République Tunisienne
*****
INSTANCE NATIONALE DE
L'ACCRÉDITATION EN SANTÉ

الجمهوريّة التونسيّة
*****
الهيئة الوطنيّة للإعتماد
في المجال الصحّي

MANUEL D'ACCREDITATION

DES CENTRES DE SANTE DE BASE ET DES CENTRES INTERMEDIAIRES

Le présent manuel d'accréditation a été approuvé à l'unanimité par le conseil d'établissement de l'INASanté le 06 Juillet 2017.

Les membres du conseil d'établissement présents sont:

- Pr Khaled ZEGHAL: Président du conseil
- Dr Samir ABDELJAOUED: Représentant du Ministère de la Santé
- Dr Sami BEN ABDELFATTAH: Représentant de la CNAM
- Mr Anouar ZOUARI: Représentant du TUNAC
- Mr Mohamed Mehdi BEN ROMDHANE: Représentant de la présidence du Gouvernement
- Mr Abid BRAHEM: Représentant du Ministère des Finances
- Mr Abderrazek HEDHILI: Représentant du conseil National de l'ordre des Pharmaciens
- Mme Lamia KAHIA: Contrôleur d'Etat

SOMMAIRE

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

L'accréditation 7
- Les objectifs de l'accréditation 7
- Le périmètre de l'accréditation 8
- Le champ d'application de l'accréditation 8

L'INASanté 8
Le développement des référentiels d'accréditation 9
Les établissements concernés par ce Manuel 10
La structure des référentiels 10
Les étapes de l'accréditation 11
LE NIVEAU D'ACCREDITATION ET LE SUIVI 14
La formulation d'éventuelles contestations 14
PARTIE I : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT 15
Le Management stratégique(MS) 15
Référence MS1. : Le centre dispose d'un projet validé 15
Référence MS2. : Les professionnels et la communauté sont associés à la mise en œuvre du projet 16
La gouvernance du centre (GC) 17
Référence GC1. : La gouvernance du centre est définie 17
La gestion des ressources humaines (GRH) 17
Référence GRH1. : Les modalités de gestion des ressources humaines sont définies 18
RéférenceGRH2.: La prévention des risques professionnels est assurée 19
La gestion des ressources matérielles et des infrastructures (RMI) 20
Référence RMI1.: Les approvisionnements et la bonne gestion des stocks sont assurés 20
Référence RMI2. : La maintenance des différents équipements est organisée 21
Référence RMI3. : Le centre dispose d'un plan de maintenance et de sécurité des infrastructures 21
La gestion des ressources financières (GRF) 22
Référence GRF1. : Des mécanismes sont en place pour contribuer à l'optimisation des recettes et des dépenses 22
La gestion de l'information (GI) 23
Référence GI.1. : Le centre a mis en place un système d'information 23

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Référence GI2. : Le centre veille à la bonne circulation, utilisation et diffusion de l'information 23

Référence GI3. : Le centre dispose de données fiables permettant la prise de décision pour l'amélioration de la prise en charge 23

PARTIE II : AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE 25

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) 25

Référence QSS1. : Le centre dispose d'une politique qualité et sécurité des soins 25

Référence QSS2. : Le responsable du centre organise la mise en œuvre de la politique qualité et sécurité des soins 26

Référence QSS 3. : La gestion documentaire est organisée 26

Référence QSS 4. : La gestion des plaintes et des réclamations est organisée 27

Référence QSS 5. : Le centre met en œuvre une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles 27

Référence QSS 6. : Le système d'amélioration de la qualité fait l'objet d'une évaluation 28

PARTIE III : HYGIENE ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX ASSOCIE AUX SOINS 29

La politique de prévention du risque infectieux (PRI) 29

Référence PRI 1. : Le centre adopte une politique de prévention du risque infectieux chez les usagers et les professionnels 29

Référence PRI 2. : Le centre met en œuvre un programme de prévention du risque infectieux 29

Référence PRI 3. : Le centre met à disposition les ressources matérielles nécessaires à la mise en œuvre du programme de prévention et de maitrise du risque infectieux 30

Référence PRI 4. : Le centre assure la formation sur les bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité des soins 30

Référence PRI 5. : Une évaluation du respect des règles de bonnes pratiques d'hygiène est réalisée 30

La mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène et de prévention du risque infectieux associé aux soins (HYG) 31

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 31

Référence HYG 2. : Le centre applique les recommandations du programme national d'hygiène des mains 31

Référence HYG 3. : Les bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux sont respectées au niveau du centre 32

Référence HYG 4. : Le centre veille au nettoyage et bionettoyage des locaux 33

Référence HYG 5. : Le centre applique les bonnes pratiques en matière de gestion des déchets d'activité sanitaires (DAS) 33

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

PARTIE IV : PRISE EN CHARGE DU PATIENT 35

Le respect des droits et l'information des usagers (DI) 35

Référence DI 1. : Les usagers sont informés de leurs droits et de leurs devoirs dans un langage compréhensible.....35

Référence DI 2. : Les droits des usagers sont respectés 35

Référence DI 3. : Les usagers sont informés à toutes les étapes de leur prise en charge 35

Référence DI 4. : Le respect des droits des usagers est évalué 36

L'accès, l'offre et la continuité des soins (AOC) 36

Référence AOC 1. : Le centre reçoit tout patient de son secteur géographique en fonction des soins dont il a besoin, de la mission et des ressources du centre 36

Référence AOC 2. : Les règles d'identification des patients sont clairement établies 37

Référence AOC 3. : Le centre assure la continuité des soins en tenant compte de la coordination entre les professionnels de santé et les niveaux de soins.....37

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.....38

Référence AOC 5. : Le centre prend en charge les patients présentant une urgence vitale immédiate survenant dans le centre.....38

Référence AOC 6. : Le centre assure la promotion de la santé bucco-dentaire.....39

Référence AOC 7. : Le centre offre des soins dentaires de qualité garantissant la sécurité du patient et du personnel soignant 39

Référence AOC 8. : Le centre assure la planification, l'exécution et l'évaluation de tous les programmes nationaux.....40

Le dossier patient (DP).....41

Référence DP 1. : Le contenu et les modalités de gestion du dossier patient assurent la continuité et la sécurité des soins 41

Référence DP 2. : Le centre évalue régulièrement le contenu du dossier patient 42

L'évaluation de l'état du patient (EEP) 42

Référence EEP 1. : Le centre identifie les besoins de soins de chaque patient.....42

Référence EEP 2. : Le centre organise la gestion des examens biologiques 43

Référence EEP 3. : Le centre organise la gestion de l'unité d'imagerie médicale.....44

L'éducation du patient et de sa famille (EDU) 45

Référence EDU 1. : Le centre intègre la promotion de la santé dans le cadre de ses activités45

Référence EDU 2. : Le centre met en œuvre un programme d'éducation qui assure la participation du patient et de sa famille aux décisions et aux processus de soins.....45

Référence EDU 3. : L'éducation pour la santé est évaluée 45

PARTIE V : GESTION ET DISPENSATION DES MEDICAMENTS ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX.....46

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Référence GDM 1. : Les modalités de gestion des médicaments et des dispositifs médicaux sont clairement définies.....46

Référence GDM 2. : Le centre garantit la sécurité de la dispensation des médicaments aux patients 47

Référence GDM 3. : Les effets indésirables sont signalés et pris en charge 48

Référence GDM 4. : La gestion des médicaments est évaluée 48

GLOSSAIRE 49

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

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 (https://www.facs.org), 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'Accréditation en Santé (INASanté) en 2012.

Première interface de la santé publique, la 1ère ligne est une composante importante du système de santé tunisien. Son implication prioritaire dans la démarche qualité s'est concrétisée par le développement de ce manuel : Manuel d'Accréditation des Centres de santé de base (CSB) et des Centres intermédiaires (CI).

L'accréditation

L'accréditation d'un établissement de santé est la réalisation d'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 à des exigences colligées et consignées dans un manuel d'accréditation élaboré par l'INASanté et mis à la disposition des établissements et des évaluateurs.

➢ 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 de ces derniers en matière de prise en charge globale.

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.

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

➢ 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'INASanté 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'ensemble des activités de l'établissement de santé qu'ils soient des domaines clinique, technique ou logistique. 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'INASanté

L'INASanté 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'INASanté 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'INASanté 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 CSB et des centres intermédiaires (CI) vient couronner le travail de centaines de professionnels de santé aux côtés de l'INASanté.

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Le développement des référentiels d'accréditation

L'INASanté, qui se veut une plateforme à destination de tous les professionnels de santé, a adopté dès sa mise en place une charte déontologique intégrant les principes de la collégialité et de la multidisciplinarité.

Le manuel d'accréditation des CSB et des CI est le fruit d'un parcours, engagé dès 2013 et réalisé en plusieurs étapes, qui a obéit à une logique de concertation et d'ouverture de l'INASanté. 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 de la 1ère ligne que les usagers à travers la contribution de quelques associations les représentants. Parallèlement, l'INASanté a bénéficié ponctuellement de l'accompagnement d'une assistance technique.

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

1. Benchmark des manuels d'accréditation et identification des domaines d'accréditation des CSB et CI
2. Elaboration du premier draft du manuel d'accréditation des CSB et des CI
3. Elaboration de la version préliminaire du manuel d'accréditation des CSB et CI
4. Lecture de la version préliminaire du manuel d'accréditation des CSB et CI
5. Validation de la révision de la version préliminaire du manuel d'accréditation des CSB et des CI
6. Test de compréhension et d'applicabilité de la version préliminaire du manuel d'accréditation des CSB et des CI
7. Approbation de la version préliminaire du manuel d'accréditation des CSB et des CI
8. Avis du comité ad hoc « Accréditation » à propos de la version « zéro » du Manuel d'accréditation
9. Expérimentation en grandeur réelle auprès de 5 CSB

L'ensemble des personnes ayant contribué, en présentiel ou à distance, aux activités réalisées pour aboutir au manuel d'accréditation des CSB et CI ont permis d'orienter, de rédiger ou de réviser ce manuel.

A cet effet, l'équipe de l'INASanté 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,
    - The Council for Health Service Accreditation of Southern Africa (COHSASA) – Afrique du Sud,
    - Accreditation Canada International (ACI) - Canada,

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- Health Care Accreditation Council (HCAC) - Jordanie,

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'INASanté.

Les établissements concernés par ce Manuel

Le présent manuel s'adresse aux centres de santé de base (CSB) et aux centres intermédiaires (CI) ainsi qu'aux établissements de santé similaires.

a- Les centres de santé de base (CSB) : structures assurant une activité ambulatoire intégrée de soins de santé primaire curatifs et préventifs et couvrant tout le territoire du pays ; ils constituent le principal levier de la politique préventive de santé publique basée sur des programmes nationaux dont les plus importants concernent la santé maternelle et infantile, les maladies chroniques, la santé mentale, la santé des personnes âgées, le VIH/SIDA, la tuberculose, …

Les CSB ont une activité essentiellement ambulatoire. Ils assurent leurs prestations de jour (Continuité des services sur la semaine) et peuvent, en plus, assurer des prestations de nuit.

b- Les centres intermédiaires de santé de base (CI) : Dans l'attente d'un cadre juridique pour ce type de centres, le centre intermédiaire est actuellement assimilé à un CSB doté en général d'une unité dentaire et d'un plateau technique (laboratoire et/ou radiologie) et offrant également des consultations médicales spécialisées (non standardisées).

Il ne peut en aucun cas être utilisé comme référence d'agrément, de contrôle ou d'inspection.

La structure des référentiels

Le présent Manuel comprend 5 parties subdivisées en 14 domaines :

- Partie I : Management de l'établissement
  - Le management stratégique
  - La gouvernance du centre
  - La gestion des ressources humaines
  - La gestion des ressources matérielles et des infrastructures
  - La gestion des ressources financières
  - La gestion de l'information
- Partie II : Amélioration continue de la qualité

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

    - L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Partie III : Hygiène et maîtrise du risque infectieux associé aux soins
    - La politique de prévention du risque infectieux
    - La mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène et de prévention du risque infectieux associé aux soins
- Partie IV : Prise en charge du patient
    - Le respect des droits et l'information des usagers
    - L'accès, l'offre et la continuité des soins
    - Le dossier patient
    - L'évaluation de l'état du patient
    - L'éducation du patient et de sa famille
- Partie V : Gestion et dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux

Chaque domaine est structuré sur la base architecturale suivante :

- Une introduction rappelant les enjeux et le périmètre du domaine
- Des références précisant l'objectif à atteindre

Chaque référence est déclinée en critères présentant les moyens devant être mis en œuvre pour atteindre l'objectif de la référence et est complétée par des éléments traceurs (documents à élaborer dans le cadre de la référence et recherchés au moment de la visite).

Par ailleurs, parmi les 52 références le Manuel identifie 13 références prioritaires. Ces références requièrent un niveau de maîtrise élevé.

Les étapes de l'accréditation

Le processus d'accréditation est le fruit d'une approche collaborative entre les experts-visiteurs et les professionnels du CSB / CI.

Celle-ci repose sur les étapes-clé suivantes :

1- La réalisation d'une auto-évaluation au cours de laquelle les professionnels doivent s'évaluer au regard de chaque référence sur la base de l'échelle suivante :

- Niveau A : le centre répond totalement à la référence
- Niveau B : le centre répond globalement à la référence
- Niveau C : le centre répond partiellement à la référence et doit mettre en œuvre des actions d'amélioration
- Niveau D : le centre ne répond pas du tout à la référence

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Cette auto-évaluation permet par ailleurs aux professionnels de décrire l'existant et d'identifier les éléments de preuve pour chaque référence.

2- La validation et la transmission du rapport d'auto-évaluation par l'INASanté à l'équipe d'experts-visiteurs

Cette étape est essentielle car elle permet aux experts-visiteurs de prendre connaissance de l'organisation du centre avant la visite et d'organiser cette dernière.

3- La visite du centre

La visite a plusieurs objectifs :

- Valider la méthodologie et les résultats de l'auto-évaluation
- Evaluer l'organisation mise en œuvre au regard des référentiels
- Evaluer l'engagement et la dynamique d'amélioration de la qualité

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 : le centre répond totalement au critère
    - Niveau 2 : le centre répond globalement au critère
    - Niveau 1 : le centre répond partiellement au critère et doit mettre en œuvre des actions d'amélioration
    - Niveau 0 : le centre ne répond pas du tout au critère
- Le score de chaque référence 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

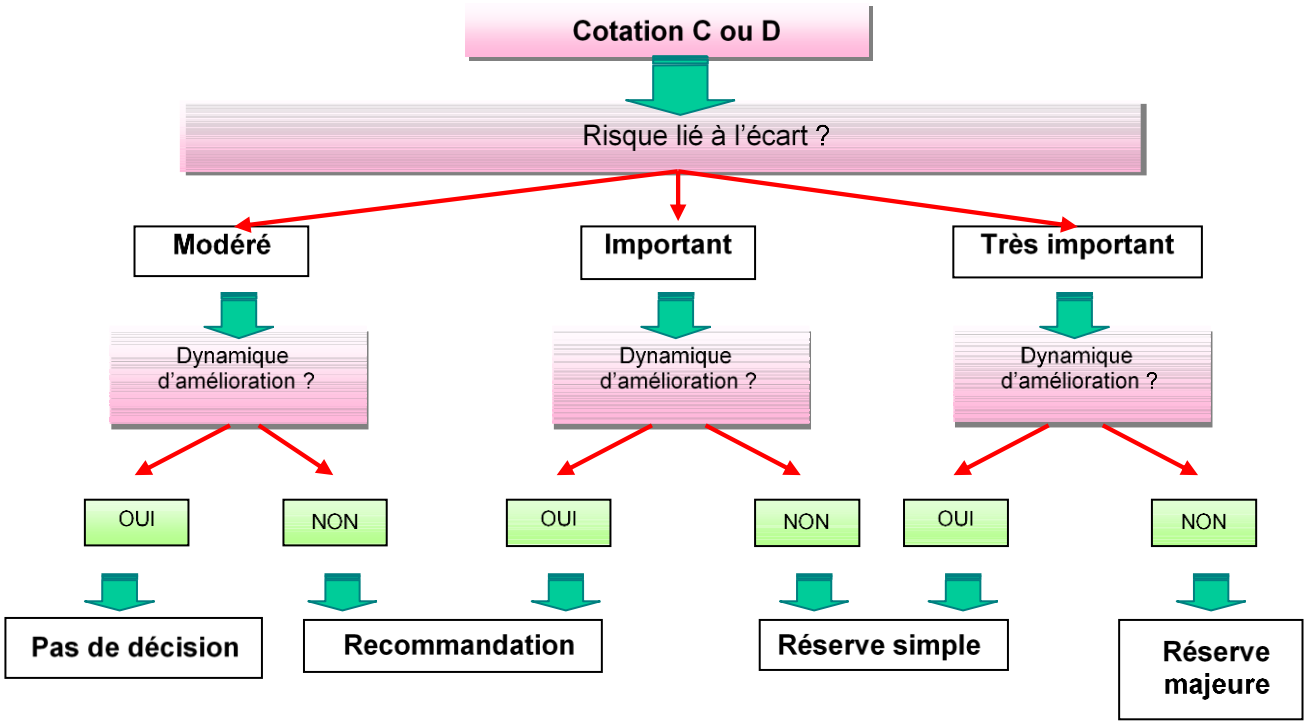
4- L'attribution de décisions

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

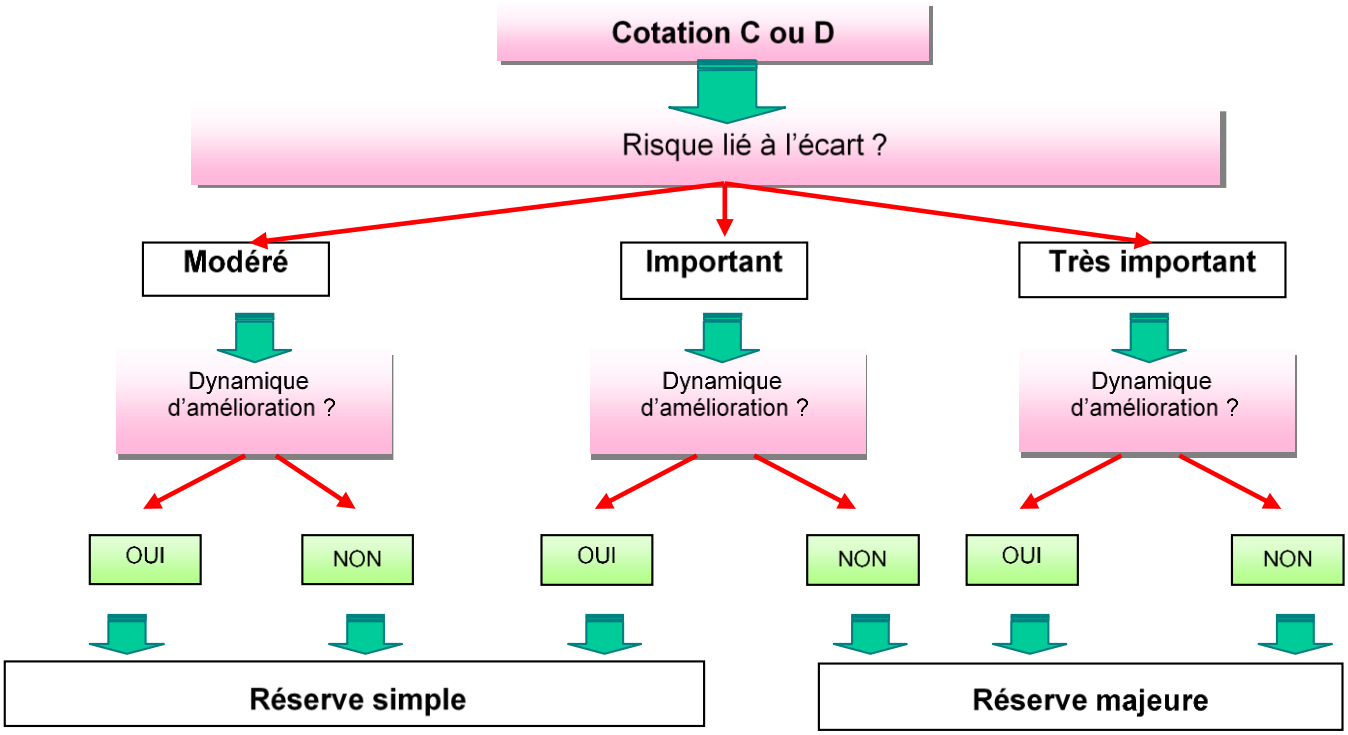
Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

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 :**



Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

LE NIVEAU D'ACCREDITATION ET LE SUIVI

Le niveau d'accréditation du Centre est déterminé par le Collège d'experts de l'INASanté sur la base :

- des constats faits par les experts-visiteurs
- des cotations des références
- des propositions de décisions faites par les experts-visiteurs.

4 niveaux d'accréditation sont possibles. L'existence de 2 réserves majeures aboutit à une non accréditation et le centre doit engager une nouvelle démarche.

Type de décision	Niveau d'accréditation
Absence de recommandation, de réserve simple ou majeure	Accréditation
Une recommandation ou plus	Accréditation avec recommandation
Une réserve simple ou plus	Accréditation avec réserve
Une réserve majeure	Accréditation conditionnelle
2 réserves majeures ou plus	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
Accréditation	Envoi du Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité (PAQS) à 18 mois
Accréditation avec recommandation	
Accréditation avec réserve	Rapport de suivi
Accréditation conditionnelle	Visite ciblée

La formulation d'éventuelles contestations

Dans le cadre de la procédure contradictoire, le responsable du centre 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.

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

N. B. : Les références précédées du sigle ➲ sont des références prioritaires.

Les éléments traceurs sont indicatifs et doivent permettre aux professionnels de centre de mettre en œuvre le critère ainsi qu'aux experts-visiteurs d'évaluer l'atteinte du critère et de la référence. Ces éléments traceurs ne sont pas limitatifs et les professionnels peuvent mettre en œuvre d'autres modalités pour atteindre les objectifs.

PARTIE I : MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Le Management stratégique(MS)

Afin d'assurer au mieux ses missions, le centre dispose d'un projet pluriannuel qui définit :

- **les valeurs et les missions du centre**
- **l'offre de soins prenant en compte :**
  - **les besoins de la population**
  - **les aspects de la vie de la communauté dont il a les responsabilités : épidémiologiques, socio-culturels, écologiques, démographiques, économiques**
  - **la politique de santé définie au niveau national, régional et local**
- **l'organisation mise en place**
- **les objectifs de développement**

Ce projet est élaboré en concertation avec les responsables de la circonscription sanitaire et est cohérent avec le projet de circonscription sanitaire. Il est approuvé par la Direction régionale.

La concertation, l'intersectorialité et la participation communautaire constituent les principes d'élaboration et de mise en œuvre de ce projet.

Référence MS1. : Le centre dispose d'un projet validé

- MS 1.1. Le centre dispose d'un projet élaboré en concertation avec les professionnels et la communauté et validé par les instances appropriées

- MS1.2. Le projet identifie
  - Les valeurs et les missions du centre
  - La population pour laquelle il donne accès à des services et offre des prestations compatibles avec sa mission sur la base :
    - des flux réels constatés des patients
    - des données démographiques
  - L'offre de soins mise en place sur la base des attentes et besoins exprimés au niveau local

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- Les prestations offertes tant en interne qu'en externe
- Les modalités de coopération avec la communauté
- L'engagement du centre dans une dynamique qualité
- Les orientations stratégiques prenant en compte les données issues de l'analyse de ses activités déclinées en :
  - actions prioritaires prenant en compte l'offre sanitaire et sociale environnante (y compris dans le domaine de la qualité) ; les moyens nécessaires à la mise en œuvre des actions
  - objectifs mesurables en adéquation avec les ressources et les moyens du centre
  - plans d'action
  - éléments et indicateurs de suivi

➢ MS 1.3. Le projet est communiqué auprès des autorités administratives et politiques locales et les autres services publics

➢ MS 1.4. Le projet fait l'objet d'un suivi et d'une adaptation annuelle

Eléments traceurs

- *Projet de centre validé*
- *Plan d'action de la circonscription*
- *PV de réunion*
- *Rapport annuel du centre*

Référence MS2. : Les professionnels et la communauté sont associés à la mise en œuvre du projet

➢ MS 2.1. Le responsable du centre participe régulièrement aux réunions tenues au niveau de la circonscription sanitaire

➢ MS 2.2. Le responsable du centre coordonne les interventions auprès des partenaires externes afin de renforcer les aspects préventifs et promotionnels de l'action sanitaire

➢ MS 2.3. Des relations / partenariats sont établis avec la communauté et les professionnels impliqués (publics et privés)

➢ MS 2.4. L'équipe du centre est à l'écoute des attentes et besoins exprimés par la population, y répond dans les limites de leur pertinence et des possibilités du système, en concertation avec les parties prenantes

➢ MS2.5. Le personnel et les partenaires du centre sont informés des actions relatives à :
  - la situation sanitaire et les programmes de santé
  - la collaboration avec d'autres organisations et organismes de santé pour identifier et inclure les populations vulnérables dans les programmes nationaux de santé
  - la promotion de la santé et la prévention de la maladie

➢ MS 2.6. Le suivi et l'évaluation des orientations et objectifs du centre sont assurés en coordination avec l'équipe de gestion et les professionnels

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Eléments traceurs

- *PV de réunion du comité technique de la circonscription*
- *Planning de réunion*
- *Programmes d'éducation pour la santé*
- *Rapports d'EPLS*
- *PV Conseil local de santé ou de développement*
- *Conventions de partenariat*
- *Plan d'action de circonscription sanitaire*
- *Rapport d'activité du centre*

La gouvernance du centre (GC)

L'organisation, les règles de prise de décision et les modalités de fonctionnement du centre de santé de base doivent être clairement définies tant en interne qu'avec les partenaires et en particulier la communauté pour permettre aux professionnels de répondre au mieux à leurs missions et assurer une prise en charge optimale des usagers.

Référence GC1. : La gouvernance du centre est définie

- GC 1.1. Le responsable du centre est désigné par une note de la hiérarchie dans les centres accueillant plusieurs médecins
- GC 1.2. Le responsable du centre, en collaboration avec l'équipe, fixe les responsabilités et les pouvoirs de décision
- GC 1.3. La matrice actualisée des aires de responsabilités incluant le management, la gouvernance clinique et la démarche qualité est affichée dans le centre
- GC 1.4. La matrice des aires de responsabilités est appliquée afin de garantir un niveau de fonctionnement optimal
- GC 1.5. La communauté est informée des règles de gouvernance du centre

Eléments traceurs

- *Note de désignation du responsable de centre*
- *Matrice des aires de responsabilités*
- *PV de réunion*

La gestion des ressources humaines (GRH)

La contribution efficace des ressources humaines au fonctionnement du centre requiert la définition et la mise en place de règles de gestion des ressources humaines. La gestion des ressources humaines vise à :

- **impliquer les personnels dans le fonctionnement du centre**

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- **améliorer les conditions de travail et la prévention des risques professionnels**
- **motiver les personnels**
- **renforcer la cohésion de l'équipe soignante**

Référence GRH1. : Les modalités de gestion des ressources humaines sont définies

- GRH 1.1. Le responsable du centre en collaboration avec l'équipe du centre analyse les besoins en termes de ressources humaines et de développement professionnel continu et les propose à l'équipe de gestion de la circonscription sanitaire

- GRH 1.2. Les besoins exprimés sont cohérents avec le projet du centre et la politique régionale et tiennent compte des compétences et des expériences nécessaires pour la mise en œuvre des missions du centre

- GRH 1.3. Le responsable du centre en collaboration avec l'équipe de gestion de la circonscription sanitaire met en place les outils pour la gestion des ressources humaines (matrice des aires de responsabilité, fiche de poste, code de conduite du personnel…)

- GRH 1.4. Le responsable du centre et l'équipe de gestion de la circonscription sanitaire ont défini les modalités d'accueil des nouveaux professionnels et des stagiaires dans le centre incluant la vérification des qualifications et la mise à jour de la matrice des aires de responsabilités

- GRH 1.5. Un plan de formation est élaboré chaque année en fonction des besoins exprimés par les professionnels et identifiés par le responsable du centre. Ce plan comprend a minima la formation au signalement et au traitement des évènements indésirables, à l'utilisation des équipements spécialisés et nouvelles techniques cliniques

- GRH 1.6. Le responsable du centre participe aux réunions avec l'équipe technique de la circonscription sanitaire et communique toutes les informations au personnel du centre

- GRH 1.7. Des réunions périodiques sont tenues avec tout le personnel du centre dans le but de développer l'esprit d'équipe et de promouvoir la participation effective de chacun à l'amélioration de la qualité du service commun

- GRH 1.8. Le responsable du centre suit certains indicateurs relatifs à la gestion des ressources humaines (turn-over, absentéisme…)

- GRH 1.9. Un mécanisme d'évaluation régulière du personnel permettant de vérifier que les performances et les compétences des personnels sont conformes à leurs qualifications et à leur fiche de poste est mis en place. Les personnels sont informés des résultats de l'évaluation

Eléments traceurs

- *Matrice des aires de responsabilités*
- *Fiches de poste*
- *Code de conduite du personnel*
- *Dossiers du personnel*
- *Programme de formation continue du centre et de la circonscription*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- *PV de réunion*
- *Tableau de bord RH*
- *Fiches d'évaluation du personnel*
- *Rapport d'évaluation du programme de formation continue*
- *Procédure d'accueil des nouveaux professionnels et des stagiaires*
- *Fiches d'évaluation du personnel*
- *Rapport d'activité du centre*

➲ RéférenceGRH2.: La prévention des risques professionnels est assurée

- GRH 2.1. Tout personnel exerçant dans le centre bénéficie d'un suivi par un médecin du centre ou le service de médecine du travail
- GRH 2.2. La vaccination et le suivi clinique du personnel sont assurés
- GRH 2.3. Le centre assure, le cas échéant, la confidentialité des dossiers médicaux du personnel
- GRH 2.4. Les responsabilités (civiles et professionnelles) respectives des professionnels et du centre sont clairement connues
- GRH 2.5. Le centre met en place les mesures préventives préconisées et définit les conduites à tenir pour les principaux risques lors de leur survenue
- GRH 2.6. Les professionnels ont élaboré ou se sont approprié une procédure de déclaration et de prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES). Cette procédure est diffusée et affichée auprès des professionnels
- GRH 2.7. Le centre assure l'information et la formation des prestataires de soins sur le programme de prévention des AES et les mesures à prendre en cas d'AES
- GRH 2.8. Les prestataires de soins appliquent les précautions standards pour la prévention d'AES
- GRH 2.9. Les professionnels se conforment à la procédure de déclaration des AESet de leur prise en charge
- GRH 2.10. Les AES sont enregistrés
- GRH 2.11. Lorsque des produits dangereux sont utilisés par le personnel, le centre élabore ou s'approprie un protocole concernant la manipulation de ces produits et assure la formation du personnel
- GRH 2.12. Une organisation est mise en place pour rassembler et diffuser les informations concernant les risques au personnel

✓ ***Eléments applicables aux centres disposant d'une unité de radiologie***

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- GRH 2.13. Les règles de radioprotection sont rappelées dans une procédure écrite. Ce document est diffusé à tous les personnels concernés. Le centre met à la disposition des personnels les moyens de les mettre en œuvre

Eléments traceurs

- *Dossiers médicaux du personnel*
- *Fiches de vaccination du personnel*
- *Procédure de gestion des dossiers des personnels*
- *Fiches de poste*
- *Liste des risques par poste de travail*
- *Fiche des mesures préventives*
- *Procédure sur la conduite à tenir en cas d'AES*
- *Procédure de déclaration des AES*
- *Registre des AES*
- *Liste des produits dangereux*
- *Protocoles d'utilisation des produits dangereux*
- *Fiches des produits dangereux*
- *Plan de formation*
- *Fiches de supervision*
- *Procédure de radioprotection*
- *Liste des moyens de protection mis à disposition du personnel*
- *PV de réunion*

La gestion des ressources matérielles et des infrastructures (RMI)

Éléments essentiels de l'organisation et de la gestion, les ressources matérielles (locaux, équipements et consommables) participent à la qualité des prestations délivrées aux patients, notamment par leur adéquation aux besoins et attentes des usagers et des professionnels.

Référence RMI1.: Les approvisionnements et la bonne gestion des stocks sont assurés

- RMI 1.1. Les équipements et matériels disponibles font l'objet d'un inventaire quantitatif et qualitatif actualisé

- RMI 1.2. Les besoins en équipements et matériels sont évalués annuellement

- RMI 1.3. Une procédure d'approvisionnement et de gestion des stocks permet d'assurer la continuité de l'activité et d'éviter la rupture de stocks

- RMI.1.4. Une procédure spécifique permet de répondre à une demande d'approvisionnement « en urgence »

Eléments traceurs

- *Inventaire des équipements et matériels à jour*
- *Liste des besoins des 3 dernières années*
- *Procédure d'approvisionnement et de gestion des stocks*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- *Procédure d'approvisionnement en urgence*
- *PV de réunion*

Référence RMI2. : La maintenance des différents équipements est organisée

- RMI 2.1. Une procédure décrit les règles de maintenance préventive et curative des équipements
- RMI 2.2. Les équipements bénéficient d'une maintenance préventive et curative sous forme d'un plan annuel de maintenance
- RMI 2.3. La traçabilité des opérations de maintenance des équipements est assurée

Eléments traceurs

- *Procédure de maintenance préventive et curative*
- *Fiches de maintenance des équipements*

Référence RMI3. : Le centre dispose d'un plan de maintenance et de sécurité des infrastructures

- RMI 3.1. Une personne formée et qualifiée est identifiée pour assurer la planification, la mise en œuvre et le contrôle du programme de gestion des risques pour la sécurisation et la protection du centre et de son environnement extérieur immédiat
- RMI 3.2. Un plan d'évacuation en cas d'incendie est affiché
- RMI 3.3. Un plan pour la sécurisation et la protection du centre et de son environnement extérieur immédiat est disponible
- RMI 3.4. L'infrastructure du centre permet l'application de la procédure de gestion des déchets d'activité de soins (DAS) pour la manipulation, le stockage et l'élimination
- RMI 3.5. La signalétique permet d'identifier les différents types de locaux et les zones dangereuses, ainsi que les issues de secours
- RMI 3.6. Un programme de maintenance préventive des infrastructures est mis en œuvre et enregistré
- RMI 3.7. Le centre dispose d'eau potable, d'électricité, d'une ligne téléphonique et d'un rattachement à un système d'assainissement sanitaire
- RMI 3.8. Le personnel est formé au risque incendie

Eléments traceurs

- *Attestation de formation du référent sécurité*
- *Procédure de gestion des DAS*
- *Plan d'évacuation en cas d'incendie*
- *Plan de sécurité et de protection du centre*
- *Programme de maintenance préventive et curative*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- *Feuilles de signature des formations au risque incendie*
- *Contrat de rattachement*
- *Programme de formation*
- *Rapport d'évaluation des formations*

La gestion des ressources financières (GRF)

L'objectif est d'assurer une prise en charge de qualité au meilleur coût, en prenant en compte l'ensemble des ressources mobilisées dans le respect des obligations déontologiques de chacun et des orientations de l'équipe de gestion.

La transparence des coûts et des recettes, la connaissance des tarifs de prestations tant pour le personnel que pour les usagers constituent pour un CSB / CI les bases essentielles de la gestion financière.

Référence GRF1. : Des mécanismes sont en place pour contribuer à l'optimisation des recettes et des dépenses

- GRF 1.1. L'évolution des recettes et des dépenses fait l'objet d'un suivi annuel
- GRF 1.2. Le personnel du centre est informé de la politique tarifaire et des actes gratuits dispensés
- GRF 1.3. Le personnel est sensibilisé aux coûts des biens, équipements et consommables (dont les médicaments)
- GRF 1.4. Les actes gratuits font l'objet d'un suivi et d'une analyse
- GRF 1.5. Le centre s'assure que l'ensemble des actes facturés sont encaissés au plus près de leur réalisation
- GRF 1.6. Le responsable du centre et l'équipe de gestion de la circonscription sanitaire suivent pour chaque type d'activité les dépenses grâce à des tableaux de bord
- GRF 1.7. Des informations relatives au budget et à son exécution sont communiquées aux professionnels

Eléments traceurs

- *Bilan annuel*
- *Grille tarifaire*
- *PV de réunion*
- *Liste des actes gratuits*
- *Liste des coûts*
- *Registre des actes*
- *Factures*
- *Tableau de bord*
- *PV de réunion*
- *Feuilles de signature*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

La gestion de l'information (GI)

La mise en œuvre d'un système d'information constitue une condition essentielle au bon fonctionnement du CSB en permettant une circulation d'informations performante entre les professionnels. Le système d'information est au service du fonctionnement du centre, que ce soit dans le domaine de la gestion ou de la prise en charge des patients.

Référence GI.1. : Le centre a mis en place un système d'information

- GI 1.1. Le centre dispose d'un système d'information permettant de répondre aux besoins des usagers, des professionnels et des partenaires
- GI 1.2. Les différents types de données, informations (support manuel et/ou électronique) sont identifiés, diffusés et connus par le personnel du centre
- GI 1.3. Les responsabilités relatives à la gestion des données et de l'information sont clairement définies
- GI 1.4. Le système d'information respecte la confidentialité conformément à la réglementation en vigueur

Eléments traceurs

- *Supports (Fiches, registres, statistiques…)*
- *PV de réunion*
- *Plan de formation continue*
- *Matrice des aires de responsabilités*

Référence GI2. : Le centre veille à la bonne circulation, utilisation et diffusion de l'information

- GI 2.1. Le personnel a accès aux données et aux informations nécessaires à l'exercice de ses tâches
- GI 2.2. Les données et les informations à diffuser ou à afficher (au personnel ou aux usagers) sont adaptées et à jour

Eléments traceurs

- *Supports d'information à jour (affiches, brochures…)*

Référence GI3. : Le centre dispose de données fiables permettant la prise de décision pour l'amélioration de la prise en charge

- GI 3.1. Le centre collecte, analyse et exploite ses données
- GI 3.2. La circonscription sanitaire est informée périodiquement des données et des indicateurs

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Eléments traceurs

- *Rapports d'activité*
- *Tableau de bord*
- *PV de réunion*
- *Bordereaux d'envoi*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

PARTIE II : AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (QSS)

Le centre a pour mission de répondre au mieux aux besoins des usagers et de satisfaire leurs attentes. Une organisation doit être mise en œuvre afin d'engager une dynamique d'amélioration permanente de la qualité et de la sécurité des soins. Elle repose sur :

- **l'identification d'un référent qualité au sein du centre**
- **l'adoption d'une politique qualité et sécurité des soins comprenant des objectifs d'amélioration**
- **l'information des usagers et des professionnels des objectifs prioritaires**
- **l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un plan d'amélioration de la qualité (plan d'action ou programme)**
- **une gestion documentaire efficace permettant aux professionnels d'avoir accès aux documents dont ils ont besoin pour mener à bien leurs missions.**

Cette dynamique se traduit par un programme d'amélioration de la qualité piloté par le responsable du centre. La gestion des plaintes et des réclamations constitue un axe important et l'évaluation de la satisfaction est un indicateur essentiel de toute démarche d'amélioration de la qualité.

Enfin, l'évaluation des pratiques professionnelles doit permettre à l'ensemble des professionnels de mettre en œuvre des projets visant à améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers.

Référence QSS1. : Le centre dispose d'une politique qualité et sécurité des soins

- QSS 1.1. Une politique qualité et sécurité définie en concertation avec l'équipe de gestion de la circonscription sanitaire et comprenant l'approche prospective et rétrospective de la gestion des risques est inscrite dans le projet du centre et affichée

- QSS 1.2. La politique qualité et sécurité des soins est connue de tout le personnel du centre

- QSS 1.3. Les besoins en formation en matière de qualité et sécurité des soins sont identifiés

- QSS 1.4. La politique qualité intègre la composante « évaluation des pratiques professionnelles »

- QSS 1.5. La politique qualité et sécurité du centre est évaluée et révisée selon une périodicité définie

Eléments traceurs

- *Politique qualité et sécurité du centre affichée*
- *Projet du centre*
- *PV de réunion*
- *Plan de formation*
- *Fiche d'évaluation de la politique qualité*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Référence QSS2. : Le responsable du centre organise la mise en œuvre de la politique qualité et sécurité des soins

- QSS 2.1. Un référent qualité et sécurité des soins est désigné

- QSS 2.2. Un programme / plan d'action est formalisé pour la mise en œuvre de la démarche qualité et sécurité et pour répondre à la réglementation en vigueur, aux normes et aux recommandations nationales, ainsi qu'aux recommandations internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé

- QSS 2.3. Les professionnels du centre sont impliqués dans la mise en œuvre des actions d'amélioration

- QSS 2.4. Le responsable du centre met en place des dispositions pour identifier, analyser de façon structurée, prévenir les risques associés aux soins (infections, radiologie, etc…) et aux infrastructures (incendie, etc…) et intégrer des actions préventives dans le plan d'action de l'établissement

- QSS 2.5. Un dispositif de signalement et de traitement des incidents et accidents est mis en place

- QSS 2.6. Le personnel est sensibilisé à la déclaration des incidents, accidents et presqu'accidents

- QSS 2.7. Le centre dispose d'un plan de gestion de crise et de catastrophe actualisé

Eléments traceurs

- *Note de désignation du référent qualité et sécurité*
- *Programme / plan d'action qualité – gestion des risques*
- *Composition des groupes de travail*
- *Liste des risques identifiés*
- *Dispositif de prévention des risques*
- *Fiche de signalement des incidents et accidents*
- *Plan de gestion de crise et de catastrophe*

Référence QSS 3. : La gestion documentaire est organisée

- QSS 3.1. Un système de gestion documentaire est mis en place dans le centre et est formalisé dans le cadre d'une procédure

- QSS 3.2. Le système de gestion documentaire est connu de tous les professionnels

- QSS 3.3. Une liste actualisée des documents à jour incluant les procédures, protocoles et éléments traceurs identifiés dans le Manuel est disponible

- QSS 3.4. La réglementation fait l'objet d'une veille organisée et d'une diffusion auprès des professionnels concernés

Eléments traceurs

- *Procédure de gestion documentaire*
- *Liste des documents à jour*
- *PV de réunion*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- *Plan de formation*

Référence QSS 4. : La gestion des plaintes et des réclamations est organisée

- QSS 4.1. Une procédure d'écoute et de traitement des plaintes et réclamations comprenant des formulaires de réponse et des indications de temps est formalisée et connue de tout le personnel

- QSS 4.2. Les usagers sont informés des modalités de déclaration de plainte ou réclamation

- QSS 4.3. Une analyse de la plainte ou réclamation avec les professionnels concernés permet la mise en place éventuelle d'actions correctives ou préventives

- QSS 4.4. Une réponse est systématiquement transmise au plaignant et un double est conservé

Eléments traceurs

- *Procédure d'écoute et de traitement des plaintes et réclamations*
- *Affiche d'information des usagers*
- *Registre des plaintes et réclamations*
- *Plan d'actions correctives*
- *Courriers de réponses aux plaintes et réclamations*

Référence QSS 5. : Le centre met en œuvre une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles

- QSS 5.1. Le personnel du centre est informé, adopte et s'inscrit dans la démarche d'évaluation de ses pratiques professionnelles sur la base de référentiels validés

- QSS 5.2. La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles identifie des pratiques pouvant bénéficier d'améliorations

- QSS 5.3. Les responsabilités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles sont identifiées

- QSS 5.4. Les plans d'action issus de l'évaluation des pratiques professionnelles font l'objet d'un suivi et sont diffusés auprès de tout le personnel du centre

Eléments traceurs

- *Projet d'évaluation des pratiques professionnelles*
- *Fiches projet EPP*
- *Plan d'actions*
- *Tableau de bord EPP*
- *Indicateurs de suivi*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Référence QSS 6. : Le système d'amélioration de la qualité fait l'objet d'une évaluation

- QSS 6.1. Une enquête est réalisée (sondage, questionnaire…) au moins une fois par an auprès des usagers pour apprécier leur degré de satisfaction

- QSS 6.2. Les résultats des enquêtes de satisfaction sont communiqués à l'ensemble du personnel, exploités et conduisent à la mise en œuvre d'actions d'amélioration

- QSS 6.3. Les usagers sont informés des actions d'amélioration mises en place

- QSS 6.4. Des indicateurs de performance relatifs à la gouvernance, à la gestion des ressources humaines, à la gouvernance clinique… sont mesurés, analysés et communiqués

- QSS 6.5. Des actions d'amélioration sont intégrées dans le plan d'action de l'établissement suite aux évaluations

Eléments traceurs

- *Résultats d'enquête de satisfaction des usagers affichés*
- *Plan d'actions correctives affiché*
- *PV de réunion*
- *Indicateurs / Tableau de bord*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

PARTIE III : HYGIENE ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX ASSOCIE AUX SOINS

La politique de prévention du risque infectieux (PRI)

La prévention du risque infectieux repose sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique validée au niveau de la circonscription sanitaire et répondant aux programmes nationaux et aux recommandations de bonnes pratiques en matière d'hygiène.

Référence PRI 1. : Le centre adopte une politique de prévention du risque infectieux chez les usagers et les professionnels

- 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

- PRI 1.2. Un « référent hygiène » est identifié dans le centre et formé en matière de prévention du risque infectieux

- PRI 1.3. Le personnel est informé de la politique de prévention du risque infectieux

Eléments traceurs

- *Politique de prévention du risque infectieux*
- *Note de désignation du référent hygiène*
- *Matrice des aires de responsabilités ou Fiche de poste « référent hygiène »*
- *PV de réunion*
- *Plan d'action annuel ou pluri-annuel*
- *Plan de formation continue*
- *Feuilles de signatures*

Référence PRI 2. : Le centre met en œuvre un programme de prévention du risque infectieux

- PRI 2.1. Les dernières versions des manuels et des guides relatifs à la prévention du risque infectieux sont disponibles et appliquées

- PRI 2.2. Le programme repose sur les recommandations de bonnes pratiques d'hygiène

- PRI 2.3. Les objectifs et les activités prévus dans le programme sont clairement annoncés, connus par tous les professionnels du centre et révisés régulièrement

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- PRI 2.4. Le centre réalise des actions de sensibilisation à la prévention des infections associées aux soins (IAS)

Eléments traceurs

- *Manuels et guides disponibles*
- *Rapports de supervision*
- *Programme de prévention du risque infectieux*
- *PV de réunion*
- *Feuilles de signatures*

Référence PRI 3. : Le centre met à disposition les ressources matérielles nécessaires à la mise en œuvre du programme de prévention et de maitrise du risque infectieux

- PRI 3.1. Les équipements de protection individuelle, les dispositifs médicaux et les consommables nécessaires à la prévention et à la maitrise du risque infectieux sont disponibles et accessibles en quantité suffisante

- PRI 3.2. Le centre se conforme à la réglementation et aux procédures de gestion des tenues professionnelles et du linge

Eléments traceurs

- *Liste des équipements individuels*
- *Liste des dispositifs médicaux*
- *Bons de commande*
- *Bons de livraison*
- *Fiches de stock*
- *Rapports de supervision*
- *Procédure de gestion des tenues professionnelles et du linge*

Référence PRI 4. : Le centre assure la formation sur les bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité des soins

- PRI 4.1. Le centre élabore un programme de formation sur les bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité de soins en coordination avec le Comité d'hygiène et sécurité

- PRI 4.2. Le centre met en œuvre et évalue le programme de formation sur les bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité de soins

Eléments traceurs

- *Programme de formation continue*
- *PV de réunion*
- *Feuilles de présence aux formations*
- *Rapport annuel*

Référence PRI 5. : Une évaluation du respect des règles de bonnes pratiques d'hygiène est réalisée

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- PRI 5.1. Un programme d'évaluation est mis en œuvre sous la coordination de l'hygiéniste de la circonscription sanitaire

- PRI 5.2. Les résultats font l'objet d'une analyse en coordination avec le Comité d'hygiène et sécurité ainsi que d'une communication aux personnels

- PRI 5.3.Un plan d'action est mis en œuvre à la suite des évaluations

Eléments traceurs

- *Programme d'évaluation*
- *PV de supervision*
- *Plan d'actions correctives*

La mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène et de prévention du risque infectieux associé aux soins (HYG)

Le centre doit assurer aux patients, aux professionnels et aux autres personnes un environnement salubre et sûr. Dans cette perspective, la maîtrise du risque infectieux associé aux soins et à l'environnement de soin nécessite le respect des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène et de veiller à leur traçabilité.

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

- HYG 1.1. Les procédures relatives à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux associé aux soins délivrés au sein du centre (soins vasculaires, cutanés, dentaires, ophtalmo, gynécologique…) sont disponibles et accessibles

- HYG 1.2. Le personnel utilise les équipements de protection individuelle et les dispositifs médicaux conformément aux procédures d'utilisation

- HYG 1.3.Le contrôle bactériologique de l'eau est assuré pour l'activité de soins dentaires

Eléments traceurs

- *Procédures et protocoles de soins*
- *PV de supervision*
- *Résultats des contrôles bactériologiques de l'eau de la chaise dentaire*

➲Référence HYG 2. : Le centre applique les recommandations du programme national d'hygiène des mains

- HYG 2.1. Les procédures relatives à l'hygiène des mains sont disponibles, accessibles et appliquées au niveau du centre

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- HYG 2.2. Le personnel est formé à l'hygiène des mains

- HYG 2.3. Les points d'eau sont disponibles dans tous les secteurs et sont conformes aux recommandations (distributeur de savon, essuie-mains à usage unique…)

- HYG 2.4. Le centre met à la disposition des professionnels des solutions hydro-alcooliques

- HYG 2.5. Le centre met à la disposition des professionnels des gants à usage unique

Eléments traceurs

- *Procédures de lavage des mains*
- *Programme de formation*
- *Feuilles de présence aux formations*
- *Bons de commande des équipements*
- *Bons de livraison*
- *Fiches de stock*
- *PV de supervision*
- *Recommandations*
- *Affiches aux points d'eau*

Référence HYG 3. : Les bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux sont respectées au niveau du centre

- HYG 3.1. Le centre dispose de procédures de traitement des dispositifs médicaux accessibles et appliquées

- HYG 3.2. La matrice des aires de responsabilités identifie un ou plusieurs responsables qualifiés pour le traitement des dispositifs médicaux

- HYG 3.3. Le centre dispose d'une unité de stérilisation conforme aux recommandations de bonnes pratiques et aux exigences réglementaires

- HYG 3.4. Le centre dispose de la liste des dispositifs médicaux à stériliser

- HYG 3.5. Les équipements et les consommables utilisés pour le traitement des dispositifs médicaux sont toujours disponibles et utilisés conformément aux recommandations

Eléments traceurs

- *Procédures de traitement des dispositifs médicaux*
- *Matrice des aires de responsabilité / Fiches de poste*
- *Liste des dispositifs médicaux à stériliser*
- *Enregistrements des cycles de stérilisation archivés*
- *Rapports de supervision*
- *Plan de formation continue*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- *Textes réglementaires*

Référence HYG 4. : Le centre veille au nettoyage et bionettoyage des locaux

- HYG 4.1. Les équipements et les produits nécessaires agréés par le ministère de la santé pour le nettoyage et le bionettoyage sont toujours disponibles

- HYG 4.2. Le centre dispose de protocoles validés par le Comité d'hygiène et sécurité des soins au niveau de la circonscription sanitaire et adaptés aux niveaux de risque infectieux des différents locaux

- HYG 4.3. Les personnels appliquent les protocoles de nettoyage et de bionettoyage des locaux (avec les enregistrements)

- HYG 4.4. Le calendrier de nettoyage et de bionettoyage des locaux est affiché, tenu à jour

- HYG 4.5. L'entretien des locaux fait l'objet d'une vérification régulière (en fonction du risque infectieux)

Eléments traceurs

- *Bons de commande*
- *Bons de livraison*
- *Fiche de stock*
- *Liste des équipements et des produits*
- *Protocoles de nettoyage et de bionettoyage des locaux*
- *Planning d'entretien des locaux affiché et signé*
- *Feuilles d'enregistrement*
- *PV de supervision*
- *Bilan des évaluations*
- *Résultats des prélèvements de surface*

Référence HYG 5. : Le centre applique les bonnes pratiques en matière de gestion des déchets d'activité sanitaires (DAS)

- HYG 5.1. Le centre dispose et met en pratique les procédures de tri, de collecte, de stockage et d'élimination des DAS conformément à la réglementation en vigueur et aux bonnes pratiques professionnelles

- HYG 5.2. Le centre assure l'information et la formation des personnels sur le programme de gestion des DAS

- HYG 5.3. Le centre dispose en permanence des moyens nécessaires pour la gestion des DAS

Eléments traceurs

- *Procédure de gestion des DAS*
- *Rapports de supervision*
- *Bons de commande*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- *Bons de livraison*
- *Fiches de stock*
- *Programme de formation*
- *Feuilles de présence aux formations*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

PARTIE IV : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Le respect des droits et l'information des usagers (DI)

La prise en charge adaptée des usagers implique que l'ensemble des acteurs (usagers et professionnels) connaisse les droits des usagers. Par ailleurs, ceux-ci doivent être clairement informés de leurs droits mais aussi de leurs devoirs.

Une information claire, compréhensible et adaptée au patient est nécessaire pour qu'il exerce pleinement ses droits et soit associé à son parcours de santé. Elle participe au respect de la dignité des patients.

Référence DI 1. : Les usagers sont informés de leurs droits et de leurs devoirs dans un langage compréhensible

- DI 1.1. La charte du patient est affichée dans le centre

Eléments traceurs

- *Charte du patient affichée*

Référence DI 2. : Les droits des usagers sont respectés

- DI 2.1. Le personnel du centre est sensibilisé aux droits des usagers
- DI 2.2. Les droits des usagers à la dignité, à l'intimité, à la confidentialité sont respectés lors de la dispensation des soins et de la communication de l'information
- DI 2.3. L'organisation des soins permet de préserver la confidentialité des informations relatives au patient

Eléments traceurs

- *PV de réunion ou feuilles de signature de présence*
- *Fiche d'organisation*
- *PV de réunion*

Référence DI 3. : Les usagers sont informés à toutes les étapes de leur prise en charge

- 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
- DI 3.2. Les usagers sont informés, dans la mesure du possible, sur les soins qui leurs sont proposés

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- DI 3.3. Le médecin informe le patient des éventuels effets indésirables du traitement prescrit

- DI 3.4. Les usagers sont informés des risques liés à certains actes (vaccination, radiographie, allergie…)

- DI 3.5. Le consentement est systématiquement recueilli pour les actes invasifs et tracé dans le dossier du patient

Eléments traceurs

- *Affiches / Fiches d'information*
- *Liste des prestations affichée*
- *Tarification des actes affichée*
- *Affiches / Fiches à destination des usagers*
- *Fiche médicale (consentement)*

Référence DI 4. : Le respect des droits des usagers est évalué

- DI 4.1. L'information des usagers et le respect de leurs droits est évalué régulièrement

- DI 4.2. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre à l'issue des évaluations

Eléments traceurs

- *Résultats d'enquête de satisfaction*
- *Registres des plaintes et réclamations*
- *Plans d'action*

L'accès, l'offre et la continuité des soins (AOC)

Le centre doit permettre à tous les usagers de la communauté de tout âge et de toute condition d'accéder à des soins de santé de base. Il assure ainsi la coordination et la continuité des soins aigus ou chroniques avec l'ensemble des partenaires et met en œuvre les programmes nationaux.

Référence AOC 1. : Le centre reçoit tout patient de son secteur géographique en fonction des soins dont il a besoin, de la mission et des ressources du centre

- AOC 1.1. Le centre est organisé pour permettre l'accès des patients y compris pour les personnes présentant un handicap

- AOC 1.2. L'évaluation des besoins du patient commence dès l'accueil et aboutit à l'orientation de ce dernier vers les prestataires de soins appropriés

Eléments traceurs

- *Plan du centre (pancarte signalétique) affiché*
- *Dossier patient*
- *Rapport d'activité*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Référence AOC 2. : Les règles d'identification des patients sont clairement établies

- AOC 2.1. Une procédure définit les règles d'identification des patients
- AOC 2.2. Le personnel est formé aux règles d'identification et de vérification de l'identité des patients

Eléments traceurs

- *Procédure d'identification*
- *Plan de formation*

Référence AOC 3. : Le centre assure la continuité des soins en tenant compte de la coordination entre les professionnels de santé et les niveaux de soins

- AOC 3.1. L'orientation du patient est conditionnée par son état de santé et assurée dans les délais opportuns
- AOC 3.2. Le centre dispose d'un système de prise de rendez-vous internes et externes (Consultation spécialisée, explorations)
- AOC 3.3. Le centre assure la coordination des soins entre les différents professionnels internes et externes
- AOC 3.4. Le centre coordonne le transfert à une autre structure de santé en cas de nécessité
- AOC 3.5. Le patient est informé de son itinéraire et des objectifs de prise en charge au sein du centre selon son état clinique et les résultats des tests diagnostiques éventuels
- AOC 3.6. En cas de besoin, les patients sont transférés ou référés vers d'autres structures sanitaires
- 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)

Eléments traceurs

- *Planning de rendez-vous*
- *Registre d'inscription*
- *Procédure de triage et d'orientation des patients*
- *Procédure de référence ou de transfert*
- *Fiches d'information et de rétro-information (dossier médical)*
- *Procédure de transfert*
- *PV de réunions*
- *Plan de formation*
- *Feuilles de signature*
- *Affiches signalétiques*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

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

- 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 4.2. Les modalités de dépistage, d'évaluation et 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 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 4.7. La prise en charge des patients présentant une infection à risque épidémique est assurée en coordination avec les responsables de la circonscription sanitaire

- AOC 4.8. 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

Eléments traceurs

- *Recommandations professionnelles disponibles (consensus, algorithmes, fiches techniques, …)*
- *PV de réunions*
- *Fiches de conseils nutritionnels*
- *Registre de signalement des maladies à déclaration obligatoire*
- *Dossiers médicaux*
- *Protocole de prise en charge psychologique*
- *Protocole de prise en charge nutritionnelle*
- *Procédure sur la CAT en cas d'épidémie*
- *Lettres d'information et de rétro-information*
- *Rapports d'enquêtes épidémiologiques*
- *Bulletin épidémiologique*

Référence AOC 5. : Le centre prend en charge les patients présentant une urgence vitale immédiate survenant dans le centre

- AOC 5.1. Les guides de prise en charge des urgences sont disponibles

- AOC 5.2. Le personnel est formé aux gestes d'urgence

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- AOC 5.3. Une trousse d'urgence est disponible

- AOC 5.4. Le contenu de la trousse d'urgence répond aux exigences réglementaires

- AOC 5.5. Une procédure décrit les modalités de gestion de la trousse d'urgence

- AOC 5.6. La vérification de la trousse d'urgence est tracée

Eléments traceurs

- *Guides de prise en charge des urgences*
- *Plan de formation*
- *Feuilles de signature de présence*
- *PV des séances de formation*
- *Trousse d'urgence*
- *Composition de la trousse d'urgence*
- *Procédure de gestion de la trousse d'urgence*
- *Check-list de vérification*

Référence AOC 6. : Le centre assure la promotion de la santé bucco-dentaire

- AOC 6.1. Le centre met en place et exécute un programme à but préventif en milieu scolaire

- AOC 6.2. Des séances d'éducation en santé bucco-dentaire sont planifiées et réalisées pour les usagers du centre

Eléments traceurs

- *Programme d'éducation bucco-dentaire*
- *Programme d'éducation pour la santé (EPLS) en milieu scolaire*
- *Planning d'intervention interne et externe*
- *Rapport d'intervention*
- *Rapport annuel du centre*

Référence AOC 7. : Le centre offre des soins dentaires de qualité garantissant la sécurité du patient et du personnel soignant

✓ ***Eléments applicables aux centres disposant d'une chaise dentaire***

- AOC 7.1. Le centre dispose d'une liste des prestations de l'unité de médecine dentaire

- AOC 7.2. Les soins dentaires sont assurés par un personnel médical et paramédical qualifié

- AOC 7.3. L'unité de médecine dentaire dispose en nombre suffisant des équipements, des dispositifs médicaux et des matériaux adaptés à la nomenclature en vigueur

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- AOC 7.4. Les modalités de nettoyage, d'entretien et de stérilisation des équipements réutilisables sont définies dans une procédure et assurées par du personnel qualifié

- AOC 7.5. Une procédure décrit les règles de gestion des déchets de l'unité de médecine dentaire

- AOC 7.6. La sécurité des professionnels est assurée par la mise à disposition de moyens de protection

Eléments traceurs

- *Matrice des aires de responsabilités*
- *Liste affichée des actes pratiqués*
- *Plan de formation continue*
- *Feuilles de signature*
- *Liste des équipements, dispositifs médicaux et matériaux*
- *Nomenclature en vigueur*
- *Contrat de maintenance préventive et curative des équipements*
- *Procédures de nettoyage, d'entretien et de stérilisation des équipements réutilisables*
- *Procédure de gestion des déchets*

Référence AOC 8. : Le centre assure la planification, l'exécution et l'évaluation de tous les programmes nationaux

- AOC 8.1. Le centre dispose de la documentation, des supports didactiques et des technologies de santé des programmes nationaux

- AOC 8.2. Les conduites à tenir standardisées de ces programmes nationaux sont disponibles et appliquées par l'équipe soignante

- AOC 8.3. Le centre a mis en œuvre des démarches de planification, de suivi et d'évaluation des programmes

- AOC 8.4. Le centre mesure les indicateurs exigés par les programmes nationaux

- AOC 8.5. Des mesures d'amélioration sont mises en place à la suite de l'analyse et de la synthèse de l'information émanant de ces programmes nationaux

Eléments traceurs

- *Liste des programmes nationaux applicables par le centre*
- *Guides et manuels pour les programmes nationaux*
- *Liste des supports didactiques et des technologies*
- *Dossiers médicaux*
- *Programme de suivi et d'évaluation*
- *Indicateurs / Tableau de bord*
- *Plan d'actions d'amélioration*
- *PV de réunion*
- *Rapport annuel et monitoring prénatal et chronique*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Le dossier patient (DP)

Le dossier patient est le support de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales enregistrées pour tout patient pris en charge. Le dossier contient les informations recueillies par les professionnels de santé et la traçabilité des actions effectuées.

Créé à l'occasion du premier contact du patient avec le centre, il constitue un outil de communication et de coordination entre les acteurs de soins et avec les patients. Il s'enrichit par la suite de la trace des interventions des différents professionnels. À l'issue de chaque prise en charge, le dossier est classé puis archivé.

➲ Référence DP 1. : Le contenu et les modalités de gestion du dossier patient assurent la continuité et la sécurité des soins

- DP 1.1. Un dossier patient est créé pour chaque usager suivi dans le centre avec un identifiant unique
- DP 1.2. Une procédure de gestion des dossiers patient décrit les règles d'utilisation du dossier depuis sa création jusqu'à sa destruction
- DP 1.3. Le contenu du dossier patient est défini et comprend des informations relatives à la sécurité du patient (exemple : allergies…)
- DP 1.4 Le centre identifie les professionnels autorisés à consigner des informations dans le dossier patient selon la réglementation en vigueur
- DP 1.5. Chaque information écrite dans le dossier patient est accompagnée de l'identité de son auteur ainsi que de sa date de saisie
- DP 1.6. La prescription des médicaments se fait selon les exigences de la réglementation en vigueur et elle est retrouvée dans le dossier du patient
- DP 1.7. Pour les urgences, l'heure et la date des actes réalisés sont consignées
- DP 1.8. Les résultats des examens complémentaires sont reportés dans le dossier patient
- DP 1.9. Les modalités d'archivage permettent de retrouver le dossier de chaque patient et d'assurer la sécurité et la confidentialité des données

Eléments traceurs

- *Registre des patients*
- *Dossier médical avec identifiant unique*
- *Procédure de gestion des dossiers patient (de la création à l'archivage)*
- *Registre des actes des urgences*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Référence DP 2. : Le centre évalue régulièrement le contenu du dossier patient

- DP 2.1. Une évaluation de la tenue des dossiers patients est réalisée au moins une fois par an selon une méthodologie clairement définie

- DP 2.2. Les résultats de l'évaluation sont analysés et présentés à l'équipe

- DP 2.3. Un plan d'amélioration est élaboré à la suite de l'évaluation

Eléments traceurs

- *Modalités et résultats d'évaluation*
- *PV de réunion*
- *Plan d'actions d'amélioration*
- *Rapport annuel*

L'évaluation de l'état du patient (EEP)

L'évaluation de l'état du patient doit être systématique dès son accueil afin d'estimer la gravité de son état et d'identifier ses besoins en soins.

Le moment de l'évaluation constitue par ailleurs l'occasion de rechercher des symptômes d'autres pathologies ou des complications dans le but d'assurer une prise en charge globale du patient.

Référence EEP 1. : Le centre identifie les besoins de soins de chaque patient

- EEP 1.1. Les professionnels disposent de protocoles et de moyens permettant une évaluation des besoins de soins des patients conforme aux recommandations de bonnes pratiques

- EEP 1.2. Les résultats de l'évaluation des besoins de soins, le diagnostic et les mesures prises sont enregistrés dans le dossier patient

Eléments traceurs

- *Protocoles cliniques adaptés*
- *Recommandations de bonnes pratiques*
- *Dossier patient*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Référence EEP 2. : Le centre organise la gestion des examens biologiques

Eléments d'appréciation

- EEP 2.1. Les patients sont informés des prestations de laboratoire et de leurs lieux de réalisation
- EEP 2.2. Le centre dispose de procédures précisant les règles et les responsabilités depuis la prescription médicale jusqu'à l'enregistrement et la remise des résultats des examens biologiques

✓ ***Eléments applicables aux centres disposant d'une unité de laboratoire***

- EEP 2.3. L'activité de l'unité de laboratoire est sous la responsabilité d'un pharmacien biologiste ou d'un médecin biologiste (loi n° 2002-54)
- EEP 2.4. L'unité de laboratoire applique les exigences réglementaires et les recommandations de bonnes pratiques
- EEP 2.5. L'unité de laboratoire dispose d'un mécanisme de contrôle qualité interne et externe
- EEP 2.6. Des professionnels qualifiés appliquent les procédures
- EEP 2.7. Les équipements font l'objet d'une maintenance préventive et curative définie par une procédure
- EEP 2.8. Une procédure décrivant les règles de gestion des déchets du laboratoire est disponible
- EEP 2.9. L'unité de laboratoire respecte la confidentialité des données relatives aux patients
- EEP 2.10. La sécurité des professionnels est assurée par la mise à disposition de moyens de protection

Eléments traceurs

- *Matrice des aires de responsabilités*
- *Fiches de poste*
- *Affiches / Fiches d'information*
- *Liste de prestations*
- *Manuel de prélèvement*
- *Procédures et registres de contrôle*
- *Procédures de prise en charge des prélèvements*
- *Procédure de maintenance des équipements*
- *Procédure de gestion des déchets*
- *Plan de formation*
- *Feuilles de signatures*
- *Bon de commandes*
- *Bons de livraison*
- *Fiches de stock*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Référence EEP 3. : Le centre organise la gestion de l'unité d'imagerie médicale

- EEP 3.1. Les patients sont informés des prestations d'imagerie et de leurs lieux de réalisation

✓ ***Eléments applicables aux centres disposant d'une unité d'imagerie médicale***

- EEP 3.2. L'unité d'imagerie médicale applique les exigences réglementaires et les recommandations de bonnes pratiques

- EEP 3.3. L'unité d'imagerie médicale dispose d'un manuel de procédures précisant les règles et les responsabilités depuis la réception de la prescription jusqu'au rendu des résultats

- EEP 3.4. Des techniciens de radiologie effectuent les examens conformément à la prescription et évaluent la qualité des clichés réalisés

- EEP 3.5. Les équipements bénéficient d'une maintenance préventive et curative

- EEP 3.6. Une procédure décrit les règles de gestion des déchets de l'unité d'imagerie médicale (dont ceux issus de l'activité bucco-dentaire)

- EEP 3.7. L'unité d'imagerie médicale respecte la confidentialité des données relatives aux patients

- EEP 3.8. La sécurité des professionnels est assurée par la mise à disposition de moyens de protection et de surveillance (dosimètre)

Eléments traceurs

- *Matrice des aires de responsabilités*
- *Affiches / Fiches d'information*
- *Liste de prestations*
- *Procédure de maintenance des équipements*
- *Procédure de radioprotection*
- *Fiches de réception des dosimètres*
- *Procédure de gestion des déchets*
- *Plan de formation*
- *Feuilles de signatures*
- *Bon de commandes*
- *Bons de livraison*
- *Fiches de stock*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

L'éducation du patient et de sa famille (EDU)

La promotion de la santé fait partie intégrante des missions du centre. Dans ce cadre, les actes techniques doivent être accompagnés de messages éducatifs. Ceux-ci visent à informer l'usager sur les mesures lui permettant d'améliorer sa santé, de prévenir les rechutes et les complications et, ainsi, à le rendre co-acteur de sa prise en charge.

➲ Référence EDU 1. : Le centre intègre la promotion de la santé dans le cadre de ses activités

- EDU 1.1. Un programme annuel d'éducation pour la santé intra et extra muros est disponible et mis en œuvre
- EDU 1.2. Le programme intègre les soins de santé de base, l'hygiène du milieu et la santé scolaire, l'éducation nutritionnelle et thérapeutique

Eléments traceurs

- *Programme d'éducation pour la santé (EPLS)*
- *Rapport d'activité d'EPLS*

Référence EDU 2. : Le centre met en œuvre un programme d'éducation qui assure la participation du patient et de sa famille aux décisions et aux processus de soins

- EDU 2.1. Les besoins d'éducation sont identifiés et enregistrés dans le dossier patient
- EDU 2.2. Les soignants informent les patients et éventuellement leur famille de leur état de santé
- EDU 2.3. Les mesures proposées sont discutées avec le patient et éventuellement sa famille dans le respect des droits du patient
- EDU 2.4. Des supports actualisés sont disponibles et mis à disposition des usagers

Eléments traceurs

- *Supports d'éducation pour la santé*
- *Dossier patient*

Référence EDU 3. : L'éducation pour la santé est évaluée

- EDU 3.1. Les actions d'éducation pour la santé, tant individuelles que collectives, font l'objet d'une évaluation périodique

Eléments traceurs

- *Rapport d'évaluation*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

PARTIE V : GESTION ET DISPENSATION DES MEDICAMENTS ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX

La prise en charge médicamenteuse constitue une étape essentielle, mais à risque, de la prise en charge du patient. Il convient donc que le centre réponde aux exigences réglementaires afin de maîtriser au mieux l'ensemble du processus depuis l'approvisionnement jusqu'à la dispensation des médicaments aux usagers.

Par ailleurs, en cas d'effet indésirable, les professionnels doivent suivre les procédures de pharmaco et matériovigilance.

➲ Référence GDM 1. : Les modalités de gestion des médicaments et des dispositifs médicaux sont clairement définies

- GDM 1.1. La gestion des médicaments (dont les psychotropes) et des dispositifs médicaux dans le centre est conforme à la réglementation en vigueur

- GDM 1.2. Une documentation de référence est mise à la disposition du personnel de la pharmacie du centre (dernière version de la nomenclature hospitalière, formulaire thérapeutique, manuel des procédures,…)

- GDM 1.3. La liste des médicaments commandés est conforme à la dernière mise à jour de la nomenclature hospitalière

- GDM 1.4. Le centre dispose de la liste de médicaments qui répondent aux besoins des prescripteurs et validée par le Comité thérapeutique de la circonscription sanitaire

- 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 1.6. Le centre respecte le calendrier de commande mensuelle à adresser à la pharmacie du groupement/hôpital de circonscription sanitaire

- GDM 1.7. Le transport et la conservation des médicaments répondent aux conditions requises (respect de la chaine de froid pour les vaccins, véhicules sécurisés adaptés au transport des médicaments...)

- GDM 1.8. Les bordereaux de sortie font l'objet d'un suivi quotidien

- GDM 1.9. Les ruptures de stock sont enregistrées et leur impact évalué

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- GDM 1.10. Les règles de gestion des déchets médicamenteux sont précisées dans une procédure

Eléments traceurs

- *Liste des médicaments / Formulaire thérapeutique*
- *Nomenclature des médicaments*
- *Bons de commande*
- *Bons de livraison*
- *Registre de gestion des médicaments*
- *Fiche de stock*
- *Fiche mobile (suivi des entrées et des sorties)*
- *Procédure de gestion des médicaments*
- *Instruction de rangement des médicaments thermosensibles*
- *Enregistrement de la température des réfrigérateurs*
- *Procédure de gestion des dispositifs médicaux*
- *Procédure de gestion des déchets médicamenteux*
- *PV de destruction des déchets médicamenteux*

Référence GDM 2. : Le centre garantit la sécurité de la dispensation des médicaments aux patients

- GDM 2.1. Le local et les équipements de la pharmacie répondent aux conditions requises à la réception, stockage et dispensation des médicaments (surface, rayonnage, guichets, climatisation, réfrigérateur, armoire fermant à clef pour les psychotropes…)

- GDM 2.2. La température des réfrigérateurs est contrôlée au minimum deux fois par jour et enregistrée

- GDM 2.3. La conduite à tenir en cas de non-conformité est formalisée

- GDM 2.4. La gestion des médicaments au sein du centre est assurée par un ou des professionnels de santé formés

- GDM 2.5. La dispensation des médicaments aux patients est faite selon les procédures et la réglementation en vigueur

- GDM 2.6. Un archivage des documents (ordonnances, registre de transcription…) est fait selon la réglementation et les procédures en vigueur

Eléments traceurs

- *Matrice des aires de responsabilité / Fiches de poste*
- *Plan de la pharmacie du centre*
- *Registre de suivi des températures des réfrigérateurs*
- *Protocole sur la conduite à tenir en cas de rupture de la chaîne du froid*
- *Registre de transcription*
- *PV de réunion avec la sous-direction de santé de base*
- *Bulletin de dispensation des soins*
- *Procédure d'archivage des documents*
- *Rapport d'activité de la pharmacie*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- *Plan de formation*
- *Attestations de formation*

Référence GDM 3. : Les effets indésirables sont signalés et pris en charge

- GDM 3.1. Tout effet indésirable signalé par le patient suite à la consommation ou l'utilisation d'un produit pharmaceutique est déclaré par le médecin en remplissant une fiche :
  - de manifestation post-vaccinale
  - de pharmacovigilance
  - de matériovigilance

- GDM 3.2. La fiche est transmise aux autorités compétentes conformément à la réglementation

Eléments traceurs

- *Fiche de signalement d'effet indésirable*
- *Fiches de pharmacovigilance*
- *Procédure de pharmacovigilance*
- *Registre de pharmacovigilance*

Référence GDM 4. : La gestion des médicaments est évaluée

- GDM 4.1. Une évaluation de la consommation des médicaments est réalisée périodiquement

- GDM 4.2. Le centre analyse les données relatives à l'évaluation de la consommation des médicaments et les transmet à l'équipe de gestion de la circonscription sanitaire

Eléments traceurs

- *Bordereaux de consommation*
- *Fiches mobiles*
- *Statistiques de consommation trimestrielles ou annuelles*

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

GLOSSAIRE

Accident

Evènement 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.

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.

Bionettoyage

Procédé destiné à réduire la contamination biologique des surfaces.

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.

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

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.

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.

Circonscription sanitaire

Entité fonctionnelle organisée territorialement sur une zone géographique bien délimitée desservant une population relativement homogène sur le plan socio-économique et exposée aux mêmes types de problèmes et de risques sanitaires.

Conseil local de sante

Cette instance constitue une pierre angulaire du concept de soins de santé de bas puisqu'elle offre une structure formelle a la participation de la population dans la prise en charge de son état de santé.

Ce conseil, parfois appelé "conseil communautaire" pour le faire distinguer du "conseil de santé de l'hôpital", a été règlementé par une circulaire du ministère de l'intérieur et par la circulaire MSP N82/132.

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

Processus de mise en œuvre d'un système qualité visant à améliorer l'organisation et les prestations. Cette démarche permet de faire évoluer les pratiques pour satisfaire les besoins des usagers et du personnel.

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

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

- 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. (Manuel d'accréditation ANAES – 1998)

Education pour la santé

- Tout 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 (Cornillot).

Enquête de satisfaction

Outil permettant l'évaluation régulière de la satisfaction des clients.

Enregistrement

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

Equipements 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.

Evaluation

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

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.

Evènement indésirable

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

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

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

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

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.

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.

Matrice des aires de responsabilités

Outil de management permettant de définir clairement les responsabilités des membres d'une équipe ainsi que leurs interactions en déterminant pour chaque activité le niveau d'implication de chacun en termes

- d'organisation (O)
- de réalisation (R)
- d'implémentation (I)
- de suivi (S)
- d'évaluation (E)

Médicaments « look alike – sound alike »

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

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.

Procédure

Document décrivant un processus sous l'angle organisationnel (Qui fait quoi ?).

Processus

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

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 du centre

Document stratégique élaboré par les responsables du centre en coordination avec les autorités de la circonscription et régionales décrivant :

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

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

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 (Comment ?).

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.

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

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.

Risque

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

Système

Ensemble d'éléments corrélés ou en interaction.

Système d'information

Ensemble des moyens matériels, logiciels, organisationnels et humains visant à acquérir, stocker, traiter, diffuser ou détruire de l'information.

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

Vaccinovigilance

Activités de détection, d'évaluation, d'analyse et de prévention des effets indésirables ou de tout autre problème possiblement relié à un vaccin ou à la vaccination.

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.

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.

Ce manuel est la propriété de l'INASanté.
Seule l'INASanté peut utiliser les référentiels ci-après pour l'accréditation des établissements de santé.