

**ENGAGEMENT
DE SERVICE**

AFNOR CERTIFICATION

Référentiel Engagement de service

Quali'santé

**Gestion de centres de santé ayant une activité médicale, dentaire et/ou
de soins infirmiers**

Le responsable de la certification Engagement de service

Nom : *Lapicot Yves*
Fonction : *Responsible développement*
Date : *31/01/2014*
Visa : *[Signature]*

Référence : REF 256

Edition : 13 janvier 2014

SOMMAIRE

I. LE DOMAIN D'APPLICATION	3
II. LE CONTEXTE GENERAL.....	3
III. LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE	4
IV. LES ENGAGEMENTS DE SERVICE.....	6
V. LES DISPOSITIONS D'ORGANISATION	17
VI. LES MODALITES DE SUIVI ET DE PILOTAGE DU RESPECT DES ENGAGEMENTS	21
VII. LES MODALITES DE COMMUNICATION	24
VIII. DOSSIER DE CANDIDATURE	26
IX. MODALITES D'ATTRIBUTION ET DE MAINTIEN DU CERTIFICAT ENGAGEMENT DE SERVICE	26
X. GLOSSAIRE	29

I. Le domaine d'application

Le présent référentiel concerne les activités des centres de Santé et décrit des engagements de service pris à destination des patients.

Ce référentiel est accessible à tout organisme gérant un ou des centres de santé ayant une activité médicale, dentaire et/ou de soins infirmiers et respectant les engagements de service, les modalités d'organisation, de suivi et de pilotage, tels que décrits dans ce document.

Le demandeur de la certification peut être monosite ou multi-site : le gestionnaire du centre.

Le demandeur multisite est une entité présentant une fonction centralisée identifiée (dénommée ci-après « structure centrale ») au sein de laquelle certaines activités sont planifiées, contrôlées et gérées, pour un ensemble de centres de santé au sein desquels ces activités sont en partie ou totalement réalisées.

Les centres de santé doivent :

- Avoir la même personnalité juridique,
- Avoir une relation juridique ou contractuelle avec la structure centrale,
- Etre soumis à déclaration auprès de l'URSSAF ou équivalent,
- Réaliser tout ou partie des prestations de service définies dans le présent référentiel.

* Conditions à respecter par la structure centrale :

- Exercer une fonction centrale dans laquelle certaines activités sont planifiées, contrôlées ou gérées,
- Avoir une maîtrise unique du système qualité, c'est-à-dire avoir le pouvoir d'imposer des mesures correctives le cas échéant sur tout centre de santé qui lui est rattaché,
- Assurer que le système qualité répond aux exigences du référentiel et est appliqué,
- Déclarer avoir audité en interne tous les centres de santé avant l'audit de certification externe,
- Recueillir et analyser les informations en provenance de tous les centres de santé ainsi que prouver son autorité et aptitude pour décider de mettre en place des actions d'amélioration.

II. Le contexte général

Structures de proximité, se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, les centres de santé participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité, sans sélection ni discrimination.

Depuis février 2007, les centres de santé peuvent s'appuyer sur le référentiel d'évaluation élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) avec les institutions composant le Regroupement National des Organismes Gestionnaires des Centres de Santé (RNOGCS).

Aussi, la mise en place de la démarche qualité initiée et menée aujourd'hui, par la Mutualité Française et son Réseau National des Centres de Santé Mutualistes est structurée autour de ce référentiel et repose sur un dispositif progressif regroupant deux étapes :

- ▶ L'accompagnement des centres vers une démarche d'autoévaluation et de mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité. La quasi-totalité des centres se sont engagés dans cette première étape.
- ▶ L'accompagnement des centres qui le souhaitent dans une démarche de labellisation interne, qui permet à un centre, suite à un audit interne d'être labellisé (audits croisés).

La Mutualité Française a souhaité mettre en place une troisième étape au dispositif, en créant un référentiel de certification de service basé sur le référentiel d'évaluation HAS « centres de santé ». Cette démarche permet, au sein des centres de santé :

- d'accroître l'efficacité interne de l'organisation : optimisation et amélioration des moyens et des processus, au profit d'une meilleure prise en charge des patients
- de démontrer son savoir-faire et la maîtrise des processus liés aux prestations des centres de santé tout au long du parcours patient (accueil, prise en charge du patient, etc...)
- de disposer d'un outil de management, de valorisation et de motivation pour le personnel,
- d'obtenir une reconnaissance par une tierce partie de la bonne maîtrise et de l'amélioration continue de son organisation

Cette certification officielle « tierce partie » :

- renforce l'image de marque des centres de santé vis-à-vis de leurs patients, des partenaires institutionnels, des administrations et des ARS.
- valorise auprès de ces différentes parties prenantes la qualité de leurs prestations, plaçant ainsi les centres de santé comme un acteur incontournable dans le système de santé et plus particulièrement sur l'offre ambulatoire.

Le présent référentiel, conformément à la réglementation encadrant la certification de service, a été soumis aux représentants des parties prenantes, de l'activité « centre de santé ».

III. Le contexte réglementaire

Définition réglementaire de la certification de service

Le présent référentiel s'inscrit dans le cadre de la certification de service prévue par les articles L. 115-27 à L. 115-33 et R. 115-1 à R. 115-3 du Code de la consommation concernant la certification de service : définition de la certification de service, exigences sur le contenu des référentiels et leurs modalités de validation (consultation des parties intéressées), obligation d'accréditation des organismes certificateur, exigences en terme de communication dans le cadre de la certification de service (cf. § VII. Les modalités de communication).

Définition réglementaire des centres de santé

art. L6323-1 du code de la Santé Publique :

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale.

Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé.

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé.

Ce décret prévoit également les conditions dans lesquelles, en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut :

- enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé ;
- en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou de non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ;
- maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet.

art. L. 162-32 du Code de la Sécurité Sociale :

Les centres de santé font bénéficier leurs usagers de la pratique du tiers payant et de la dispense d'avance de frais. Les centres de santé doivent à ce titre, appliquer les tarifs conventionnels du secteur 1, sans dépassements de tarifs. Ils ont cependant le droit à des dépassements de tarifs encadrés (parcours hors soins) et peuvent pratiquer des actes hors nomenclatures.

IV. Les engagements de service

N°	Engagements de service	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
1	<p>Nous favorisons l'accès de tous aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une signalétique externe, lisible et en bon état permet de visualiser le centre. • Nous pratiquons le tiers payant pour le régime obligatoire dans le cadre du parcours de soins • La liste des régimes complémentaires pour lesquels nous assurons le tiers payant est disponible dans le centre sur demande. • En l'absence de couverture sociale, nous sommes en mesure de vous orienter vers les services sociaux adaptés à votre cas. • En cas de difficultés linguistiques, nous mettons tout en œuvre pour vous proposer une prise en charge adaptée. • Nous contribuons aux actions de prévention locales ou nationales relatives à nos activités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de la conformité de la signalétique • Vérification des factures • Vérification de la présence de la liste dans le centre • Entretien avec le personnel afin de vérifier leurs pratiques • Vérification de la présence d'un annuaire médico-social • Entretien avec le personnel d'accueil afin de vérifier la capacité d'orientation. • Vérification de l'existence d'une liste des ressources humaines linguistiques internes et externes (traducteurs) en cohérence avec la population fréquentant le centre • Entretien avec le personnel pour vérifier les pratiques • Présence d'affichages ou de brochures actualisés • Examen des documents présentant les manifestations organisées par le Centre • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour l'accueil des PMR (personnes à mobilité réduite) • Observation des locaux • Examen des plans d'aménagement, cahiers des charges, devis, plans • Examen des résultats de l'enquête de satisfaction sur le critère « accueil et handicap » 	

N°	Engagements de service	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
		<ul style="list-style-type: none"> En fonction du contexte du centre de santé, dans le cadre du projet de santé, une réflexion est menée quant à l'accès au soin 	<ul style="list-style-type: none"> Examen du projet de santé
2	<p>Nous proposons des solutions de prise en charge à tout moment</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nous affichons à l'extérieur et à l'intérieur du centre nos horaires d'ouverture et la liste des activités que nous pratiquons. Ces informations sont également présentes sur la plaquette du centre et le site internet le cas échéant. Un répondeur téléphonique est systématiquement mis en service en dehors des heures d'ouverture du centre et/ou du secrétariat. Le message d'accueil téléphonique précise les coordonnées des services d'urgence ou de permanence et les horaires d'ouverture du centre. Ces informations sont affichées à l'extérieur du centre Pour la médecine générale : nous aménageons et communiquons des plages horaires pour les personnes se présentant au centre sans rendez-vous 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la présence et de la conformité de l'affichage intérieur et extérieur Examen des plaquettes d'information et du site Internet (s'il existe) Réalisation d'appels mystère pour vérifier : <ul style="list-style-type: none"> la présence d'un répondeur l'existence d'un message téléphonique conforme Vérification de l'affichage des informations à l'extérieur du centre Examen des plannings Examen des dispositions écrites de prise en charge des personnes sans rendez-vous Entretien avec le personnel afin de vérifier la prise en charge des patients sans rendez-vous
3	<p>Nous prenons en charge** vos appels téléphoniques dans les meilleurs délais</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les appels téléphoniques adressés au centre sont pris en compte en moins de 5 sonneries (décochage du téléphone / si décrochage automatique, l'appel est pris en charge en 30 secondes). ** la prise en charge peut être effectuée par une personne physique, un répondeur ou un serveur La personne qui répond au téléphone précise le nom du centre en début de conversation. 	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation d'appels mystère auprès du centre, pour vérifier : <ul style="list-style-type: none"> le délai de prise en charge l'identification à la prise en charge Vérification de l'existence et de la mise en œuvre d'une procédure appels mystères Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « pris en charge téléphonique »

Engagements de service		Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
4	Lors de la prise de rendez-vous, ou lors de la consultation, nous vous communiquons les informations nécessaires pour son bon déroulement	<ul style="list-style-type: none"> A l'accueil ou au téléphone, nous vous précisons les documents que vous devez apporter lors de votre rendez-vous (carte vitale, attestation de mutuelle ordonnance, carnet de santé...) Les conditions de réalisation des actes prévus sont données par le professionnel de santé. Nous nous assurons de la bonne compréhension des informations échangées. Pour les Centres de soins infirmiers, nous vous confirmons, avant la première intervention : la date de début des soins et leur durée prévisionnelle en fonction de la prescription ainsi que les plages horaires d'intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre de dispositions (procédure, instruction, mode opératoire, ...) Entretien avec le personnel d'accueil et les professionnels de santé pour vérifier les pratiques Vérification de la présence des fiches présentant les principaux actes réalisés dans le centre Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « informations données sur les actes » Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « informations données » Examen de l'information sur les fiches patient (ex : traçabilité de l'appel)
5	Nous favorisons le libre choix du praticien**	<ul style="list-style-type: none"> Hors Centre de soins infirmiers : nous vous communiquons oralement lors de la prise de rendez-vous, le nom des praticiens disponibles dans les délais et plages horaires demandés et, le cas échéant, leurs spécificités. ** hors médecin désigné 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre de dispositions
6	Nous regroupons, dans la mesure du possible, vos rendez-vous avec les professionnels de santé du centre	<ul style="list-style-type: none"> Nous regroupons, si vous le souhaitez et dans la mesure du possible (présence des praticiens), vos rendez-vous lorsque vous devrez rencontrer plusieurs professionnels de santé au sein du centre. Les modalités d'attribution des rendez-vous sont définies en concertation avec les professionnels de santé concernés. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre de dispositions Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « prise de rendez-vous » Examen des plannings de rendez vous Entretien avec les professionnels de santé afin de vérifier les pratiques
7	Nous facilitons votre orientation à l'intérieur du centre et nous rendons votre attente confortable	<ul style="list-style-type: none"> Une signalétique claire et visible permet de vous orienter dans le centre. Les lieux d'attente sont adaptés aux différents publics accueillis dans le Centre. Les locaux respectent votre confort (bruit, température, places 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la conformité de la signalétique Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « lieux d'attente » Observation des espaces d'attentes : espaces

N°	Engagements de service	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
		<ul style="list-style-type: none"> Pour tous retards supérieurs à 30 min en centre de santé, vous êtes assises,). 	<ul style="list-style-type: none"> aménagés, sièges adaptés et en nombre suffisant, confort, ...
		<ul style="list-style-type: none"> Pour tous retards supérieurs à 30 min en centre de santé, vous êtes informés du retard et du temps d'attente prévu. Lorsque le délai d'attente suite à un retard en centre de santé, ne vous convient pas, une alternative vous est proposée. Le taux de ponctualité en centre de santé (rdv à l'heure ou avec moins de 30 mn de retard) est fixé à 85%. En dessous de 80 %, un plan d'action est mis en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre de dispositions Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « gestion des retards » Vérification que le taux de ponctualité est conforme à l'objectif (le taux de ponctualité est mesuré selon un échantillonnage défini) Examen des plans d'actions si taux non conforme
8	Lors de votre passage dans le centre, nous vous délivrons une information claire, compréhensible et adaptée	<ul style="list-style-type: none"> Lors de la survenue de situations conflictuelles (dont les agressions verbales et/ou physiques), elles sont prises en charge par un personnel sensibilisé selon des modalités définies Nous mettons à votre disposition, à l'accueil, un document de présentation générale du centre. Les tarifs en vigueur des principaux actes pratiqués sont affichés à l'accueil ou en salle d'attente. Les autres tarifs sont disponibles à la demande. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la présence de la liste des personnels sensibilisés à la gestion des conflits et des éléments de preuve de leur sensibilisation Entretien avec les personnels pour vérifier leurs pratiques Vérification de la présence du document de présentation du Centre Vérification de l'affichage des principaux tarifs à l'accueil ou en salle d'attente Vérification de la disponibilité des tarifs standards à l'accueil Vérification que les devis sont conformes aux tarifs affichés (dentaire) Vérification de la présence du Centre des noms et spécialités des professionnels Entretien avec le personnel pour vérifier leurs pratiques Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « information du patient sur les conditions de prise en charge »

N°	Engagements de service	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	<ul style="list-style-type: none"> Afin d'assurer votre sécurité et celle de votre entourage, une information est dispensée : <ul style="list-style-type: none"> - à vous-même, sur les précautions à prendre liées à votre pathologie, à vos soins, - à votre entourage, le cas échéant, sur les précautions à prendre liées à votre pathologie, à vos soins, dans le respect du secret professionnel - Le cas échéant, vous et votre entourage êtes informés sur les situations épidémiques Le centre prend des dispositions pour informer le patient lorsqu'un dommage au patient est constaté 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la présence de fiches techniques présentant les précautions à prendre pour les cas les plus fréquents Entretiens avec les personnels concernés pour vérifier leurs pratiques Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « information du patient sur les précautions à prendre » 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la présence de fiches techniques présentant les précautions à prendre pour les cas les plus fréquents Entretiens avec les personnels concernés pour vérifier leurs pratiques Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « information du patient sur les précautions à prendre »
9	<ul style="list-style-type: none"> Le centre a mis en place des dispositions pour identifier, analyser, prévenir et gérer les risques pour le public, les patients et le personnel du centre (par exemple radioprotection, chutes, ...) <p>Nous assurons votre sécurité lors de votre passage dans le centre</p> <ul style="list-style-type: none"> Un « référent hygiène » est formé et identifié pour le centre. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de l'existence d'une procédure formalisée comportant à minima : qui, comment, présence des personnes désignées par le patient, dans quels délais. Examen des éléments de preuve de la sensibilisation des professionnels à la procédure Entretien avec le personnel pour vérifier les modalités de mise en œuvre de la procédure 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre de dispositions (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels + compléments concernant les patients et le public) Vérification des plans d'actions mis en place suite à l'analyse Examen du recueil des événements indésirables

N°	Engagements de service	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	<ul style="list-style-type: none"> Nous avons élaboré des protocoles d'hygiène et de sécurité pour nos activités portant sur : <ul style="list-style-type: none"> Désinfection/décontamination, stérilisation, protection des personnels entretien et nettoyage des locaux élimination des déchets, gestion des risques (radioprotection, traitements à risque...) gestion des risques au domicile du patient Nous prenons en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (HAS, ANSM, ...) lors de la rédaction des protocoles d'hygiène et de gestion des risques. Le mobilier, et les revêtements sont choisis en tenant compte des contraintes d'hygiène, de nettoyage et de sécurité. <ul style="list-style-type: none"> Lors de la réalisation des travaux, l'hygiène des locaux, la prévention des infections et des risques sont pris en compte dans le réaménagement futur. Une attention particulière est portée sur l'hygiène, la propreté des locaux et la sécurité des patients et du personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de protocoles sur les thèmes ci-dessus. Examen, le cas échéant, des contrats d'entretien <ul style="list-style-type: none"> Vérification des enregistrements concernant l'entretien et le nettoyage des locaux Observation de la propreté des locaux Entretien avec les personnels pour vérifier leurs pratiques Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « hygiène et sécurité » Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre de dispositions pour la veille réglementaire et examen des documents (DGs) Examen des plans d'aménagement, cahiers des charges, devis, plans Les moyens matériels mis à disposition du personnel permettent de respecter les règles d'hygiène et de sécurité. <ul style="list-style-type: none"> Ceci concerne notamment le port de tenues professionnelles lorsque le soin le nécessite Pour les centres dentaires, la prévention du risque infectieux aéro et manuporté est pris en compte. Les besoins (notamment en matériels) sont identifiés de manière prévisionnelle La maintenance des équipements est organisée et respecte les obligations réglementaires et tient compte des recommandations des fabricants (appareils médicaux, appareils de radiologie, fauteuils dentaires, instrumentation rotative, autoclaves, endoscopes, automates de laboratoire, parc informatique : matériels et logiciels, etc....). Les opérations de maintenance et de réparation sont enregistrées. 	

N°	Engagements de service	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	<ul style="list-style-type: none"> En cas de soins à domicile, nous appliquons des règles d'hygiène et de sécurité, adaptées aux conditions spécifiques des soins à domicile et nous vous informons sur les règles à appliquer chez vous. Le matériel nécessaire à la prise en charge des urgences est disponible et consultable dans un endroit accessible. Il est régulièrement contrôlé par une personne désignée comme responsable. Les éléments périmés sont remplacés. La pharmacie du centre contient tous les médicaments utilisés en cas d'urgence par les professionnels. La pharmacie du centre se trouve dans un local sécurisé auquel n'ont accès que les personnes autorisées 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre de règles d'hygiène et de sécurité pour les soins à domicile Examen des Résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « hygiène lors des soins à domicile » Vérification de la présence de fiches d'information Examen de la liste du matériel d'urgence et de l'enregistrement du contrôle de péremption Vérification de l'accessibilité du lieu de stockage du matériel de prise en charge des urgences Vérification de l'identification du responsable du contrôle Vérification du matériel d'urgence et de la pharmacie du centre afin de vérifier la conformité à la liste, la péremption, ... Vérification que le local de la pharmacie est sécurisé Examen de la liste des personnes autorisées à accéder à la pharmacie 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre de règles d'hygiène et de sécurité pour les soins à domicile Examen des Résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « hygiène lors des soins à domicile » Vérification de la présence de fiches d'information Examen de la liste du matériel d'urgence et de l'enregistrement du contrôle de péremption Vérification de l'accessibilité du lieu de stockage du matériel de prise en charge des urgences Vérification de l'identification du responsable du contrôle Vérification du matériel d'urgence et de la pharmacie du centre afin de vérifier la conformité à la liste, la péremption, ... Vérification que le local de la pharmacie est sécurisé Examen de la liste des personnes autorisées à accéder à la pharmacie
10	<p>Nous mettons tout en œuvre pour préserver la confidentialité des informations que vous nous communiquez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le centre est organisé de manière à favoriser la confidentialité des échanges. Lors des travaux, la confidentialité est prise en compte. 	<ul style="list-style-type: none"> Observation des locaux Examen des plans d'aménagement, cahiers des charges, devis, plans Examen des Résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « confidentialité »
		<ul style="list-style-type: none"> Une signalétique claire rappelle au public les règles de discréetion à respecter. Lors des soins et visites à domicile, les dispositions visant au respect de la confidentialité et du secret professionnel sont respectées en tenant compte de votre état de santé et de la continuité des soins. De plus, dans le cadre de soins infirmiers à domicile, vous êtes incités à désigner une « personne de confiance ». 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de la présence d'une signalétique adaptée Entretiens avec les professionnels pour vérifier leurs pratiques Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre de règles de désignation des « personnes de confiance »

N°	Engagements de service	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
11	Nous apportons une réponse aux demandes de soins non programmées exprimées au téléphone ou à l'accueil	<ul style="list-style-type: none"> Pendant les heures d'ouverture, une organisation est en place pour prendre en compte le degré d'urgence de votre demande et y apporter une réponse adaptée. La tracabilité des demandes urgentes est assurée. Nous affichons dans nos locaux les numéros internes et externes auxquels les professionnels ou structures d'urgences peuvent être joints. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour la prise en charge des urgences Entretiens avec les professionnels pour vérifier leurs pratiques Vérification de l'enregistrement journalier des urgences et de leur traitement Vérification de la conformité de l'affichage
12	Nous garantissons la sécurité et la confidentialité de votre dossier	<ul style="list-style-type: none"> Les dossiers patients, qu'ils soient informatisés ou non, ne sont accessibles qu'aux personnes autorisées. Dossiers informatisés : <ul style="list-style-type: none"> les sauvegardes informatiques sont stockées dans un endroit distinct du serveur et sécurisé. lors des changements ou de l'actualisation des logiciels le centre s'assure de leur compatibilité avec les anciens systèmes, garantissant ainsi l'accès aux anciens dossiers. la traçabilité des accès aux données est assurée. La confidentialité est assurée pendant la circulation du dossier dans le centre. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour l'accès aux dossiers patients Entretiens avec les professionnels pour vérifier leurs pratiques Observation des locaux et l'accès aux dossiers papier Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour la sauvegarde informatique des données Vérification de la déclaration des fichiers à la CNIL Vérification de la conformité de l'affichage <p>Nous classons les dossiers papier dans un lieu de stockage clos (salle de soins, secrétariat, archives) auquel n'ont accès que les personnes autorisées.</p> <p>Le centre met en place des mesures pour assurer la confidentialité des données : politique d'autorisation d'accès, protection des armoires, des locaux. Les droits de lecture, écriture et validation de certaines informations sont définis.</p> <p>Les traitements de données à caractère personnel font l'objet des démarches et formalités prévues par la <i>législation Informatique et libertés</i> : déclaration pour chaque traitement ; information des patients concernant leurs droits d'accès et de rectification aux données les concernant.</p>

N°	Engagements de service	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	<ul style="list-style-type: none"> • Votre dossier patient est mis à votre disposition conformément à /a réglementation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour la mise à disposition des dossiers aux patients • Vérification de la conformité de l'affichage pour l'information du patient 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Des mesures destinées à assurer l'intégrité des données sont mises en place : armoires et locaux sécurisés, sauvegardes et disponibilité des données, protection contre les risque vol incendie et inondations. • Les modalités de destruction des dossiers respectent la confidentialité des données. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observation des locaux pour vérifier leur disposition, les alarmes, les systèmes de protection,... 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour la destruction des dossiers (papiers et supports informatiques) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Un dossier patient unique est constitué au sein du centre et mis à disposition des professionnels lorsqu'ils vous prennent en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour la gestion des dossiers patients (y compris dossiers dématérialisés) • Entretien avec les professionnels de santé pour vérifier leurs pratiques 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Si nécessaire, pour assurer la continuité des soins prodigués, les professionnels se concertent, en fonction de leurs plannings, ou élaborent des documents pour éviter des ruptures dans la prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien avec les professionnels de santé pour vérifier leurs pratiques • Examen des plannings des professionnels afin de vérifier l'existence de plages permettant la concertation OU vérification de l'existence de documents de liaison entre professionnels)
13	<p>Nous assurons le partage entre professionnels des informations vous concernant, de manière à garantir la continuité des soins, dans le respect du secret professionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les informations médicales et/ou paramédicales sont actualisées à chaque passage du patient dans le centre, ou pour chaque intervention réalisée au domicile. • Les professionnels de santé peuvent échanger, dans un cadre organisé et dans le respect du secret professionnel, sur les cas difficiles et ceux nécessitant une coordination des soins pendant le 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien avec les professionnels de santé pour vérifier leurs pratiques • Entretien avec les professionnels de santé pour vérifier leurs pratiques • Examen des dispositions mises en place pour favoriser

N°	Engagements de service	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
		temps des soins et hors du temps de soins.	l'échange des professionnels et des enregistrements associés
14	Nous mettons à votre disposition, ainsi qu'à celle des professionnels de santé que vous nous indiquez, les informations médicales vous concernant	<ul style="list-style-type: none"> Hors CS/ : Un compte-rendu est rédigé et transmis ou mis à disposition au professionnel qui vous a adressé au centre et à vous-même ou au professionnel autorisé de votre choix si vous le souhaitez, dans le respect des règles déontologiques et/ou réglementaires, de manière à assurer la continuité des soins. Pour les CS/ : Pour certaines pathologies nécessitant un suivi, un retour est effectué auprès du praticien prescripteur <p><i>CS/ uniquement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Votre dossier de coordination de soins avec les autres partenaires de santé peut être déposé à votre domicile, sous réserve du respect des règles de confidentialité des données de santé. Ces informations sont sous votre responsabilité. Un document de transmission infirmier/intervenant est mis en place (relais avec l'équipe pluridisciplinaire (médecin, hôpital, assistante sociale, service de maintien à domicile). Pour les patients chroniques suivis à domicile, un dossier de coordination est tenu par le médecin traitant. 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien avec les professionnels de santé pour vérifier leurs pratiques Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « continuité des soins » Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour la coordination des soins avec les autres partenaires de santé Entretien avec les professionnels de santé pour vérifier leurs pratiques
15	Pendant les séances de soin, nous préservons votre intimité et assurons votre tranquillité	<ul style="list-style-type: none"> L'organisation du travail permet de préserver la quiétude des séances de soins et consultations : l'ensemble du matériel nécessaire est installé en début de consultation. Des règles permettent de limiter les dérangements lors des séances de soins. Lors des séances de soins, au centre comme à domicile, votre intimité est respectée. Nos professionnels sont sensibilisés à la bientraitance afin de promouvoir le respect de vos droits et libertés et l'écoute de vos besoins 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) permettant de préserver la quiétude des séances de soins et de consultations Entretien avec les professionnels de santé pour vérifier leurs pratiques Examen des supports de sensibilisation à la bientraitance Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « quiétude des séances de soins »
16	Nous mesurons votre satisfaction et nous	<ul style="list-style-type: none"> Nous réalisons au minimum une fois par an une enquête de satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour

N°	Engagements de service	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	<p>vous communiquons les principaux résultats et plans d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les principaux résultats de l'enquête et les actions qui en découlent sont affichés dans nos locaux. La méthodologie de réalisation des enquêtes est formalisée. Elle doit permettre de sélectionner un échantillon représentatif de la population ciblée par l'enquête. (nombre suffisant de patients interrogés, à des moments différents, âge, sexe, etc.) Le taux de satisfaction par critère doit être au minimum de 85%. En dessous de 80%, un plan d'action doit être mis en œuvre. Les résultats des enquêtes de satisfaction sont communiqués à l'ensemble du personnel pour information et pour association aux actions d'amélioration 	<ul style="list-style-type: none"> la réalisation des enquêtes (méthodologie) Examen des plans d'actions si résultats inférieurs aux seuils Examen des moyens de communication aux patients (affichage, document imprimé, site internet, ...)
17	<p>Nous traitons sans délai vos plaintes et vos réclamations et nous y apportons une réponse</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nous prenons en compte vos plaintes et réclamations exprimées oralement à l'accueil ou par téléphone et nous y répondons par écrit lorsque vous le souhaitez. La traçabilité des courriers et des appels téléphoniques de réclamation et de leur traitement est assurée. Nous prenons en compte vos plaintes et réclamations exprimées par écrit et nous y apportons une réponse écrite dans un délai de 15 jours dans la mesure du possible. Si le délai de traitement est supérieur à 15 jours, nous vous informons et vous communiquons un nouveau délai. Le taux de réponse dans les délais est fixé à 85%. En dessous de 80%, un plan d'actions est mis en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour le traitement des réclamations Entretien avec les personnes concernées pour vérifier leurs pratiques Examen des réclamations reçues et des réponses apportées (hors médical) Vérification que le taux de réponse dans les délais est conforme à l'objectif Examen des plans d'actions si délais non respectés

V. Les dispositions d'organisation

L'organisme a défini une organisation qui lui permet d'assurer la continuité du respect de ses engagements de service.

DISPOSITIONS D'ORGANISATION	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
<ul style="list-style-type: none"> • Le projet de centre est composé : <ul style="list-style-type: none"> - du projet de santé, adressé à l'ARS*, - d'un volet économique (cf § V.6), - d'un volet de ressources humaines (cf § V.5), - d'un volet lié à la qualité (cf § V.2). • Pour ces différents volets, des objectifs sont hiérarchisés et quantifiés dans la mesure du possible. Des indicateurs de suivi sont définis. • Le projet de centre est revu annuellement et révisé en cas de modification, extension, création. Les objectifs sont revus en conséquence. • Le personnel, est informé du projet de centre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen du contenu du projet de centre <ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'existence d'une revue annuelle du projet du centre (procédure, instruction, compte-rendu de réunion, dates de mises à jour, ...) 	
<p>1. Projet de centre</p> <ul style="list-style-type: none"> • La politique qualité du centre a été définie en concertation par le gestionnaire, la direction du centre et les professionnels. Elle est connue de tout le personnel. • La politique qualité est déclinée en objectifs. Des indicateurs de suivi sont définis. • La politique qualité prend en compte les résultats des différentes formes d'évaluation interne et externe (notamment les enquêtes satisfaction, les plaintes, ...). • La démarche qualité est planifiée. <p>2. Politique qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen des éléments de preuve de la diffusion du projet (compte-rendu de réunion, enregistrement de réception, affichage, ...) • Entretien avec le personnel pour vérifier sa connaissance du projet de centre 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la Politique Qualité et vérification de sa cohérence avec les conclusions du bilan annuel • Examen des comptes-rendus de réunions de travail avec les personnes concernées • Entretien avec le personnel pour vérifier sa connaissance de la politique qualité • Vérification de l'existence du planning d'actions permettant l'atteinte des objectifs fixés

DISPOSITIONS D'ORGANISATION	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
3. Responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> L'organisme a défini les responsabilités de toute personne dont l'activité a une incidence sur le respect des engagements de service. La mission du responsable de la mise en œuvre de la certification de service est également définie. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de l'existence d'un organigramme décrivant l'organisation Examen des fiches de fonction (ou fiches de poste ou lettres de mission) indiquant les responsabilités relatives aux engagements de service
4. Gestion documentaire	<ul style="list-style-type: none"> Le centre dispose d'un système organisé de gestion documentaire. Celui-ci est connu de tout le personnel du centre et leur permet d'accéder aux documents nécessaires à l'activité. Une procédure définit les enregistrements qui doivent être conservés ainsi que leurs modalités d'identification de classement et durée de conservation. Les documents (protocoles, procédures, mode opératoire, instruction, fiche technique, enregistrement...) sont élaborés en concertation avec tous les professionnels concernés et sont mis à jour lorsque cela est nécessaire, selon des dispositions définies par écrit. Elles précisent les périodicités selon laquelle les documents sont revus. L'organisme décrit la manière dont il organise sa veille documentaire et le mode de diffusion des informations à jour au personnel concerné. 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour la gestion documentaire (maîtrise des documents et des enregistrements nécessaires pour la démarche engagement de service) Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour la veille documentaire (réglementaire, technique, ...) Vérification du respect de la périodicité de révision des documents élaborés (protocoles, procédures, mode opératoire, fiche technique...)
5. Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> Les besoins futurs en termes de ressources humaines et en développement des compétences sont identifiés. Un plan de formation est établi en concertation avec les professionnels. Il intègre et respecte les obligations réglementaires spécifiques à certaines professions (médecins, pharmaciens, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, techniciens de laboratoires, manipulateurs de radiologie, etc.). Il est cohérent avec le projet du centre. Le centre prend les dispositions permettant aux salariés de respecter leur obligation de DPC Pour les professionnels paramédicaux salariés, le centre contrôle le respect de cette obligation de DPC pour certaines de ces professions 	<ul style="list-style-type: none"> Examen du volet « ressources humaines » du Projet du Centre (besoins en ressources, en compétences, ...) Examen du plan de formation de l'année en cours Vérification des modalités de communication du centre auprès de ses professionnels de santé sur le DPC (circulaire, note...) et des dispositions qui leurs sont proposées pour répondre à cette obligation Vérification des modalités de contrôle du respect de réalisation du DPC pour les professionnels paramédicaux

DISPOSITIONS D'ORGANISATION	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
	<ul style="list-style-type: none"> • Un dossier est constitué pour chaque membre du personnel. • Les formations sont évaluées à l'issue de leur déroulé et au plus tard lors de l'entretien d'évaluation. • Les modalités d'accueil de tout nouveau membre du personnel (y compris les stagiaires) sont définies. Le projet du centre et le règlement intérieur sont remis aux personnes nouvellement recrutées. • Des évaluations individuelles de tous les personnels sont réalisées à un rythme défini, au moins tous les 2 ans. Les besoins en formation sont identifiés à cette occasion et le plan de formation est mis à jour. • Le personnel est formé à l'application des procédures qui le concernent. • Les praticiens sont consultés lors de l'évaluation de leurs collaborateurs directs (assistantes, infirmières, secrétaires). • L'ensemble du personnel concerné est formé et/ou informé sur la démarche qualité. • Un système de concertation et de communication est mis en place pour faciliter les relations entre les professionnels, l'équipe de 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien avec le Responsable des Ressources Humaines pour vérifier l'existence d'un dossier pour chaque membre du personnel • Examen des résultats des fiches de satisfaction formations et des comptes-rendus d'évaluation • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour l'intégration de nouveau membre du personnel • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour la réalisation des entretiens individuels <ul style="list-style-type: none"> • Examen de comptes-rendus d'entretiens individuels faisant apparaître les besoins en formation • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour la formation du personnel aux procédures (et instructions, modes opératoires) qui le concernent <ul style="list-style-type: none"> • Examen des enregistrements de formation (feuilles de présence, attestations de prise en compte, ...) • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour la sensibilisation du personnel à la démarche qualité. • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...)

DISPOSITIONS D'ORGANISATION	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
	<p>direction et le gestionnaire</p> <p>Le volet économique comprend le budget prévisionnel annuel identifiant les dépenses (fonctionnement, investissements...) et les recettes.</p> <p>Les dépenses sont optimisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • suivi des consommations pour chaque type d'activité grâce à des tableaux de bord, • définition d'une politique des achats prévoyant la mise en concurrence des fournisseurs, la participation à des centrales d'achats, des négociations tarifaires, • définition d'une politique de gestion des ressources humaines (recrutement, gestion de carrières, remplacement, ...) adaptée aux besoins, • analyse des dépenses (y compris taux d'utilisation des locaux et équipements) et recherche de solutions alternatives (achat, location, mutualisation des moyens, ...) en tenant compte du coût global <p>6. Ressources financières</p>	<p>pour la concertation (site intranet, extranet, notes de services, messages, email, séminaire/recontre, journal interne, réunions de services ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen du budget prévisionnel annuel • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) • pour l'optimisation des recettes et des dépenses (cf. ci-dessous) • Examen des Tableaux de bord de suivi • Entretien avec les personnes concernées (responsable administratif et financier, comptable, ...) <p>Les recettes sont optimisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • recherche de financements spécifiques pour des actions de prévention ou d'éducation à la santé, • mise en place d'une comptabilité adaptée à l'exercice de l'activité en vue d'optimiser les résultats du centre, • analyse de l'activité facturée produite par les professionnels, • politique tarifaire pour les actes hors nomenclature, • analyse des impayés et mise en place d'actions préventives ou correctives.

VI. Les modalités de suivi et de pilotage du respect des engagements

MODALITES DE SUIVI ET DE PILOTAGE	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
<p>1. Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les indicateurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> -taux de facturation du tiers payant, -taux de ponctualité des RDV, -taux de réponse aux réclamations dans les délais, -taux de satisfaction sur les différents critères de l'enquête de satisfaction, • sont calculés sur la base d'éléments de preuve recueillis soit de manière exhaustive soit à partir d'un échantillon représentatif. • La pertinence des échantillonnages est vérifiée par l'auditeur lors de l'audit externe. • Le centre définit une fréquence de suivi des indicateurs. • Lorsque l'indicateur se situe entre l'objectif et le seuil fixé, il peut être pertinent d'engager une action préventive d'amélioration. • Lorsque l'indicateur est en dessous du seuil fixé, il est nécessaire d'engager une action corrective. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour le calcul des indicateurs (méthodes, échantillonnage, ...) • Examen des plans d'actions le cas échéant 	
<p>2. Autocontrôle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le respect de <u>chaque engagement de service</u> est vérifié <ul style="list-style-type: none"> • régulièrement par du personnel désigné • La fréquence et le type de contrôle réalisés sont définis dans une procédure et font l'objet de rapports. • Les écarts relevés lors de ces contrôles sont analysés et traités dans le plan d'actions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) pour le contrôle des engagements de service • Examen des rapports de contrôles et des plans d'actions le cas échéant 	
<p>3. Sous traitants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les dispositions de maîtrise des sous-traitants externes/internes impliqués dans la mise en œuvre des engagements, sont définies dans une procédure • Les sous traitants (plateforme téléphonique, entretien des locaux...) sont informés des engagements de service à leur charge. Un bilan est fait chaque année sur le respect des contrats et sur les améliorations pouvant être apportées. • Le centre définit des actions d'amélioration, en collaboration si besoin avec les prestataires et fournisseurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) concernant la maîtrise des relations avec les fournisseurs et prestataires • Examen des bilans et des plans d'actions éventuels • Vérification que les cahiers des charges et/ou contrats font référence aux engagements concernant les sous-traitants 	

MODALITES DE SUIVI ET DE PILOTAGE	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
	<ul style="list-style-type: none"> • Un audit interne par an est réalisé sur l'ensemble du périmètre certifié • Ces audits internes permettent la vérification du respect : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Des engagements, ◦ Des dispositions d'organisation, ◦ Des modalités de suivi et de pilotage, décrites dans le présent référentiel. • L'organisation de l'audit interne est placée sous la responsabilité du « responsable qualité » qui établit le programme d'audit et désigne les auditeurs internes. • Ces audits sont réalisés par des personnes qualifiées et indépendantes de l'activité auditée. • Pour être qualifiés, les auditeurs internes doivent avoir suivi une formation à l'audit qualité et sur le présent référentiel. • Les éventuels écarts relevés lors d'un audit interne sont analysés et traités à l'aide d'un plan d'actions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) concernant la réalisation des audits internes • Examen des rapports d'audits • Vérification de la mise en œuvre et du suivi du plan d'actions mises en œuvre suite à l'audit • Examen des enregistrements de qualification des auditeurs internes
4. Audit interne		
5. Bilan annuel	<ul style="list-style-type: none"> • Un bilan est effectué au moins une fois par an sous la responsabilité de la direction • Ce bilan a pour objet : <ul style="list-style-type: none"> - D'examiner l'ensemble des données reflétant la qualité de service et le respect des engagements à partir de l'analyse <p>✓ Des indicateurs</p> <p>✓ Des enquêtes de satisfaction</p> <p>✓ Des audits internes</p> <p>✓ Des réclamations</p> <p>✓ Des besoins en formation</p> <ul style="list-style-type: none"> • De consolider le plan d'amélioration global (ensemble des plans d'actions) • De réviser le projet de centre, la politique qualité et les objectifs qualité le cas échéant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen du bilan annuel • Vérification de la mise en œuvre et du suivi du plan d'amélioration global
6. Amélioration continue	<ul style="list-style-type: none"> • Une démarche d'amélioration continue est mise en place. • Les modalités de gestion des écarts en matière de respect des engagements de service (détectés lors de contrôles, d'audits 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires, ...) concernant la démarche d'amélioration continue

MODALITES DE SUIVI ET DE PILOTAGE	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
	<p>internes, de suivi des indicateurs, de réclamations patients/de mesure de la satisfaction des patients) et du respect des exigences réglementaires sont définies par écrit et précisent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les responsabilités en matière de traitement et de suivi des écarts - Les modalités de traitement de l'écart - Le suivi des actions d'amélioration à l'aide de plans d'actions. • L'efficacité des actions d'améliorations est évaluée. <p>• Le personnel du centre est impliqué dans cette démarche d'amélioration (réunions, communication par mail, etc.).</p>	<p>(détection et traitement des dysfonctionnements, collecte des propositions d'amélioration, suivi des actions)</p> <p>Examen des enregistrements (dysfonctionnements, pistes de progrès, ...) et vérification du suivi et de l'efficacité des plans d'actions mis en place (suivi, efficacité)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen des enregistrements (comptes-rendus des échanges avec le personnel, feuilles de présence, ...) • Entretien avec la direction et personnel pour vérifier leur implication

VII. Les modalités de communication

La communication sur la certification de service, au sens de l'article L115-28 du code de la consommation, doit respecter les dispositions légales y afférentes, notamment celles prévues dans l'article R-115-2.

Le Conseil National de la Consommation a rendu public fin 2007 son avis sur les modalités de communication relatives à la certification de service (BOCCRF du 17/12/2007).

Lorsque l'organisme fait référence à la certification de service, il peut distinguer 3 types de supports :

1) Certificat AFNOR Certification

Le certificat attestant de la certification des services de l'organisme est édité par AFNOR Certification et comporte les mentions suivantes :

- Le logo Engagement de Service et le nom de l'organisme certificateur,
- Le code du référentiel : REF-256,
- Le nom court du référentiel : Quali'santé,
- L'activité sur laquelle porte la certification de service : Gestion de centres de santé ayant une activité médicale, dentaire et/ou de soins infirmiers
- La liste des engagements de service certifiés en annexe :
 - Nous favorisons l'accès de tous aux soins
 - Nous proposons des solutions de prise en charge à tout moment
 - Nous prenons en charge vos appels téléphoniques dans les meilleurs délais
 - Lors de la prise de rendez-vous, ou lors de la consultation, nous vous communiquons les informations nécessaires pour son bon déroulement
 - Nous favorisons le libre choix du praticien
 - Nous regroupons, dans la mesure du possible, vos rendez-vous avec les professionnels de santé du centre
 - Nous facilitons votre orientation à l'intérieur du centre et nous rendons votre attente confortable
 - Lors de votre passage dans le centre, nous vous délivrons une information claire, compréhensible et adaptée
 - Nous assurons votre sécurité lors de votre passage dans le centre
 - Nous mettons tout en œuvre pour préserver la confidentialité des informations que vous nous communiquez
 - Nous apportons une réponse aux demandes de soins non programmées exprimées au téléphone ou à l'accueil
 - Nous garantissons la sécurité et la confidentialité de votre dossier
 - Nous assurons le partage entre professionnels des informations vous concernant, de manière à garantir la continuité des soins, dans le respect du secret professionnel
 - Nous mettons à votre disposition, ainsi qu'à celle des professionnels de santé que vous nous indiquez, les informations médicales vous concernant
 - Pendant les séances de soin, nous préservons votre intimité et assurons votre tranquillité
 - Nous mesurons votre satisfaction et nous vous communiquons les principaux résultats et plans d'actions
 - Nous traitons sans délai vos plaintes et vos réclamations et nous y apportons une réponse

2) Supports destinés à communiquer sur la certification de service :

Il s'agit de tout support dont l'objet est la certification de service, par exemple : plaquette destinée à informer de la certification des engagements de service de l'entité, page sur le site internet, communiqué de presse.

Ces supports mentionnent obligatoirement :

- Le logo Engagement de Service comportant :
 - l'adresse du site internet d'AFNOR Certification : www.afnor.org,
 - le code du référentiel : REF-256,
 - le nom court du référentiel,

- le nom de l'organisme certificateur,
- La liste des engagements de service certifiés,
- L'activité sur laquelle porte la certification de service.

3) Supports de communication institutionnelle ou d'information générale sur l'organisme :

Sur tout autre document de communication à caractère institutionnel ou d'information générale sur l'organisme, par exemple : papier à en-tête, cartes de visite, plaquettes générales sur l'organisme, vidéos commerciales, mailings, supports publicitaires, doivent apparaître au minimum les éléments suivants :

- Le logo Engagement de Service comportant :
 - l'adresse du site internet d'AFNOR Certification : www.afnor.org,
 - le code du référentiel : REF-256,
 - le nom court du référentiel,
 - le nom de l'organisme certificateur.
- lorsque le support le permet, il est préconisé de faire figurer :
 - soit un extrait de la liste des principaux engagements de service,
 - soit les modalités d'obtention d'informations complémentaires sur la certification de service.

✓ Toute communication sur le site Internet doit renvoyer par un lien à une page dont l'objet est la certification de service et répondant aux critères exposés précédemment.

✓ Dans le cas des services aux entreprises, cette communication est adressée aux entreprises bénéficiaires de la certification de service et n'aura pas pour vocation d'être étendue aux consommateurs grand public.

Dans tous les cas, l'organisme ne doit faire usage du logo ENGAGEMENT DE SERVICE que pour distinguer les services certifiés et ceci sans qu'il existe un quelconque risque de confusion avec ceux qui ne le sont pas.

✓ Cette communication s'effectue dans le respect du règlement d'utilisation de la marque ENGAGEMENT DE SERVICE.

✓ Les outils graphiques du logo sont disponibles dans l'espace client de l'organisme et auprès du service communication d'AFNOR Certification.

✓ Il est recommandé à l'organisme de soumettre préalablement à AFNOR Certification tous les documents où il est fait état de la marque ENGAGEMENT DE SERVICE pour validation.

✓ Dans les cas de la publicité radio, Télévision l'organisme doit obligatoirement soumettre au préalable à AFNOR Certification tous les éléments (story-board ...) où il est fait état de la marque ENGAGEMENT DE SERVICE.

✓ Toute suspension ou tout retrait du certificat ENGAGEMENT DE SERVICE entraîne l'interdiction d'utiliser cette marque et d'y faire référence.

VIII. Dossier de candidature

Tout organisme candidat à la certification de service transmet son numéro de Siret et dépose une demande écrite de certification auprès d'AFNOR Certification.

Le dossier de candidature comporte à minima un engagement de l'organisme à prendre connaissance et à respecter les modalités de certification, formalisé par la signature d'une proposition commerciale.

Le candidat doit transmettre à AFNOR Certification son projet de centre et son règlement intérieur en complément de sa demande de certification.

Gestionnaire
AFNOR
Certification

IX. Modalités d'attribution et de maintien du certificat **ENGAGEMENT DE SERVICE**

1 - Etude de la candidature

Une analyse de la recevabilité pour la demande de certification de l'organisme est effectuée sur la base :

- de la proposition commerciale
- de la réception de son projet de centre et de son règlement intérieur.

Gestionnaire
AFNOR
Certification

2 - Audit initial de certification

L'audit est réalisé par un auditeur ou des auditores qualifié(s) par AFNOR Certification, choisi(s) en fonction de son (leur) expérience du secteur d'activité et formé(s) spécifiquement à l'audit **ENGAGEMENT DE SERVICE**.

Auditores
formés et qualifiés
par AFNOR
Certification

La durée d'audit est liée à la taille de l'organisme et des sites concernés.

L'audit initial porte sur les points suivants :

- Respect des engagements de service,
- Mise en œuvre des dispositions d'organisation, de suivi et de pilotage garantissant le respect des engagements,
- Vérification que l'enquête de satisfaction est planifiée

Auditores formés et
qualifiés
par AFNOR
Certification

Les méthodes de contrôle et les éléments de preuve sont définis pour chaque engagement et disposition d'organisation, de suivi et pilotage, dans la 3ème colonne des tableaux des paragraphes IV, V, VI..

S'il le juge utile pour réaliser sa mission, l'auditeur peut compléter les méthodes de contrôle définies.

Auditores
formés et qualifiés
par AFNOR
Certification

La procédure de certification multi-sites tient compte de règles d'échantillonnage définies au niveau international pour les organismes multi-sites et s'applique dans le cas présent au demandeur présentant des centres sous la même entité juridique.

Une méthode d'échantillonnage est appliquée pour calculer le nombre de centres de santé audités : soit x le nombre de centres de santé entrant dans le calcul. L'échantillon de centres de santé audités (n) est calculé de la façon suivante :

$$< n = \sqrt{x} >$$

Le résultat est toujours arrondi au chiffre entier supérieur.

* Constitution de l'échantillon :

25 % de l'échantillon est choisi aléatoirement par l'équipe AFNOR Certification.

Pour le reste, la sélection des centres de santé est guidée par les critères suivants :

- les résultats des contrôles internes
- l'analyse des réclamations clients
- les variantes d'activité et de taille
- la dispersion géographique.

Le déroulement des audits suit la règle suivante : audit de la structure centrale puis un audit des centres de santé si l'audit de la structure centrale ne présente pas de non-conformité majeure.

Lorsque des écarts sont constatés sur un ou plusieurs centres de santé de l'échantillon, AFNOR Certification demande à la structure centrale de faire une recherche systématique sur l'ensemble des centres de santé et d'apporter les actions correctives nécessaires. Dans ce cas, AFNOR Certification procède à des audits sur un échantillon complémentaire. La taille de l'échantillon complémentaire est la suivante : nombre de centres de santé sur lesquels l'écart est constaté + 1.

A l'issue de l'audit, le responsable d'audit élaboré le rapport d'audit et remet à l'organisme, s'il y a lieu, des fiches d'écart appelant une réponse de l'organisme.

3 - Prise de décision

Le responsable d'audit soumet son rapport d'audit à un Expert Permanent AFNOR Certification qualifié.

En cas de dossier demandant interprétation, l'Expert Permanent peut solliciter l'avis d'un Groupe d'Evaluation et de Décision composé d'experts dans le domaine des services. Dans ce cas, le Groupe d'Evaluation et de Décision examine le rapport d'audit et propose une décision.

AFNOR Certification délivre alors le certificat, après décision de l'Expert Permanent d'AFNOR Certification, pour une durée de 3 ans.

Expert Permanent
AFNOR
Certification /
Groupe
d'Evaluation et de
Décision

Gestionnaire
AFNOR
Certification

4 - Maintien de la certification

AFNOR Certification réalise, durant la période de validité du certificat, 2 audits de suivi selon les mêmes modalités que l'audit initial.

L'organisme doit informer systématiquement AFNOR Certification du changement d'une des caractéristiques du service certifié ou du périmètre de certification.

Chaque audit de suivi porte sur les points suivants :

- respect des engagements de service,
- dispositions d'organisation, de suivi et de pilotage du respect des engagements,
- respect des modalités de communication définies dans le référentiel et dans le règlement d'utilisation de la marque **ENGAGEMENT DE SERVICE**
- résultats des enquêtes de satisfaction demandeur et mise en œuvre des plans d'actions correspondants,
- dispositions mises en place suite à la détection d'un écart lors d'un audit précédent.

Gestionnaire
AFNOR
Certification /
Auditeurs formés et
qualifiés par
AFNOR
Certification

Soit x le nombre de centres de santé entrant dans le calcul.

L'échantillon de centres de santé audités (n) est calculé de la façon suivante :

$$< n = \sqrt{x} >$$

Le résultat est toujours arrondi au chiffre entier supérieur.

La méthodologie de constitution de l'échantillon est identique à celle de l'audit initial.

Après chaque audit de suivi, le dossier de maintien de la certification est analysé par un Expert Permanent d'AFNOR Certification sur la base du rapport d'audit et de la proposition du responsable d'audit.

Expert
Permanent
AFNOR
Certification

5 - Renouvellement de la certification

Sur demande du client, un nouveau cycle de certification est réalisé par AFNOR Certification durant lequel des audits sont réalisés chaque année.

Les audits se déroulent selon les mêmes modalités que l'audit initial.

L'organisme doit informer systématiquement AFNOR Certification du changement d'une des caractéristiques du service certifié ou du périmètre de certification.

Chaque audit de renouvellement porte sur les points suivants :

- respect des engagements de service,
- dispositions d'organisation, de suivi et de pilotage du respect des engagements,
- respect des modalités de communication définies dans le référentiel et dans le règlement d'utilisation de la marque **ENGAGEMENT DE SERVICE**
- résultats des enquêtes de satisfaction demandeur et mise en œuvre des plans d'actions correspondants,
- dispositions mises en place suite à la détection d'un écart lors d'un audit précédent.

Gestionnaire
AFNOR
Certification /
Auditeurs formés et
qualifiés par
AFNOR
Certification

Soit x le nombre de centres de santé entrant dans le calcul.

L'échantillon de centres de santé audités (n) peut être calculé de la façon suivante, s'il n'y a pas eu de problème majeur au cours de l'audit précédent :

$$< n = \sqrt{x} >$$

Le résultat est toujours arrondi au chiffre entier supérieur.

La méthodologie de constitution de l'échantillon est identique à celle de l'audit initial.

Après l'audit de renouvellement, le dossier est analysé par un Expert Permanent d'AFNOR Certification sur la base du rapport d'audit et de la proposition du responsable d'audit.

Expert
Permanent
AFNOR
Certification

Les audits de suivi suivants respectent les règles définies aux paragraphes 4.

X. Glossaire

Définitions relatives à la certification de service

Accréditation :

Attestation délivrée par une tierce partie, ayant rapport à un organisme d'évaluation de la conformité, constituant une reconnaissance formelle de la compétence de ce dernier à réaliser des activités spécifiques d'évaluation de la conformité (§5.6 NF EN ISO/CEI 17000 : 2005)

Actions correctives :

Action visant à éliminer la cause d'une non-conformité ou d'une autre situation indésirable **détectée**.

Actions préventives :

Action visant à éliminer la cause d'une non-conformité ou d'une autre situation indésirable **identifiée comme potentielle**.

Audit :

Processus méthodique, indépendant et documenté permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaits.

Document (qualité) :

Support d'information ainsi que l'information qu'il contient. Il peut être élaboré par le demandeur ou fourni par un tiers.

Enregistrement (qualité) :

Document faisant état de résultats obtenus ou apportant la preuve de la réalisation d'une activité.

Extension :

Décision prise par AFNOR Certification par laquelle la certification ENGAGEMENT DE SERVICE est étendue à un nouveau service ou à un service modifié.

Indicateur qualité (indicateurs de performance et de satisfaction) :

Information choisie, associée à un critère / phénomène, destinée à en observer les évolutions à intervalles définis. Il s'agit donc d'une donnée quantifiée qui permet d'apprécier la réalisation d'une activité.

Note : un indicateur se présente sous la forme d'un taux, d'un ratio ou d'un degré. Par exemple le taux, en %, de clients bénéficiant d'un service donné.

Note : il existe deux grands types d'indicateurs qualité, les indicateurs de performance internes d'un côté, les indicateurs de satisfaction client de l'autre

Note : un indicateur qualité fait l'objet d'une mesure périodique permettant de confronter la situation réelle au niveau de performance éventuellement associé, et de suivre l'évolution de la situation observée.

Méthode de mesure :

Procédé permettant d'évaluer la réalisation d'une spécification de service ou de déterminer la valeur prise par un indicateur de performance.

Note : dans le présent document, la méthode de mesure est définie par chaque prestataire en fonction, notamment, de ses moyens. La validité et la fiabilité de la méthode de mesure sont évaluées par l'auditeur.

Mode de preuve :

Façon de démontrer de manière objective et fiable à l'organisme certificateur (AFNOR Certification) qu'une exigence est bien satisfaite.

Note : l'enregistrement, l'existence effective de moyens matériels, le témoignage de membres du personnel sont des modes de preuve

Niveau de performance :

Seuil quantifié, visé ou réalisé, caractérisant un élément du service ou un indicateur qualité.

Retrait :

Décision prise par la direction générale d'AFNOR Certification qui annule la certification ENGAGEMENT DE SERVICE. Le retrait peut être prononcé à titre de sanction ou en cas d'abandon de la certification par l'organisme.

Centres de santé

Lieu ou entité (par exemple association, établissement, filiale, agence, antennes ...) en relation directe avec le demandeur, placé sous le contrôle "qualité" du demandeur, exerçant totalement ou partiellement l'activité.

Suspension :

Décision prise par la direction générale d'AFNOR Certification qui annule provisoirement et pour une durée déterminée la certification ENGAGEMENT DE SERVICE. La suspension peut être prononcée à titre de sanction ou en cas d'abandon provisoire par l'organisme.