



Exigences à respecter par les organes de contrôle indépendants pour la procédure prévue par la convention de qualité (art. 58a LAMal)

Contexte

Les exigences à respecter par les organes de contrôle suivent les prescriptions de la convention de qualité en vertu de l'art. 58a LAMal (CQ58a). Le présent document «Exigences à respecter par les organes de contrôle indépendants pour la procédure prévue par la convention de qualité (art. 58a LAMal)» doit permettre d'assurer que les audits selon la CQ58a répondent aux mêmes critères et principes, indépendamment de l'organe de contrôle, afin que la procédure de contrôle soit équitable et transparente pour les hôpitaux et les cliniques.

Exigences à respecter par les organes de contrôle

L'hôpital / la clinique (ci-après l'établissement) choisit l'organe de contrôle. L'organe de contrôle doit être indépendant de l'établissement et il ne doit pas exister de conflits d'intérêts. L'établissement et l'organe de contrôle peuvent néanmoins être liés par d'autres mandats.

Les organes de contrôle respectent une des exigences suivantes:

- Accréditation par le Service d'accréditation suisse selon la norme ISO/EN 17021-1:2015 ou par un organisme de certification des systèmes de gestion pour le contrôle des systèmes de gestion de la qualité (SGQ) dans le secteur de la santé; ou
- Partenaires officiels de l'EFQM (organismes de reconnaissance certifiés EFQM; statut d'organismes de reconnaissance certifiés CRO) dotés de compétences dans le domaine de la santé.

Les organes de contrôle participent à la table ronde.

Les audits servant à vérifier la mise en œuvre des prescriptions du développement de la qualité selon la CQ58a ne doivent pas avoir lieu dans le cadre de l'accréditation, resp. de la procédure d'évaluation de l'EFQM. Ils peuvent en revanche faire partie d'audits existants ou réalisés. Les partenaires à la convention de qualité mandatent les organes de contrôle intéressés et concluent avec eux un contrat à cet effet.

Exigences à respecter par l'équipe d'audit

L'équipe d'audit est constituée de manière interprofessionnelle, avec des représentants de groupes professionnels proches de la pratique (expertes, experts). La fonction de responsable de l'audit peut être remplie par une personne supplémentaire ou par une ou un des expertes, experts. L'équipe d'audit procède à l'évaluation par consensus.

Les exigences à respecter par l'équipe d'audit suivent celles des organismes d'audit certifiés ISO selon le guide du Service d'accréditation suisse (SAS) pour l'évaluation de la compétence des auditeurs des organismes de certification (en allemand: [Leitfaden für die Beurteilung der Kompetenz der Auditoren von Zertifizierungsstellen](#)).

Les exigences à respecter par l'équipe d'audit suivent celles des organismes d'audit reconnus par l'EFQM selon son code de conduite, qui est partie intégrante de la formation officielle d'évaluateurs EFQM, imposée à tous les évaluateurs. La formation continue est calquée sur le Continuing professional development path (CPD) de l'EFQM.

Déroulement

L'évaluation implique un audit sur place avec étude préalable des documents et l'élaboration d'un rapport. Le processus doit être conforme aux bases normatives de l'organe de contrôle. De plus, il convient de garantir:

Tâches de l'organe de contrôle:

- Coordination de l'audit entre l'organe de contrôle et l'établissement, y compris la fixation du rendez-vous et la facturation à l'établissement.
- Communication avec l'organe de coordination (bureau de l'ANQ; buANQ).
- Remise au buANQ de l'extrait du rapport de contrôle conformément au ch. 3.6 de l'Annexe 1 de la CQ58a.

Responsable de l'audit:

- Interlocutrice, interlocuteur des parties concernées.
- Ménage à l'établissement un délai raisonnable pour la rédaction d'un commentaire séparé du rapport de contrôle, qui sera également publié dans le profil de l'hôpital sur info-hopitaux.ch.
- Rédaction d'un rapport conformément au ch. 3.6 de l'Annexe 1 de la CQ58a: élaboration de l'extrait du rapport de contrôle à l'intention des partenaires à la convention LAMal et LAA, sur la base du modèle officiel.

Tâches communes de l'équipe d'audit:

- Examen technique des documents (se référer au chapitre suivant)
- Inspections sur place avec vérifications par sondage des documents du SGQ et des concepts de qualité, y compris les mesures d'amélioration de la qualité (MAQ).
- Évaluation de la mise en place du SGQ et des concepts de qualité, y compris les MAQ (PDCA et pénétration dans l'établissement).

Objectifs de l'audit

Les objectifs suivants sont poursuivis avec les audits:

1. Vérification du respect des prescriptions de la CQ58a.
2. Grâce à l'audit, l'établissement doit progresser dans le développement de la qualité (perspective d'apprentissage).
3. Les extraits d'audits à l'intention des partenaires à la convention de qualité (PCQ) contribuent à la mise en évidence de la nécessité d'agir au niveau méso.

Déroulement de l'audit et délais

La durée de l'audit varie selon la taille du site contrôlé (se référer au document Répartition des sites; *suit*) et s'articule selon les étapes suivantes.

- *Sélection*

PCQ: les PCQ déterminent l'échantillon à auditer au mois de novembre. Cet échantillon doit être fixé de manière que chaque établissement soit contrôlé une fois tous les 8 ans. En outre, ils veillent, pour l'échantillon, à un certain équilibre en termes de taille d'établissements et de domaines spécialisés (somatique aiguë, psychiatrie et réadaptation).

Établissements: pas de tâches

Organes de contrôle: pas de tâches

Organe de coordination: livre des résultats de mesures qui ne sont pas dans la cible en tant que critère d'intervention.

- *Préparation*

PCQ: les établissements retenus pour l'audit sont informés en décembre par les PCQ.

Établissements: les établissements (hôpitaux/cliniques) choisissent eux-mêmes leur organe de contrôle et conviennent d'un rendez-vous, de manière que l'extrait du rapport d'audit soit disponible jusqu'au 31 décembre (environ 12 mois plus tard). Les établissements qui remplissent les conditions d'une dispense conformément au ch. 3.7 de l'Annexe 1 de la CQ58a, déposent une demande de dispense auprès de l'organe de coordination (buANQ) jusqu'à fin février.

Organes de contrôle: les organes de contrôle répondent aux demandes de rendez-vous pour les audits

Organe de coordination: pas de tâches

- *Exécution*

PCQ: pas de tâches

Établissements: les établissements sont audités par l'organe de contrôle choisi à cette fin. Ils rédigent en temps utile une éventuelle prise de position sur l'audit.

Organe de contrôle: le déroulement de l'audit respecte la procédure habituelle à l'organe de contrôle (base normative), en tenant compte des méthodes mentionnées à la section ci-dessous. Après l'audit, l'organe de contrôle prépare le rapport d'audit et l'extrait de ce dernier. L'établissement doit disposer de

suffisamment de temps pour pouvoir rédiger une prise de position à ce sujet. Après la finalisation du rapport, l'extrait, avec la prise de position, doit être transmis sans délai par voie électronique à l'organe de coordination. Lors de la fixation des rendez-vous pour l'audit, il faut tenir compte du délai du 31 décembre au plus tard pour la remise de l'extrait du rapport et de la prise de position à l'organe de coordination. Organe de coordination: réceptionne jusqu'au 31 décembre les extraits de rapport et les prises de position.

- **Résultats**

PCQ: les PCQ attestent que l'établissement a respecté, resp. n'a pas respecté, les règles du développement de la qualité. Les résultats de l'audit sont publiés de manière transparente, avec l'attestation, sur info-hôpitaux.ch.

Établissements: pas de tâches

Organe de contrôle: l'organe de contrôle répond aux éventuelles questions de l'organe de coordination.

Organe de coordination: les résultats de l'audit sont en outre utilisés pour la rédaction d'un rapport à l'intention du Conseil fédéral et de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ). La publication des résultats et de l'attestation sur info-hôpitaux.ch ainsi que la rédaction du rapport sont effectuées par l'organe de coordination mandaté.

Méthodes

L'évaluation des établissements par les organes de contrôle se fait sur la base de l'étude des documents soumis, de la consultation de documents sur place, d'entretiens avec les personnes responsables et avec les collaboratrices et les collaborateurs ainsi que de l'inspection de l'établissement. Dans le respect de la protection et de la sécurité des données, les points suivants sont examinés:

- **Réalisation:**

- Auto-déclaration publiée
- Preuves de la mise en place correcte d'un SGQ conformément au ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a, resp. du ch. 2.1 de l'Annexe 2 CQ58a. Comme aide, il peut être recouru à la checklist du guide SGQ de H+. Cette checklist constitue une simple recommandation.
- Preuves de la mise en place correcte des champs d'action incluant:
 - Preuve du concept de qualité interne à l'établissement selon le ch. 2.2 de l'Annexe 1 CQ58a, resp. selon le ch. 2.2 de l'Annexe 2 CQ58a.
 - Preuves (sur place) de la mise en œuvre des MAQ exigées selon le ch. 2.3 de l'Annexe 1 CQ58a, resp. du ch. 2.2 de l'Annexe 2 CQ58a.
 - Prise en compte des critères de vérification dans les descriptions des MAQ (chap. 4).
- Preuves sur place, par exemple listes de présence (pour les formations), procès-verbaux (pour les séances), règlements et documents spécifiques internes à l'établissement (par ex. rapports d'évaluation, etc.)

- **Pénétration:**

- Inspection dans l'établissement

Évaluation en vertu de la CQ58a

L'organe de contrôle choisi par l'établissement vérifie le développement de la qualité selon les prescriptions de la CQ58a (ch. 3.4 de l'Annexe 1 et ch. 2 de l'Annexe 2) et établit un rapport d'audit, y compris un extrait pour les partenaires à la convention de qualité selon le ch. 3.6 de l'Annexe 1.

Font l'objet de la vérification le SGQ et les champs d'action introduits:

- a. La mise en place du SGQ au moyen des points 1 à 5.
- b. La mise en place du développement de la qualité (cycle PDCA) au moyen des points 1 à 5, par champ d'action, y compris les MAQ.
- c. La pénétration dans l'établissement au moyen des points 1 à 5, par champ d'action, y compris les MAQ.

Échelle d'évaluation

Système de gestion de la qualité (SGQ)	
1	La réalisation fait défaut, pas de plan de mise en œuvre.
2	La mise en œuvre du SGQ approprié est en planification et le calendrier prévu à cet effet est approprié. Le SGQ prévu remplit les exigences minimales selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a.
3	Le SGQ est manifestement introduit dans l'établissement et il est appliqué, les collaboratrices et les collaborateurs sont informés et formés. Le SGQ introduit remplit les exigences selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a.

4	Les évaluations internes du SGQ ont lieu et il en résulte un plan d'optimisation du SGQ. Les optimisations remplissent toujours les exigences minimales selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a.
5	L'optimisation est mise en œuvre et le cycle PDCA se répète continuellement. Le SGQ remplit toujours les exigences minimales selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a.

Amélioration continue (PDCA) par champ d'action	
1	La réalisation fait défaut
2	La mise en place du champ d'action conformément aux exigences minimales selon le ch. 2.2 de l'Annexe 2 CQ58 est en planification. <ul style="list-style-type: none"> Le calendrier prévu pour l'introduction du champ d'action est approprié. Les activités qualité sont justifiées de manière transparente. Toutes les MAQ obligatoires et supplémentaires exigées sont choisies.
3	Le champ d'action est mis en place conformément aux exigences minimales selon le ch. 2.2 de l'Annexe 2 CQ58a: <ul style="list-style-type: none"> Le champ d'action est représenté dans le concept de qualité interne pour l'ensemble de l'établissement. Le concept de qualité interne est mis en œuvre pour l'ensemble de l'établissement et intégré dans le SGQ. Les collaboratrices et les collaborateurs sont informés et formés. Toutes les MAQ obligatoires et supplémentaires exigées sont mises en place.
4	Le champ d'action est évalué conformément aux exigences minimales selon le ch. 2.2 de l'Annexe 2 CQ58a: <ul style="list-style-type: none"> L'efficacité du concept de qualité interne est évaluée au moyen des méthodes définies par l'établissement. Un plan en est déduit à des fins d'optimisation du concept de qualité interne à l'établissement. Toutes les MAQ obligatoires et supplémentaires exigées sont vérifiées.
5	Le champ d'action est optimisé conformément aux exigences minimales selon le ch. 2.2 de l'Annexe 2 CQ58: <ul style="list-style-type: none"> Les optimisations déduites pour le concept de qualité interne à l'établissement sont mises en œuvre. Les éventuelles mesures de correction résultant de la vérification des MAQ obligatoires et supplémentaires exigées sont mises en œuvre. Le cycle PDCA se répète continuellement.

Pénétration dans l'établissement par champ d'action	
1	La réalisation fait défaut.
2	Le concept de qualité interne à l'établissement est mis en place dans un domaine pilote (domaine organisationnel, groupes professionnels etc.). Le calendrier prévu pour la suite de la mise en place est fixé.
3	Le concept de qualité interne est en place dans 50% de l'établissement (domaines organisationnels, groupes professionnels etc.). Le calendrier prévu pour la suite de la mise en place est approprié. Les MAQ obligatoires et supplémentaires sont mises en place à chaque fois dans 50% des domaines concernés.
4	Le concept de qualité interne est en place dans 75% de l'établissement (domaines organisationnels, groupes professionnels etc.). Le calendrier prévu pour la suite de la mise en place est approprié. Les MAQ obligatoires et supplémentaires sont mises en place à chaque fois dans 75% des domaines concernés.
5	Le concept de qualité interne est en place dans l'ensemble de l'établissement (domaines organisationnels, groupes professionnels etc.). Les MAQ obligatoires et supplémentaires sont mises en place à chaque fois dans tous les domaines concernés.

Explications relatives à l'échelle

L'évaluation intervient au niveau du champ d'action. Toutes les mesures d'amélioration de la qualité obligatoires et supplémentaires exigées font partie du champ d'action et interviennent dans l'évaluation. Seuls sont pris en compte le nombre minimum de MAQ supplémentaires exigées et les MAQ obligatoires. Si un établissement met en œuvre davantage de MAQ, il peut indiquer quelles MAQ sont concernées par l'audit. Les MAQ obligatoires sont toujours concernées par l'audit.

La représentation du champ d'action constitue davantage qu'un concept de mise en œuvre d'une MAQ. Le concept de qualité interne à l'établissement doit présenter comment le développement de la qualité en rapport avec le champ d'action va être appliqué. Les MAQ sont des éléments qui doivent être choisis en fonction des priorités posées par l'établissement. Ce choix doit être motivé. Le concept de qualité interne à l'établissement doit être mis en œuvre de manière transversale. Certaines MAQ peuvent être limitées à certains domaines spécifiques (ex. check-list sécurité chirurgicale).

Aucun score minimum n'est imposé afin de remplir les prescriptions de la CQ58a. Du point de vue de cette dernière, les obligations qui en découlent doivent être remplies dans les délais. Exception: 12 mois après l'introduction d'un champ d'action selon la CQ58a, un plan de mise en œuvre assorti d'un calendrier approprié est exigé (ainsi le niveau 2 au moins dans l'échelle PDCA). Du point de vue de la CQ58a, il faudrait préférer une évaluation plus élevée avec obligations car celles-ci tendent à favoriser le développement de la qualité.

Lorsqu'un établissement a atteint le degré d'évaluation «5» et qu'il entreprend des mesures de correction / amélioration, l'évaluation «5» demeure acquise même si l'établissement se retrouve dans le cycle PDCA à l'étape «P», «D» ou «C». Une dévaluation ne doit entrer en ligne de compte que si:

- Les exigences minimales selon l'Annexe 2 CQ58a changent et si l'établissement ne les remplit plus.
- L'établissement cesse de travailler sur le cycle PDCA.

Vérification de la pénétration dans l'établissement en cas de pluralité de sites géographiques: la vérification peut être réalisée par échantillons. Le nombre de sites à visiter est déterminé à l'aide de la taille¹. Des collaborateurs des sites non visités sont présents au siège le jour de l'audit: l'établissement et l'organe de contrôle déterminent au préalable qui sont les collaborateurs concernés.

Obligations: amélioration continue (SGQ)

Évaluation	Critères	Obligations
1 Ø	Pas de plan de mise en œuvre.	Élaborer un plan de mise en œuvre, avec un calendrier approprié.
2 Plan	<ul style="list-style-type: none"> • Le calendrier n'est pas approprié. • Les exigences minimales selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a ne sont pas prises en compte. • La mise en œuvre dans l'ensemble de l'établissement n'est pas planifiée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter le calendrier. • Les exigences minimales selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a doivent être prises en compte. • La mise en œuvre dans l'ensemble de l'établissement doit être planifiée.
3 Do	<ul style="list-style-type: none"> • Le SGQ est mis en œuvre partiellement seulement dans l'établissement. • Le SGQ est appliqué en partie seulement. • Les collaborateurs ne sont ni informés ni formés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le SGQ doit être mis en œuvre dans tout l'établissement. • Le SGQ doit être appliqué dans tout l'établissement. • Les collaborateurs doivent être informés et formés. • Le SGQ mis en œuvre doit remplir les exigences minimales selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a.

¹ Document de l'IAF pour l'audit et la certification des systèmes de gestion dans les organisations multisites (traduction en allemand du document de l'IAF «IAF MD 1:2018») IAF MD 1:2018 | 2^e édition 2 | 29 janvier 2018 | date de la traduction: 18.12.2018

	<ul style="list-style-type: none"> Le SGQ mis en œuvre ne remplit pas les exigences minimales selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a. 	
4 Check	<ul style="list-style-type: none"> Les évaluations internes du SGQ n'ont pas lieu. Le plan d'optimisation du SGQ résultant de ces évaluations n'a pas été élaboré. Les optimisations ne remplissent pas les exigences minimales selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a. 	<ul style="list-style-type: none"> Une évaluation interne doit être planifiée et exécutée Les optimisations résultant des évaluations doivent être planifiées. Les optimisations doivent remplir les exigences minimales selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a.
5 Act	<ul style="list-style-type: none"> L'optimisation n'est pas mise en œuvre. Le cycle PDCA ne se répète pas continuellement. Le SGQ ne remplit plus les exigences minimales selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a. 	<ul style="list-style-type: none"> Les optimisations doivent être mises en œuvre. Le cycle PDCA doit fonctionner et être justifié. Les exigences minimales selon le ch. 2.1 de l'Annexe 1 CQ58a doivent être toujours remplies.

Obligations en relation avec les champs d'action

Évaluation	Critères	Obligations
1 Ø	Pas de plan de mise en œuvre.	Élaborer un plan de mise en œuvre, avec un calendrier approprié.
2 Plan	<ul style="list-style-type: none"> Le calendrier n'est pas approprié. Les priorités ne sont pas motivées. La motivation n'est pas intelligible. Les MAQ obligatoires ne sont pas choisies. Les MAQ supplémentaires exigées ne sont pas choisies dans le nombre voulu. La mise en œuvre dans l'établissement n'est pas planifiée. 	<ul style="list-style-type: none"> Adapter le calendrier. Justifier les MAQ. Élaborer une justification intelligible. Tenir compte des MAQ obligatoires dans le concept de qualité interne à l'établissement. Tenir compte des MAQ supplémentaires exigées dans le concept de qualité interne à l'établissement. La mise en œuvre dans l'établissement doit être planifiée.
3 Do	<ul style="list-style-type: none"> Le concept de qualité interne à l'établissement ne représente pas le champ d'action ou seulement dans une partie de l'établissement. Le concept de qualité interne à l'établissement n'est pas intégré au SGQ. Le concept de qualité interne à l'établissement est mis en œuvre dans certains secteurs seulement de l'établissement. Les collaborateurs ne connaissent pas leurs tâches, rôles ou responsabilités dans la mise en 	<ul style="list-style-type: none"> Le concept de qualité interne à l'établissement doit être modifié de telle sorte que le champ d'action soit représenté dans l'ensemble de l'établissement. Le concept de qualité interne à l'établissement doit être intégré dans le SGQ. Des mesures en vue d'une mise en œuvre intégrale du concept de qualité interne à l'établissement doivent être prises. Des formations doivent être organisées et la circulation de l'information doit être garantie.

	<p>œuvre du concept de qualité interne à l'établissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les MAQ obligatoires ne sont pas mises en place. • Les MAQ supplémentaires exigées ne sont pas mises en place. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les MAQ obligatoires doivent être mises en place. • Les MAQ supplémentaires exigées doivent être mises en place.
4 Check	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas d'évaluation de l'efficacité du concept de qualité interne à l'établissement. • Il n'y a pas de plan d'optimisation du concept de qualité interne à l'établissement. • Il n'y a pas d'évaluation de l'efficacité des MAQ obligatoires. • Il n'y a pas d'évaluation de l'efficacité des MAQ supplémentaires requises. • Il n'y a pas de plan d'optimisation des MAQ obligatoires. • Il n'y a pas de plan d'optimisation des MAQ supplémentaires requises. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation de l'efficacité du concept de qualité interne à l'établissement doit être planifiée et exécutée. • Des mesures de correction du concept de qualité interne à l'établissement doivent être planifiées. • L'évaluation des MAQ obligatoires doit être planifiée et exécutée. • L'évaluation des MAQ supplémentaires exigées doit être planifiée et exécutée. • Des mesures de correction des MAQ obligatoires doivent être planifiées. • Des mesures de correction des MAQ supplémentaires exigées doivent être planifiées.
5 Act	<ul style="list-style-type: none"> • Les optimisations du concept de qualité interne à l'établissement n'ont pas été mises en œuvre. • Les mesures de correction des MAQ obligatoires n'ont pas été mises en œuvre. • Les mesures de correction des MAQ supplémentaires exigées n'ont pas été mises en œuvre. • Le cycle PDCA ne se répète pas/plus en continu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les optimisations du concept de qualité interne à l'établissement doivent être mises en œuvre • Les mesures de correction des MAQ obligatoires doivent être mises en œuvre. • Les mesures de correction des MAQ supplémentaires exigées doivent être mises en œuvre. • Des mesures doivent être prises pour assurer le fonctionnement du cycle PDCA.
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> • Les collaborateurs ne connaissent pas l'état d'avancement de la mise en œuvre du concept de qualité interne à l'établissement dans le champ d'action. • Les collaborateurs ne connaissent pas les objectifs des MAQ dans le champ d'action. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer ou former régulièrement les collaborateurs.

Reconnaissance des audits déjà effectués dans d'autres contextes

Les audits déjà effectués par ailleurs peuvent être pris en compte intégralement ou partiellement lorsque l'organe de contrôle est en mesure, sur la base de l'audit, de remplir l'échelle d'évaluation ci-dessus et de livrer après coup un extrait du rapport de contrôle. Dans ce cas, l'établissement peut envoyer une demande de dispense à l'Organe de coordination (reconnaissance intégrale de l'audit) ou prévoir un audit abrégé avec l'organe de contrôle (p. ex. audit des champs d'action et non du SGQ). L'audit déjà effectué est valable pour la durée définie par l'organe de contrôle (p. ex. le certificat d'un audit effectué en 2022 est valable jusqu'en 2024. Si l'établissement est choisi en 2024 dans l'échantillon, il peut produire l'audit de 2022 comme motif de dispense).

Durée des audits

Les parties ont défini les durées suivantes pour l'exécution d'un audit selon la CQ58a.

- Il convient de prévoir du temps pour la préparation et l'évaluation ainsi que l'audit sur place:

Hôpital de catégorie 1 (jusqu'à 7'999 sorties/an)	
Tâches	Durée (max.)
• Préparation / évaluation responsable de l'audit	10h
• Préparation / évaluation expert.e.s	2h
• Audit sur place (min. 2 personnes)	16h
• Organisation (organe de contrôle)	8h
Total	36h

Hôpital de catégorie 2 (entre 8'000 et 24'999 sorties/an)	
Tâches	Durée (max.)
• Préparation / évaluation responsable de l'audit	12h
• Préparation / évaluation expert.e.s	4h
• Audit sur place (min. 2 personnes)	24h
• Organisation (organe de contrôle)	10h
Total	50h

Hôpital de catégorie 3 (dès 25'000 sorties/an)	
Tâches	Durée (max.)
• Préparation / évaluation responsable de l'audit	12h
• Préparation / évaluation expert.e.s	6h
• Audit sur place (min. 2 personnes)	32h
• Organisation (organe de contrôle)	12h
Total	62h

Site supplémentaire hôpital de catégorie 1 (jusqu'à 7'999 sorties/an)	
Tâches	Durée (max.)
• Préparation / évaluation responsable de l'audit	2h
• Préparation / évaluation expert.e.s	2h
• Audit sur place (min. 2 personnes)	4h
• Organisation (organe de contrôle)	5h
Total	13h

Site supplémentaire hôpital de catégorie 2 (entre 8'000 et 24'999 sorties/an)	
Tâches	Durée (max.)
• Préparation / évaluation responsable de l'audit	2h
• Préparation / évaluation expert.e.s	2h
• Audit sur place (min. 2 personnes)	6h
• Organisation (organe de contrôle)	5h
Total	15h

Site supplémentaire hôpital de catégorie 3 (dès 25'000 sorties/an)	
Tâches	Durée (max.)
• Préparation / évaluation responsable de l'audit	2h
• Préparation / évaluation expert.e.s	2h
• Audit sur place (min. 2 personnes)	8h
• Organisation (organe de contrôle)	5h
Total	17h