

NATURE DES MODIFICATIONS

Nature des modifications	Date	Version
*Création du manuel	6 Juillet 2017	1.0
*Révision du manuel (voir tableaux des modifications)	1 juillet 2021	2.0

Version 1.0/2017	Version 2.0/2021
Manuel d'accréditation des centres de santé de base et des centres intermédiaires	Manuel d'accréditation des Centres de Santé de Base et des Structures de Santé Equivalentes
Les parties II et III ont été fusionnées pour donner la partie II avec l'identification/ajout d'un nouveau domaine QSE.	
PARTIE II : AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) La politique de prévention du risque infectieux (PRI) PARTIE III : HYGIENE ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX ASSOCIE AUX SOINS La mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène et de prévention du risque infectieux associé aux soins (HYG)	PARTIE II : MANGEMENT DE LA QUALITE ET GESTION DES RISQUES DOMAINE 1 : QUALITE ET GESTION DES RISQUES (QGR) DOMAINE 2 : POLITIQUE DE PREVENTION ET GESTION DU RISQUE INFECTIEUX (GRI) DOMAINE 3 : QUALITE SECURITE ENVIRONNEMENT (QSE) DOMAINE 4 : BONNES PRATIQUES D'HYGIENE ET DE SECURITE (HYG)
Les parties IV et V ont été fusionnées pour donner la partie III. L'utilisateur a fait place au patient. Les domaines ont été réorganisés. Le domaine GDM a été identifié.	
PARTIE IV : PRISE EN CHARGE DU PATIENT Le respect des droits et l'information des usagers (DI) L'accès, l'offre et la continuité des soins (AOC) Le dossier patient (DP) L'évaluation de l'état du patient (EEP) L'éducation du patient et de sa famille (EDU) PARTIE V : GESTION ET DISPENSATION DES MEDICAMENTS ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX	PARTIE III : PRISE EN CHARGE DES USAGERS DOMAINE 1 : RESPECT DES DROITS ET INFORMATION DES USAGERS (RDI) DOMAINE 2 : DOSSIER PATIENT (DP) DOMAINE 3 : ACCES, OFFRE ET CONTINUITE DES SOINS (AOC) DOMAINE 4 : PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES DES PATIENTS (PCS) Domaine 5 : GESTION ET DISPENSATION DES MEDICAMENTS ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX (GDM) DOMAINE 6 : EDUCATION DU PATIENT ET DE SA FAMILLE (EDU)
Les « documents ressources » ont remplacées les « éléments traceurs » et les « personnes ressources » ont été complétées pour chaque référence.	

Nouvelles références
Référence QGR 4. : La gestion prospective et rétrospective des risques est organisée
Référence QGR 5. : La gestion des événements indésirables est organisée
Référence GRI 6. : Le centre assure la prévention des accidents d'exposition au sang et de leurs conséquences
Référence GRI 5. : Le centre applique les recommandations de l'hygiène respiratoire

Nouveaux critères	
GRH 1.10. Le personnel est informé des résultats de l'évaluation	
RMI 3.5. L'infrastructure du centre permet l'accès sécurisé des usagers y compris ceux à besoins spécifiques	
GSI 3.3. Le centre transmet à la circonscription sanitaire ses données et ses indicateurs selon la périodicité préconisée.	
QGR 3.4. Les documents qualité font l'objet d'une mise à jour au moins tous les 3 ans et en fonction de l'évolution des recommandations et de la réglementation	
QGR 7.5 Le centre communique annuellement les résultats d'évaluation aux organes de gouvernance	
QGR 7.6. Le centre identifie les opportunités d'amélioration	
QGR 4.1. Le centre dispose d'une procédure de gestion prospective et rétrospective des risques	
QGR 4.2. Le centre met en place des dispositions pour identifier, analyser et prévenir les risques associés aux soins (infections, radiologie, etc...) et aux infrastructures (incendie, etc...)	
QGR 4.3. Le centre met en place un registre des risques identifiés	
QGR 4.4. Les résultats issus des analyses des risques permettent de les hiérarchiser et de les traiter	
QGR 4.5. Un plan d'action préventive et curative des risques est validé et mis en œuvre	
QGR 4.6. Le centre met en place des dispositions pour prévenir les chutes des patients	
QGR 4.7. Le centre dispose d'un plan actualisé de gestion de crises sanitaires et de catastrophes	
QGR 5.1. Le centre met en place un dispositif de signalement et de traitement des événements indésirables (EI)	
QGR 5.2. Une charte de non punition signée par le médecin responsable du centre est diffusée auprès du personnel	
QGR 5.3. Le personnel est sensibilisé et formé au signalement des événements indésirables	
QGR 5.4. Le centre dispose d'un registre de recueil des événements indésirables	
QGR 5.5. Les événements indésirables sont analysés et des actions correctives sont mises en place	
QGR 5.6. Le personnel est informé sur les risques enregistrés et sur les actions menées	
HYG 3.3. Les résultats d'analyse sont communiqués au personnel	
GRH 2.9. Le centre évalue la qualité de vie au travail du personnel et de son bien-être	
GRH 2.10. Le centre met en place un plan d'action suite à ces évaluations	
GRI 5.1. Des procédures relatives à l'hygiène respiratoire sont disponibles, accessibles et appliquées au niveau du centre	
GRI 5.2. Le personnel est formé à l'hygiène respiratoire	
GRI 5.3. Les consommables nécessaires pour assurer l'hygiène respiratoire sont disponibles et conformes aux recommandations	
RDI 1.2. Les usagers sont sensibilisés sur leurs droits et leurs devoirs	
RDI 3.5. Le centre dispose d'une liste des actes invasifs qu'il dispense	
AOC 3.7. Une procédure de transfert définit les responsabilités des différents intervenants (équipe du centre, équipe chargée du transport et équipe de la structure de santé d'accueil) et le circuit de l'information (situation clinique du patient, traitements et observations médicales)	
AOC 2.3. Les résultats de l'évaluation des besoins de soins, le diagnostic et les mesures prises sont enregistrés dans le dossier patient	
AOC 6.3. Le personnel du centre adopte les recommandations professionnelles disponibles et validées pour optimiser l'efficacité de la prise en charge des patients	
AOC 4.3. Le centre définit une procédure sur la conduite à tenir en cas d'épidémie	
AOC 2.1. Le personnel soignant évalue l'état de santé du patient	
PCS 4.3. Le centre dispose d'une procédure relative à la radioprotection	
PCS 4.5. Le personnel est formé aux règles de radioprotection	
PCS 2.6. Une procédure décrit les règles de gestion des déchets d'activité de soins de l'unité de médecine dentaire	

Références supprimées	Critères supprimés			
QSS 5	GRF 1.4	QSS 2.6	QSS 5.2	HYG 3.4
EDU 3	QSS 2.4	QSS 2.7	QSS 5.3	
AOC 6	QSS 2.5	QSS 5.1	QSS 5.4	

Version 1.0/2017	Version 2.0/2021	Version 1.0/2017	Version 2.0/2021
Changement d'ordre et/ou de nom			
GRH 2.6.	GRI 6.1.	Référence HYG 5.	Référence QSE 3.
GRH 2.7.	GRI 6.2.	HYG 5.1.	QSE 3.1.
GRH 2.8.	GRI 6.3.	HYG 5.2.	QSE 3.2.
GRH 2.9.	GRI 6.4.	HYG 5.3.	QSE 3.3.
GRH 2.10.	GRI 6.5.	DI 3.2.	RDI 3.3.
GRH 2.11	GRH 2.6.	DI 3.3.	RDI 3.4.
GRH 2.12	GRH 2.8.	DI 3.4.	RDI 3.6.
GRH 2.13	GRH 2.7.	Référence AOC 2.	Référence DP 1.
QSS 3.1.	QGR 3.1.	AOC 2.1.	DP 1.1.
QSS 3.2.	QGR 3.3.	AOC 2.2.	DP 1.2.
QSS 3.3.	QGR 3.5.	AOC 3.5.	AOC 3.6.
QSS 3.4.	QGR 3.2.	AOC 3.6.	AOC 3.5.
Référence QSS 4.	Référence QGR 6.	Référence AOC 5.	Référence PCS 1.
QSS 4.1.	QGR 6.1.	AOC 5.1.	PCS 1.1.
QSS 4.2.	QGR 6.2.	AOC 5.2.	PCS 1.2.
QSS 4.3.	QGR 6.3.	AOC 5.3.	PCS 1.4.
QSS 4.4.	QGR 6.4.	AOC 5.4.	PCS 1.5.
Référence QSS 6.	Référence QGR 7.	AOC 5.5.	PCS 1.3.
QSS 6.1.	QGR 7.1.	AOC 5.6.	PCS 1.6.
QSS 6.2.	QGR 7.2.	AOC 6.1.	EDU 1.3.
QSS 6.3.	QGR 7.3.	AOC 6.2.	EDU 1.4.
QSS 6.4.	QGR 7.4.	Référence AOC 8.	Référence AOC 6.
QSS 6.5.	QGR 7.7.	AOC 8.1.	AOC 6.1.
Référence PRI 4.	Référence HYG 2.	AOC 8.2.	AOC 6.2.
PRI 4.1.	HYG 2.1.	AOC 8.3.	AOC 6.4.
PRI 4.2.	HYG 2.2.	AOC 8.4.	AOC 6.5.
Référence PRI 5.	Référence HYG 3.	AOC 8.5.	AOC 6.6.
PRI 5.1.	HYG 3.1.	Référence DP 1.	Référence DP 2.
PRI 5.2.	HYG 3.2.	AOC 4.2.	AOC 5.2.
PRI 5.3.	HYG 3.4.	AOC 4.6.	AOC 4.2.
Référence HYG 2.	Référence GRI 4.	AOC 4.7.	AOC 4.4.
HYG 2.1.	GRI 4.1.	AOC 4.8.	AOC 5.4.
HYG 2.2.	GRI 4.2.	Référence EEP 1.	Référence AOC 2.
HYG 2.3.	GRI 4.3.	EEP 1.1.	AOC 2.2.
HYG 2.4.	GRI 4.4.	EEP 1.2.	AOC 2.3.
HYG 2.5.	GRI 4.5.	Référence EEP 2.	Référence PCS 3.
Référence HYG 3.	Référence QSE 1.	Référence EEP 3.	Référence PCS 4.
HYG 3.1.	QSE 1.1.	EEP 3.3.	PCS 4.6.
HYG 3.2.	QSE 1.2.	EEP 3.4.	PCS 4.7.
HYG 3.3.	QSE 1.3.	EEP 3.5.	PCS 4.8.
HYG 3.5.	QSE 1.4.	EEP 3.6.	PCS 4.9.
Référence HYG 4.	Référence QSE 2.	EEP 3.7.	PCS 4.10.
HYG 4.1.	QSE 2.1.	EEP 3.8.	PCS 4.4.
HYG 4.2.	QSE 2.2.	Référence AOC 7.	Référence PCS 2.
HYG 4.3.	QSE 2.3.	AOC 7.6.	PCS 2.7.
HYG 4.4.	QSE 2.4.	EDU 3.1.	EDU 2.5.
HYG 4.5.	QSE 2.5.		

Version 1.0/2017	Version 2.0/2021
Critères subdivisés ou fusionnés	
PRI 1.1. Le centre adopte une politique de prévention du risque infectieux élaborée et validée par le comité chargé d'hygiène et de sécurité des soins au niveau de la circonscription sanitaire et déclinée en plan d'action annuel ou pluriannuel	GRI 1.1. Une politique de prévention et gestion du risque infectieux est élaborée, validée par le comité d'hygiène de la circonscription et actualisée. GRI 1.2. La politique de prévention et gestion du risque infectieux est déclinée en plan d'action opérationnel annuel ou pluriannuel
DI 3.1. Les usagers sont informés de la liste des prestations y compris celles préventives gratuites et de la tarification des actes selon le mode de couverture sociale	RDI 3.1. Les usagers sont informés de la liste des prestations gratuites y compris celles préventives RDI 3.2. Les usagers sont informés de la tarification des actes selon le mode de couverture de soins
DI 3.5. Le consentement est systématiquement recueilli pour les actes invasifs et tracé dans le dossier du patient	RDI 3.7. Le centre dispose d'un modèle de consentement éclairé en langage compréhensible RDI 3.8. Le consentement est systématiquement recueilli pour les actes invasifs et tracé dans le dossier du patient
Référence AOC 4. : Le centre prend en charge les usagers à besoins spécifiques (personnes âgées, femmes enceintes, enfants et nourrissons, douleur...) ou à risque infectieux	Référence AOC 5. : Le centre prend en charge les usagers à besoins spécifiques Référence AOC 4. : Le centre prend en charge les patients à risque infectieux
AOC 4.3., AOC 4.4. et AOC 4.5.	AOC 5.3.
AOC 4.1.	AOC 5.1. et AOC 4.1.
AOC 4.2. Les modalités de dépistage, d'évaluation et de prise en charge de la douleur sont clairement définies	AOC 2.1. Le personnel soignant évalue l'état de santé du patient AOC 2.2. Le personnel soignant dispose des protocoles d'évaluation conformes aux recommandations de bonnes pratiques (ex. protocole de l'évaluation de la douleur) AOC 5.2. Les modalités de prise en charge de la douleur sont clairement définies
AOC 4.3. Le centre assure la prise en charge et/ou l'orientation des patients nécessitant un suivi psychologique	AOC 5.3. Le centre assure la prise en charge et/ou l'orientation des patients nécessitant un suivi spécifique (psychologique, nutritionnel, orthophonique, ...)
AOC 4.4. Le centre assure la prise en charge ou l'orientation des patients nécessitant un suivi nutritionnel	
AOC 4.5. Des fiches de conseils nutritionnels sont disponibles et communiquées	
AOC 4.6. Le signalement des maladies à déclaration obligatoire est fait dans les délais aux autorités compétentes et des mesures appropriées sont prises	AOC 4.1. Les modalités de prise en charge sont adaptées aux patients à risque infectieux conformément aux recommandations de bonnes pratiques AOC 4.2. Le signalement des maladies à déclaration obligatoire est fait aux autorités compétentes, dans les délais, et des mesures appropriées sont prises
AOC 4.7. La prise en charge des patients présentant une infection à risque épidémique est assurée en coordination avec les responsables de la circonscription sanitaire	AOC 4.3. Le centre définit une procédure sur la conduite à tenir en cas d'épidémie AOC 4.4. La prise en charge des patients présentant une infection à risque épidémique est assurée en coordination avec les responsables de la circonscription sanitaire

Version 1.0/2017	Version finale-CTA-18 juin 2021
Reformulation	
Référence HYG 1. : Le centre applique les procédures d'hygiène et de prévention du risque infectieux lors des soins généraux et spécifiques administrés aux patients	Référence HYG 1. : Le centre applique les bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité des soins
Référence DI 1. : Les usagers sont informés de leurs droits et de leurs devoirs dans un langage compréhensible	Référence RDI 1. : Les usagers sont informés de leurs droits et de leurs devoirs dans un langage compréhensible
AOC 3.4. Le centre coordonne le transfert à une autre structure de santé en cas de nécessité	AOC 3.4. Une procédure de transfert définit les responsabilités des intervenants et le circuit de l'information
AOC 3.6. En cas de besoin, les patients sont transférés ou référés vers d'autres structures sanitaires	AOC 3.5. Le centre coordonne la référence et le transfert à une autre structure de santé en cas de nécessité
AOC 4.1. Les modalités de prise en charge sont adaptées aux patients à besoins spécifiques ou à risque infectieux conformément aux recommandations de bonnes pratiques	AOC 5.1. Les modalités de prise en charge sont adaptées aux patients à besoins spécifiques conformément aux recommandations de bonnes pratiques
AOC 4.8. La prise en charge des patients présentant des demandes allant à l'encontre de la réglementation ou des recommandations professionnelles est décidée en concertation avec les professionnels du centre	AOC 5.4. La demande de prise en charge médicale allant à l'encontre des recommandations professionnelles est décidée en concertation avec le patient et/ou sa famille et consigné dans le dossier du patient
AOC 6.2. Des séances d'éducation en santé bucco-dentaire sont planifiées et réalisées pour les usagers du centre	EDU 1.4. Le centre met en place et réalise un programme sur la mise en application des protocoles sanitaires actualisés pour les usagers du centre
AOC 7.5. Une procédure décrit les règles de gestion des déchets de l'unité de médecine dentaire	PCS 2.5. Les modalités de nettoyage et de bionettoyage, d'entretien et de stérilisation des équipements réutilisables sont définies dans une procédure et assurées par un personnel qualifié
GDM 1.5. Les modalités de gestion des médicaments et des dispositifs médicaux et les responsabilités sont formalisées dans le cadre d'une procédure de façon à assurer la continuité des soins, la sécurité du stockage prenant en compte les médicaments à consonance ou à conditionnement susceptibles d'induire une confusion lors de la dispensation (« Look-Alike, Sound-Alike ») conformément aux recommandations de l'OMS	GDM 1.4. Le centre élabore une procédure sur les modalités de gestion des médicaments avec des conditionnements similaires « Look-Alike, » et/ou des noms de spécialité similaires « Sound-Alike »
GDM 1.8. Les bordereaux de sortie font l'objet d'un suivi quotidien	GDM 1.8. Les fiches mobiles/de stock font l'objet d'une tenue quotidienne