REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de la santé et des mobilités
Office cantonal de la santé
Service du médecin cantonal

GROUPE RISQUE POUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET INSPECTORAT (GRESI)

FORMULAIRE D'INSPECTION

Version 2025

Surveillance des prestations médico-soignantes

dans les Établissements accueillant

DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (EPH)

Nom de l'établissement .....

Adresse .....

Date de l'inspection .....

CONTEXTE GENERAL :

La surveillance des conditions médico-sanitaires nécessaires pour garantir la qualité des prestations de soins relève du service du médecin cantonal (SMC) de l'office cantonal de la santé (OCS).

Les compétences des autres services sont réservées.

L'inspection est effectuée par les inspectrices et inspecteurs du groupe risque pour l'état de santé et inspectorat (GRESI) du SMC.

Dans le cadre de sa mission de surveillance, le GRESI :

- Œuvre pour la promotion, la protection, le maintien et le rétablissement de la santé des personnes dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun et pour la garantie à l'égalité d'accès à des soins de qualité ;
- Contribue au développement et à l'amélioration de la qualité des prestations de soins et d'accompagnement au sein de l'établissement ;
- S'assure que l'établissement dispose notamment des locaux, des équipements et des professionnelles et professionnels de santé (PdS) nécessaires, en adéquation avec la mission annoncée.

L'exploitation doit être conforme aux exigences légales en vigueur et aux règles de bonnes pratiques recommandées par les sociétés de discipline concernées.

Cadre légal de référence (non exhaustif) :

- *Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CDPH).*
- *Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales RS 0.101.*
- *Constitution fédérale de la Confédération suisse RS 101.*
- *Code civil suisse RS 210 Art. 360 à 456 (troisième partie : sur la protection des adultes).*
- *Loi sur les professions médicales universitaires RS 811.11 (LPMed).*
- *Loi fédérale sur les professions de la santé RS 811.21 (LPSan) et son règlement RPS K 3 02.01.*
- *Loi sur les produits thérapeutiques RS 812.21 (LPTh).*
- *Loi sur la protection des données RS 235.1 (LPD) et son ordonnance RS 235.11 (OLPD).*
- *Loi sur les épidémies RS 818-101 (LEp).*
- *Ordonnance sur les épidémies RS 818.101.1 (OEp).*
- *Ordonnance sur les dispositifs médicaux RS 812.213 (ODim).*
- *Ordonnances relatives à la loi sur le travail notamment RS 822.113 (OLT 3) et RS 822.114 (OLT 4).*
- *Loi sur la santé K 1 03 (LS) et son règlement K 3 02.01 (RPS).*
- *Loi sur la gestion des déchets L 1 20 (LGD) et son règlement L 20.01 (RGD).*
- *Loi sur les constructions et les installations diverses L5 05 (LCI) et son règlement L 5 05.01 (RCI).*
- *Motion 2650 de janvier 2020 – Rapport de la Commission des affaires sociales chargée d'étudier la proposition de motion pour un véritable contrôle de la qualité de vie en institution pour les personnes en situation de handicap.*

CARACTÉRISTIQUES DE L'INSTITUTION :

Nom de la professionnelle ou du professionnel de santé responsable : .....

Nom de la responsable administrative ou du responsable administratif : .....

Date de la précédente inspection du GRESI : .....

CERTIFICATION QUALITE : ☐ oui ☐ non ☐ en cours ☐ NO

Nom de l'organisme : .....

Domaine de certification : .....

Date du dernier renouvellement : .....

Légende du formulaire :

Oui = présent / complet / adapté / conforme ;
IN = incomplet / inadapté ;
Non = absent / non conforme ;
NO = non observé / non observable ;
NA = non applicable / ne concerne pas cet établissement ;

« *Délais* » : le cas échéant, des délais de mise en conformité sont précisés.

Les inspectrices et inspecteurs du GRESI s'assurent que les mesures correctives nécessaires sont mises en places. En cas de persistance de déviation(s), une inspection de suivi pourrait être réalisée. Elle serait alors facturée 250 fr. par heure et par inspecteur, conformément au REmSanté (K 1 03.04 - Règlement fixant les émoluments perçus par le département chargé de la santé) et pourrait donner lieu à dénonciation aux autorités compétentes.

A. CADRE INSTITUTIONNEL			Oui	IN	Non	NO	NA
1		Il existe une liste actualisée des professionnelles et professionnels de la santé (PdS) et des auxiliaires de soins de l'institution.	☐	☐	☐	☐	☐
2		Les PdS sont au bénéfice d'une autorisation de pratiquer cantonale, selon les principes établis par les bases légales.	☐	☐	☐	☐	☐
3		Les tâches et responsabilités de chaque PdS sont consignées dans un cahier des charges.	☐	☐	☐	☐	☐
Délégation des actes de soins :							
4	Si des actes de soins sont délégués à des auxiliaires de soins, il existe :						
	4.1	Une procédure de délégation des soins validée par le PdS responsable ;	☐	☐	☐	☐	☐
	4.2	Une liste des actes de soins que les PdS peuvent déléguer ;	☐	☐	☐	☐	☐
	4.3	Une liste nominative tenue à jour des auxiliaires de soins délégataires et du responsable chargé de leur supervision ;	☐	☐	☐	☐	☐
	4.4	Une ou des attestations de la ou des formations reconnu·e·s suivie·s par les auxiliaires de soins délégataires.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Les activités médico-soignantes sont soumises aux principes suivants :						
	5.1	Les activités sont décrites dans des procédures (ou autres documents) tenues à jour et basées sur les recommandations de sociétés de disciplines reconnues ;	☐	☐	☐	☐	☐
	5.2	La documentation est accessible au personnel de l'établissement.	☐	☐	☐	☐	☐
6	La gestion de l'amélioration continue des pratiques médico-soignantes répond aux principes suivants :						
	6.1	Il existe un support de déclaration des événements indésirables (EI) ;	☐	☐	☐	☐	☐
	6.2	Il existe un système de gestion des EI avec élaboration de rapports (analyses, mesures, évaluation des mesures) ;	☐	☐	☐	☐	☐
	6.3	Il existe un répertoire de suivi des EI survenus dans le cadre de la mission de soins.	☐	☐	☐	☐	☐
Remarques, constats :			**Délais :**				

B. CONFORMITÉ DES LOCAUX			Oui	IN	Non	NO	NA
7		L'information d'une surveillance vidéo (si existante) est présente.	☐	☐	☐	☐	☐
8		Des mesures organisationnelles et techniques appropriées sont mises en place pour que les données personnelles soient protégées contre tout traitement non autorisé :					
	8.1	La configuration des locaux permet de respecter la confidentialité des données échangées avec le bénéficiaire ;	☐	☐	☐	☐	☐
	8.2	L'accès aux dossiers médico-soignants papier est sécurisé.	☐	☐	☐	☐	☐
Remarques, constats :			**Délais :**				

C. PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS			Oui	IN	Non	NO	NA
Hygiène des mains :							
9	9.1	Le personnel a les ongles courts et sans vernis, ne porte pas de bijoux, n'a pas de manches longues pendant la pratique des soins ;	☐	☐	☐	☐	☐
	9.2	Des distributeurs de solution hydro-alcoolique sont présents (flacons à usage unique dans tous les locaux de soins ou flacons de poche) ;	☐	☐	☐	☐	☐
	9.3	Les lavabos sont équipés de distributeur de savon liquide neutre et d'essuie-mains en papier ;	☐	☐	☐	☐	☐
	9.4	Une documentation sur les indications et techniques d'hygiène des mains est disponible.	☐	☐	☐	☐	☐
Équipement de protection individuelle (EPI) :							
10	10.1	Les boîtes de gants, de masques et les surblouses sont stockés à l'abri des projections, de l'humidité, de la poussière et de la chaleur ;	☐	☐	☐	☐	☐
	10.2	Une documentation sur les indications de port d'EPI et sur la technique de pose et de retrait est disponible.	☐	☐	☐	☐	☐
Équipement et matériel de soins :							
11	11.1	Les activités propres (par exemple, le stockage) et les activités sales (par exemple, le nettoyage) ne sont pas mélangées ;	☐	☐	☐	☐	☐
	11.2	Le matériel de soins est entretenu dans une zone dédiée et organisée de manière à ne pas contaminer l'environnement.	☐	☐	☐	☐	☐
Gestion du linge :							
12	12.1	Les circuits propres/sales sont organisés afin d'éviter tout croisement de linge propre et de linge sale ;	☐	☐	☐	☐	☐
	12.2	La collecte interne du linge sale se fait dans des sacs à linge sale à l'aide de chariots strictement réservés à cet usage.	☐	☐	☐	☐	☐

			Oui	IN	Non	NO	NA
Gestion de l'environnement :							
13	13.1	Les surfaces, mobiliers et équipements sont adaptés à l'activité ;	☐	☐	☐	☐	☐
	13.2	Il existe un document précisant la fréquence de nettoyage, les produits utilisés, la personne responsable et une traçabilité.	☐	☐	☐	☐	☐
Protection du personnel :							
14		Une procédure interne en cas d'accident d'exposition au sang et aux liquides biologiques est disponible.	☐	☐	☐	☐	☐
Remarques, constats :			**Délais :**				

D. PRODUITS THÉRAPEUTIQUES (DMX ET MEDICAMENTS)		Oui	IN	Non	NO	NA
15	Il existe une procédure de gestion des dispositifs médicaux (DMx).	☐	☐	☐	☐	☐
16	La maintenance des DMx est documentée et suivie (exemple : tableau avec le nom des DMx - date d'achat - date de la maintenance effectuée - date de la prochaine maintenance).	☐	☐	☐	☐	☐
17	Il existe un système d'alerte ascendant et descendant pour la matériovigilance et pharmacovigilance (veille et annonce du/au fabricant et à Swissmedic concernant les DMx défectueux).	☐	☐	☐	☐	☐
18	Il existe une procédure de gestion des médicaments.	☐	☐	☐	☐	☐
19	L'accès au lieu de stockage des médicaments est sécurisé et réservé aux seules personnes autorisées.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Le réfrigérateur, réservé uniquement au stockage des médicaments, est propre et dégivré.	☐	☐	☐	☐	☐
21	Les contrôles des dates de péremptions (matériel de soins et médicaments) sont tracés.	☐	☐	☐	☐	☐
22	La température (et ses extrêmes) des lieux de stockage des médicaments est contrôlée et tracée.	☐	☐	☐	☐	☐
Remarques, constats :		**Délais :**				

E. DROITS DES BÉNÉFICIAIRES			Oui	IN	Non	NO	NA
23	Le droit à la dignité est respecté, notamment :						
	23.1	L'intimité du bénéficiaire est considérée durant les soins ;	☐	☐	☐	☐	☐
	23.2	Le personnel adopte une attitude soignante respectueuse envers les bénéficiaires.	☐	☐	☐	☐	☐
24	Le droit à l'information est garanti, notamment :						
	Le personnel informe le bénéficiaire des soins et/ou traitements dispensés.		☐	☐	☐	☐	☐
25	Le libre choix et le consentement éclairé sont recherchés, notamment :						
	25.1	Le bénéficiaire a choisi son médecin ;	☐	☐	☐	☐	☐
	25.2	L'autodétermination du bénéficiaire est respectée pour les décisions médico-soignantes qui le concernent.	☐	☐	☐	☐	☐
26	Les mesures personnelles anticipées sont recherchées, notamment :						
	26.1	Les informations échangées avec le bénéficiaire concernant les directives anticipées (DA), notamment un refus de positionnement de sa part, sont documentées dans son dossier ;	☐	☐	☐	☐	☐
	26.2	Si elles existent, les DA sont accessibles.	☐	☐	☐	☐	☐
Pour les bénéficiaires incapables de discernement :							
27	Les mesures appliquées de plein droit sont respectées, notamment :						
	27.1	L'identité du représentant dans le domaine médical est documentée ;	☐	☐	☐	☐	☐
	27.2	Les échanges concernant les volontés explicites ou présumées de la personne concernée quant aux soins proposés et à l'attitude sont documentés.	☐	☐	☐	☐	☐
28	Lors de l'utilisation de mesures limitant la liberté de mouvement, les éléments suivants sont présents dans le dossier médico-soignant du bénéficiaire :						
	28.1	La description du processus décisionnel menant à l'instauration de la mesure (proportionnalité et subsidiarité) ;	☐	☐	☐	☐	☐
	28.2	La description détaillée de la mesure ;	☐	☐	☐	☐	☐
	28.3	L'évaluation argumentée du maintien de la mesure ;	☐	☐	☐	☐	☐
	28.4	Le nom de la professionnelle ou du professionnel responsable de la décision ;	☐	☐	☐	☐	☐
	28.5	L'information à la représentante ou au représentant dans le domaine médical du bénéficiaire.	☐	☐	☐	☐	☐
Remarques, constats :			**Délais :**				

F. PRESTATIONS DE SOINS			Oui	IN	Non	NO	NA
29	Le dossier comprend toutes les pièces concernant les soins prodigués au bénéficiaire, notamment :						
	29.1	L'anamnèse ;	☐	☐	☐	☐	☐
	29.2	Une évaluation des besoins ;	☐	☐	☐	☐	☐
	29.3	Les prescriptions médicales ;	☐	☐	☐	☐	☐
	29.4	La traçabilité des soins effectués ;	☐	☐	☐	☐	☐
	29.5	Le résultat des examens cliniques et analyses effectuées ;	☐	☐	☐	☐	☐
	29.6	Les observations permettant le suivi ;	☐	☐	☐	☐	☐
	29.7	Les informations sur l'entourage.	☐	☐	☐	☐	☐
30	La gestion de la douleur est organisée, notamment :						
	30.1	Il existe une procédure sur la gestion de la douleur ;	☐	☐	☐	☐	☐
	30.2	Les évaluations de la douleur sont documentées dans les dossiers ;	☐	☐	☐	☐	☐
	30.3	L'administration de traitements contre la douleur est documentée dans les dossiers ;	☐	☐	☐	☐	☐
	30.4	Un suivi de la douleur est formalisé dans les dossiers.	☐	☐	☐	☐	☐
31	Toute adjonction, suppression ou autre modification du dossier électronique est décelable ; son auteur et sa date peuvent être identifiés.		☐	☐	☐	☐	☐
32	Les bénéficiaires ont accès à :						
	32.1	Un contrôle minimum une fois par année avec leur médecin traitant ;	☐	☐	☐	☐	☐
	32.2	Un contrôle annuel chez le dentiste ou l'hygiéniste dentaire ;	☐	☐	☐	☐	☐
	32.3	Des consultations par des spécialistes aussi souvent que nécessaire.	☐	☐	☐	☐	☐
33	Des programmes de prévention sont proposés dans le cadre de la promotion de la santé :						
	33.1	Le bénéficiaire est encouragé à pratiquer une activité physique régulière ;	☐	☐	☐	☐	☐
	33.2	Une diététicienne ou un diététicien intervient dans l'élaboration et la cohérence des apports nutritionnels au sein de l'établissement ;	☐	☐	☐	☐	☐
	33.3	Des campagnes de vaccination sont organisées ;	☐	☐	☐	☐	☐
	33.4	Autres axes de préventions spécifiques à l'établissement.	☐	☐	☐	☐	☐
Remarques, constats :			**Délais :**				