## Questionnaire - nouvelles normes hôpitaux à partir du 15 septembre 2024 - Phase 2

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’institution** |  |
| **Adresse** |  |
| **Numéro d’agrément de l’institution** |  |
| **Site/adresse(s) concerné(s) par la demande** |  |
| **Personne de contact** |  |
| **E-mail** |  |
| **Tél.** |  |

**\*** *Pour que votre demande puisse être traitée de façon optimale, vous devez répondre à* ***toutes les questions*** *de ce questionnaire. Veuillez également cocher la case « non applicable » si la question ne s'applique pas à votre institution.*

1. **Si vous introduisez votre demande par courrier, veuillez envoyer les documents dans l'ordre suivant. Vous pouvez les enregistrer sur une clé USB (pas dans un fichier zip) :**

**Pour garantir la sécurité des données, nous vous demandons de verrouiller la clé USB par un mot de passe. Après avoir envoyé la clé USB, veuillez fournir ce mot de passe par e-mail aux collaborateurs de la Cocom. Toutefois, si possible, nous vous recommandons de déposer la clé USB en personne au siège de la Cocom.**

1. **Si vous introduisez la demande par voie électronique (via Irisbox), vous pouvez télécharger les documents directement dans cette application.**
2. **Vous pouvez également envoyer la demande accompagnée des documents par courrier électronique à l'adresse suivante :** [**agrements-erkenningen@vivalis.brussels**](mailto:agrements-erkenningen@vivalis.brussels)

* **Questionnaire** - nouvelles normes hôpitaux à partir du 15 septembre 2024

**Maternité :**

* Suivi postnatal à domicile : nombre + nom des sage-femmes ou équipes de sage-femmes et convention(s) applicable(s)
* Gîte de naissance : plan, description équipement et description organisation/accessibilité du personnel au gîte de naissance ou convention(s) pour la mise à disposition de la salle d'accouchement si applicable

**Revalidation :**

* Revalidation service Sp : convention(s) relative(s) à l'offre de lits SP si applicable

**Psychiatrie :**

* Convention avec Brusano
* Équipes mobiles 2A, 2B : copie P.-V. des réunions se tenant 2 fois par an (avec liste de présence + mention de la fonction)
* Service A : description organisation interne ou convention(s) relative(s) à l'offre de lits A si applicable
* Service K : convention(s) relative(s) à l'offre de lits K si applicable

**Gynécologie et obstétrique :**

* Interruption volontaire de grossesse : convention relative à la prise en charge des interruptions de grossesse si applicable

**Fin de vie :**

* Euthanasie : convention relative à la prise en charge des euthanasies si applicable
* Continuité des soins palliatifs : conventions avec plusieurs équipes de soutien aux soins palliatifs à domicile + capture d'écran du dossier du patient concernant la continuité des soins palliatifs

**Continuité des soins de l'admission à la sortie :**

* Continuité des soins - admission : déclaration d'admission vierge + note contenant les modalités fixées par l'hôpital et le cercle de médecins généralistes pour les informations relatives à l'admission
* Continuité des soins - sortie (+ sortie avec transfert vers une autre institution) : rapport de sortie vierge + note contenant les modalités fixées par l'hôpital et le cercle de médecins généralistes pour les informations relatives à la sortie

**Soins de qualité :**

* Maintien des compétences + formation permanente : explication de la manière dont l'hôpital contrôlera ceci + capture d'écran « outil de formation et de compétence ».
* Alimentation : « capture d'écran » du dossier du patient concernant le risque de dénutrition, menu pour 1 semaine, si cuisine externe - copie du cahier des charges de sous-traitance, diplômes et/ou certificats du responsable alimentation, composition et description des tâches de l'équipe nutritionnelle pluridisciplinaire, P.-V. des réunions trimestrielles (+ liste de présence avec fonction)
* Accessibilité du patient : copie de la déclaration d'admission contenant les informations relatives à la langue du patient
* Stratégie qualité-sécurité : note indiquant les domaines d'action et les groupes d'indicateurs
* Stratégie qualité-sécurité : déclaration concernant l'accessibilité des soins, rapport concernant la formation permanente (y compris les formations linguistiques et les formations spécifiques à la qualité et sécurité) et liste des mesures en matière de durabilité à l’égard du personnel
* Stratégie qualité-sécurité : protocole interne d’évaluation du risque de comportement agressif d'un patient (dans le cas d'un hôpital psychiatrique)

**Implication du personnel dans l'organisation et évaluation de la qualité des soins :**

* Cadastre actualisé de la composition des différents organes
* Registre de la présence effective des membres aux réunions (ou dernier P.-V. des réunions avec liste de présence indiquant les fonctions).

**Durabilité :**

* Approche en matière de gestion de l’environnement : preuve que l'hôpital suit un programme d'accompagnement/ou preuve que l'hôpital a pris les mesures nécessaires pour obtenir un label

**Médiateur :**

* Note indiquant les jours/heures de présence physique pour les ≠ sites
* Adresse électronique pour les ≠ sites
* Formulaire de contact : lien vers le site web
* Affiche et photos de l'affichage à l'entrée principale de CHAQUE SITE
* Information écrite/brochure fournie à l’accueil
* Registre contenant la date de réception de la plainte, l’éventuel numéro de dossier, la date de l’accusé de réception, la date de traitement de la plainte (pour les 3 derniers mois)
* Comment cette norme (accusé de réception dans les 3 jours ouvrables) est-elle respectée en cas d'absence du médiateur ?

## Questionnaire - nouvelles normes hôpitaux à partir du 15 septembre 2024 - Phase 2

**Législation de référence :** 25 mai 2023 - Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes que les hôpitaux doivent respecter

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Normes** | **Oui** | **Non** | **N/A** | **Commentaires et informations**  **complémentaires** |
| ***Article 5 (suivi postnatal à domicile) :***  **Non applicable aux hôpitaux psychiatriques et spécialisés**  **Chaque** **hôpital général disposant d'un service de maternité** **(M)** doit conclure une ou plusieurs conventions avec une ou plusieurs sages-femmes (internes ou externes) ou équipes de sages-femmes afin d’assurer le suivi postnatal à domicile.  L'hôpital n'est pas obligé de conclure une convention avec chaque équipe de sages-femmes qui en fait la demande. Toutefois, il doit disposer de suffisamment de partenaires pour proposer un suivi postnatal adéquat à toutes les patientes qui en font la demande. La détermination du nombre suffisant de partenaires dépend donc de l'organisation du service de maternité et de divers facteurs externes que l'hôpital doit anticiper. |  |  |  | Nombre + nom des sages-femmes ou des équipes de sages-femmes  Ajouter la/les convention(s) applicable(s) |
| ***Article 6 (gîte de naissance hospitalier, en l'absence d'accès au plateau technique) :***  **Non applicable aux hôpitaux psychiatriques et spécialisés**  **L'hôpital général qui dispose d'un service de maternité (M)** doit :  1° soit disposer d’un gîte de naissance conforme aux dispositions de l'annexe I de l’arrêté ;  2° soit mettre à disposition des médecins généralistes et des sages-femmes de la première ligne, par le biais d'une ou plusieurs conventions, une salle d'accouchement et de soins postnatals |  |  |  | Présence d’un gîte de naissance : Ajouter plan, description de l'équipement et de l'organisation/accessibilité du personnel  Absence de gîte de naissance : Ajouter la/les convention(s) applicable(s) |
| ***Article 7 (soins de revalidation) :* Non applicable aux hôpitaux psychiatriques et spécialisés**  L'**hôpital général (à l'exception des hôpitaux spécialisés**) doit fournir au patient dont le traitement requiert des soins de revalidation un accès à ce type de soins et un accompagnement en vue de l'organisation de ceux-ci. Toutefois, l'hôpital doit toujours respecter le libre choix du patient.  Si l'hôpital ne dispose pas de suffisamment de lits de revalidation (Sp), il conclut une ou plusieurs conventions, avec une ou plusieurs institutions, de préférence (mais pas obligatoirement) au sein du réseau dont il fait partie, afin d'assurer une offre suffisante sur les sites hospitaliers concernés. |  |  |  | S'il n'y a pas suffisamment de lits de revalidation (Sp) :  Ajouter la/les convention(s) applicable(s) (de préférence au sein du réseau) |
| ***Article 8, alinéas 1er et 2 (convention avec les antennes 107) :* Uniquement applicable aux hôpitaux généraux (y compris spécialisés) disposant de lits psychiatriques et aux hôpitaux psychiatriques**  **L'hôpital général qui dispose de lits psychiatriques et l'hôpital psychiatrique** concluent une convention avec Brusano (compte tenu de la dissolution des antennes 107 actives à Bruxelles et de la reprise de certaines de leurs activités par Brusano) afin d’assurer la continuité du traitement ambulatoire des patients après la fin de l'hospitalisation. |  |  |  | Ajouter la convention conclue avec Brusano |
| ***Article 8, alinéa 4 (rencontre avec les ambassadeurs et les représentants des équipes mobiles 2A et 2B) :*** **Applicable uniquement à tous les hôpitaux généraux (y compris spécialisés) disposant au moins d'un service de psychiatrie A, T ou K et aux hôpitaux psychiatriques**  Des réunions sont organisées deux fois par an, dans le but d'évaluer et, le cas échéant, d'améliorer la collaboration entre :  • les représentants des équipes mobiles 2A et 2B ;  • les ambassadeurs chargés de faciliter l’implémentation de la réforme des psychologues de première ligne et des soins de santé mentale ambulatoires ;  • au moins un membre de l'équipe du service de psychiatrie de l'hôpital ;  • et un représentant du service social de l'hôpital. |  |  |  | Ajouter le P.-V. des réunions (avec liste de présence + mention de la fonction) |
| ***Article 9 (unité d'hospitalisation de psychiatrie aiguë) :* Non applicable aux hôpitaux spécialisés**  **Tous les hôpitaux généraux (à l'exception des hôpitaux spécialisés) et tous les hôpitaux psychiatriques** qui ne disposent pas, sur chacun de leurs sites hospitaliers, d'un service de neuropsychiatrie pour l'observation et le traitement des patients adultes (A) doivent organiser leurs activités afin d’offrir les soins nécessaires aux patients sur chacun de leurs sites ne disposant pas d'un service A.  Cette organisation peut se faire en interne par le biais des autres sites de l'hôpital ou en externe par le biais d'une ou plusieurs conventions, avec un ou plusieurs hôpitaux du réseau dont fait partie l'hôpital. |  |  |  | Description de l'organisation interne  Si l'organisation est externe :  Ajouter la/les convention(s) applicable(s) (au sein du réseau) |
| ***Article 10 (convention avec un hôpital disposant de lits K) : Non applicable aux hôpitaux spécialisés***  **L’hôpital général ou psychiatrique** **(à l'exception des hôpitaux spécialisés)** qui ne dispose pas de lits K dans l'hôpital, établit une convention avec au moins un hôpital disposant de lits K afin de garantir le traitement des patients présentant des spécificités de pédopsychiatrie ou de psychiatrie d'adolescent. |  |  |  | S'il n'y a pas de lits K :  Ajouter la/les convention(s) applicable(s) |
| ***Article 11 (gynécologie et obstétrique - interruption volontaire de grossesse) :* Non applicable aux hôpitaux psychiatriques et spécialisés**  Les demandes d'interruption volontaire de grossesse, y compris l'interruption elle-même, doivent être traitées par **tous les hôpitaux généraux (à l'exception des hôpitaux spécialisés)**, conformément à la loi du 15 octobre 2018.  Si l'interruption volontaire de grossesse ne peut être pratiquée à l'hôpital, une convention doit être conclue avec un hôpital du réseau locorégional auquel appartient l'hôpital afin que les patientes soient dûment informées et orientées vers l'hôpital avec lequel la convention a été conclue pour les circonstances exceptionnelles dans lesquelles l'interruption volontaire de grossesse ne peut être pratiquée à l'hôpital. |  |  |  | Si l'interruption volontaire de grossesse n'a pas lieu à l'hôpital :  Ajouter la convention applicable (au sein du réseau) |
| ***Article 12 (fin de vie - euthanasie) :***  **Applicable à tous les hôpitaux généraux (y compris spécialisés) et psychiatriques**  Les demandes d'euthanasie, y compris l'euthanasie elle-même, doivent être traitées par **tous les hôpitaux généraux (y compris spécialisés) et psychiatriques**, conformément à la loi du 28 mai 2002.  Si l'euthanasie ne peut être pratiquée à l'hôpital, une convention doit être conclue avec un hôpital du réseau locorégional auquel appartient l'hôpital afin que les patients soient dûment informés et orientés vers l'hôpital  avec lequel la convention a été conclue.  Les hôpitaux psychiatriques et spécialisés peuvent conclure cette convention avec l'hôpital de leur choix, s'ils ne font pas partie d'un réseau. |  |  |  | Si la demande d'euthanasie et l'euthanasie n'ont pas lieu à l'hôpital :  Ajouter la convention applicable (au sein du réseau ou avec l'hôpital de leur choix pour les hôpitaux psychiatriques et spécialisés) |
| ***Article 13 (continuité des soins palliatifs) :***  **Applicable à tous les hôpitaux généraux (y compris spécialisés) et psychiatriques**  Chaque **hôpital général (y compris spécialisé) ou psychiatrique** assure la continuité des soins palliatifs en accord avec le patient, dès sa sortie de l'hôpital :  une convention est conclue avec plusieurs équipes d’aide aux soins palliatifs à domicile actives sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale. Cette convention ne peut toutefois pas être conclue avec l'asbl Brusano elle-même, car elle n'est pas une équipe d'aide aux soins palliatifs à domicile au sens de l’arrêté ;  le patient et, le cas échéant, sa famille sont mis en relation avec les prestataires de soins de première et deuxième lignes afin que des soins puissent être prodigués au patient dès sa sortie de l'hôpital ;  le médecin généraliste, l'équipe de soutien et, si nécessaire, un centre de coordination de soins à domicile sont associés à l'organisation des soins palliatifs ;  l’hôpital s’assure que l'équipe soignante hospitalière, après avoir reçu l’accord du patient, ait au moins un contact, avant la sortie du patient, avec les prestataires qui assureront les soins palliatifs dès la sortie de l'hôpital. |  |  |  | Ajouter les conventions conclues avec plusieurs équipes d'aide aux soins palliatifs à domicile  Intégration de la continuité des soins palliatifs dans le dossier du patient ? Ajouter une capture d'écran du dossier du patient |
| ***Article 14 (******continuité des soins de l’admission à la sortie) :***  **Applicable à tous les hôpitaux généraux (y compris spécialisés) et psychiatriques**  L'**hôpital général (y compris spécialisé) ou psychiatrique** doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la continuité des soins au patient depuis son admission jusqu'à sa sortie, y compris les mesures suivantes :  lors de son admission, demander au patient de communiquer l'identité de son médecin traitant ou de sa maison médicale ou, s'il n'en a pas, lui signaler que  le service de dispatching, accessible au 02 201 22 22 ou au 17338 ou sur le site web doctorbrussels.be peut lui en proposer un ; ajouter cette information à la déclaration d’admission ;  informer le médecin traitant ou la maison médicale de l'hospitalisation, le jour même de l'admission, par voie électronique et communiquer toute information nécessaire à la continuité et à la qualité des soins (les modalités doivent être fixées par l'hôpital et le cercle de médecins généralistes) ;  si le patient y consent, fournir par voie électronique une copie des rapports de sortie du patient au médecin traitant ou à la maison médicale et/ou à l' infirmier à domicile, au plus tard dans les 48 heures suivant la sortie du patient (les modalités doivent être fixées par  l’hôpital et le cercle de médecins généralistes) ;  si le patient l’autorise, envoyer, par voie électronique, une copie des rapports de sortie du patient au responsable médical ou au médecin en charge du suivi du patient au sein de l'institution vers laquelle le patient a été transféré, le jour même du transfert du patient ; informer, par voie électronique, le médecin traitant ou la maison médicale du transfert du patient vers une autre institution, au plus tard dans les 48 heures suivant ce transfert (les modalités doivent être fixées par l'hôpital et le cercle de médecins généralistes). |  |  |  | Ajouter la déclaration d’admission  Admission : Ajouter la note contenant les modalités fixées par l'hôpital et le cercle de médecins généralistes pour les informations relatives à l'admission  Sortie : copie du rapport de sortie vierge et ajouter la note contenant les modalités fixées par l'hôpital et le cercle de médecins généralistes pour les informations relatives à la sortie  Sortie avec transfert vers une autre institution : ajouter la note contenant les modalités fixées par l’hôpital et le cercle de médecins généralistes pour les informations relatives à la sortie |
| ***Article 15 (formation permanente) :***  **Applicable à tous les hôpitaux généraux (y compris spécialisés) et psychiatriques**  L'**hôpital général (y compris spécialisé) ou psychiatrique** doit contrôler le respect des obligations de maintien des compétences et de formation permanente des professionnels des soins de santé qui participent à l'activité hospitalière lors de la conclusion du contrat de collaborations et des évaluations organisées. |  |  |  | Ajouter l’explication de la façon dont l'hôpital contrôlera ceci  Ajouter une capture d'écran de l'« outil de formation et de compétence » pour un aperçu des formations suivies (+ maintien des compétences) |
| ***Article 16 (accessibilité du service de médiation) :***  **Applicable à tous les hôpitaux généraux (y compris spécialisés) et psychiatriques**  Un **hôpital général (y compris spécialisé) ou psychiatrique** qui dispose de son propre service de médiation doit garantir ce qui suit à ses patients :  - une présence physique suffisante du médiateur dans ses locaux afin de répondre aux demandes de rendez-vous ;  - une ligne téléphonique où une réponse est assurée dans un délai de 30 secondes, à défaut, un outil automatisé permettant de laisser un message ;  - une adresse électronique relevée régulièrement ;  - un formulaire de prise de contact disponible sur le site web de l'hôpital ;  - l’affichage de manière claire et visible aux entrées principales de chaque site hospitalier indiquant que le service de médiation « Droits du patient » peut être contacté via l’accueil de l'hôpital ;  - la délivrance, à chaque guichet d’accueil de l’hôpital, à toute personne qui en fait la demande, à la fois verbalement et sur support papier, des coordonnées du service de médiation, de ses missions et de l’éventuelle distinction avec le service des autres plaintes ainsi que des horaires de contact.  Si le patient laisse un message sur la ligne téléphonique du service de médiation ou sur le formulaire de contact, il doit être contacté dans un délai de trois jours ouvrables et recevoir des informations claires sur la prise en compte de sa plainte,  l’éventuel numéro de dossier de la plainte et le délai précis dans lequel le médiateur le recontactera (étant entendu qu'il ne s'agit pas de la date limite pour laquelle la médiation doit avoir abouti, mais de la date limite à laquelle le médiateur prendra contact avec le patient pour entamer effectivement la procédure). |  |  |  | Ajouter une note indiquant les jours/heures de présence physique pour les ≠ sites  Quelle adresse électronique est applicable pour les ≠ sites ?  Formulaire de contact : lien vers le site web  Ajouter l'affiche et des photos de l'affichage à l'entrée principale de CHAQUE SITE  Ajouter l’information écrite/la brochure qui est fournie à l’accueil  Registre contenant la date de réception de la plainte, l’éventuel numéro de dossier, la date de l’accusé de réception, la date de traitement de la plainte (pour les 3 derniers mois)  Comment cette norme (accusé de réception dans les 3 jours ouvrables) est-elle respectée en cas d'absence du médiateur ? |
| ***Article 17 (qualité de l’alimentation 1) :***  **L'hôpital général (y compris spécialisé) ou psychiatrique** accorde une attention particulière à la qualité et à la variété de l’alimentation de tous ses patients. Ceci implique notamment que :   * le risque de dénutrition fait l'objet d'une attention prioritaire ; * l’ensemble des repas proposés aux patients qui n’ont pas de contre-indication médicale à ce sujet doivent leur apporter un minimum de 2.000 Kcal par jour.   **Les points ci-dessous ne s'appliquent pas aux hôpitaux psychiatriques**  Les **hôpitaux généraux (y compris spécialisés)** devraient également mettre en place une équipe nutritionnelle pluridisciplinaire et organiser une concertation entre le directeur, le médecin-chef, le chef du département infirmier et l'équipe nutritionnelle pluridisciplinaire.  Cette équipe est coordonnée par un responsable alimentation (ayant suivi une formation complémentaire dans le domaine de l’alimentation, la recherche, la communication ou la gestion de projet et faisant l'objet d'un titre, d'un diplôme ou d'un certificat délivré par une association scientifique) ; elle est composée d'un diététicien, d'un infirmier, d'un médecin, d'un pharmacien et du responsable de la cuisine (personnel de l'hôpital ou prestataire de services externe).  Cette équipe se réunit au moins une fois par trimestre et, outre les missions qui lui sont assignées par l'article 63septies de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, conseille à la direction de l'hôpital de travailler à une alimentation durable qui permet aux patients de passer à un régime meilleur pour leur santé et pour l'environnement lors de leur retour à la maison. |  |  |  | Ajouter une « capture d'écran » du dossier du patient  Ajouter un menu pour 1 semaine (en indiquant le nombre de Kcal/jour)  Si cuisine externe : ajouter le cahier des charges de sous-traitance  Responsable alimentation : ajouter les diplômes et/ou certificats  Ajouter la composition de l'équipe nutritionnelle pluridisciplinaire  Ajouter le P.-V. des réunions trimestrielles (+ liste de présence avec fonction)  Ajouter la description des tâches de l'équipe nutritionnelle pluridisciplinaire |
| ***Article 19 (accessibilité des soins) :***  **Applicable à tous les hôpitaux généraux (y compris spécialisés) et psychiatriques**  L'**hôpital général (y compris spécialisé) ou psychiatrique** favorise l'accès aux soins, tant par ses actions que par ses investissements, en s'abstenant de toute forme de discrimination  à l’égard des patients  Nonobstant le respect des lois du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative, et s’agissant de langues autres que le néerlandais ou le français, l'hôpital tient compte (dans la mesure du possible) de la langue parlée par le patient lors des soins. À cette fin, le patient est invité à indiquer sur la déclaration d'admission une ou plusieurs langues dans lesquelles il souhaite s'exprimer (l'information doit être jointe à la déclaration d'admission). |  |  |  | Ajouter la déclaration d'admission contenant les informations relatives à la langue parlée par le patient |
| ***Article 20 (définir la « stratégie qualité-sécurité ») :***  **Applicable à tous les hôpitaux généraux (y compris spécialisés) et psychiatriques**  L'**hôpital général (y compris spécialisé) ou psychiatrique** veille à l'amélioration continue de la sécurité et de la qualité (au chevet du patient et dans l'organisation) des soins. À cette fin, l'hôpital adoptera, pour la première fois au plus tard le 15 septembre 2024, une « stratégie qualité-sécurité ».  Cette « stratégie qualité-sécurité » comporte deux volets : la qualité au chevet du patient et la qualité de l’organisation. Cette stratégie vise à mettre en place une organisation et une méthodologie d'analyse des services fournis afin d'améliorer la qualité des soins. Dans ce cadre, l'hôpital choisit les domaines d'action, les groupes d'indicateurs visés à l'article 22, §1er et les groupes d'indicateurs sur lesquels il souhaite concentrer son action.  Plus précisément (voir le paragraphe 2 de l'article 21), cette stratégie comprend le contrôle des indicateurs visés à l'article 24 et inclut :   * une explication des mesures ou actions adoptées par l'hôpital pour garantir l'accessibilité des soins ; * un rapport d’activités dans le cadre de la formation permanente du personnel soignant à l’hôpital, y compris les cours de langues, par langue, et les formations spécifiques à la qualité et à la sécurité ; * un relevé des mesures ou actions adoptées par l'hôpital pour veiller à la durabilité et la résilience de son action à l’égard de son personnel.   La stratégie doit être revue tous les cinq ans et fait l'objet d'un rapport de qualité quinquennal.  *Le point ci-dessous* ***s'applique uniquement aux hôpitaux psychiatriques***  En outre, chaque **hôpital psychiatrique** devrait notamment établir un protocole interne d'évaluation du risque de comportement agressif lors de l'admission des patients afin d'adapter leur traitement dès leur admission. |  |  |  | Ajouter la note « stratégie qualité-sécurité » contenant les domaines d'action et les groupes d'indicateurs  Y a-t-il une collaboration avec la PAQS dans ce domaine ?  Ajouter la déclaration concernant l'accessibilité des soins, le rapport sur la formation permanente (y compris les formations en langues et les formations qualité-sécurité) et la liste des mesures de durabilité à l’égard du personnel  Ajouter le protocole interne d’évaluation du risque de comportement agressif d'un patient (dans le cas d'un hôpital psychiatrique) |
| ***Article 26 (participation du personnel à l'organisation et à l’évaluation de soins de qualité) :***  **Applicable à tous les hôpitaux généraux (y compris spécialisés) et psychiatriques**  L'**hôpital général (y compris spécialisé) ou psychiatrique** veille à ce que les professionnels des soins de santé soient impliqués dans l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'hôpital (y compris l'évaluation de l'intégration des soins infirmiers et autres pratiques paramédicales dans l’ensemble des soins et services offerts par l'hôpital). Cette implication passe par une représentation multidisciplinaire effective auprès des organes liés à la qualité des soins présents dans l'institution ou dans les groupes de travail permanents créés pour conseiller ces organes, qui comprennent au moins un représentant de la profession d’infirmier sans hiérarchie. |  |  |  | Ajouter le cadastre actualisé avec la composition des différents organes  Ajouter le registre de la présence effective des membres aux réunions (ou le dernier P.-V. des réunions avec liste de présence + fonction) |
| ***Article 30 (approche en matière d’éco-gestion) :***  **Applicable à tous les hôpitaux généraux (y compris spécialisés) et psychiatriques**  L’**Hôpital général (y compris spécialisé) ou psychiatrique** démontre qu'il s'inscrit dans une démarche d'éco-gestion via le suivi d'un accompagnement ou via l'obtention d'un label EMAS, ou similaire. |  |  |  | Ajouter la preuve que l'hôpital suit un programme d'accompagnement  Et/ou joindre la preuve que l'hôpital a pris les mesures nécessaires pour obtenir un label |

Date et signature du médecin en chef

Date et signature du directeur