République Tunisienne
Ministère de la Santé

Les Manuels de l'INEAS

Manuel d'accréditation

des Hôpitaux de Circonscription

ISBN électronique : 978-9973-9896-8-0
ISBN papier :

© INEAS

Edition 2021

Date d'entrée en vigueur : 8 septembre 2021

©Instance Nationale de l'Évaluation et de l'Accréditation en Santé, 2021

Organisme tunisien des droits d'auteur et des droits voisins (OTDAV), 2022

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée

Pour citer ce document : INEAS. Manuel d'accréditation des Hopitaux de Circonscription. Les Manuels de l'INEAS. Tunis, INEAS, 2021. 162 p.

Le présent Manuel d'accréditation des hôpitaux de circonscription dans sa version 1.0 édition 2021 a été approuvé à l'unanimité par le collège d'experts de l'INEAS le 8 septembre 2021.

Les membres du collège d'experts :

- *Pr Amene Allah El Messadi* — *Président du Collège*
- *Pr Abdelmajid Ben Hamida* — *Membre*
- *Pr Fatma Makni Ayedi* — *Membre*
- *Dr Hayet Laajili* — *Membre*
- *Pr Héla Jegham* — *Membre*
- *Pr Imen Limayem Blouza* — *Membre*
- *Dr Mounira Riba Yaakoub* — *Membre*
- *Mr Mourad Katet* — *Membre*
- *Pr Zaineb Labiadh* — *Membre*

LE SOMMAIRE

Le sommaire 2

La préface 9

Les abréviations 10

L'introduction 11

L'accréditation 12

L'INEAS 13

Le développement des référentiels d'accréditation 13

Les établissements concernés par ce manuel 15

La structure du manuel 15

Les étapes de l'accréditation 16

Le niveau d'accréditation et le suivi 19

La formulation d'éventuelles observations / contestations 19

Le référentiel 20

PARTIE I. MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT 22

DOMAINE 1. GOUVERNANCE et LEADERSHIP (GL) 23

➲ Référence GL 1. L'hôpital définit les organes et les pratiques de gouvernance 23

Référence GL 2. Les organes de gouvernance travaillent en collaboration pour développer le champ d'action de l'hôpital 24

Référence GL 3. L'activité administrative de l'hôpital et les prestations quotidiennes sont cohérentes et organisées 25

Référence GL 4. Le directeur de l'hôpital organise la communication interne et externe 25

DOMAINE 2. MANAGEMENT STRATEGIQUE (MS) 27

Référence MS 1. L'hôpital dispose d'un plan stratégique (projet d'établissement) validé 27

Référence MS 2. Le directeur et les responsables des secteurs d'activités mettent en œuvre le plan stratégique (projet d'établissement) validé 28

Référence MS 3. La planification de l'offre de soins prend en compte les attentes de la population en termes de soins curatifs, préventifs et promotionnels. 28

Référence MS 4. Les responsables des services/unités planifient l'offre des soins en concertation avec les usagers. 29

Référence MS 5. La mise en œuvre des actions du plan stratégique (projet d'établissement) est évaluée au moins une fois par an..... 30

PARTIE II. MANAGEMENT DES RESSOURCES TRANSVERSALES.....31

DOMAINE 1. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH).....32

Référence GRH 1. L'hôpital définit et met en œuvre un projet social 32

Référence GRH 2. L'hôpital identifie les besoins en formation professionnelle continue pour son personnel..... 34

➲ Référence GRH 3. L'hôpital a un programme qui traite la sécurité du personnel et la protection de sa santé..... 34

Référence GRH 4. L'hôpital s'engage à promouvoir la qualité de vie au travail 36

DOMAINE 2. FONCTIONS HOTELIERES LOGISTIQUES (FHL) 37

➲ Référence FHL 1 : L'hôpital assure la continuité et la sécurité des fonctions logistiques 37

Référence FHL 2. Les fonctions hôtelières assurent des prestations sûres et de qualité 38

DOMAINE 3. GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES (GRF) 39

Référence GRF1. Le budget est préparé et exécuté selon les principes de transparence et d'efficience conformément au plan stratégique (projet d'établissement)..... 39

Référence GRF 2. Des mécanismes sont en place pour contribuer à l'optimisation des recettes et des dépenses 40

Référence GRF 3. L'exécution du budget fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation..... 41

DOMAINE 4. GESTION DES RESSOURCES MATERIELLES ET DES EQUIPEMENTS (GRM) 42

➲ Référence GRM 1. L'hôpital garantit la sécurité des personnes et des bâtiments 42

➲ Référence GRM 2. Les ressources matérielles et les équipements médico techniques répondent aux normes et aux exigences nécessaires à la qualité et à la continuité des soins. 43

Référence GRM 3. L'hôpital assure la qualité de l'eau et la sécurité au regard des radiations ionisantes 44

DOMAINE 5. GESTION DU SYSTEME D'INFORMATION (GSI) 45

Référence GSI 1. Un schéma directeur du système d'information est mis en œuvre 45

Référence GSI 2. Un système d'information est défini et validé. 45

Référence GSI 3. Un système d'information évolutif est mis en place et fait l'objet d'une amélioration continue..... 46

PARTIE III. MANAGEMENT DE LA QUALITE ET GESTION DES RISQUES.....47

DOMAINE 1. ORGANISATION DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES (QGR) 48

Référence QGR 1. La démarche qualité gestion des risques est structurée et un coordonnateur de l'activité est désigné 49

➲ Référence QGR 2. L'hôpital définit la politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques. 49

Référence QGR 3. Une gestion documentaire est organisée 50

➲ Référence QGR4. Les professionnels sont formés en matière de qualité et gestion des risques 51

➲ Référence QGR 5. Un programme d'amélioration de la qualité-gestion des risques est développé et communiqué dans les secteurs d'activités internes et externes 52

➲ Référence QGR 6. La gestion préventive et curative des risques est organisée et mise en œuvre. 53

➲ Référence QGR 7. Tous les événements indésirables sont signalés, recueillis et analysés et font l'objet d'un traitement adapté 54

Référence QGR 8. La gestion de crise est organisée 55

DOMAINE 2. GESTION DU RISQUE INFECTIEUX (GRI) 56

➲ Référence GRI 1. Un programme de gestion du risque infectieux est mis en place pour les usagers et les professionnels. 56

Référence GRI 2. Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte une surveillance des infections associées aux soins 57

Référence GRI 3. L'hôpital assure une formation et une sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène hospitalière et de gestion du risque infectieux. 57

➲ Référence GRI 4. Une stratégie de promotion de l'hygiène des mains est formalisée et mise en œuvre 58

➲ Référence GRI 5. Une politique de bon usage des antibiotiques est définie et mise en œuvre .. 59

Référence GRI.6. L'hôpital dispose d'un processus pour gérer tous les épisodes épidémiques des Infections Associées aux Soins. (IAS) 60

➲ Référence GRI 7. Des procédures spécifiques aux techniques de soins à risque infectieux sont identifiées. 61

➲ Référence GRI 8. La prévention des accidents d'exposition au sang (AES) et de leurs conséquences est assurée 61

DOMAINE 3. QUALITE ET SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT (QSE) 63

➲ Référence QSE 1. Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en blanchisserie et dans le circuit du traitement du linge. 63

Référence QSE 2. Un contrôle de la qualité de l'eau est préconisé 63

Référence QSE 3. Les règles d'hygiène et de sécurité sont respectées dans la gestion du linge. 64

➲ Référence QSE 4. Une organisation permettant le respect des bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux est en place 65

Référence QSE 5. Le respect des règles d'hygiène et de sécurité sont assurés dans l'entretien des locaux et des surfaces 66

➲ Référence QSE 6. Un processus de gestion des déchets des différentes activités est assuré dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité 67

➲ Référence QSE 7. La lutte contre les nuisibles est assurée dans les hôpitaux 68

➲ Référence QSE 8. La sécurité sanitaire des aliments servis dans l'hôpital est assurée 69

Référence QSE 9. Un plan de réhabilitation et d'entretien des espaces verts est en place. 70

DOMAINE 4. COMMUNICATION INTRA ET INTER EQUIPE (CIE) 70

Référence CIE 1. L'hôpital définit des règles standardisées pour assurer la communication au sein de l'équipe, entre les équipes et lors du transfert des patients entre les services. 70

Référence CIE 2. L'hôpital met en place une procédure pour sécuriser les communications orales et téléphoniques entre les soignants. 71

Référence CIE 3. L'hôpital met en œuvre une procédure de déclaration immédiate des résultats critiques des examens biologiques. 72

DOMAINE 5. PREVENTION DES CHUTES (PC) 72

➲ Référence PC 1. L'hôpital met en œuvre une stratégie de prévention des chutes 73

Référence PC 2. La stratégie de prévention des chutes est régulièrement évaluée. 74

DOMAINE 6. EVALUATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS (ESU) 74

Référence ESU 1. Un dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers est défini, mis en œuvre et communiqué 74

Référence ESU 2. La gestion des plaintes et réclamations est organisée 75

Référence ESU 3. Les délais d'attente sont analysés et des actions d'améliorations sont entreprises 76

PARTIE IV. SOINS CENTRES SUR LE PATIENT 77

DOMAINE 1. DROITS DES PATIENTS ET DES FAMILLES (DPF) 78

Référence DPF 1. L'hôpital soutient et s'engage à protéger et promouvoir les droits des patients et de leur famille 78

Référence DPF 2. Les besoins culturels, psychosociaux, religieux et spirituels du patient sont respectés. 79

Référence DPF 3. L'hôpital s'engage à mettre en œuvre la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance 80

Référence DPF 4. L'hôpital s'engage à respecter la dignité et l'intimité des patients 81

Référence DPF 5. Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour 82

Référence DPF 6. Le patient reçoit une information coordonnée et adaptée sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge 83

Référence DPF 7. Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable lors de sa prise en charge. 84

Référence DPF 8. L'hôpital définit et met des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage du patient 84

Référence DPF 9. La prise en charge de la douleur est assurée 85

DOMAINE 2. GESTION DES DONNEES DES PATIENTS (GDP) 86

➲ Référence GDP 1. L'hôpital met en place et évalue un système d'identitovigilance. 86

Référence GDP 2. L'hôpital définit et met en œuvre une politique du dossier du patient 87

Référence GDP 3. La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable et sécurisée des données 89

➲ Référence GDP 4. L'hôpital s'engage à respecter la confidentialité des informations relatives au patient. 90

Référence GDP 5. L'hôpital organise l'accès du patient à son dossier 91

DOMAINE 3. PARCOURS DU PATIENT (PP).....91

Sous domaine 1. Accueil, accès et continuité des soins (ACS) 92

Référence ACS 1. L'hôpital établit une ou des procédures d'accueil du patient 92

➲ Référence ACS 2. L'hôpital facilite l'accès et la prise en charge de tout patient selon ses besoins. 93

Référence ACS.3. L'hôpital conçoit et met en œuvre des procédures pour assurer la continuité des soins et la coordination entre les différentes unités 93

➲ Référence ACS 4. En cas de besoin, l'hôpital organise le transfert du patient vers d'autres structures. 94

Sous domaine 2. Admission du patient (AP) 95

Référence AP 1. L'hôpital dispose d'une procédure d'admission 95

Sous domaine 3. Évaluation et prise en charge médicosoignante et sociale (EMS) 96

Référence EMS 1. Une évaluation initiale de l'état de santé du patient et des risques liés à sa prise en charge est réalisée 96

Référence EMS 2. Un plan de soins individualisé est élaboré pour chaque patient 97

Référence EMS 3. L'hôpital dispose de protocoles de soins adaptés 98

Référence EMS 4. Le personnel implique les patients et leurs familles dans la prise des décisions éclairées concernant la prise en charge 99

Sous domaine 4. Prise en charge spécifiques (PCS).....100

➲ Références PCS 1. Des procédures de prise en charge des parturientes et des nouveaux nés sont mises en place à la maternité 100

Référence PCS 2. Le service des urgences accueille et prend en charge les patients de façon adaptée à leur état 101

➲ Référence PCS 3. La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'hôpital est assurée 102

Référence PCS 4. L'hôpital met en place une stratégie de repérage et de prise en charge des patients à risque suicidaire 103

Référence PCS 5. L'hôpital assure la prise en charge du patient décédé et l'accompagnement de l'entourage. 104

Sous domaine 5. Education pour la santé - Education thérapeutique (EST)..105

Référence EST 1. L'hôpital établit un programme d'éducation pour la santé au profit des patients selon leurs besoins éducationnels 105

Référence EST 2. L'hôpital intègre l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des patients 106

Sous domaine 6. Sortie du patient (SP).....107

Référence SP1. Le patient, son entourage et les professionnels intervenant en aval sont associés à la planification de la sortie 107

DOMAINE 4. GESTION ET DISPENSATION DES MEDICAMENTS ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX (DMD) 108

➲ Référence DMD 1. Les modalités de gestion des médicaments sont clairement définies..... 108

Référence DMD 2 . Les modalités d'approvisionnement des médicaments et des dispositifs médicaux sont définies..... 109

Référence DMD 3 . Les locaux et les équipements de la pharmacie sont adaptés à sa mission 110

Référence DMD 4. Les médicaments et les dispositifs médicaux sont stockés dans des conditions garantissant leur qualité et leur sécurité. 110

➲ Référence DMD 5. L'hôpital garantit la sécurité et la dispensation des médicaments aux patients 111

Référence DMD 6. Un système de communication avec les prescripteurs et les services est mis en place 113

Référence DMD 7. Les effets indésirables sont signalés et pris en charge. 113

➲ Référence DMD 8 : La gestion et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux sont évaluées..... 114

Domaine 5. BIOLOGIE MEDICALE (BM) 115

Référence BM 1. L'unité de laboratoire est conforme à la législation, à la réglementation et aux standards nationaux en vigueur pour répondre aux besoins du prescripteur et du patient..... 115

➲ Référence BM 2. L'unité de laboratoire définit les modalités de prise en charge des prélèvements..... 115

Référence BM 3. Des règles de fonctionnement sont définies selon la règlementation 116

Référence BM 4. Le personnel et les locaux sont sécurisés..... 117

Référence BM 5. La remise des résultats aux prescripteurs est conforme aux normes, en termes de qualité et de délais 117

Référence BM 6. Une évaluation des prestations fournies par l'unité de laboratoire est réalisée 118

DOMAINE 6. IMAGERIE MEDICALE (IMG) 119

Référence IMG 1. L'unité de l'imagerie médicale est gérée selon les exigences règlementaires nationales et les recommandations de bonnes pratiques. 119

Référence IMG 2. Le responsable de l'unité définit les modalités d'accueil et d'information du patient en coordination avec les services de soins. 119

Référence IMG 3. La sécurité des personnes et des locaux est assurée..... 120

Référence IMG 4. Une évaluation de la qualité des prestations fournies par l'unité d'imagerie médicale est réalisée..... 121

DOMAINE 7. SOINS BUCCO-DENTAIRES (SBD) 122

➲ Référence SBD 1. L'unité de médecine bucco-dentaire offre des prestations de qualité garantissant la sécurité du patient et du personnel 122

Référence SBD 2. La prise en charge des urgences bucco-dentaire est assurée 122

➲ Référence SBD 3. Des procédures pour la prévention des infections associées aux soins sont mises en œuvre au sein de l'unité..... 123

Référence SBD 4. L'hôpital assure la promotion de la santé bucco-dentaire et l'éducation pour la santé aux patients et à leurs familles. 123

Le glossaire 125

La bibliographie 135

PARTIE I : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT.....136

PARTIE II : MANAGEMENT DES RESSOURCES TRANSVERSALES.....139

PARTIE III : MANAGEMENT DE LA QUALITE ET SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT 143

PARTIE IV-SOINS CENTRES SUR LE PATIENT 147

La nature des modifications 152

Les participants.....153

LA PREFACE

L'Instance Nationale de l'Évaluation et de l'Accréditation en Santé "INEAS" a pour mission de promouvoir la qualité, la sécurité et l'équité dans l'offre de soins au bénéfice du citoyen et de la communauté.

Ainsi, elle a développé le référentiel d'accréditation des hôpitaux de circonscription, avec la participation et la collaboration des professionnels de santé, organisés en groupes de travail multidisciplinaires en plus de la participation des usagers lors de l'étape de relecture.

Dans cette première édition, ce manuel d'accréditation adapté au contexte tunisien, a été conçu afin de soutenir le système de santé dans la recherche des meilleures pratiques et dans l'utilisation efficiente des ressources pour répondre ainsi aux normes internationales des services dans les établissements de santé.

Il fera partie d'une série de manuels d'accréditation des établissements de santé dont le premier, consacré aux établissements de première ligne, a été validé puis accrédité par l'ISQua (The International Society for Quality in Health Care) depuis Décembre 2017.

Nous tenons à remercier les experts, les membres des comités et des groupes de travail qui ont contribué à la conception, à l'élaboration, à l'expérimentation et à la finalisation du présent manuel.

Très attendu par les professionnels, ce manuel accompagnera la mise à niveau aux normes internationales des hôpitaux de circonscription qui seront accrédités et leur permettra une visibilité tant nationale qu'internationale.

Pr. Chokri HAMMOUDA

Directeur Général de l'INEAS

LES ABREVIATIONS

ACS : Accueil, accès et Continuité des Soins
AES : Accidents d'Exposition au Sang
ANGED : Agence Nationale de la Gestion des Déchets
AP : Admission du Patient
BM : Biologie Médicale
CIE : Communication et Intra et Équipe
DAS : Déchets de l'Activité des Soins
DMD : Gestion et Dispensation des Médicaments et des Dispositifs Médicaux
DPF : Droit des Patients et des Familles
EI : Evénement Indésirable
EMS : Evaluation et prise en charge Médico-soignante et Sociale
EST : Education pour la Santé-éducation Thérapeutique
ESU : Evaluation de la Satisfaction des Usagers
FHL : Fonctions Hôtelières Logistiques
GDP : Gestion des Données des Patients
GL : Gouvernance et Leadership
GRF : Gestion des Ressources Financières
GRH : Gestion des Ressources Humaines
GRI : Gestion du Risque Infectieux
GRM : Gestion des Ressources Matérielles et des équipements
IAS : Infections Associées aux Soins
IMG : Imagerie médicale
INEAS : Instance Nationale de l'Évaluation et de l'Accréditation en Santé
MS : Management Stratégique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PC : Prévention des Chutes
PCS : Prise en Charge Spécifique
PP : Parcours du Patient
QGR : Qualité et de la Gestion des Risques
QSE : Qualité et Sécurité de l'Environnement
SBD : Soins Bucco-Dentaires
SP : Sortie du Patient

L'INTRODUCTION

La recherche de la qualité dans le domaine de la santé a démarré dès le début du 20ème siècle avec l'élaboration d'un programme de normalisation des hôpitaux, par l'American College of Surgeons ; pour évoluer vers l'accréditation des établissements de santé dans les années 50.

Pays émergent, la Tunisie s'est engagée dans le même sens en intégrant depuis quelques décennies la composante « qualité » dans ses programmes de santé, en lançant une stratégie nationale d'amélioration de la qualité au début des années 2000 et en se dotant de l'Instance Nationale de l'Evaluation et de l'Accréditation en Santé (INEAS) (dénommée initialement INASanté : instance nationale de l'accréditation en santé) en 2012.

Ce Manuel doit permettre aux hôpitaux de circonscription, acteurs essentiels du système de santé tunisien, d'engager et de faire vivre une démarche qualité de haut niveau dont la reconnaissance aboutira à une accréditation par l'INEAS.

L'ACCREDITATION

L'accréditation d'un établissement de santé fait suite à une évaluation externe en vue d'estimer le niveau de performance de son fonctionnement et de ses pratiques et d'apprécier ses capacités et le degré de pertinence des démarches qu'il engage dans l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients au regard des ressources dont dispose l'établissement.

Cette évaluation se fait sur une base volontaire et est menée par des pairs, en se référant aux exigences colligées et consignées dans ce manuel d'accréditation élaboré par l'INEAS et mis à la disposition des établissements et des experts-visiteurs.

➢ Les objectifs de l'accréditation

L'accréditation vise l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients avec comme objectif ultime la satisfaction des usagers du système de santé tunisien.

En effet, l'accréditation a pour objectif d'engager les professionnels de l'établissement dans une dynamique de remise en question et d'auto-évaluation constantes de leurs organisations, de leurs modalités de fonctionnement et de leurs pratiques à travers l'adoption d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services et ainsi mieux répondre aux besoins des usagers.

➢ Le périmètre de l'accréditation

L'accréditation s'adresse aux établissements de santé de tous les niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) des secteurs public, privé et parapublic, et ce, conformément à la réglementation en vigueur définissant l'établissement de santé.

Pour ce faire, l'INEAS veille à mettre en place des mécanismes pratiques pour engager les établissements de santé des trois secteurs à adopter une dynamique d'accréditation volontaire.

➢ Le champ d'application de l'accréditation

L'accréditation intéresse l'établissement de santé dans sa globalité et tous les types de service sont concernés qu'ils soient cliniques, médicotechniques, techniques, logistiques ou administratifs. Elle concerne autant les moyens que les pratiques professionnelles et les résultats.

Parallèlement, il est important de souligner que l'accréditation n'est en aucun cas un système d'inspection ou de contrôle ni un système d'évaluation des compétences des professionnels de santé de l'établissement.

L'INEAS

L'***INEAS*** a été créée en vue de promouvoir la qualité des soins et la sécurité des patients et de soutenir le système de santé dans la recherche des meilleures pratiques et dans l'utilisation efficiente des ressources. La mise en place de l'*INEAS* a pour objectif de faciliter la mise en place d'un système d'amélioration continue de la qualité, d'instaurer la culture de travail en équipe, de remédier aux dysfonctionnements (lutter contre les coûts de la non qualité) et de renforcer la relation de confiance de l'usager à l'endroit de l'établissement de santé mais également de tout le système de santé tunisien tout en se conformant aux exigences des normes internationales en la matière.

Dans ce cadre, l'*INEAS* œuvre à la promotion de la qualité et la sécurité à tous les niveaux de la chaîne de soins en plaçant le citoyen au cœur de son action.

Le présent manuel des hôpitaux de circonscription vient couronner le travail de centaines de professionnels de santé aux côtés de l'*INEAS*.

LE DEVELOPPEMENT DES REFERENTIELS D'ACCREDITATION

L'INEAS constitue une plateforme à destination de tous les professionnels de santé. Elle a adopté dès sa mise en place une charte déontologique intégrant <u>les principes de la collégialité et de la multidisciplinarité</u>.

Le Manuel d'accréditation des hôpitaux de circonscription a été développé en tenant compte des principes suivants :

- Sécurité, dignité et respect du patient
- Patient au centre du dispositif
- Dynamique d'amélioration continue

- Travail de groupe
- Objectifs internationaux de sécurité
- Élaboration participative
- Transparence

Le manuel d'accréditation des hôpitaux de circonscription est le fruit d'un parcours, engagé depuis septembre 2018 et réalisé en plusieurs étapes, qui a obéit à une logique de concertation et d'ouverture de l'INEAS. En effet, l'instance a tenu, dès le départ, à associer pour sa réalisation autant des professionnels de santé des niveaux local, régional et central reconnus pour leur riche expérience que les usagers à travers la contribution de quelques associations des représentants. Parallèlement, l'INEAS a bénéficié ponctuellement de l'accompagnement d'une assistance technique internationale.

Les référentiels ont été développés sur la base des étapes suivantes :

1. Analyse de la demande et étude de faisabilité
2. Validation de la demande
3. Élaboration d'un plan de développement
4. Benchmarking
5. Sélection d'expert(s)
6. Rédaction du draft (v0.1)
7. Relecture et analyse des écarts/ISQua
8. Mise à jour du draft (v0.2)
9. Séminaire(s) de relecture
10. Validation pour test
11. Test α
12. Mise à jour (v0.4)
13. Test β
14. Finalisation du référentiel (v0.5)
15. Validation finale v1.0
16. Évaluation du processus de développement du référentiel.

A cet effet, l'équipe de l'INEAS remercie vivement l'ensemble des experts et des professionnels de santé, en exercice ou à la retraite, des niveaux local, régional et central ayant contribué, de près ou à distance, à la production de ce manuel et tient à leur exprimer sa gratitude pour les efforts déployés avec compétence et professionnalisme pour mener ce projet à terme.

Ces remerciements s'adressent également aux :

- Organismes internationaux : OMS, Union Européenne, pour leurs appuis et soutiens.
- Instances d'accréditation et de certification :
    - Haute Autorité de Santé (HAS) - France,
    - Central Board of Accreditation of Healthcare Institutes (CBAHI) – Arabie Saoudite,
    - Joint Commission International (JCI)

pour le partage de leurs expériences et de leurs savoir-faire.
La liste des personnes impliquées dans le développement de ce Manuel d'accréditation est disponible sur le site de l'INEAS et est annexée au manuel.

Ce manuel est la propriété de l'INEAS. Il ne peut en aucun cas être utilisé comme référence d'agrément, de contrôle ou d'inspection.

Seule l'INEAS peut utiliser le référentiel ci-après pour l'accréditation des hôpitaux de circonscription ou structures équivalentes.

LES ETABLISSEMENTS CONCERNES PAR CE MANUEL

Le présent manuel s'adresse aux hôpitaux de circonscription sous tutelle du ministère de la santé ou aux centres médicaux de la douane équivalents relevant du ministère des finances.

Les hôpitaux de circonscription ont une compétence territoriale à l'échelle d'une ou plusieurs délégations. Ils dispensent des prestations de médecine générale, d'obstétrique et d'urgence et disposent de lits d'hospitalisation et de moyens de diagnostic adaptés à la nature et au volume de leurs activités. Comme toutes les autres structures sanitaires publiques, ils assurent toutes les prestations sanitaires éducatives, préventives et curatives relevant de la mission des centres de santé de base.

LA STRUCTURE DU MANUEL

Le présent manuel comprend :

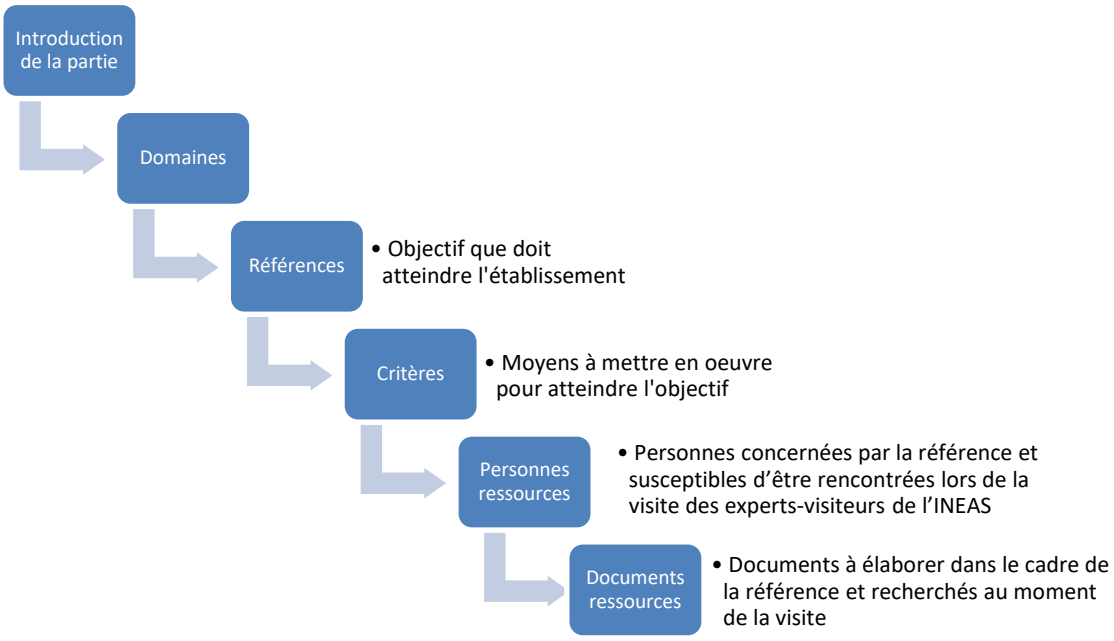
- La liste des abréviations
- Une introduction générale rappelant les objectifs et les attendus de l'accréditation
- Les référentiels composés de 4 parties subdivisées en 20 domaines :

Exemple :

- **Intitulé de la Partie I : Management de l'établissement**
  - Domaine 1 : Gouvernance et leadership (GL)
  - Domaine 2 : Management stratégique (MS)

- Le glossaire
- La bibliographie

Par ailleurs, chaque partie du référentiel est structurée sur la base architecturale suivante :



Ce référentiel comprend ainsi :

- 4 parties
- 20 domaines avec une introduction rappelant les enjeux et le périmètre
- 110 références
- 436 critères

Par ailleurs, parmi les 110 références le manuel identifie 33 références prioritaires requérant un niveau de maîtrise élevé.

LES ETAPES DE L'ACCREDITATION

Le processus d'accréditation est le fruit d'une approche collaborative entre l'INEAS, les experts-visiteurs et les professionnels des hôpitaux de circonscription.

Une procédure décrit précisément les différentes étapes du processus d'accréditation. Les principales étapes sont :

Le rapport de visite permet de préciser :

- Les constats faits par les experts-visiteurs
- L'évaluation des critères sur la base de l'échelle suivante :
  - Niveau 3 : l'établissement répond totalement au critère
  - Niveau 2 : l'établissement répond globalement au critère
  - Niveau 1 : l'établissement répond partiellement au critère
  - Niveau 0 : l'établissement ne répond pas du tout au critère
  - Niveau NA : le critère n'est pas applicable dans l'établissement
- Le score de chaque référence est calculé automatiquement sur la base de l'évaluation de chacun des critères la composant (score allant de 0 à 100 %) en tenant compte du statut de la référence (simple ou prioritaire)

- Le niveau d'atteinte de chaque référence sur la base du tableau suivant :

Référence simple	Référence prioritaire	Cotation de la référence
Score ≥ 75 %	Score ≥ 90 %	A
50 % ≤ Score < 75 %	75 % ≤ Score < 90 %	B
25 % ≤ Score < 50 %	45 % ≤ Score < 75 %	C
Score < 25 %	Score < 45 %	D

1- L'attribution de décisions

Seules les références cotées C ou D peuvent faire l'objet d'une décision définie en fonction de leur nature, des risques induits et l'existence ou non d'une dynamique d'amélioration relative à la référence considérée.

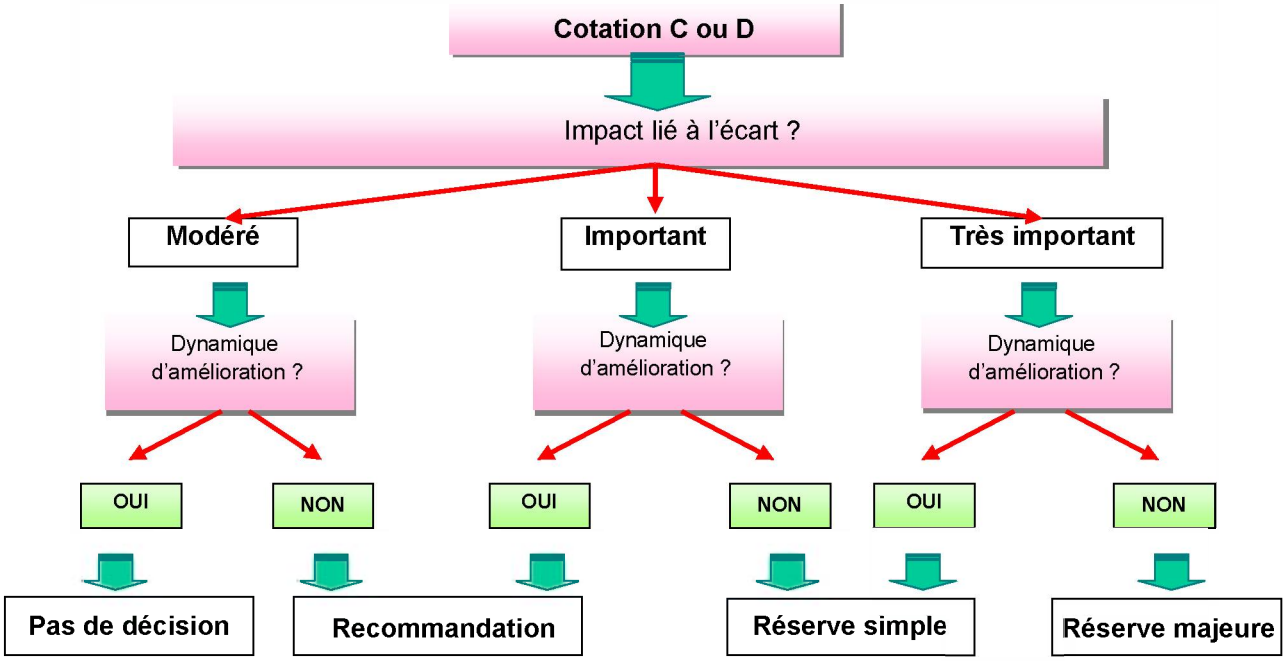
L'impact de l'écart est évalué par les experts-visiteurs de la façon suivante :

- **Modéré** : l'écart n'a aucune conséquence sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients et/ou ne désorganise pas les services
- **Important** : l'écart peut avoir un impact sur la prise en charge des patients (report, retard, …) sans mettre en cause leur sécurité et/ou désorganiser les services
- **Très important** : l'écart peut avoir des conséquences sur la sécurité des personnes ou des biens et/ou désorganise de façon importante les services.

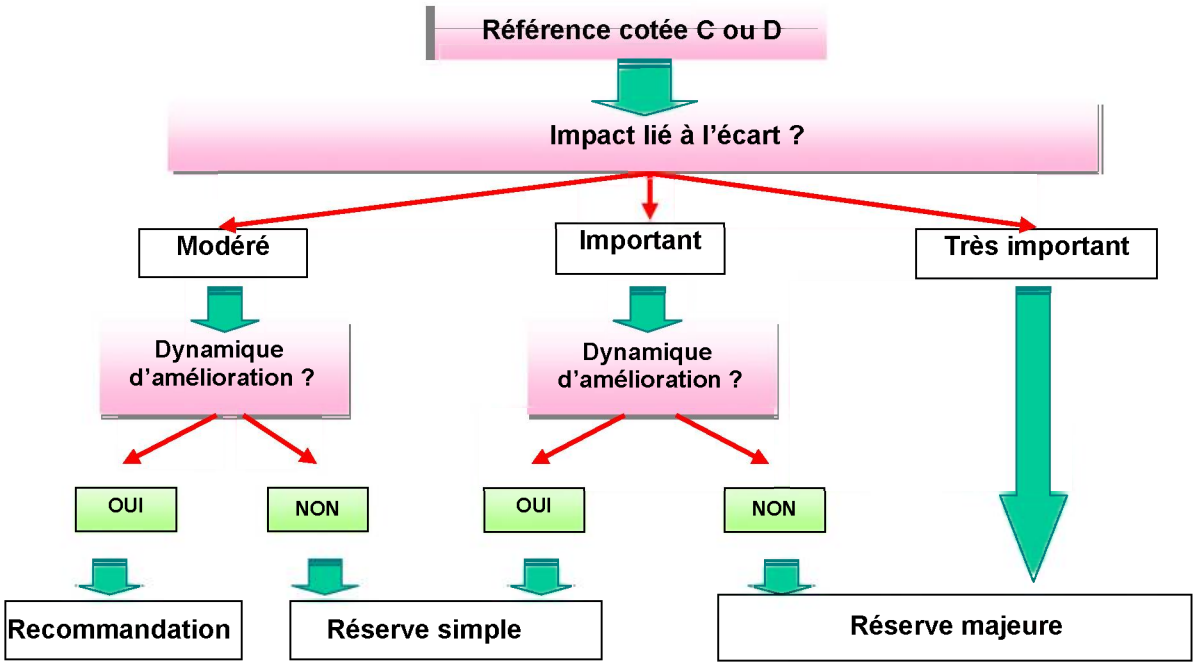
L'expert-visiteur considère qu'une démarche qualité est engagée dès lors que l'établissement apporte la preuve que la problématique fait l'objet d'une réflexion formalisée (comptes rendus de réunion ou relevé de décisions), voire qu'un plan d'action est mis en œuvre.

Les décisions sont attribuées à l'issue d'un processus décisionnel décrit ci-dessous et prenant en considération la nature prioritaire ou non de la référence

- **Référence simple**



- **➲ Référence prioritaire**



LE NIVEAU D'ACCREDITATION ET LE SUIVI

5 niveaux d'accréditation sont possibles. L'existence de plus de 04 réserves majeures aboutit à une non accréditation et l'établissement de santé doit engager une nouvelle démarche.

Type de décision	Niveau d'accréditation
Absence de décision	**Accréditation Platine**
Une ou plusieurs recommandations sans réserves	**Accréditation Or**
1 à 3 réserves simples	**Accréditation Argent**
4 à 7 réserves simples et/ou 1 à 2 réserves majeures	**Accréditation Bronze**
Plus de 7 réserves simples et/ou 3 à 4 réserves majeures	**Accréditation conditionnelle**
Plus de 4 réserves majeures	**Non accréditation**

En fonction des décisions et du niveau d'accréditation, les membres du Collège d'experts arrêtent la durée de l'accréditation, ainsi que les modalités de suivi pour l'établissement :

Niveau d'accréditation initial	Modalités de suivi	Maintien de l'accréditation
Accréditation Platine	Pas d'action immédiate	Une fois l'accréditation obtenue l'établissement envoie le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) à 18 mois
Accréditation Or		
Accréditation Argent	Rapport de suivi	
Accréditation Bronze	Rapport de suivi	
Accréditation conditionnelle	Visite ciblée	
Non accréditation	Nécessité de s'engager dans un nouveau cycle	

LA FORMULATION D'EVENTUELLES OBSERVATIONS / CONTESTATIONS

Dans le cadre de la procédure contradictoire, le responsable de l'établissement a la possibilité de formuler des observations à la réception du rapport de visite et des contestations à la réception du rapport d'accréditation.

La procédure d'accréditation précise les modalités à suivre pour exprimer ces observations / contestations.

LE REFERENTIEL

Nota bene :

- **Les références en rouge et précédées du sigle ➲ sont des références prioritaires.**
- **Les documents ressources sont cités à titre indicatif et non exhaustif. Ils doivent permettre au personnel du centre de mettre en œuvre le critère. Le personnel peut aussi se doter d'autres documents pour satisfaire la référence. Les documents ressources permettent aux experts-visiteurs d'évaluer la mise en œuvre du critère et la satisfaction de la référence.**
- **Les personnes ressources sont les personnes concernées par la référence et susceptibles d'être rencontrées par les experts-visiteurs de l'INEAS. Les personnes ressources sont cités à titre indicatif et non exhaustif.**

LE GLOSSAIRE

Accident

Évènement ou chaîne d'évènements non intentionnels et fortuits provoquant des dommages.

Accident exposant au sang

Tout contact avec du sang ou du liquide biologique contenant du sang et comportant :

- soit une effraction cutanée (piqûre, blessure..),
- soit la projection sur une muqueuse (bouche, œil) ou sur une peau lésée.

Accréditation

Procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques

Action corrective

Action visant à éliminer la cause d'une non-conformité ou d'une autre situation indésirable détectée. Il peut y avoir plusieurs causes à une non-conformité. Une action corrective est entreprise pour empêcher l'occurrence.

Action préventive

Action visant à éliminer la cause d'une non-conformité potentielle ou d'une autre situation potentielle indésirable. Il peut y avoir plusieurs causes à une non-conformité potentielle. Une action préventive est entreprise pour empêcher l'occurrence, alors qu'une action corrective est entreprise pour empêcher la réapparition (NF en ISO 9000, octobre 2005).

Administration médicamenteuse

L'administration est réalisée à partir d'une prescription médicale et dépend en premier lieu de la qualité de celle-ci.

Le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la règle des 5 B : *« administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment »*. Les étapes de l'administration des médicaments sont :

- Prendre connaissance de la prescription médicale
- Préparer l'administration
- Administrer le médicament

Amélioration continue de la qualité

Processus structuré cyclique d'amélioration qui conduit à l'obtention de niveaux plus élevés de performance par le biais d'un changement progressif et continu.

Audit

Processus méthodique, indépendant et documenté, permettant d'obtenir des preuves objectives et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaits (Source : ISO 9000 : 2015)

Audit clinique

L'audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques par comparaison à des références admises. Sa principale caractéristique est de mesurer les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue (généralement exprimée dans les recommandations professionnelles). C'est une méthode orientée vers l'action. Son but est d'améliorer la qualité des soins délivrés. La réalisation d'un AC s'intègre dans une démarche d'amélioration de la qualité ou peut en être le point de départ. (Source : HAS – 1999)

Bientraitance

Culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance (Source : ANESM, 2008).

Bio nettoyage

Procédé destiné à réduire la contamination biologique des surfaces.

Charte du patient

Document qui permet de faire connaître concrètement les droits essentiels des patients accueillis dans les établissements de santé, tels qu'ils sont affirmés par les lois, décrets et circulaires.

Communauté

Ensemble de personnes, de familles, de groupes ou d'organismes vivant ensemble dans une même région géographique ou un même milieu et/ou ayant des intérêts communs.

Compétences

Capacités d'un individu à exercer une fonction ou réaliser une tâche. Permettent d'agit et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée.

Confidentialité

Dans un système d'information, propriété d'une information qui n'est ni disponible, ni divulguée aux personnes, entités ou processus non autorisés (NF en ISO 7498-2). Plus couramment, maintien du secret des informations. Les établissements de santé sont tenus de garantir la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières). Néanmoins, l'application de ce principe ne doit pas être une entrave à la continuité et à la sécurité des soins. Ainsi, les informations à caractère médical sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe qui la prend en charge. (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Consentement éclairé

Accord qu'un malade doit donner au professionnel de santé pour l'autoriser à intervenir sur sa personne. (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Déchets d'activités de soins

Déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif dans les domaines de la médecine humaine.

Démarche qualité

Ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients. La démarche qualité repose sur différents facteurs :

- Prise en compte des besoins ;
- Implication de la direction pour associer l'ensemble du personnel à cette démarche ;
- Réflexion collective sur les ressources nécessaires ;
- Adhésion du personnel à la mise en œuvre des actions qualité ;
- Mise à disposition d'outils de mesure de la qualité.

Les décisions s'appuient sur des faits, des informations précises et objectives. (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Développement professionnel continu

Dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dispensation médicamenteuse

Acte placé sous la responsabilité directe du pharmacien. C'est une activité clé dans la prise en charge médicamenteuse du patient. Le pharmacien dispense l'ensemble des médicaments faisant l'objet de prescription. Les différentes étapes du processus de dispensation sont :

- Analyse de l'ordonnance
- Conseil pharmaceutique et la mise à disposition d'informations nécessaires au bon usage des médicaments
- Délivrance
- Contribution aux vigilances et traitements des alertes sanitaires

Dispositif médical

Tout instrument, appareil, équipement, matière ou autre, utilisé seul ou en association chez l'être humain pour

- Le diagnostic, la prévention, le traitement d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap
- L'étude, le remplacement, le remplacement ou la modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique

Dossier patient

Lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé. (Source : Manuel d'accréditation ANAES – 1998)

Éducation pour la santé

- Ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir, comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir, à une aide en cas de besoins (OMS)
- L'éducation pour la santé est un processus pédagogique élargi visant à développer chez les individus un ensemble de connaissances, d'attitudes et d'aptitudes dans le but de leur donner les moyens d'un comportement plus efficace dans le maintien, la protection ou la restauration de leur santé ou de celle de leur entourage (Cornillat)

Enquête de satisfaction

Outil permettant l'évaluation régulière de la satisfaction des clients. Elle peut prendre différentes formes (questionnaire, entretiens, …).

Enregistrement

Support (papier, informatique, …) fournissant des preuves tangibles des activités effectuées ou des résultats obtenus. Élément essentiel de la traçabilité.

Équipements de protection individuelle (EPI)

Dispositif ou moyen destiné à être porté ou tenu par une personne en vue de la protéger contre un ou plusieurs risques susceptibles de menacer sa sécurité ou sa santé au travail.

Erreur médicamenteuse

Écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du malade. Dans le domaine de la santé, l'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le malade. Par définition, l'erreur est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique d'un malade. (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Evaluation

Démarche qui vise à mesurer, quantifier et caractériser une situation, une entité, un résultat ou une performance.

Evaluation des pratiques professionnelles

Analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations selon une méthode validée incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Évènement indésirable

Situation qui s'écarte de procédures ou de résultats attendus dans une situation habituelle et qui est ou serait source de dommages.

Événement indésirable grave

Tout événement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Fiche de fonction

Document décrivant les missions et les tâches à accomplir spécifiques à une fonction professionnelle donnée (fiche de fonction infirmière, fiche de fonction surveillant, …)

Fiche de poste

Document nominatif décrivant les missions et les tâches à accomplir spécifiques à un poste (fiche de poste d'IDE aux urgences, fiche de poste d'agent de stérilisation, …). Ce document est communiqué au professionnel qui le signe et en garde une copie. Il constitue la base de l'évaluation annuelle.

Gestion documentaire

Ensemble des règles concernant les documents internes et externes et définissant :

- Le mode d'élaboration et d'évolution des documents
- La gestion des références
- L'élaboration de critères d'identification et de classification
- La rédaction de procédures de vérification, de validation, de mise à disposition des documents
- Les dispositions relatives à la sécurité du contenu des documents

(Source : HAS – manuel de Certification v2010)

Gestion des risques

Démarche permettant à une structure de s'assurer qu'elle connaît et comprend les risques auxquels elle est exposée. Elle comprend deux approches complémentaires :

- L'approche prospective basée sur l'identification a priori des risques (cartographie des risques)
- L'approche rétrospective basée sur l'identification, le signalement, l'analyse et le traitement des évènements indésirables

Cette démarche aboutit dans tous les cas à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan d'actions.

Gouvernance

Cadre de référence pour l'autorité et le contrôle dans une organisation.

Identification du patient

Ensemble des règles permettant aux structures de soins d'identifier les patients de manière fiable et sécurisée.

Incident

Action ou situation n'entraînant pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, mais dont le résultat est inhabituel et qui, dans d'autres circonstances, pourrait entraîner des conséquences

Indicateur

Donnée chiffrée objective constituant un outil d'évaluation et d'aide à la décision.

Infection associée aux soins

Infection survenant au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient et qui n'était ni présente ni en incubation au début de la prise en charge.

Maintenance

Ensemble des opérations permettant de restaurer, vérifier ou contrôler la disponibilité d'un matériel ou d'un équipement. La maintenance curative intervient après une défaillance. La maintenance préventive est organisée en amont pour prévenir la survenue de défaillances.

Management

Ensemble des techniques d'organisation et de gestion d'une entreprise. Par extension, désigne aussi les hommes qui dirigent l'entreprise. (Source : ISO 9000 : 2015)

Matériovigilance

La matériovigilance a pour objectif d'éviter que ne se (re)produisent des incidents et risques d'incidents graves mettant en cause des dispositifs médicaux, en prenant les mesures préventives et /ou correctives appropriées.

Médicaments « look alike – sound alike »

Médicaments à consonance ou à conditionnement susceptibles d'induire une confusion lors de leur dispensation. Nécessitent des conditions de stockage et de dispensation sécurisés.

Nomenclature Hospitalière

Liste élaborée par l'unité de la pharmacie et du médicament avec la contribution des membres du comité technique et des commissions spécialisées des spécialités pharmaceutiques ainsi que les pharmaciens hospitaliers.

La Nomenclature Hospitalière est utilisée comme référence pour connaître les DCI que les prescripteurs peuvent utiliser dans les structures sanitaires publiques.

La nomenclature hospitalière est révisée périodiquement afin de mettre à la disposition des médecins, médecins dentistes et pharmaciens exerçant dans les structures sanitaires publiques un document répondant au mieux à leur besoin pour l'exercice quotidien de leur fonction.

Partenariat

Coopération entre le patient, ses proches et les intervenants de santé (praticiens et gestionnaires).

Pharmacovigilance

Surveillance des médicaments et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré

Plan d'action

Document interne aux entreprises définissant identifiant a minima :

- Les actions à mettre en œuvre pour atteindre des objectifs
- Les responsables des actions
- Le calendrier de mise en œuvre
- Les éléments de suivi

Il s'inscrit dans un processus en 3 temps comprenant une phase d'élaboration, une phase de mise en œuvre et une phase de suivi et d'évaluation.

Plan de formation

Ensemble des actions et des stages de formation dont peuvent bénéficier les salariés en termes d'adaptation au poste de travail ou de développement des compétences.

Politique qualité

Orientations et objectifs généraux de qualité exprimés par la direction et formalisés dans un document écrit. La politique qualité définit ainsi les orientations et les enjeux poursuivis en termes de satisfaction des bénéficiaires. (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Procédure

Document décrivant un processus sous l'angle organisationnel. (Source : ISO 9000 : 2015)

Processus

Ensemble de tâches constituant une activité et défini par un élément d'entrée et un élément de sortie.

Programme national

Outil structurant qui favorise la cohérence des pratiques en santé publique et un levier incontournable pour renforcer les actions de surveillance, de promotion, de prévention et de protection afin d'agir efficacement sur les facteurs qui influencent la santé globale de la population.

Le Programme national de santé publique propose des pistes d'action pour agir efficacement sur les déterminants de la santé et pour créer des environnements sains et sécuritaires.

Projet d'établissement

Document stratégique élaboré par les responsables l'établissement :

- Les missions
- Les valeurs
- Les activités
- L'organisation
- Les axes de développement

Centré autour du projet médical, le projet d'établissement peut comporter d'autres composantes :

- Projet de soins infirmiers
- Projet qualité et gestion des risques
- Projet social
- Projet architectural
- Schéma directeur informatique
- …

Le projet d'établissement est validé pour 5 ans et fait l'objet d'un suivi régulier.

Projet de soins

Projet définissant le traitement et les soins adaptés au patient. Ce projet tient compte de l'avis du patient et de son entourage et est établi de manière concertée. Il est réajusté tout au long de la prise en charge. (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Promotion de la santé

Processus qui confère aux populations des moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

Protocole

Document décrivant un processus sous l'angle technique.

Qualification du personnel

Ensemble des connaissances et des diplômes d'un travailleur, ainsi que de son expérience professionnelle et de ses qualités personnelles et morales le rendant apte à un poste de travail dans une structure.

Qualité

Ensemble des caractéristiques et propriétés d'une entité (produit, établissement, …) qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites de manière durable, au moindre coût et dans les meilleurs délais.

Radioprotection

Ensemble des mesures prises pour assurer la protection de l'homme et de son environnement contre les effets néfastes des rayonnements ionisants.

Recommandations de bonnes pratiques

Propositions développées méthodiquement pour aider les praticiens et les patients à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Retour d'expérience (REX)

Organisation permettant, par l'analyse pluri-professionnelle, rétrospective et systémique d'évènements indésirables et de dysfonctionnements associés aux soins, la mise en place d'actions d'amélioration contribuant à la diminution des risques dans les établissements de santé. L'organisation de retours d'expérience permet une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un évènement indésirable grave associé aux soins (décès, menace vitale, complication, handicap, incapacité, hospitalisation ou prolongation d'une hospitalisation …) ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient (« presqu'accident »).

Revue de morbidité-mortalité (RMM)

Analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Risque

Tout évènement redouté qui réduit l'espérance de gain et ou d'efficacité dans une activité humaine.

Situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine. (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Risque associé aux soins

Risque survenant dans le cadre de l'activité de soins préventifs, diagnostiques, ou thérapeutiques.

Schéma directeur informatique

Acte stratégique destiné à piloter le développement du système d'information. Il fait partie du projet d'établissement et définit une trajectoire d'évolution du système d'information (SI) qui a pour objectif, en partant d'abord des objectifs opérationnels de l'établissement, puis des écarts entre le système d'information existant et le schéma d'urbanisation cible, de définir, d'évaluer et de rendre prioritaires les projets qui contribueront à la réalisation du schéma directeur.

Le SDI traite notamment des points suivants :

- Sécurité du système ;
- Archivage et sauvegarde des données ;
- Accessibilité et adéquation des informations ; équipement et renouvellement des équipements ;
- Maintenance des équipements et des applications ;
- Formation des personnels ;
- Évaluation du système d'information et de la satisfaction des utilisateurs

(Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Signalement d'événements indésirables

Action par laquelle tout incident ou événement indésirable est porté par un professionnel de santé à la connaissance de la structure de vigilance compétente pour le recueil, l'évaluation et la validation des cas. (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Soins palliatifs

Soins dispensés aux patients dont l'affection ne répond pas au traitement curatif et permettant de délivrer des soins continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Système

Ensemble d'éléments corrélés ou en interaction.

Système d'information

Ensemble des informations, de leurs règles de circulation, de mémorisation et de traitement, nécessaires à l'accomplissement des missions de l'établissement en relation avec ses activités métier et son environnement. Ces informations sont échangées entre des acteurs. Ces échanges nécessitent une collaboration et une coordination étroite entre l'ensemble des partenaires. (Source : HAS – Manuel de Certification v2010)

Tableau de bord

Outil de pilotage constitué d'une sélection d'indicateurs permettant au responsable d'une structure et à son équipe de prendre des décisions et d'agir en vue d'atteindre des objectifs définis.

Traçabilité

Aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen d'identifications enregistrées.

Usager

Personne ne qui a recours à un service, en particulier à un service public.

Valeur

Principe guidant la conduite interne d'une structure et de ses relations avec le monde extérieur. Les valeurs fournissent des lignes directrices pour le personnel sur ce qui est bien ou souhaitable et ce qui ne l'est pas. Elles exercent une influence majeure sur le comportement des individus et des équipes et servent de lignes directrices générales dans toutes les situations.

LA BIBLIOGRAPHIE

PARTIE I : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

- **Articles, Rapports, Thèses, ouvrages**

-Management-stratégique-et-le-management-opérationnel Management des entreprises BTS 1 http://mmanagement.e-monsite.com/medias/files/
-Ministère des affaires sociales et de la santé -République française Stratégie d'amélioration de la qualité de vie au travail: Prendre soin de ceux qui nous soignent2016
5 décembre 2016 https://www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante
-Les 7 habitudes des gens efficaces-Steven Covey https://www.fichier-pdf.fr/2013/08/25/les-7-habitudes-des-gens-efficaces/
-HAS La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins-2017 : Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux
-HAS /Question sur la qualité de vie au travail 2015 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf
-La communication intra hospitalière 2012https://www.etudier.com/dissertations/La-Communication-Intra-Hospitaliere/413290.html
-Les leviers qui favorisent la collaboration inter équipe .Mémoire de recherche https://www.usherbrooke.ca/gef/fileadmin/sites/gef/documents/synthese_projets_recherche/2012
-Communication et relations humaines Amélioration de la communication intra et inter services http://www.crip-ressourceshumaines.com/communication_inter_services.html
– IFSI CHU NICE – Février 2013 Satisfaction des patients 1 PÔLE Parcours Patient Direction Qualité Risques Évaluation
https://ifsiduchudenice20122015.files.wordpress.com/2014/11/satisfaction-des-patients.pdf-
-HAS -Guide thématique des experts-visiteurs Management stratégique2014
-ANCSEP TUNISIE : recommandations de matériovigilance
-Haute Autorité de Santé : Manuel de certification des établissements de santé - édition 2007 et -2009
-ISQua : Guidelines & principles for the development of health and social care standards, 4th edition version 1.2 September 2015 https://www.isqua.org/media/attachments/2018/03/20/guidelines_and_principles_for_thedevelopment_of_health_and_social_care_standards__4th_edition_v1.2.pdf
Effective 1 Janvier 2016

- **Guides et manuels**

-INEAS Tunisie Manuel d'accréditation des centres de santé de base et des centres intermédiaires version 2017
-INEAS Tunisie Manuel d'accréditation des établissements de santé de 2ème et 3ème lignes 2018
-ANAES manuel d'accréditation des établissements de santé février 1999
-ANAES Manuel d'accréditation des établissements de santé deuxième procédure d'accréditation Septembre 2004-HAS manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation2007
-HAS Manuel de certification des établissements de santé V2010 EDITION 2014
-HAS Référentiel d'évaluation des centres de santé2000

-Manuel arabe de l'accréditation des établissements de santé février 2009
-Planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies : Raynald Pineault, Agence d'ARC Inc.(les éditions)
- Ministère des affaires sociales et de la santé FRANCE :
o Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service .Agence nationale de l'amélioration et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) - DEC. 2009
- Ministère de la santé TUNISIE
o Manuel des procédures de gestion administrative et financière des établissements publics de santé, approuvé par arrêté du Ministre de la santé du 18 sept.1997

- **Textes législatifs et réglementaires**

- Loi n°91-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire.
- Loi n°2001-94 du 7 aout 2001, relative aux établissements de santé prêtant la totalité de leurs services aux profits des non-résidents
- Loi organique n°2004-63 du 27 juillet 2004, relative à la protection des données à caractère personnelles.
- Décret n° 74-1064 du 28 novembre 1974, relatif à la définition de la mission et des attributions du ministère de la santé publique.
- Décret n° 81-793 du 9 juin 1981, portant organisation des services de l'administration centrale du ministère de la santé publique, tel que modifié et complété par le décret n° 82-757 du 5 mai 1982, le décret n° 84 –1433 du 3 décembre 1984, le décret 85-1406 du 8 novembre 1985, le décret n° 98-470 du 23 février 1998, le décret n° 2000 – 2357 du 17 octobre 2000, le décret n° 2006-746 du 13 mars 2006, le décret n° 2007-3017 du 27 novembre 2007 et le décret n° 2014-3939 du 24 octobre 2014.
- Décret n°81-1634 du 30 Novembre 1981, portant règlement général des hôpitaux, instituts et centres spécialisés relevant du ministère de la santé publique.
- Décret n°2002-834 du 17 avril 2002, fixant les critères de classement des structures sanitaires publiques tel que modifié par le décret n°2010-133 du 1er février 2010
- Décret n° 2010-1668 du 5 juillet 2010, fixant les attributions et l'organisation des directions régionales de la santé publique
- Décret n°2002-545 du 5 mars 2002, fixant les conditions des prestations des services pouvant être fournis aux résidents par les établissements de santé prêtant la totalité de leurs services aux profits des non-résidents
- Décret n°94-1056 du 9 mai 1994, fixant la liste des équipements nécessaires aux établissements sanitaires et hospitaliers susceptibles de bénéficier aux incitations fiscales prévues par l'article 49 du code d'incitation aux 'investissements ainsi que les modalités d'octrois de ces avantages ensembles des textes qui l'ont modifié ou complété notamment le nouveau code d'incitation aux investissements.
- Arrêté du Ministre de la santé publique du 20 octobre 1999, portant approbation du manuel des procédures de gestion des affaires de la tutelle des hôpitaux.
- Arrêté du ministre de la santé publique du 4 décembre 1997, portant approbation du manuel des procédures relatives à la gestion des affaires des établissements publics hospitaliers et sanitaires à caractère administratif.
- Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 18 septembre 1997, portant approbation du manuel des procédures relatives à la gestion des affaires des établissements publics de santé.

- Arrêté du Ministre de la santé publique du 30 décembre 1991, fixant le nombre des membres du comité médical au sein des établissements publics de santé ainsi que les modalités de leur élection ensemble des textes qui l'ont modifié et notamment l'arrêté du 21 juillet 2009.
- Arrêté du Ministre de la santé publique du30 décembre 1991 fixant les modalités d'élection des membres du conseil d'administration au sein des établissements publics de santé, ensembles des textes qui l'ont modifié ou complété et notamment l'arrêté du 21 juillet 2009.
- Arrêté du Ministre de la santé publique du 24 septembre 2014, fixant la liste des établissements sanitaires à vocation universitaire, des hôpitaux régionaux, des hôpitaux de circonscriptions, des groupements de santé de base.
- Arrêté conjoint du ministre des finances et du ministre de la santé publique du 29 septembre 2010, fixant la convention-cadre de partenariat entre les structures sanitaires publiques
- Circulaire n°02 de l'année 2016, relative au "plan directeur immobilier "dans les structures hospitalières publiques.
- Circulaire n°37 du 23 avril 2003, concernant l'exercice de la tutelle sur les entreprises publiques et les établissements publics de santé
- Loi n° 94-28 du 21 février 1994, portant régime de réparation des préjudices résultant des accidents de travail et des maladies professionnelles.
- Loi n° 2009-11 du 2 mars 2009, portant promulgation du code de la sécurité et de la prévention des risques d'incendie, d'explosion et de panique dans les bâtiments.
- Loi n° 87-31 du 6 juillet 1987, portant ratification de la convention arabe du travail N°7 relative à l'hygiène et à la sécurité du travail.
- Loi n°81-51 du 18 juin 1981, relative à la protection contre les dangers des sources de rayonnements ionisants.
- Loi n° 96-41, relative aux déchets et au contrôle de leur gestion et de leur élimination.
- Loi n° 34-2007 du 4 juin 2007 sur la qualité de l'air.
- Loi n°73-81 du 31 décembre 1973, portant promulgation du code de comptabilité publique
- Loi n°67-63 du 8 décembre 1967, portant loi organique du budget telle que modifiée par la loi n° 2004-42 du 13 mai 2004
-Décret n : 2000-2825 du 27/ 11/ 2000, relatif à l'organisation de la circonscription sanitaire tel que modifié par le décret n : 2003-517 du 10 mars 2003, articles : 5, 9, 13, 16, 17, 20, 21, 22, et 24

PARTIE II : MANAGEMENT DES RESSOURCES TRANSVERSALES

- **Articles, Rapports, Thèses, ouvrages**

-Projet d'établissement Hôpital Régional Haj Ali Soua Ksar Hélal 2016-2020 Tunisie
-Projet d'établissement 2015-2019 .centre hospitalier de Paimpol http://www.ch-Paimpol.com/lrportal/documents
-Satisfaction des patients 1 PÔLE Parcours Patient Direction Qualité Risques Évaluation IFSI CHU NICE 2013
- Les 7 habitudes des gens efficaces-Steven Covey https://www.fichier-pdf.fr/2013/08/25/les-7-habitudes-des-gens-efficaces/
-Projet Médical 2012-2016 –Centre Hospitalier A les Cévennes
- HAS Guide thématique des experts-visiteurs Management stratégique2014
-De Valck C1, Bensing J, Bruynooghe R, Batenburg V Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11687325
- HAS/-Rapport de certification du centre hospitalier de la Haute-Marne 2007
- ANCSEP TUNISIE : recommandations de matériovigilance
- Haute Autorité de Santé Manuel de certification des établissements de santé édition 2007
- ISQua: Guidelines & principles for the development of health and social care standards 4TH edition version 1.2 September 2015 CBAHI

- **Guides et manuels**

-Manuel - CBAHI national hospital standards third effective 1 january 2016-
- Manuel arabe de l'accréditation des établissements de santé février 2009
-INEAS Tunisie Manuel d'accréditation des centres de santé de base et des centres intermédiaires version 2017
-INEAS Tunisie Manuel d'accréditation des établissements de santé de 2ème et 3ème lignes 2018
-JCI Accreditation standards for primary care centers 1st edition Juillet 2008
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service. Agence nationale de l'amélioration et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) - DEC. 2009
- Manuels HAS 2007 et 2010
- Guide d'élaboration du plan clinique. www.msss.gouv.qc.ca-section : documentation rubrique : publications
- Guide de qualité de l'air intérieur dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux- www.msss.gouv.qc.ca section : documentation rubrique : publications
- Manuel des procédures des opérations de maintenance technique et biomédicale Approuvé par arrêté du Ministre de la santé du 18 Déc.200

- **Textes législatifs et réglementaires**

- La constitution tunisienne art : 15-21-32
- Code de travail : loi n°66-27 du 30 avril 1966, portant promulgation du code du travail, ensembles des textes qui l'ont modifiée ou complétée.

- Loi83-112 du 12 décembre 1983, portant statut général des personnels de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratifs.
- Loi organique n°2004-63 du 27 juillet 2004, relative à la protection des données à caractère personnelles.
- Loi n° 2008-10 du 11 février 2008, relative à la formation professionnelle.
- Loi n°88-95 du 2 aout 1988, relative aux archives. Systèmes comptables des entreprises.
- Loi n°83-23du 4 Mars 1983 Prescrivant la mention de la date limite d'utilisation des produits alimentaires conditionnés et des produits de diététique et d'hygiène corporelle.
- Loi n°92-117 relative à la protection du consommateur.
- Loi n°91-39 du 08 juin 1991, relative à la lutte contre les calamités, à leur prévention et à l'organisation des secours.
- Loi n°2004-05 du 03 février 2004, relative à la sécurité informatique.
- Loi organique n°2016-22 du 24 Mars 2016, relative au droit d'accès à l'information.
- Décret n°98-2508 du 18 décembre 1998, fixant le statut particulier aux ouvriers de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratifs.
- Décret n°2009-2501 du 03 septembre 2009, relatif aux emplois fonctionnels du personnel des corps des médecins, pharmaciens et médecins dentistes exerçant dans les différente catégories d'établissements hospitaliers et sanitaires relevant du ministère de la santé publique, tel que modifié par le décret 2010-2995 du 22 novembre 2010.
Décret n°94-1704 du 8 Aout 1994, fixant les conditions et les critères d'évaluation des activités des chefs de services hospitaliers à la composition et aux modalités de fonctionnement du comité consultatif d'évaluation.
- Décret n°56-1985 du 2 janvier 1985, relatif à la règlementation des rejets dans le milieu récepteur
- Décret n°2339 -2000 du 10 octobre 2000, fixant la liste des déchets dangereux
- Décret n°2014-1039 du 13 Mars 2017, portant organisation des marchés publics.
- Décret n°2004-1250 du 25 Mai 2004, fixant les systèmes informatiques et les réseaux des organismes soumis à l'audit obligatoire périodique de la sécurité informatique et les critères relatifs à la nature de l'audit et à sa périodicité et aux procédures de suivi de l'application des recommandations contenues dans les rapports d'audit.
- Arrêté conjoints des Ministres de la santé publique, du commerce et des finances du 16 Mai 2000, fixant la liste des équipements et matériels lourds soumis à l'autorisation préalable du Ministre de la santé publique
- Arrêté du Ministre de la santé publique du 22 juin 2000, fixant les normes et indices de besoin en équipements et matériels lourds, tel que modifié et complété par l'arrêté du 7 Mars 2003
- Arrêté du Ministre de la santé publique du 18 septembre 1997, portant approbation du manuel des procédures spécifiques à la gestion des affaires des établissements publics de santé.
- Arrêté du Ministre de la santé publique du 18 septembre 1997, portant approbation du manuel des procédures spécifiques à la gestion des établissements publics hospitaliers et sanitaires et à caractère administratif.
- Arrêté du Ministre de la santé publique du 2 octobre 1999, portant approbation du manuel des procédures techniques spécifiques en radioprotection
- Arrêté du Ministre de la santé publique du 8 décembre 2007 portant approbation du manuel des procédures de gestion de la maintenance biomédicale et hospitalière
- Arrêté du ministre de la santé, du ministre du commerce et de l'artisanat et du ministre des finances du 17 décembre 2013, fixant la liste des équipements matériels lourds dont l'acquisition,

l'installation et l'exploitation sont soumises à un accord de principe et une autorisation préalable du ministre de la santé.
- Arrêté du ministre de la santé du 17 décembre 2013, fixant les normes et indices de besoins en équipements matériels lourds.
- Arrêté du ministre de la santé du 18 janvier 2016, portant approbation du manuel des procédures de gestion des affaires des bâtiments
- Arrêté du Premier Ministre du 3 octobre 2000, portant approbation du calendrier des délais de conservation des documents communs aux ministères et aux établissements publics.
- Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 12 janvier 2005, portant approbation du calendrier des délais de conservation des documents spécifiques au Ministère de la Santé Publique.
- Circulaire n°6 du 25 janvier 2008, relative au développement des compétences des corps paramédical et technique.
- Circulaire n°14 du 28 février 2012, relative à la formation au sein des structures sanitaires publiques.
- Circulaire n° 93 du 30 décembre 2014, relative à la participation aux sessions de formations et des congrès scientifiques.
- Circulaire n°66 du 20 aout 2014, relative à l'organisation des stages dans les spécialités paramédicales au sein des structures sanitaires publiques.
- Circulaire n°105 du 17 juillet 1982, fixant les missions des techniciens supérieurs en nutrition humaine.
- Circulaire n°58-82, relative à la tenue de la comptabilité matière dans les établissements publics hospitaliers et sanitaires.
- circulaire n°12 du 8 février 2016, relative à la maintenance et maintien de performance des systèmes de climatisation centrale et de traitement d'air en milieu hospitalier.
- Circulaire n°7 du 27 janvier 2016, relative à la déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles.
- Circulaire du MSP N° 35/92 du 04/05/1992 relative à la vaccination du personnel hospitalier et sanitaire contre l'hépatite B et le tétanos.
- Circulaire n°125-96, relative aux conduites, exploitation et maintenance des alimentations en énergie électrique de remplacement.
- Circulaire n°62 du 15 septembre 2001, relative à la prise en charge du phénomène de violence dans les établissements de santé publics
- Note n°71 du 1 septembre 2015, relative à la prise en charge du phénomène de violence dans les établissements de santé publics et la protection des agents de la santé contre les agressions"
- Circulaire n°18 du 31 mars 2018, relative à la promotion de la sécurité des établissements et structures de santé
- Circulaire n°85 du 6 mai 1978, relative à l'amélioration des conditions d'hébergement des malades.
- Circulaire n°63 du 14 juin 1988, relative aux règles de sécurité des personnes et des biens dans les établissements hospitaliers alimentés en gaz naturel.
- Circulaire n°87 du 26 octobre 1989, relative aux contrôles techniques périodiques de sécurité dans les établissements hospitaliers.
- Circulaire n°12 du 5 février 1991, relative à la sécurité des établissements sanitaires contre le risque d'incendie
- Circulaire du premier ministère n°19 du 11 avril 2007, relative au soutien des mesures de la sécurité d'information dans les établissements publics.

- Circulaire n : 62 datée du 15 septembre 2011 relative aux mesures à prendre à l'agression dans les établissements sanitaires
-Loi n : 67-53 du 8 décembre 1967, portant loi organique du budget, ensemble des textes qui l'ont modifiée ou complétée et notamment la loi n : 96-103 du 25 novembre 1996
-Convention internationale : C149 - Convention (n° 149) sur le personnel infirmier, 1977 https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312294:NO
-Convention internationale : C155 - Convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs,1981
https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155
- Recommandation (n° 197) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006 https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R197

PARTIE III : MANAGEMENT DE LA QUALITE ET SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT

- **Articles, Rapports, Thèses, ouvrages**

-Référentiel de bonne pratique en matière d'identitovigilance en région nouvelle aquitaine 2017Version 1 du 26 juin 2017-https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Identitovigilance_Referentiel_NA_V1.pdf
-Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF Les vigilances sanitaires- hospitalières -2011-2012Université de technologie de Compiègne http://www.utc.fr/~farges/DESS_TBH/DESS-TBH.htm
-Satisfaction des patients 1 PÔLE Parcours Patient Direction Qualité Risques Évaluation IFSI CHU NICE 2013
-Les 7 habitudes des gens efficaces-Steven Covey https://www.fichier-pdf.fr/2013/08/25/les-7-habitudes-des-gens-efficaces
-ANAES mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé principes méthodologiques1996
- HAS Annonce d'un dommage associé aux soins 2011
-OMS-Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients édition multi professionnelle https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/Guide_pedagogique_securite_des_patients_-_introduction.pdf
--HAS Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées --2009 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009 06/chutes_personnes_agees_synthese.pdf -
-Prévention des chutes en milieu hospitalier Prise en soins de patients âgés atteints de traumatisme locomoteur au sein de l'Unité 04 à l'Hôpital des 3-CHENES 2010
-Institut National d'excellence en santé et en service sociaux -Québec Chute chez les -patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée 2013https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_Chute_Patients_Etablissements_Sante.pdf
- Letaief M, and Al Adverse events in a Tunisian hospital: results of a retrospective cohort study. Int J Qual Health Care. 2010 ; 22(5):380–385
-Fatme Ezahra Boudel : Classification et évitabilité des EIAS en premier ligne Thèse doctorat médecine : Faculté de medecine Monastir .Mars 2012
- Bouafia N, Bougmiza I, Bahri F, Letaief M, Astagneau P, Njah M. Ampleur et impact des évènements indésirables graves liés aux soins : étude d'incidence dans un hôpital du Centre-Est tunisien. Pan Afr Med J. 2013 ; 16 :68.
- Evaluation et gestion des risques liés aux soins : approches, outils et structures ; Ouvrage collectif (volume III), Service Régional d'Hygiène du Milieu et Protection de l'Environnement de Bizerte ; Année 2010
-HAS Comment déclarer un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) ? 2017
- Dr Ridha Hamza Hygiène hospitalière et lutte contre les IAS
Surveiller, prévenir les infections associées aux soins, Hygiènes, Volume XVIII - N° 4 - Septembre --2010.http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf
-Dr R.Hamza et COL : perception de l'hygiène alimentaire domestique par les consultantes des centres de santé de la ville de Bizerte2007
-Hygiène de la restauration dans les établissements de santé C-CLIN OUEST 2001
-Dr R.Hamza Fonction restauration à l'hôpital 2007

-Les risques infectieux en milieu de soins ; Ouvrage collectif (volume II), Service Régional d'Hygiène du Milieu et Protection de l'Environnement de Bizerte, Année 2008
-HAS Qualité et sécurité des soins : qui mieux pour en parler que les patients et les professionnels ? 2015
-HAS Le patient-traceur en établissement de santé Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Version expérimentale2013

- **Guides et manuels**

ANAES. Manuel d'accréditation des établissements de santé : Deuxième procédure d'accréditation, Septembre 2004
- ANCSEP. Guide des bonnes pratiques de stérilisation, Mai 2013. http://www.ancsep.rns.tn/images/guide-sterilisation.pdf.
- ANGed. Manuel cadre de procédures pour la gestion des Déchets d'Activités Sanitaires Dangereux, Edition 2015. http://www.popstunisie.tn/fileadmin/PDF/DAS/DAS%20MANUEL%20V.2015.pdf
- ANGed. Guide des bonnes pratiques de gestion des Déchets d'Activités de Soins (DAS), Edition2015.http://www.popstunisie.tn/fileadmin/PDF/DAS/DAS%20GUIDE%2015%20New%20taille%20reduite.pdf.
-Manuel - CBAHI NATIONAL HOSPITAL STANDARDS Third Effective 1 January 2016
Manuel arabe de l'accréditation des établissements de santé février 2009
-Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals
6th Edition | Effective 1 July 2017
-Les Guides de l'INEAS Les bonnes pratiques de gestion du risque infectieux dans les structures de santé de la première ligne
-INEAS Tunisie Manuel d'accréditation des centres de santé de base et des centres intermédiaires version 2017
-INEAS Tunisie Manuel d'accréditation des établissements de santé de 2ème et 3ème lignes 2018
-ANAES Manuel d'accréditation des établissements de santé 2ème procédure d'accréditation septembre 2004
-HAS manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation2007
-HAS Manuel de certification des établissements de santé V2010 EDITION 2014
-HAS Référentiel d'évaluation des centres de santé2007

- **Textes législatifs et réglementaires**

- Loi n°91-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire
- Loi organique n°2004-63 du 27 juillet 2004, relative à la protection des données à caractère personnelles.
- Loi n°96-41 du 10 juin 1996, relative aux déchets et au contrôle de leur gestion et de leur élimination modifiée par la loi n° 14 –2001 du 30 janvier 2001.
- Loi n°97-37 du 2 juin 1997, relative au transport routier des matières dangereuses
- Loi n°2007-34 du 4 juin 2007 sur la qualité de l'air.
- Loi n°2008-38 du 23 juin 2008, portant approbation de l'adhésion de la République Tunisienne à l'accord européen relatif au transport international des marchandises dangereuses par route (ADR).
- Décret n°81-1634 du 30 Novembre 1981, portant règlement général des hôpitaux, instituts et centres spécialisés relevant du ministère de la santé publi12que.

- Décret n° 2006-1118 du 20 avril 2006, fixant la mission, les attributions, l'organisation administrative et financière ainsi que les règles de fonctionnement du centre national de pharmacovigilance
- Décret n°2008-2745 du 28 juillet 2008, fixant les conditions et modalités de gestion des déchets des activités sanitaires.
- Décret n° 2010-1668 du 5 juillet 2010 fixant les attributions et l'organisation des directions régionales de la santé publique
- Arrêté du ministre de l'équipement, de l'aménagement territoriale et du développement durable et du ministre de la santé du 6 juin 2014, fixant les prescriptions obligatoires dans les conventions conclue entre l'établissement sanitaire et l'entreprise de gestion des déchets d'activités sanitaires.
- Arrêté du ministre de l'équipement, de l'aménagement territoriale et du développement durable et du ministre de la santé du 6 juin 2014, fixant les prescriptions obligatoires dans les conventions conclue entre l'établissement sanitaire et l'entreprise de gestion des déchets d'activités sanitaires.
- Arrêté du ministre de la santé du 29 avril 1999 portant création et organisation d'un comité d'hygiène
- Circulaire n°76 du 26 aout 2016, relative à la tenue, la dispensation, le stockage et l'utilisation des dispositifs médicaux au sein des structures de santé publiques et privées
- Circulaire n°219 du 21 décembre 1981, concernant le registre d'observations et des propositions des malades
- Circulaire n°36 du 20 mai 1993, relative à l'étude la réponse des citoyens concernant leurs plaintes et contestations.
- Circulaire n°41 du 11 juin 2009, ayant pour objet de promouvoir le plan national de l'hygiène des mains au sein des établissements sanitaires,
- Circulaire n°11 du 25 janvier 1990, portant création d'un comité d'hygiène au sein des établissements hospitaliers.
- Circulaire n°50 du 29 Mai 2008, réglementant la tenue de travail spécifique aux agents de santé.
- Circulaire n°65 du 19 Aout 2014, concernant la bonne gestion des déchets des activités sanitaires.
- Circulaire n°77 du 19 septembre 2016, appelant aux renforcements de la gestion des déchets à activités sanitaires dangereuses.
- Circulaire n°120 du 21 octobre 2016, relative à la conduite, exploitation et maintenance des centrales de traitement de l'eau et des appareils d'hémodialyses.
- Circulaire n°82 du 26 septembre 1989, relative aux commissions locales d'hygiène
- Circulaire n°90 du 25 janvier 1990, relative à la création d'un comité d'hygiène hospitalière dans chaque établissement de santé.
- Circulaire n° 44 du 11 janvier 2005, relative à la lutte contre les infections nosocomiales : place de la désinfection des locaux.
- Circulaire n°125-96 : "conduites, exploitation et maintenance des alimentations en énergie électrique de remplacement".
- Circulaire N°63 du 14 juin 1988, relative à la règle de sécurité des personnes et des biens dans les établissements hospitaliers alimentés en gaz naturel.
- Décret n°2008-2745 du 28 juillet 2008, fixant les conditions et modalités de gestion des déchets des activités sanitaires.
- Décret n° 2010-1668 du 5 juillet 2010 fixant les attributions et l'organisation des directions régionales de la santé publique

- Arrêté du ministre de l'équipement, de l'aménagement territoriale et du développement durable et du ministre de la santé du 6 juin 2014, fixant les prescriptions obligatoires dans les conventions conclue entre l'établissement sanitaire et l'entreprise de gestion des déchets d'activités sanitaires.
- Arrêté du ministre de l'équipement, de l'aménagement territoriale et du développement durable et du ministre de la santé du 6 juin 2014, fixant les prescriptions obligatoires dans les conventions conclue entre l'établissement sanitaire et l'entreprise de gestion des déchets d'activités sanitaires.
- Arrêté du ministre de la santé du 29 avril 1999 portant création et organisation d'un comité d'hygiène
- Circulaire n°76 du 26 aout 2016, relative à la tenue, la dispensation, le stockage et l'utilisation des dispositifs médicaux au sein des structures de santé publiques et privées
- Circulaire n°219 du 21 décembre 1981, concernant le registre d'observations et des propositions des **malades**
- Circulaire n°36 du 20 mai 1993, relative à l'étude la réponse des citoyens concernant leurs plaintes et contestations.
- Circulaire n°41 du 11 juin 2009, ayant pour objet de promouvoir le plan national de l'hygiène des mains au sein des établissements sanitaires,
- Circulaire n°11 du 25 janvier 1990, portant création d'un comité d'hygiène au sein des établissements hospitaliers.
- Circulaire n°50 du 29 Mai 2008, réglementant la tenue de travail spécifique aux agents de santé.
- Circulaire n°65 du 19 Aout 2014, concernant la bonne gestion des déchets des activités sanitaires.
- Circulaire n°77 du 19 septembre 2016, appelant aux renforcements de la gestion des déchets à activités sanitaires dangereuses.
- Circulaire n°120 du 21 octobre 2016, relative à la conduite, exploitation et maintenance des centrales de traitement de l'eau et des appareils d'hémodialyses.
- Circulaire n°82 du 26 septembre 1989, relative aux commissions locales d'hygiène
- Circulaire n°90 du 25 janvier 1990, relative à la création d'un comité d'hygiène hospitalière dans chaque établissement de santé.
- Circulaire n° 44 du 11 janvier 2005, relative à la lutte contre les infections nosocomiales : place de la désinfection des locaux.
- Circulaire n°125-96 : "conduites, exploitation et maintenance des alimentations en énergie électrique de remplacement".
- Circulaire N°63 du 14 juin 1988, relative à la règle de sécurité des personnes et des biens dans les établissements hospitaliers alimentés en gaz naturel.
- Manuel du M.S daté 2006, réalisé par la direction de l'hygiène de milieu et de la protection de l'environnement : LA FONCTION DU LINGE
- Circulaire N :124 du 11 décembre 1995, relative à la gestion des déchets hospitaliers
- Circulaire n : 98 du 25/10/ 1994 relative à la lutte contre les rongeurs
- Circulaire n : 6 du 12 janvier 1995, relative à la lutte contre les insectes
- Loi n : 23 de l'année 1983 du 4 mars 1983 à l'obligation de mentionner la date limite des aliments conservés, les produits alimentaires et la propreté corporelle
- Décret n° : 81-1634 du 30711/ 1981, article : 47 (service de cantine)

PARTIE IV-SOINS CENTRES SUR LE PATIENT

- **Articles et ouvrages**

- HAS Le déploiement de la bientraitance : Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD Groupe Bientraitance https://www.has-sante2012.fr/portail/upload/docs/application/pdf/10/bientraitance__rapport.pdfFORAP-HAS
-HAS La bientraitance en situations de vie2012
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1322033/fr/bientraitance-en-situation-de-vie-outil-danimation-ccecqa
-Les 7 habitudes des gens efficaces-Steven Covey https://www.fichier-pdf.fr/2013/08/25/les-7-habitudes-des-gens-efficaces
-DROITS DES PATIENTS GRAND HOPITAL DE L'EST Francilien https://www.ghef.fr/sites/default/files/page/document/2018 06/Politique%20Droits%20des%20patients%20%281%29.pdf
-Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF Les droits des patients http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe__humanité/droit__patient/site/html/cours.pdf-2011-2012
-Référentiel de bonne pratique en matière d'identitovigilance en région nouvelle aquitaine Version 1 du 26 juin 2017-https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Identitovigilance_Referentiel_NA_V1.pdf
-2011-1012 Les vigilances sanitaires- hospitalières -Université de technologie de Compiègne http://www.utc.fr/~farges/DESS_TBH/DESS-TBH.htmComité éditorial pédagogique de l'UVMaF
-Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée Projet EUSTaCEA, avec le soutien du programme Daphne III2010
-HAS Accès aux informations concernant la santé d'une personne Modalités pratiques et accompagnement2005
-2010 Textes législatifs régissant l'exercice de la médecine générale en Tunisie SMGT DR H Besbes
- Code de déontologie médicales Tunisie CNOM 2017
- HAS- Guide thématique des experts-visiteurs des experts-visiteurs- 2013-
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge -
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/identification_patient_-_guide_ev_v2014.pdf - 2014 HAS guide_ev_v2014.Guide thématique des experts-visiteurs Prise en charge de la douleur2014
-International Affairs and Best Practice guidelines Évaluation et PEC de la douleur 2013-
- HAS-La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge 2000
SIDIIEF Québéc LA QUALITE DES SOINS ET LA SECURITE DES PATIENTS : UNE PRIORITÉ MONDIALE 2015https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/SIDIIEF-M-moire-Qualit-des-soins.pdf
-Accréditation Canada -Agrément Canada Contenu commun – Services centrés sur l'usager et la famille2014
https://ipac-canada.org/photos/custom/OldSite/pdf/News_14Apr25_SES-2016-FR.pdf
- HAS-15 programmes d'amélioration des pratiques VIOLENCE EN HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE P4 2015
-HAS Recommandations Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation2007
HAS Guides, méthodes et outils d'aide à la mise en œuvre de l'EPP - certification V2010

- HAS L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé Juin 2005
- Évaluation des pratiques professionnelles et médicaments à risque : exemple des insulines https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution1.pdf
- HAS Guide méthodologique Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques2007
- UNION EUROPEENNE/MAROC : Appui technique pour l'amélioration de la gestion et de l'organisation des pharmacies hospitalières2013
- HAS- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments201
- HAS Note méthodologique et de synthèse documentaire 2015
« Sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures – Établissement d'une check-list »
ANAES Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé préparation de la sortie du patient hospitalisé 2001novembre
- HAS Certification des établissements de santé Guide thématique des experts-visiteurs2014
Parcours du patient :
- Ministère de la santé Tunisie -Charte du patient
-Charte de non punition https://www.chissoudun.fr/fichiers_site/a4672ch/contenu_pages/CHARTE_DE_NON_PUNITION.pdf
-Charte de signalement des évènements indésirables associés aux soins - https://www.prevention-medicale.org
-OMS standards pour l'amélioration de la qualité des soins2017
Maternels et néonatals dans les établissements de santé
-HAS Guide thématique des experts-visiteurs Prise en charge des urgences et des soins non programmés2014
-Ministère de la sante Tunisie 2016 Guide pour la mise en place de procédures de prise en charge d'un patient aux urgences 2016

- **Guides et manuels**

-GUIDE DE BONNE PRATIQUE DE LABORATOIRE : unité des laboratoires de Biologie Médicale. Ministère de la Santé Publique.
-CBAHI NATIONAL HOSPITAL STANDARDS Third Edition-2015
Effective 1 January 2016
-Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals
6th Edition | Effective 1 July 2017
-JCI Accreditation standards for primary care centers 1st edition July 2008
-Self-Assessment for Lebanon Primary Care Standards2011
-The Primary Health Care Package for South Africa – a set of norms and standards-2000
-Manuel arabe de l'accréditation des établissements de santé février 2009
-INEAS Tunisie Manuel d'accréditation des centres de santé de base et des centres intermédiaires version 2017
-INEAS Tunisie Manuel d'accréditation des établissements de santé de 2ème et 3ème lignes 2018
-ANAES manuel d'accréditation des établissements de santé février 1999
-ANAES Manuel d'accréditation des établissements de santé deuxième procédure d'accréditation septembre 2004
-HAS manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation2007
-HAS Manuel de certification des établissements de santé V2010 EDITION 2014

-HAS Référentiel d'évaluation des centres de santé2007
-Textes législatifs régissant l'exercice de la médecine générale en Tunisie SMGT DR H Besbes 2010.

- **Textes législatifs et réglementaires**

-Décret n : 2002-545 du 5 mars 2002, fixant les conditions des prestations des services pouvant être fournis aux résidents par les établissements de santé prêtant la totalité de leurs services aux profits des non-résidents
-Arrêté du ministère de la santé publique du 28 aout 2014, portant approbation du manuel des procédures de gestion des affaires laboratoires d'analyses médicales
-Circulaire n : 36 du 19 mai 2009 relative à la promulgation de la charte du patient
-Note n : 37 du 29 mai, relative à l'organisation des activités médicales dans les services médicales et chirurgicales au niveau des établissements de santé publics
-Circulaire n : 48 du 9 mai 1988 : Ordonnance médicale
-circulaire n : 100 du 27 octobre 1993, relative à la protection des malades contre les accidents
-circulaire n : 34 du 20 avril 1999, relative au renforcement des mesures de sécurité des malades dans les structures sanitaires
-circulaire n : 84 du 23 juin 1996, relative aux accompagnants des malades
-note circulaire n : 705 du 5 mai 1997, relative à l'accueil et prise en charge des malades au niveau des structures hospitalières
-Arrêté du ministère de la santé publique du 8 décembre 2007 portant approbation du manuel des procédures de gestion de la maintenance biomédicale et hospitalière
-circulaire n : 85 du 6 mai 1978,relative à l'amélioration des conditions d'hébergements des malades
- Constitution Tunisienne 2014: arts 15-21-22-23-24-38
- Loi n°91-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire
- Loi organique n°2004-63 du 27 juillet 2004, relative à la protection des données à caractère personnelles.
- Loi n°91-21 du 13 Mars 1991, relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et médecin dentiste.
- Loi n°2002-54 du 11 juin 2002 relative aux laboratoires de biologies médicales.
- Loi N° 81-51 du 18/06/1981 : relative à la protection contre les dangers des sources de rayonnements ionisants.
- Loi N° 94-28 du 21/02/1994 : portant régime de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- Loi N° 95-56 du 28/06/1995 : portant régime particulier de réparation des préjudices résultant des accidents de travail et des maladies professionnelles dans le secteur public.
- Loi n° 61-15 relative à l'inspection des pharmaciens et des entreprises pharmaceutiques.
-Circulaire 93/91 du 15 octobre 2011 : Constitution du comité thérapeutique
-Circulaire 67 du 31 juillet 2006 : Acquisitions des dispositifs médicaux et autres produits de santé
-Circulaire 21/97 du 10 avril 97 : acquisitions des accessoires médicaux
-Circulaire 32/96 du 26 février 1996 : Approvisionnement des médicaments par commande ferme
-Circulaire 28/93 : détention des substances psychotropes dans les hôpitaux et structures sanitaires
-Circulaire 28/91 du 4 avril 1991 ! Commandes des produits hors nomenclature hospitalière
-Circulaire 59/82 du 27 mars 1982 : gestion et tenue de la comptabilité des médicaments
-Circulaire 26/99 du 3 avril 1999 ; stratégie de surveillance et étude du décès maternelle

- Décret n°81-1634 du 30 Novembre 1981, portant règlement général des hôpitaux, instituts et centres spécialisés relevant du ministère de la santé publique.
- Décret n°2014-4030 du 3 octobre 2014, portant approbation du code de conduite et de déontologie de l'agent public.
- Décret n°1155-93 du 17 mai 1993, portant code de déontologie médicale.
- Décret n°259-73 du 31 mai 1973, portant promulgation du code de déontologie dentaire tel que complété par le décret n°80-99 du 23 janvier 1980.
- Décret n°433 du 28 Mars 1986 relatif à la protection contre les rayonnements ionisants.
- Décret n° 93-2175 du 1er novembre 1993, fixant la liste des analyses pouvant être pratiquées - Arrêté du ministre de la santé publique du 24 juin 2010, portant création d'un comité technique pour l'étude de l'impact des rayonnements non ionisants sur la santé tel que modifié par l'arrêté du 25 Aout 2010.
- Arrêté du ministre de la santé publique du 12 Mai 2011 fixant les règles de bonnes pratiques de laboratoires d'analyses médicales.
- Arrêté du ministre de la santé du 22 janvier 2010
-arrêté du ministère de la santé publique du 8 décembre 2007 portant approbation du manuel des procédures de gestion de la maintenance biomédicale et hospitalière
-circulaire n : 85 du 6 mai 1978, relative à l'amélioration des conditions d'hébergements des malades
-loi n : 2002-54 du 11 juin 2002 relative aux laboratoires de biologie médicale
-Circulaire n : 13 du 08/ 2 /1993, relative à la déclaration des décès en milieu hospitalier
-Décret N : 2010-220 du 6 /9/ 2010 modifiant et complétant le décret n : 93-1915 du 31/8/ 1993, fixant les structures et les spécialités ainsi que les normes en capacité, les locaux, équipements et personnels des établissements sanitaires
-Décret n : 86-433 du 28 mars 1986, relatif à la protection contre les rayonnements ionisants
-Code de déontologie médicale Tunisie –Conseil National Ordre Médecins 2017 : ---- https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf

I Devoirs généraux des médecins

Article 2 - respect de la vie et de la dignité de la personne
Article 3 - Principes de moralité et de probité
Article 4 - Secret professionnel article 5 - indépendance professionnelle
Article 6 - Libre choix
Article 7 - Non-discrimination article
Article 11 - Développement professionnel continu

II Droits envers les patients

Article 32 - Qualité des soins article
Article 33 - Diagnostic
Article 34 – Prescription
Article 35 - information du patient
Article 36 - Consentement du patient article
Article 37 - Soulagement des souffrances - Non-obstination déraisonnable
Article 37-1 - Directives anticipées
Article 37-2 - Arrêt - Limitation de traitement Article 37-3 - Sédation profonde
Article 37-4 - Accompagnement du patient et de son entourage
Article 38 - Soins aux mourants – accompagnement
Article 45 - Dossier professionnel ou fiche d'observation, tenu par le médecin

Article 46 - Communication du dossier tenu par le médecin
Article 47 - Continuité des soins

LA NATURE DES MODIFICATIONS

Nature des modifications	Date	Version
*Création du manuel	8 septembre 2021	1.0

LES PARTICIPANTS

LES PARTICIPANTS AU DEVELOPPEMENT DU MANUEL D'ACCREDITATION DES HÔPITAUX DE CIRCONSCRIPTION VERSION 1.0 / EDITION 2021	
GROUPE PROJET INEAS	
NOM - PRENOM	**FONCTION**
AFEF LASSOUED	Technicien major en hygiène
AMEL BELKACEM HAMMAMI	Service gestion des personnels et des experts
AMEL SMADHI SALAH	Sous-directeur de la mise en œuvre des programmes d'accréditation
CHAYMA AYARI	Sous-directeur - Unité des affaires juridiques et contentieux
CHOKRI HAMOUDA	Directeur général
DORRA BOURAS	Technicien supérieur en hygiène
FERDAWS SARDOUK	Dentiste stagiaire
HAGER GHANNOUCHI	Chef de service veille et développement des référentiels
KHALED ZGHAL	Directeur général
RANIA HSSOUNA	Secrétaire médicale
RIM SLOUMA	Chef de service de l'organisation, suivi de l'accréditation et programmation des évaluateurs des structures de santé
SIHEM ESSAAFI	Directrice de l'accréditation
SIHEM MAJOUL	Responsable qualité
WAFA ALLOUCHE	Chef de service de soutien des structures de santé

GROUPE VALIDATION DES DOMAINES		
NOM - PRENOM	**PROFIL**	**INSTITUTION**
ABDELATIF JEMAI	Directeur régional	DRS ARIANA
ABDELKRIM GHARBI	Directeur	HC OULED HAFFOUZ
AFIFA JARRAYA	Directrice	DRS ARIANA
AHLEM GZARA ZARGOUNI	Directrice	DMSU/ Ministère de la santé
CHIRAZ MHENNI	Sous - directrice	DRS ARIANA
ELYES AMMAR	Sous - directeur	DRS BIZERTE
FETHI YAHMADI	Médecin chef de service	HC NEFZA
JAMILA KADRI	Surveillant génral de circonscription	DRS MANOUBA
KARIMA BADRI	Hygiéniste	DHMPE/ Ministère de la santé
LEILA LARBI	Directrice	Ministère de la santé
MOHAMED RIADH FEKI	Chef de service	HC TEBOULBA
MONCEF BELHADJ YAHYA	Secrétaire général	ATDDS

GROUPE VALIDATION DES DOMAINES		
NOM - PRENOM	**PROFIL**	**INSTITUTION**
OLFA JOUINI	Hygiéniste	DHMPE
RAJA MAHFOUDH	Directrice	DRS TUNIS
SIHEM BELLALOUNA	Directrice	UCDR/ Ministère de la santé
SONIA JEDIDI	Pharmacienne	HC EL FAHS

GROUPE DE REDACTION	
EXPERTS NATIONAUX	
NOM - PRENOM	**PROFIL**
Amel MHIRSI	Médecin major de la santé / promotion des prestations sanitaires
Ali HAMDI	Directeur des hôpitaux

GROUPE DE TRAVAIL		
NOM - PRENOM	**PROFIL**	**INSTITUTION**
HOUSSEM GHOZZI	Administrateur	HC NEFZA
FEIZA GHODHBANE	Diététicienne	HC RAS JBAL
MOHAMED RIADH FEKIH	Médecin	HC TEBOULBA
ABDELAZIZ CHEBCHOUB	Surveillant	HC ENNADHOUR
AMEL SELTANA	Médecin major	HC RAS JBAL
SOUAD BOUSSETTA	Infirmière	HC BENI KHALLED
ASMA NOURI	Pharmacienne	HC BENI KHALLED
LEILA LAHBIB	Sage-femme	HC BENI KHALLED

GROUPE DE RELECTURE		
Management de l'établissement		
NOM – PRENOM	**PROFIL**	**INSTITUTION**
ABDELLATIF LAHAMI	Directeur	HC TEBOULBA
ABDELLATIF JEMAI	Directeur régional	DRS ARIANA
CHOKRI ZOGHLAMI	Médecin	DEP
FETHI YAHMDI	Médecin	HC NEFZA
HABIB WACHEM	Directeur	HC MATEUR
ILHEM MAROUANI	Pharmacienne	HC AMDOUN
JAMILA KREDISS	Surveillante	HC OUED ELLIL
KARIMA BADRI	Hygiéniste	DHMPE/Ministère de la santé
MOURAD KETAT	Directeur	GSB SOUSSE
NEJI ATOUANI	Médecin - Directeur de la santé préventive	DRS BEJA
REBEH BAAZAOUI	Médecin	HC BOUHAJLA

GROUPE DE RELECTURE		
Management des ressources transversales		
NOM - PRENOM	**PROFIL**	**INSTITUTION**
CHOKRI HAMROUNI	Surveillant	HC MATEUR
ELYES AMMAR	Médecin, Sous-Directeur	DRS BIZERTE
FATMA EZZOHRA KAMOUN	Médecin	GSB ZAGHOUAN
FATMA TEMIM	Médecin	ONFP
FEIZA GHODHBANE	Nutritionniste	HC RAS JBAL
GHASSEN CHARFI	Econome	HC KELIBIA
LOTFI KADRI	Surveillant général	HC REGUEB
MOHAMED ZAHER AHMADI	Médecin de la santé publique/ directeur régional	DRS SIDI BOUZID
NABIL BEN AMOR	Médecin de la santé publique	HC ENFIDHA
NEDRA AMRI	Technicienne en hygiène/ chef du service d'hygiène	GSB KAIROUAN
RAJA MAHFOUDHI	Directrice	DRS TUNIS
ROCHDI BELHARETH	Directeur	HC ENFIDHA
Management de la qualité et gestion des risques		
NOM - PRENOM	**PROFIL**	**INSTITUTION**
ABDELLATIF JEMAI	Directeur régional	DRS ARIANA
ABDELLATIF LAHAMI	Directeur	HC TEBOULBA
CHOKRI HAMROUNI	Surveillant	HC MATEUR
CHOKRI ZOGHLAMI	Médecin	DEP
ELYES AMMAR	Sous-Directeur	DRS BIZERTE
ABDELFATTEH BEN HAMIDA	Hygiéniste	HC RAS JBAL
FATMA EZZOHRA KAMOUN	Médecin	GSB ZAGHOUAN
FATMA TEMIM	Médecin	ONFP
FEIZA GHODHBANE	Nutritionniste	HC RAS JBAL
FETHI YAHMDI	Médecin	HC NEFZA
GHASSEN CHARFI	Econome	HC KELIBIA
HABIB WACHEM	Directeur	HC MATEUR
HELA SOUILEH	Médecin	Institut KASSAB
HOUSSEM GHOZZI	Directeur	HC NEFZA
IBTISSEM BLANCO	Médecin - Directrice de la santé préventive	DRS BIZERTE
ILHEM MAROUANI	Pharmacienne	HC AMDOUN
JAMILA KREDISS	Surveillante	HC OUED ELLIL
KARIMA BADRI	Hygiéniste	DHMPE
LOTFI BEN REGAYA	Surveillant	HC
MERIEM KAABACHI	Hygiéniste	HC TEBOURSEK
MOHAMED ZAHER AHMADI	Médecin - Directeur régional	DRS SIDI BOUZID
MOURAD KETAT	Directeur	GSB SOUSSE
NABIL BEN AMOR	Médecin	HC ENFIDHA
NABILA FOURATI	Médecin	HC KELIBIA

GROUPE DE RELECTURE		
NEDRA AMRI	Technicienne en hygiène/ chef du service d'hygiène	GSB KAIROUAN
NEJI ATOUANI	Médecin - Directeur de la santé préventive	DRS BEJA
OLFA OUNI	Nutritionniste	HC AMDOUN
RAFIKA MAKHLOUF	Surveillante service maternité	HC KELIBIA
RAJA MAHFOUDHI	Directrice	DRS TUNIS
REBEH BAAZAOUI	Médecin de la santé publique	HC BOUHAJLA
ROMDHANE RADAOUI	Médecin de la santé publique	
Soins centrés sur le patient		
NOM - PRENOM	**PROFIL**	**INSTITUTION**
ABDELKARIM GHARBI	Directeur	HC OULED HAFFOUZ
AMEL SELTANA	Médecin	HC RAS JBAL
BAHRI GHRIBI	Médecin	HC GUEBOULAT
FAWZI DHAOUAFI	Surveillant général	HC NEFZA
FAWZI SMARA	Infirmier	HC BOUHAJLA
FERIDA OUCHARI	Sage-femme	HC AMDOUN
FETHI MANSOURI	Surveillant	HC AMDOUN
IBTISSEM DALLEGI	Sage-femme	HC RAS JBAL
IBTISSEM OUELHEZI	Dentiste	HC TESTOUR
INES LAHBIB	Pharmacienne	HC EL ALIA
KAMEL MOSBAHI	Pharmacien	HC REGUEB
KHALIL JLASSI	Documentaliste	INEAS
LEILA DOGHRI	Directeur	Unité de la santé bucco-dentaire
MAHASSEN DHAOUADI	Médecin - chef de service	HC MATEUR
MOHAMED HARRATHI	Directeur	HC BOUHAJLA
MOHAMED RIADH FEKIH	Médecin	HC TEBOULBA
MONCEF BELHAJ YAHYA	Surveillant général	ATDDS
MOUNA SAKLY	Médecin	QSSB
NISSAF SIALA	Pharmacienne spécialiste	Expert visiteur INEAS
OLFA BEN KHADIJA	Infirmière	HC KELIBIA
OLFA OUNI	Nutritionniste	HC AMDOUN
OMAR BEN MANSOUR	Médecin - Sous-directeur de la promotion sanitaire	Sfax
OMAR SALHI	Médecin	HC RGUEB
RAJA KEFI	Administrateur	Sous-direction inspection Audit ONFP
RANIA HASSOUMA	Secrétaire médicale	INEAS
RAWDHA ZMERLI	Nutritionniste	HC KELIBIA
SONDOS BEN LAKHAL	Pharmacienne	HC HAFFOUZ
SONIA KHALFALLAH	Sous directrice de santé de base	DRS NABEUL

TESTING DU REFERENTIEL D'ACCREDITATION DES HÔPITAUX DE CIRCONSCRIPTION	
TEST α DU REFERENTIEL	
ETABLISSEMENTS EXPERIMENTATEURS	
INSTITUTIONS	**REGIONS**
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION AMDOUN	BEJA
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION BOUHAJLA	KAIROUAN
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION EL ALIA	BIZERTE
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION EL FAHS	ZAGHOUANE
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION ENFIDHA	SOUSSE
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION KELIBIA	NABEUL
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION MATEUR	BIZERTE
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION NEFZA	BEJA
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION OULED HAFFOUZ	KAIROUAN
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION RAS JBAL	BIZERTE
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION REGUEB	SIDI BOUZID
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION TEBOULBA	MONASTIR
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION TEBOURSEK	BEJA
TEST β DU REFERENTIEL	
ETABLISSEMENTS EXPERIMENTATEURS	
INSTITUTIONS	**REGIONS**
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION MATEUR	BIZERTE
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION SEJNENE	
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION EL ALIA	
HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION RAS JBAL	
EXPERTS VISITEURS	
NOM - PRENOM	**PROFIL**
ADEL SAÏDI	DIRECTEUR HOPITAL REGIONAL
BRAHIM YAZID	MEDECIN
EMNA CHERIF	DIRECTRICE HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION
HATEM MECHRI	MEDECIN – DIRECTEUR DE LA PROMOTION DES PRESTATIONS SANITAIRES
IBTISSEM BLANCO	MEDECIN – DIRECTRICE SANTE PREVENTIVE
KHALED OTHMANI	DIRECTEUR HOPITAL REGIONAL
NEJI ATOUANI	MEDECIN – DIRECTEUR SANTE PREVENTIVE
ROMDHANE RADDAOUI	MEDECIN – CHEF DE CIRCONSCRIPTION
SALEM ENBILI	DIRECTEUR GENERAL HOPITAL UNIVERSITAIRE
SAMIR AROUS	INFIRMIER – PROFESSEUR PARAMEDICAL
SAOUSSEN HAMMAMI	SAGE-FEMME – PROFESSEUR PARAMEDICAL
SONIA KHALFALLAH	MEDECIN - DIRECTRICE DE LA PROMOTION DES PRESTATIONS SANITAIRES

GROUPE DE RELECTURE GLOBALE ET D'APPROBATION		
NOM - PRENOM	**PROFIL**	**INSTITUTION**
ABDELAZIZ CHABCHOUB	Surveillant	HC ENNADHOUR
ABDELKRIM GHARBI	Directeur	HC OULED HAFFOUZ
ABDELTIF JEMAI	Directeur régional	DRS ARIANA

GROUPE DE RELECTURE GLOBALE ET D'APPROBATION		
NOM - PRENOM	**PROFIL**	**INSTITUTION**
ABDELTIF LAHAMI	Directeur	HC TEBOULBA
ASMA NOURI	Pharmacienne	HC BENI KHALLED
ASMA TRABELSI	Technicien supérieur en laboratoire	HC TESTOUR
CHOKRI MANNAI	Directeur	DIM
FAOUZIA DHAOUAFI	Surveillant général	HC NEFZA
FATMA EZZAHRA KAMMOUN	Médecin de la santé publique	GSB ZAGHOUAN
HELLA SOUILAH	Médecin major de la santé publique	INSTITUT KASSAB
HENDA HAJJEJI	Sage-femme	HC NEFZA
IBTISSEM DALLAGI	Sage-femme	HC RAS EJBAL
IMED MELLAKH	Sous-directeur	DIM/Ministère de la santé
JAMILA HELALI	Médecin	HC HAFFOUZ
JAOUHAR MZID	Médecin	Association tunisienne de défense du service public de la santé et des droits de ses usagers
MOHAMED MEDDAR	Directeur	DEP
NABIHA BORSALI FALFOUL	Professeur hospitalo-universitaire	DGS/Ministère de la santé
RAJA KEFI	Administrateur	Sous-direction inspection Audit / ONFP
RAOUDHA ZMERLI	Nutritionniste	HC KELIBIA
REBEH LAJILI	Directeur	DRS TUNIS
ROMDHANE RAADAOUI	Médecin de la santé publique	HC GAFSA
SAMEH SAADAOUI	Technicien supérieur en radiologie	HC TEBOURSEK
SIHEM BELLALOUNA	Directrice	Ministère de la santé
SONDES BEN LAKHAL	Pharmacienne	HC HAFFOUZ
SONIA JEDIDI	Pharmacienne	HC EL FAHS
AFEF LASSOUED	Hygiéniste	INEAS
AMEL SALAH	Médecin chef de service référentiels	
ANIS BOUSSIF	Responsable financier	
CHAIMA AYARI	Juriste	
DORRA BOURASS	Hygiéniste	
KHALIL JLASSI	Documentaliste	
RANIA HASSOUMA	Secrétaire médicale	
SAMI TAZARKI	DSI	
SIHEM MAJOUL	Responsable Qualité totale et Audit	

COMITE DE FINALISATION		
NOM - PRENOM	**PROFIL**	**INSTITUTION**
ABDELFATTEH BEN HAMIDA	Hygiéniste	HC RAS-JBAL
EMNA CHERIF	Directrice	HC ETTADAMEN
FEIZA GHODHBANE	Surveillante	HC RAS-JBAL
FETEN BARGAOUI	Dentiste	CSB BASSATINE/HC ETTADAMEN
HAGER GHANNOUCHI	Médecin-chef de service veille et développement des référentiels	INEAS
IBTISSEM BLANCO	Directrice de la santé préventive	DRS BIZERTE
NEJI ATOUANI	Directeur de la santé préventive	DRS BEJA
RIM ABID	Pharmacienne	HC ETTADAMEN
SIHEM ESSAAFI	Directrice	INEAS
SIHEM MAJOUL	Responsable qualité	INEAS
WAFA ALLOUCHE	Médecin – Chef de service de soutien des structures de santé	INEAS

ASSISTANTS INTERNATIONAUX	
NOM - PRENOM	**PROFIL**
JAN MACKERTH-HILL	Director-MB3 healthcare Ltd- ISQua
Martial FAVRE	Médecin

ASSISTANCE INEAS	
NOM - PRENOM	**FONCTION**
AMIRA SLITI	Technicien major en anesthésie réanimation
KHALIL JELASSI	Documentaliste
LOBNA BEN JALLEL	Assistante de direction

INEAS

الهيئة الوطنية للتقييم و الاعتماد في المجال الصحي

Instance Nationale de l'Evaluation & de l'Accréditation en Santé

Régulation du système de santé par

Efficience

Evaluation

Accréditation

Sécurité

Qualité

الهيئة الوطنية للتقييم و الاعتماد في المجال الصحي

Instance nationale **de l'évaluation et de l'accréditation en santé**

INEAS 7 Rue Ahmed Rami 1002 le Belvédère Tunis
Tél. : +216 71 104 611 Fax : +216 71 104 657
E-mail : info@ineas.tn

www.ineas.tn