouvert dans les cas de contre - indications		x		

Tableau 15: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (revues des décès)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION  (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
ent au guide		1.1 Les cas sont identifiés pendant la période	Le prestataire vérifie que les cas de décès maternels et néonatals sont identifiés et notifiés dans les registres, les rapports et la base des données électroniques chaque mois	Х	х		
conformén	1. Préparati	1.2 La réunion préparatoire du comité de revue est tenue	Le prestataire vérifie que le rapport /PV de La réunion préparatoire de la revue est disponible et archivé		х		
ement c	on de la revue	1.3 Le plan de revue est élaboré et disponible	Le Prestataire vérifie que le plan de revue est élaboré, disponible et archivé		х		
28. Tous les décès maternel et néonatal sont revus systématiquement conformément au guide		1.4 Les outils de la revue sont mobilisés	Le prestataire vérifie l'existence des outils mobilisés pour la revue selon la liste (Registre de protocole opératoire, registres d'accouchement, dossiers obstétricaux, fiche de référence, fiche de revue)		x		
néonatal sor		2.1 Le plan de revue est communiqué aux services et personnes concernés	Le Prestataire vérifie que le plan de revue est diffusé aux différents services, unités et personne concernées et consigné dans le PV.	X	x		
ernel et		2.2 La revue est faite conformément au plan (respect du processus)	Le prestataire vérifie que le plan de la revue a été suivi		х		
s les décès mate	Dádhari	2.3 Les dysfonctionnements du système de prise en charge sont identifiés	Le prestataire vérifie que les dysfonctionnements du système de prise en charge sont identifiés, enregistrés sur la fiche de revue qui est disponible et archivée		х		
28. Tous	recomma formulée dysfonct	2.4 Les recommandations sont formulées pour corriger les dysfonctionnements constatés	Le prestataire vérifie que la liste des recommandations formulées pour corriger les dysfonctionnements est disponible et archivée		X		
		2.5 Le rapport de la revue est diffusé	Le prestataire vérifie que Le rapport de la revue est élaboré, diffusé à toutes les parties prenantes et notifié dans le cahier de transmission		Х		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		3.1 Les plans d'amélioration issus des recommandations aux différents niveaux sont élaborés	L'agent vérifie que les plans d'amélioration issus des recommandations aux différents niveaux sont élaborés, disponibles, diffusés et archivés		Х		
	3. Suivi des recommandations	3.2 Le suivi des plans est fait par les supervisions internes et/ou par les réunions mensuelles	L'agent vérifie que les recommandations formulées dans le plan sont appliquées que le rapport de suivi des plans est élaboré, disponible et archivé		х		
		3.3 Les rapports de suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration sont disponibles et partagés	L'agent vérifie que les rapports de suivi sont disponibles et partagés		x		

Tableau 16: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect suivi de la mère et du nouveau-né (prise en charge des références obstétricales)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
rmes et	1. Commu	1.1 L'hôpital a diffusé à travers tous les canaux possibles l'organisation du système de référence et le rôle de la communauté	Le directeur vérifie et s'assure que les messages sur les références sont élaborés diffusés et archivés		х	Х	
éférés sont pris en charge à temps conformément aux normes et procédures en vigueur	nication efficace entre usagers et hôpital	1.2 Les numéros de téléphone utiles pour la gestion des références sont affichés à l'hôpital et dans les CS et diffusés à la population	Le directeur vérifie et s'assure que le répertoire téléphonique des agents concernés est disponible, affiché à l'hôpital dans les CS et PS et certains lieux publics et archivé	х	х		
arge à temps conf en vigueur	2. Disponi bilité d'une ambulance médicalisée	2.1 L'ambulance de l'hôpital dispose de matériel de réanimation (oxygène, insufflateur) et une trousse d'urgence (lot de médicaments et consommables)	Le directeur ou le logisticien vérifie et s'assure que la trousse d'urgence est complète, disponible dans l'ambulance de l'hôpital et fonctionnelle	х			
sont pris en charge à temp procédures en vigueur	3. Disponi bilité du personnel de	3.1 Un personnel qualifié (sage-femme ou une infirmière avec chauffeur) est toujours à bord de l'ambulance	Le directeur ou le logisticien vérifie et s'assure que le personnel qualifié (chauffeur, sage-femme ou infirmière) est toujours disponible pour toute mission utile	Х			
<u> </u>	l'ambulance et du carburant	3.2 L'ambulance dispose suffisamment de carburant	Le directeur ou le logisticien vérifie et s'assure que l'ambulance dispose suffisamment de carburant (au moins la capacité du réservoir)	Х			
29. Les cas obstétricaux	4. Existenc e d'une flotte fonctionnelle	4.1 Il existe un ou des numéros de téléphones pour assurer la liaison entre l'hôpital et les autres structures sanitaires d'une part et entres l'hôpital et la population	Le directeur ou le logisticien vérifie et s'assure de la disponibilité et de la fonctionnalité de la flotte téléphonique pour assurer la liaison permanente entre hôpital et les autres structures sanitaires d'une part et entre l'hôpital et la population d'autre part	Х	Х		
	TOTIONOLINGIE	4.2 La liaison téléphonique est permanente lors du transport des patientes entre le personnel à bord de l'ambulance, la structure référente et l'hôpital	Le prestataire vérifie et s'assure que la liaison téléphonique est permanente et consignée dans un registre		х		
	5. Disponi bilité d'une équipe	5.1 Le personnel qualifié (médecin, sagefemme, infirmière) est mobilisé pour la prise	Le directeur ou le chef de service vérifie et s'assure qu'un personnel qualifié (médecin, sagefemme,	Х	х		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
	d'urgence	en charge des cas référés	infirmière anesthésiste) est mobilisé pour la prise en charge diligente des cas (voir liste du personnel)				
		5.2 Le dispositif matériel d'accueil (fauteuil roulant, chariot, brancard) est préparé	Le directeur ou le chef de service vérifie et s'assure que le matériel d'accueil (fauteuil roulant, chariot, brancard) est disponible et fonctionnel	X			
		5.3 Le kit médical de prise en charge est mis en place	Le chef de service ou le Pharmacien vérifie et s'assure que le kit médical de prise en charge est disponible, complet (voir liste contenu du kit)	Х	х		
		5.4 Les protocoles de prise en charge sont disponibles et consultés au besoin	Le chef de service vérifie et s'assure que les protocoles de prise en charge sont disponibles, affichés et archivés	X	х		
		5.5 La fiche de contre référence est disponible et remplie après la prise en charge.	Le chef de service vérifie et s'assure que la fiche de contre référence est remplie après la prise en charge du cas, expédiée et archivée		х		

### 2.4 DOMAINE 4 : PREVENTION ET LUTTE CONTRE LA MALADIE

# 2.4.1 Déterminant 4.3 : Prise en charge des urgences

Tableau 17: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect prise en charge des urgences

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
c protocoles		1.1 Un personnel est désigné pour assurer l'accueil et le tri	Le chef de service vérifie et s'assure que le personnel pour l'accueil et le Tri adéquat désigné est disponible et la liste affichée	Х	х		
rmément aux	Bon accueil et triage adéquat	1.2 Les patients sont triés et orientés selon le degré de l'urgence	Le chef de service vérifie et s'assure que le Tri et l'orientation sont faits selon le degré d'urgence et consigné dans le registre	Х	х		
ai retenu confo		1.3 Le malade et /ou les accompagnants sont Informés et rassurés	Le chef de service vérifie et s'assure que les malades et/ou accompagnants sont informés et rassurés à travers les messages clés. (voir liste des messages)		Х	х	
e dans le délai spécifiques	2. Disponib ilité permanente d'une équipe d'urgence	2.1 Présence 24heures sur 24 d'un personnel qualifié (médecin, paramédicaux, chauffeur)	Le chef de service vérifie et s'assure de la présence permanente du personnel qualifié (médecin, paramédicaux, de chauffeur)	Х	х		
sont prises en charge dans le délai retenu conformément aux protocoles spécifiques		2.2 Possibilité d'examens de laboratoire et de radiologie 24heures sur 24	Le chef de service vérifie et s'assure de la disponibilité 24heures sur 24 des services et personnels de Laboratoire et de radiologie et note dans le cahier de présence/tableau de garde	Х	х		
ences sor		3.1 Disponibilité de protocoles et leur application correcte	Le chef de service vérifie et s'assure que les protocoles sont disponibles, appliqués et archivés	X	х		
35. Les urgences	3. Prise en charge dans le délai	3.2 Prise en charge immédiate sans délai de la catégorie 1, dans les 15 mn pour la catégorie très urgent, dans les 30 mn pour la catégorie urgente, dans les 60 mn pour la catégorie moins urgente.	Le chef de service vérifie et s'assure que les urgences sont prises en charge dans les délais requis selon leur degré, enregistré et archivé dans le registre.	X	х		
	4. Tenue et archivage corrects des dossiers médicaux	4.1 Existence des informations générales y compris le contact téléphonique du patient	Le Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que toutes les informations générales et le contact téléphonique du patient sont notés dans les dossiers médicaux et archivées		х		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		4.2 Existence de la date et de l'heure d'entrée et les différents soins	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que la date et l'heure d'entrée et les différents soins sont notés dans le dossier médical du malade et archivées		Х		
		4.3 Existence de l'anamnèse et examen physique complet	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que l'anamnèse et l'examen physique complet du malade sont notés dans le dossier médical et archivées		х		
		4.4 Diagnostic de présomption et examens complémentaires notés	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que le diagnostic de présomption et les examens complémentaires sont notés dans le dossier médical et archivés		X		
		4.5 Evaluation quotidienne du malade et des soins infirmiers	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les évaluations médicales quotidiennes du malade et les soins infirmiers réalisés sont notées dans le dossier médical du malade et archivés		x		
		4.6 Prescriptions médicales conformes aux protocoles	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les prescriptions médicales sont conformes aux protocoles et sont notées dans le dossier médical et archivées		Х		
		4.7 Remplissage de la fiche de sortie	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que la fiche de sortie du malade est remplie dans le dossier du malade et archivée		Х		
		4.8 Les dossiers sont bien archivés	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que tous les dossiers médicaux de la période sont archivés selon un ordre chronologique	X	Х		

# 2.4.2 Déterminant 4.4 : Prise en charge des Maladies transmissibles (MT)

Tableau 18: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect prise en charge des maladies transmissibles (PVVIH)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
vigueur		1.1 Protocoles de prise en charge disponibles (adultes, enfants, PTME)	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les protocoles de PEC (adultes, enfant PTME) sont disponibles et archivés	х	х		
protocole en v		1.2 Respect des critères d'inclusion	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les critères d'inclusion sont respectés pour démarrer la PEC (voir guide)		х		
effectuée selon le	Application correcte du protocole de traitement	1.3 Recherche de facteurs influençant le choix thérapeutique (grossesse, TB, antécédents du patient, pathologies diverses)	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les facteurs pouvant influencer le choix thérapeutique sont pris en compte et notés dans les dossiers et registre (voir guide)		x		
des PVVIH par les ARV est effectuée selon le protocole en vigueur		1.4 Le counseling de pré traitement	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que le counseling de prétraitement est prodigué et noté dans le registre de counseling ((voir guide counseling)	X	x	Х	
		1.5 Mise en œuvre du traitement selon le protocole	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que le traitement mis en œuvre obéit au protocole de PEC en vigueur (voir protocole)		х		
36. La prise en charge		2.1 Existence des informations générale y le contact téléphonique du patient	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les informations générales y compris le contact téléphonique du patient sont consignées dans le registre et dossiers		x		
	Tenue     correcte du dossier     des malades	2.2 Existence de l'anamnèse et l'examen physique complet	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que l'anamnèse et l'examen physique complet sont consignés dans le registre et dossiers		х		
		2.3 Diagnostic et Examens complémentaires notés	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que le diagnostic et les examens complémentaires sont consignés dans le registre et dossiers et sont archivés		x		
		2.4 Evaluation à chaque consultation	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie		х		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		notée	et s'assure que l'évaluation issue de chaque consultation est consignée dans le registre, le dossier et est archivée				
		2.5 Prescriptions médicales selon le protocole	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les prescriptions médicales faites selon le protocole sont consignées dans le registre et dossiers et sont archivées (voir protocole)		x		
		2.6 Les rendez-vous sont notés après chaque consultation	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les rendez-vous fixés après chaque consultation sont consignés dans le registre et dossiers et sont archivés		х		
		2.7 Les ARV prescrits sont notés	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les ARV prescrits sont notés dans le registre et dossiers et sont archivés		х		
		3.1 Existence d'un registre /fichier de base de données	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure de l'existence d'un registre /fichier de base de données de la file active et archivé	X	x		
		3.2 Vérification quotidienne de la base des données	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité s'assure de la fonctionnalité quotidienne de la base des données	Х	х		
	3. Mise à jour de la file active (la recherche des	3.3 Identification des perdus de vue	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les perdus de vue sont identifiés et consignés dans un cahier/registre qui est archivé		х		
	perdus de vue)	3.4 Calendrier de recherche des perdus de vue	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que le calendrier de recherche des perdus de vue est élaboré, disponible et archivé		х		
		3.5 Recherche des perdus de vue	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que la recherche des perdus de vue est réalisée et notifiée dans le registre		x		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		3.6 Mise à jour quotidienne de la base des données (transférés, référés décédés, perdus de vue)	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que la base des données est mise à jour au quotidien et archivée	X	x		
		4.1 Bilan biologique d'inclusion (NFS, transaminases, créatinine, CD4)	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que le bilan biologique d'inclusion (NFS, transaminases, créatinine, CD4) est réalisé avant le démarrage de la PEC ARV, noté dans le registre/dossier et archivé	X	X		
	4. Suivi biologique par le laboratoire	4.2 Suivi biologique du traitement (NFS, transaminases, créatinine, CD4) selon la périodicité définie	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les examens de suivi biologique du traitement (NFS, transaminases, créatinine, CD4) sont réalisés selon le protocole, notés dans le registre/dosser et archivés selon la périodicité définie	x	x		
		4.3 Examens spécifiques selon les pathologies associées	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les examens spécifiques selon les pathologies associées sont réalisés et notés dans les dossiers et registres et archivés	X	x		
		4.4 Tous les résultats des examens sont notés dans le dossier du malade	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que tous les résultats des examens sont notés dans le dossier du malade et registre et archivés	x	х		

# 2.4.3 Déterminant 4.6: Appui au diagnostic

Tableau 19: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect appui au diagnostic (PCA du laboratoire)

Tableau	Tableau 19: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect appui au diagnostic (PCA du laboratoire)								
ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)		
espondant		Les agents sont protégés selon les normes du laboratoire	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que agents sont protégés selon les normes du laboratoire	Х					
s examens cor	ioire réalise conformément au protocole des examens correspondant à la PCA  a la PCA  c c pobe session ses examens correspondant à la PCA  c c pobe session ses examens correspondant à la PCA  substitution services examens correspondant a la PCA  substitution services examens examens correspondant a la PCA  substitution services examens ex	1.2 Les modes opératoires de chacun des examens sont disponibles	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les modes opératoires de chacun des examens sont disponibles et respectés	X	Х				
protocole de PCA		Les examens sont réalisés selon les modes opératoires spécifiques	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les examens sont réalisés conformément aux modes opératoires spécifiques	Х		Х			
nformément au à la		1.4 Le contrôle de qualité interne des examens est quotidien	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que le contrôle de qualité interne des examens est fait quotidiennement, et noté dans le registre et archivé	х	х				
toire réalise co		1.5 Les numéros des échantillons et des bulletins sont uniformes pour le même malade	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les numéros des échantillons et des bulletins sont uniformes pour le même malade, notés dans le registre et archivés	х	х				
39. Le laborat		2.1 Les résultats des examens sont enregistrés dans les cahiers de paillasse, le registre des examens et le carnet du malade	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que les résultats des examens sont enregistrés dans les cahiers de paillasse, le registre des examens et le carnet du malade et archivés	Х	х				
	2. Enregi strement dans les outils de gestion	2.2 La confidentialité est respectée dans la transmission des résultats	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure que la confidentialité est respectée dans la transmission des résultats	Х					
		2.3 Vérification au moment de l'enregistrement de la concordance entre le numéro du bulletin, celui des examens et du patient	Le chef de service, le prestataire ou le surveillant de l'unité vérifie et s'assure de la concordance entre le numéro du bulletin, celui des examens et du patient au moment de l'enregistrement		Х				

## 2.4.4 Déterminant 4.7 : Amélioration continue

Tableau 20: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect amélioration continue (supervisions internes et 5S)

Tableau	20: Guide de cotation des	attentes qualité pour l'aspect amé	lioration continue (supervisions internes et	5S)			
ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
ompétences,	1. Préparation	1.1 Le Plan de supervision de la direction est élaboré, disponible et diffusé	Le Directeur et/ou les chefs de services vérifient et s'assurent que le plan de supervision interne est élaboré, disponible, diffusé et archivé	Х	х		
améliorent les corsonnel	de la supervision dans les normes	1.2 Les TDR, le Guide et le calendrier de supervision sont élaborés, disponibles et diffusés au moins une semaine à l'avance.	Le Directeur et/ou les chefs de services vérifient et s'assurent que Les TDR, le Guide et le calendrier de supervision sont élaborés et disponibles. Le calendrier largement diffusé une semaine à l'avance et archivé	X	x		
pe de direction ormance du pe	1. Préparation de la bertourne et la bertourne de la supervision dans les normes  1. Préparation de la supervision dans les normes  2. Exécution de la supervision selon le plan et le guide de supervision selon le plan et le guide de supervision	2.1 Les outils de gestion (fiches, cahiers/registres) sont disponibles et mobilisés aux niveaux des services	le chef de service ou le surveillant vérifie et s'assure que les outils de gestion (fiches, cahiers/registres) sont mobilisés à cet effet au niveau des services, disponibles et archivés	X	х		
s réalisées par l'équi notivation et la perf		2.2 Le niveau de réalisation des recommandations précédentes du Plan d'amélioration est documenté	le chef de service ou le surveillant vérifie et s'assure que le niveau de réalisation des recommandations précédentes du Plan d'amélioration est noté dans le registre ou rapport de mise en œuvre des recommandations et archivé	X	X		
	supervision	2.3 La supervision est réalisée selon la grille (remplissage correct)	Le superviseur et le supervisé vérifient et s'assurent que la grille de supervision est remplie et archivée	X	x		
41. Les supervisions inte		2.4 Le feedback est fait à la fin de la supervision	Le superviseur vérifie et s'assure avoir fait le feedback à la fin de la supervision aux supervisés (voir rapport/PV)		х		
41. Les s		2.5 Le rapport de supervision est élaboré et disponible (recommandations)	Le directeur ou le superviseur vérifie et s'assure que le rapport de supervision est rédigé, disponible et archivé	X	х		
		3.1 Le rapport de supervision est diffusé	Le directeur ou le superviseur vérifie et s'assure que le rapport de supervision est diffusé à tous les niveaux et archivé (voir cahier de transmission)	Х	х		
	3. Suivi des recommandations	3.2 Les Plans d'amélioration issus des recommandations de la supervision sont élaborés	Le directeur ou le superviseur vérifie et s'assure que le plan d'amélioration issu des recommandations est élaboré, disponible et archivé.	X	x		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		3.3 Le suivi des plans est fait par les supervisions intégrées et/ou par les réunions mensuelles	Le directeur ou le superviseur vérifie que le suivi des plans d'amélioration est fait par les supervisions intégrées et/ou lors des réunions mensuelles	X	х		
		3.4 Les rapports de suivi sont disponibles	Le directeur ou le superviseur vérifie et s'assure que le rapport de suivi est élaboré, disponible et archivé	Х	х		

Tableau 21: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect amélioration continue (Approche 5S)

Tableau	leau 21: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect amélioration continue (Approche 5S)							
ATTENTES/ INDICATEURS OUALITE (Standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)	
	Séparation des objets utiles des objets inutiles	1.1 Tous les objets ou équipements dans les différentes salles (armoires, tiroirs, tables, chaises) sont triés par nature, les utiles sont séparés des inutiles	Le chef de service vérifie et s'assure qu'au niveau de l'espace de travail, tous les objets utiles sont sélectionnés et séparés de ceux inutiles	Х				
ement	2. Arrangement	2.1 Les objets utiles triés sont rangés dans les espaces requis	Le chef de service vérifie et s'assure que tous les objets utiles triés sont rangés selon leur fréquence d'utilisation dans des endroits appropriés	Х				
l'établiss	et étiquetage de tous les objets après le tri	2.2 Tous les objets rangés sont étiquetés	Le chef de service vérifie et s'assure que tous les objets ou équipements utiles, rangés sont étiquetés	Х				
nt dans		2.3 Les objets inutiles sont dégagés pour avoir de l'espace	Le chef de service vérifie et s'assure que tous les objets inutiles sont dégagés	X				
ecteme		3.1 Le plancher est bien nettoyé	Le chef de service vérifie et s'assure que le plancher est nettoyé régulièrement	X				
en œuvre correctement dans l'établissement	3. Nettoyage exhaustifs des locaux et leurs contenus	3.2 Les murs, le plafond, les armoires, les tables, les chaises sont bien nettoyées	Le chef de service vérifie et s'assure que : les murs, le plafond, les armoires, les tables, les chaises et autre équipements sont nettoyés régulièrement	X				
42. L'approche 5S est mise		3.3 L'alentour (avant et arrière) des locaux est bien nettoyé	Le chef de service vérifie et s'assure que l'alentour (avant et arrière) des locaux est nettoyé et débarrassé de tout déchet	Х				
proche		4.1 Un comité 5S est mis en place	Le directeur ou le superviseur vérifie l'existence d'un comité 5S formalisé.		х			
42. L'ap	éla	4.2 Le comité 5S a élaboré un plan d'amélioration	Le directeur ou le superviseur vérifie et s'assure que le comité 5S dispose d'un plan d'amélioration disponible et archivé.		х			
	5S est fonctionnel	4.3 Le suivi des plans est fait par les supervisions intégrées et/ou par les réunions mensuelles	Le directeur ou le superviseur vérifie que le suivi des plans d'amélioration est fait par les supervisions intégrées et/ou lors des réunions mensuelles		x			
		4.4 Les rapports de suivi sont disponibles	Le directeur ou le superviseur vérifie et s'assure que le rapport de suivi est élaboré, disponible et archivé		х			

#### 2.5 DOMAINE 5 : GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

### 2.5.1 Déterminant 5.1: Processus institutionnel / Redevabilité

Tableau 22: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect processus institutionnels (réunions CMC)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	SCORE SOUS - CRITERE QUALITE (SSCQ)
	1. Prépar	1.1 Les TDR sont définis (ordre du jour, lieu, heure, date objectifs)	Le responsable de la structure vérifie l'existence de : l'ordre du jour, le lieu, l'heure, la date et les objectifs sont définis et archivés	Х	х		
uo	ation des réunions	1.2 Les participants sont convoqués (lettre d'invitation avec confirmation)	Le responsable de la structure vérifie que la lettre d'invitation est parvenue aux participants avec confirmation et archivé (voir cahier de transmission)	Х	х		
ementat		2.1 Le quorum est atteint pour la tenue de la réunion	Le Président de la commission vérifie à travers la liste des invités si le quorum est atteint	X	Х		
CMC se tient tous les mois selon la règlementation	2. Tenue des réunions	2.2 Le niveau de réalisation des recommandations de la réunion précédente est apprécié et les nouvelles orientations sont faites	Le Président de la commission évalue le niveau de mise en œuvre des recommandations, vérifie les supports y afférents et formule des orientations notées dans le PV de la réunion.	x	x		
nt tous les mo		2.3 La réunion est tenue avec un débat sur tous les éléments de l'ordre du jour	Le Président de la commission vérifie que tous les éléments de l'ordre du jour sont débattus avec l'ensemble des participants et notés dans le PV disponibles et archivés.	Х	х		
C se tier		2.4 Le PV de la réunion est élaboré et disponible	Le Président de la commission vérifie que le PV de la réunion est disponible, signé et archivé	Х	х		
43. Le CMC		2.5 Les recommandations sont formulées et les responsables sont identifiées	Le Président de la commission vérifie que les recommandations sont formulées, disponibles et archivées et les responsables de mise en œuvre identifiés	Х			
	3. Elabor ation et	3.1 Le rapport de la réunion est rédigé	Le président de la commission vérifie que le rapport de la réunion est élaboré et en adéquation avec le PV de la réunion, le signe	Х	х		
	ation et diffusion du rapport	3.2 Les rapports de la réunion sont diffusés	Le rapport de la réunion est partagé avec toutes les parties prenantes (participants, hiérarchie, tutelle, partenaires)		х	Х	

Tableau 23: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect processus institutionnels (réunions CHS)

Tableau 23: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect processus institutionnels (réunions CHS)								
ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)	
vigueur	Préparation	1.1 Les TDR sont définis (ordre du jour, lieu, heure, date objectifs)	Le Président de la commission vérifie l'existence et l'archivage de : l'ordre du jour, le lieu, l'heure, la date et les objectifs	Х	Х			
nentation en	des réunions	1.2 Les participants sont convoqués (lettre d'invitation avec confirmation)	Le Président de la commission vérifie que la lettre d'invitation est parvenue aux participants avec confirmation et archivé (voir cahier de transmission	X	х			
la règler		2.1 Le quorum est atteint pour la tenue de la réunion	Le Président de la commission vérifie à travers la liste des invités si le quorum est atteint	Х	Х			
et de sécurité (CHS) se tient selon la règlementation en vigueur		2.2 Le niveau de réalisation des recommandations de la réunion précédente est apprécié et les nouvelles orientations sont faites	Le Président de la commission évalue le niveau de mise en œuvre des recommandations, vérifie les supports y afférents et formule des orientations notées dans le PV de la réunion.	Х	х			
de sécurité (CH	2. Tenue des réunions	2.3 La réunion est tenue avec un débat sur tous les éléments de l'ordre du jour	Le Président de la commission vérifie que tous les éléments de l'ordre du jour sont débattus avec l'ensemble des participants et notés dans le PV disponibles et archivés.	X	х			
Φ		2.4 Le PV de la réunion est élaboré et disponible	Le Président de la commission vérifie que le PV de la réunion est disponible, signé et archivé	X	х			
La réunion du comité d'hygièn		2.5 Les recommandations sont formulées et les responsables sont identifiées	Le Président de la commission vérifie que les recommandations sont formulées, disponibles et archivés et les responsables de mise en œuvre identifiés	X	x			
	3. Elaboration et diffusion du	3.1 Le rapport de la réunion est rédigé	Le président de la commission vérifie que le rapport de la réunion est élaboré et en adéquation avec le PV de la réunion, le signe.					
44.	et diffusion du rapport	3.2 Les rapports de la réunion sont diffusés	Le rapport de la réunion est partagé avec toutes les parties prenantes (participants, hiérarchie, tutelle, partenaires)					

Tableau 24: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect processus institutionnels (réunions commission budgétaire)

				24: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect processus institutionnels (réunions commission budgétaire)								
CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)						
1 Préparation	1.1 Les TDR sont définis (ordre du jour, lieu, heure, date objectifs)	Le Président de la commission budgétaire vérifie l'existence de : l'ordre du jour, le lieu, l'heure, la date et les objectifs	Х	Х								
des réunions	1.2 Les participants sont convoqués (lettre d'invitation avec confirmation)	Le Président de la commission budgétaire vérifie que la lettre d'invitation est parvenue aux participants avec confirmation et archivé (voir cahier de transmission	X	х								
	2.1 Le quorum est atteint pour la tenue de la réunion	Le Président de la commission budgétaire vérifie à travers la liste des invités si le quorum est atteint	Х	х								
	2.2 La réunion est tenue avec un débat sur tous les éléments de l'ordre du jour	Le Président de la commission budgétaire vérifie que tous les éléments de l'ordre du jour sont débattus avec l'ensemble des participants et notés dans le PV disponibles et archivés.	X	х								
	2.3 Le PV de la réunion est élaboré et disponible	Le Président de la commission vérifie que le PV de la réunion est disponible, signé et archivé	X	Х								
	2.4 Le niveau de réalisation des recommandations de la réunion précédente est apprécié et les nouvelles orientations sont faites	Le Président de la commission évalue le niveau de mise en œuvre des recommandations, vérifie les supports y afférents et formule des orientations notées dans le PV de la réunion.	x									
2. Tenue des réunions	2.5 Compte rendu du comptable sur l'exécution du budget du mois passé	Le Président de la commission budgétaire vérifie que le compte rendu de l'exécution du budget du mois passé est réalisé consigné dans le PV et archivé	Х	х								
2. Tenue des réunions	2.6 Le budget du mois passé est analysé	Le Président de la commission budgétaire ou le SAF vérifie et s'assure que Le budget du mois passé est analysé disponible et archivé	X	х								
	2.7 Le budget exécuté est validé	Le Président de la commission budgétaire vérifie et s'assure que budget exécuté est validé par l'ensemble, disponible, noté dans le PV et archivé	х	х								
	2.8 Le budget du mois en cours est élaboré	Le Président de la commission budgétaire ou le SAF vérifie et s'assure que Le budget du mois en cours est élaboré disponible et archivé	X	Х								
	1. Préparation des réunions  2. Tenue des	1. Préparation des réunions  1. Préparation des réunions  1. 2 Les participants sont convoqués (lettre d'invitation avec confirmation)  2.1 Le quorum est atteint pour la tenue de la réunion  2.2 La réunion est tenue avec un débat sur tous les éléments de l'ordre du jour  2.3 Le PV de la réunion est élaboré et disponible  2.4 Le niveau de réalisation des recommandations de la réunion précédente est apprécié et les nouvelles orientations sont faites  2. Tenue des réunions  2. Tenue des réunions  2. Le pudget du mois passé  2. Le budget du mois passé est analysé  2.8 Le budget du mois en cours est	Authre (PROCESSUS CLES)  1. 1 Les TDR sont définis (ordre du jour, lieu, heure, date objectifs)  1. 2 Les participants sont convoqués (lettre d'invitation avec confirmation)  1. 2 Le quorum est atteint pour la tenue de la réunion est tenue avec un débat sur tous les éléments de l'ordre du jour sont débattus rous els éléments de l'ordre du jour participants avec confirmation et archivé (voir cahier de transmission budgétaire vérifie que la lettre d'invitation est parvenue aux participants avec confirmation et archivé (voir cahier de transmission budgétaire vérifie que la lettre d'invitation est parvenue aux participants avec confirmation et archivé (voir cahier de transmission budgétaire vérifie que la lettre d'invitation est parvenue aux participants avec confirmation et archivé (voir cahier de transmission budgétaire vérifie à travers la liste des invités si le quorum est atteint tous les éléments de l'ordre du jour controlle de la commission budgétaire vérifie que le vous les éléments de l'ordre du jour controlle de l'exécution du budget du mois passé est apaprécié et les nouvelles orientations sont faites  2. Tenue des réunions  2. Tenue des réunions  2. Tenue des réunion est desponsée et disponible sur l'exécution du budget du mois passé est réalisé consigné dans le PV de la réunion.  2. Tenue des réunions  2. Tenue des réunions est élaboré et disponible et archivé.  2. Tenue des réunions est élaboré et disponible et archivé.  2. Tenue des réunions est élaboré et disponible et archivé le la commission budgétaire vérifie que le compte rendu de l'exécution du budget du mois passé est réalisé consigné dans le PV de la réunion.  2. Tenue des réunion est disponible et archivé le la commission budgétaire vérifie que le compte rendu de l'exécution du budget du mois passé est réalisé consigné dans le PV et archivé le le révisite et s'assure que Le budget du mois passé est analysé disponible et archivé le le PV et archivé le le PV et archivé le le PV et archivé le le vises des par l'ensemble, disponible et s'assure	1.1 Les TDR sont définis (ordre du jour, lieu, heure, date objectifs)  1.2 Les participants sont convoqués (lettre d'invitation avec confirmation)  1.2 Les participants sont convoqués (lettre d'invitation avec confirmation)  2.1 Le quorum est atteint pour la tenue de la réunion  2.2 La réunion est tenue avec un débat sur tous les éléments de l'ordre du jour disponible et archivé.  2.3 Le PV de la réunion est élaboré et disponible et aréunion précédente est apprécié et les nouvelles orientations sont faites  2. Tenue des réunions  2. Tenue des réunions  2. Tenue des réunions  2. Tenue des réunion est elaboré du mois passé est analysé  2. Te budget exécuté est validé  2. Te budget exécuté est validé exécuté est validé exécuté est validé  2. Te budget exécuté est validé exécuté est validé par l'ersemble, disponible, noté dans le PV et archivé  2. Te budget exécuté est validé exécuté est validé par l'ersemble, disponible, noté dans le PV et archivé  2. Te budget exécuté est validé exécuté est validé par l'ersemble, disponible, noté dans le PV et archivé  2. Te budget exécuté est validé exécuté est validé par l'ersemble, disponible et archivé exécuté est validé exécuté est validé par l'ersemble, disponible et s'assure que Le budget du mois en cours est élaboré disponible et exécuté est validé e	1.1 Les TDR sont définis (ordre du jour, lieu, heure, date objectifs) 1. Préparation des réunions  1. 2 Les participants sont convoqués (lettre d'invitation avec confirmation)  2. 1 Le quorum est atteint pour la tenue de la réunion  2. 2 La réunion est tenue avec un débat sur tous les éléments de l'ordre du jour disponible et aréunion est disponible  2. 3 Le PV de la réunion est disponible et aréunion est disponible et exécuté est vallidé  2. Tenue des réunions  2. Tenue des réunions  2. Tenue des réunions est est enue avec un debat sur lous passé est analysé  2. Tenue des réunions est est est est analysé  2. Tenue des réunions est est validé  2. Le président de la commission budgétaire verifie que le PV de la réunion est des revenue des recommandations, vérifie les supports y afférents et formule des revenue des recommandations, vérifie que le PV de la réunion est des revenue des revenue des recommandations, vérifie que le PV de la réunion est des revenue des revenue des revenue des revenue des revenue de mis en cœuvre des revenue de l'exécution du budget du mois passé est analysé disponible et archivé  2. Le Président de la commission budgétaire vérifie que le Verifie que le Verifie que le vier des revenue des revenue des vier des revenue des revenue des revenue des revenue des revenues des revenues des revenue	1.1 Les TDR sont définis (ordre du jour, lieu, heure, date objectifs)  1. Préparation des réunions  1. Préparation des réunions  1. 2 Les participants sont convoqués (lettre d'invitation avec confirmation)  2.1 Le quorum est atteint pour la tenue de la réunion  2.1 Le quorum est atteint pour la tenue de la réunion est élaboré et disponible  2.2 La réunion est tenue avec un débat sur tous les éléments de l'ordre du jour debat sur tous les éléments de l'ordre du jour sont débat sur tous les éléments de l'ordre du jour sont débat sur tous les éléments de l'ordre du jour sont débat sur tous les éléments de l'ordre du jour sont débat sur et disponible  2.3 Le PV de la réunion est élaboré et disponible des participants et notés dans le PV disponible, signé et archivé  2.4 Le niveau de réalisation des recommandations de la réunion précédente est apprécié et les nouvelles orientations sont faites  2. Tenue des réunions  2. Tenue des réunions  2. Tenue des réunions  2. Le budget du mois passé est analysé est analysé est analysé est analysé est analysé disponible, comptable et achivé.  2. Le budget du mois passé est analysé disponible et archivé  2. Le Président de la commission vérifle que le DV de la réunion est disponible, signé et archivé des orientations notées dans le PV de la réunion sont faites union précédente est apprécié et les nouvelles orientations notées dans le PV de la réunion est ferille est apprécié et les nouvelles orientations notées dans le PV de la révenito des orientations notées dans le PV de la révenito des orientations notées dans le PV de la révenité que le compte rendu de l'exécution du budget du mois passé est analysé disponible et archivé  2. Te budget exècuté est validé par l'ensemble, disponible, noté dans le PV et archivé  2.8 Le budget du mois en cours est élaboré ét s'assure que budget avenuté est validé par l'ensemble, disponible, noté dans le PV et archivé unios en cours est élaboré disponible et course saure que le budget du mois en cours est élaboré disponible et course s'assure que						

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		2.9 Les recommandations sont formulées et les responsables sont identifiées	Le Président de la commission budgétaire ou le SAF vérifie que les recommandations sont formulées, disponibles et archivés et les responsables de mise en œuvre identifiés.	х	х		
	Rédaction et diffusion du	3.1 Le rapport de la réunion est rédigé	Le président de la commission vérifie que le rapport de la réunion est élaboré et en adéquation avec le PV de la réunion et le signe	Х	Х		
	rapport	3.2 Le rapport de la réunion est diffusé	Le rapport de la réunion est partagé avec toutes les parties prenantes (participants, hiérarchie, tutelle, partenaires)		Х		

## 2.5.2 Déterminant 5.5 : Satisfaction

Tableau 25: Guide de cotation des attentes qualité pour l'aspect satisfaction des usagers

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	sous criteres	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
iée de façon adéquate (respect des normes et procédures en vigueur)		1.1 Les procédures (périodicité, type d'enquête, Cible, méthodologie de recueil, de traitement et de diffusion des données) de l'évaluation de la satisfaction des usagers sont définies	Le directeur vérifie et s'assure que les procédures de l'évaluation de la satisfaction des usagers sont définies disponibles et archivées ;	х	х		
normes et p		1.2 Les outils sont préparés et mis en place: (boite à suggestions, questionnaires élaborés);	Le directeur vérifie et s'assure que les outils d'enquête d'opinion sont élaborés, disponibles et archivés	x	x		
te (respect des		1.3 Les enquêteurs/équipe d'analyse des contenus des boites suggestions sont identifiés et formés;	Le directeur vérifie et s'assure que les enquêteurs/équipe d'analyse des contenus des boites à suggestions sont identifiés et formés (voir liste)	x	х		
e façon adéqua	1. Préparation	1.4 Les enquêteurs identifiés ne sont pas des travailleurs de la santé;	Le directeur vérifie et s'assure que les enquêteurs/équipe identifiés ne relèvent pas de la structure à enquêter (voir liste)		х		
	de l'enquête	1.5 Les questionnaires sont testés et adaptés;	Le directeur vérifie et s'assure que les questionnaires testés et corrigés sont disponibles et archivés	х	х		
n des usagers 6		1.6 Le personnel et les usagers sont informés et sensibilisés à l'activité;	Le directeur vérifie et s'assure que le personnel et les usagers sont informés et sensibilisés sur l'utilité de l'enquête (voir PV de réunion)		х	х	
de la satisfactio		1.7 Le nombre minimum de personnes à interroger par service est de 10 personnes;	Le directeur vérifie et s'assure que le nombre minimum de personnes à enquêter par service est de 10 personnes (voir protocole)		х	х	
50. L'évaluation de la satisfaction des usagers est mer		1.8 Tous les services de l'hôpital sont concernés par l'évaluation	Le directeur vérifie et s'assure que tous les services de l'hôpital sont inclus dans l'enquête (voir liste des services inclus dans l'enquête)		х	X	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		2.1 Le libre consentement des personnes à enquêter est obtenu;	Le superviseur, chef d'équipe ou l'enquêteur vérifie et s'assure que le libre consentement des enquêtés est obtenu (voir signature de l'enquêté sur la fiche d'enquête) disponible et archivé		х	х	
		2.2 Les questionnaires sont administrés en toute confidentialité et en toute neutralité;	Le superviseur observe et s'assure que les questionnaires sont administrés en toute confidentialité et en toute neutralité;	x		X	
	2. Mise en œuvre de l'enquête	2.3 Les interviews sont faits dans le temps négocié avec le répondant;	Le superviseur, chef d'équipe ou l'enquêteur vérifie et s'assure que les interviews sont faits dans le temps négocié avec le répondant;	х		х	
	périodique d'évaluation de la satisfaction des usagers	2.4 Toutes les rubriques sont renseignées et remplies correctement	Le superviseur, chef d'équipe ou l'enquêteur vérifie et s'assure que toutes les rubriques sont renseignées et remplies, disponibles et archivés	х	х		
		2.5 Le contrôle qualité des questionnaires remplis est fait	Le superviseur, chef d'équipe ou l'enquêteur vérifie et s'assure que le contrôle de qualité des questionnaires remplis est fait disponible et archivé	х	х	х	
		2.6 Le contenu des boites à suggestions est dépouillé chaque mois	Le directeur ou le responsable de la commission de dépouillement du contenu boites à suggestions vérifie et s'assure que le rapport de dépouillement des contenus des boites à suggestion est disponible et archivé	X	х		
		3.1 Le plan d'analyse est fait	Le directeur ou le responsable de la commission s'assure que le plan d'analyse est disponible et archivé	х	х		
3. opi	3. Analyse des opinions recueillies	3.2 Les idées maitresses sont cotées sous forme quantitative	Le chef d'équipe vérifie et s'assure que les idées maitresses sont cotées sous forme quantitative, disponibles notées dans le rapport et archivées	х	х	x	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE (Standards)	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	Observation directe	Dépouillement des Outils de gestion	Enquête (interview)	Score sous critère qualité (SSCQ)
		3.3 Les résultats quantitatifs sont analysés et interprétés sous forme de tableaux et graphiques	Le chef d'équipe vérifie et s'assure que les résultats quantitatifs du dépouillement sont analysés et interprétés sous forme de graphique disponibles dans le rapport et archivés	x	х		
		3.4 Les mesures d'amélioration en fonction des opinions des usagers sont élaborées	Le chef d'équipe de l'enquête vérifie et s'assure que les mesures d'amélioration selon les opinions des usagers sont élaborées et intégrés dans le plan d'amélioration de l'hôpital.		х		
		3.5 Le rapport d'analyse est disponible.	Le chef d'équipe des enquêteurs vérifie et s'assure que le rapport d'analyse de l'enquête est disponible et archivé	х	х		
	4. Prise en compte des opinions des usagers	4.1 Le plan de mise en œuvre des recommandations issues de l'enquête est élaboré	Le chef d'équipe des enquêteurs vérifie et s'assure que les recommandations issues de l'enquête sont intégrées dans le plan de mise en œuvre	x	х	х	
		4.2 Le plan de mise en œuvre est correctement appliqué	Le chef d'équipe des enquêteurs vérifie et s'assure que le plan de mise en œuvre est suivi, appliqué, noté dans le rapport de mise en œuvre et archivé	х	х	х	