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

Référence : REF 256 V2 + AD1

Date d'approbation : 12 juillet 2024

Toute reproduction intégrale ou partielle faite en dehors d'une demande expresse d'AFNOR Certification ou de ses ayants droits ou ayants cause est illicite (code de la propriété intellectuelle art. L122-4 L1225 et L335-2)

11 rue Francis de Pressensé - 93571 La Plaine Saint-Denis Cedex - France -T. +33 (0)1 41 62 80 00 - F : +33 (0)1 49 17 90 00

SAS au capital de 18 187 000 euros - 479 076 002 RCS Bobigny

www.afnor.org

afnor CERTIFICATION

ADDENDUM AU REFERENTIEL ENGAGEMENT DE SERVICE REF256 « Gestion de centres de santé ayant une activité médicale, dentaire et/ou de soins infirmiers » Version n°2 du 12/07/2024 02/09/2025 AD1

Cet addendum est ajouté au référentiel Engagement de service REF256 « Gestion des centres de santé ayant une activité médicale, dentaire et/ou de soins infirmiers » et entre en vigueur à compter de ce jour.

Il concerne le point suivant :

Chapitre VII. Les modalités de suivi et de pilotage du respect des engagements avec l'indicateur tel qu'indiqué « ***Taux de conformité*** *des copies des dossiers médicaux mis à disposition des patients* ***dans les délais*** »

Point de clarification : la conformité concerne la mesure du délai de mise à disposition des copies des dossiers médicaux aux patients ayant fait une demande.

SOMMAIRE

I. LE DOMAINE D'APPLICATION 4

II. LE CONTEXTE GENERAL 5

III. LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE 6

IV. ARTICULATION GENERALE 7

V. LES ENGAGEMENTS DE SERVICE 8

1. ACCUEIL ET ACCES AUX SOINS 8
2. PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE 13
3. CONDITIONS DE DELIVRANCE DES SOINS 13
4. CONTINUITE DES SOINS ET EXPERIENCE PATIENT 16

VI. LES DISPOSITIONS D'ORGANISATION 21

1. ENGAGEMENT DE LA DIRECTION ET RESPONSABILITES 21
2. ORGANISATION DOCUMENTAIRE 23
3. RESSOURCES HUMAINES 23

VII. LES MODALITES DE SUIVI ET DE PILOTAGE DU RESPECT DES ENGAGEMENTS 26

1. INDICATEURS DE PERFORMANCE 26
2. AUTOCONTROLES 27
3. SOUS-TRAITANT (INTERNE OU EXTERNE) 27
4. AUDIT INTERNE 27
5. TRAITEMENT ET SUIVI DES RECLAMATIONS 28
6. ENQUETES DE SATISFACTION 28
7. BILAN ANNUEL 29
8. PLAN D'AMELIORATION 29

VIII. LES MODALITES DE REFERENCE A LA CERTIFICATION ET D'UTILISATION DE LA MARQUE ENGAGEMENT DE SERVICE 31

IX. DOSSIER DE CANDIDATURE 33

X. MODALITES D'ATTRIBUTION ET DE MAINTIEN DU CERTIFICAT ENGAGEMENT DE SERVICE 33

XI. GLOSSAIRE 37

ANNEXE - LE DOSSIER DE CANDIDATURE 41

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 est une entité juridique, et peut être monosite ou multi-sites.

Le demandeur multi-sites est une entité présentant une fonction centralisée 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. **Il est représenté par un gestionnaire du centre.**

Les centres de santé doivent :

- Avoir la même personnalité juridique,
- Avoir une relation juridique ou contractuelle avec le gestionnaire du centre,
- Etre soumis à déclaration auprès de l'URSSAF ou équivalent,
- Réaliser tout ou partie des prestations de service définies dans le présent référentiel.
- Avoir leur agrément ARS provisoire ou définitif pour les centres concernés, soit :
    - les seuls centres de santé dentaires ou les centres de santé polyvalents disposant d'une activité dentaire ;
    - les centres de santé polyvalents et ou médicaux avec activité ophtalmologique et orthoptique.

*** Conditions à respecter par le gestionnaire du centre :**

- 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.

Le gestionnaire du centre, si rattaché à une organisation nationale, identifie les activités portées par le National, pouvant avoir un impact sur les engagements de service, et s'assure du respect des engagements.

II. Le contexte général

La Mutualité Française, mouvement d'utilité sociale qui occupe une place prépondérante dans le domaine de la santé et de la protection sociale, représente le premier réseau sanitaire et social du pays avec plus de 2 900 services de soins et d'accompagnement (établissements hospitaliers, centres de santé médicaux et polyvalents, centres de santé dentaires, centres de santé infirmiers, magasins d'optique et d'audition, établissements et services pour la petite enfance, pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap).

En 2013, la Mutualité Française a souhaité créer le premier référentiel de certification de services de ce secteur d'activité aux côtés d'AFNOR Certification, dans une approche participative associant l'ensemble des acteurs concernés (patients, partenaires, professionnels et gestionnaires).

La mise en place de la démarche qualité initiée et menée par la Mutualité Française et son réseau des centres de santé a été structurée autour du 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) depuis février 2007, sur lequel pouvaient s'appuyer les centres de santé.

La traduction de son positionnement sur le secteur des centres de santé repose sur les axes suivants :

- Garantir l'efficacité de son organisation : optimisation et amélioration des moyens et des processus, au profit d'une meilleure prise en charge des patients
- Démontrer son savoir-faire tout au long du parcours patient (accueil, prise en charge du patient, etc.)
- Disposer d'un outil de management, de valorisation et de motivation pour le personnel
- Obtenir une reconnaissance par une tierce partie de la bonne maîtrise et de l'amélioration continue de son organisation
- Renforcer l'image des centres de santé vis-à-vis de leurs patients, des partenaires institutionnels, des administrations et des ARS
- Valoriser auprès de ces différentes parties prenantes la qualité des soins, plaçant ainsi les centres de santé comme un acteur incontournable dans le système de santé et plus particulièrement sur l'offre de soins de 1er recours

Après ce premier référentiel, la Mutualité Française s'associe une nouvelle fois à AFNOR Certification pour l'élaboration de cette dernière version, intégrant les évolutions législatives et réglementaires du secteur, des évolutions en matière de modélisation d'un parcours patient, la notion de bientraitance, la gestion des risques, la gestion des données confidentielles, la formation du personnel et, enfin, la constitution d'un dossier de recevabilité pour les centres ou gestionnaires de centres demandeurs de la certification.

III. Le contexte réglementaire

Définition réglementaire de la certification de service

Le présent référentiel s'inscrit dans le cadre de la certification de services prévue par les articles L. 115-27 à L. 115-33 et R. 115-1 à R. 115-3 du Code de la consommation.

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 des soins de premier recours et le cas échéant, de second recours en pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.

Les principales dispositions légales et réglementaires en vigueur concernant les centres de santé ayant une activité médicale, dentaire et/ou de soins infirmiers sont définies dans les textes suivants (liste non exhaustive) :

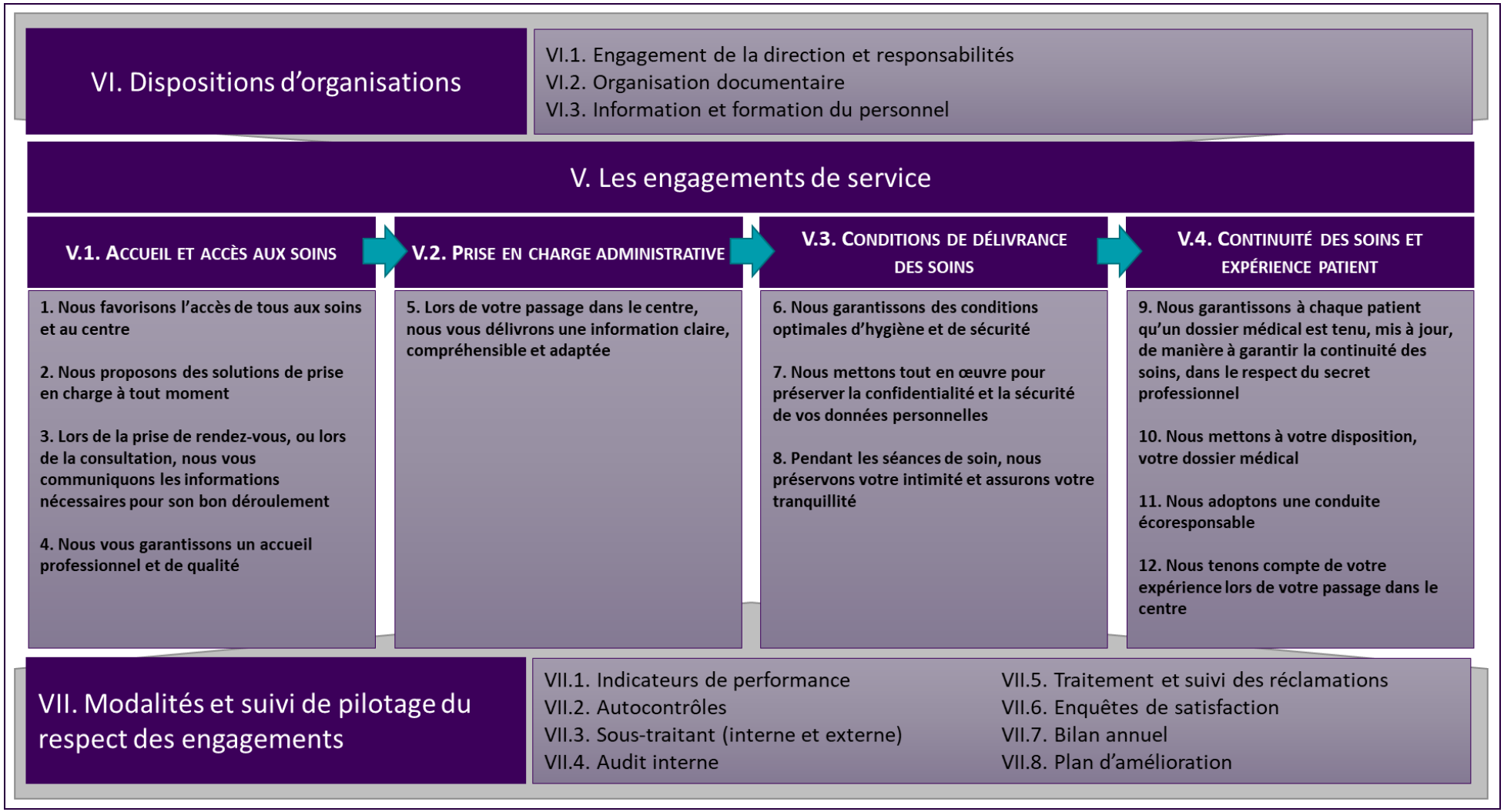
- Code de la santé publique
    - Titre II : Autres services de santé (Articles L6322-1 à L6329-1) // Chapitre III : Centres de santé (Articles L6323-1 à L6323-1-15)
- Code de la sécurité sociale L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et articles L162-32 à L162-32-3
- Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé parue au JORF du 13 janvier 2018
- Arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé paru au JORF du 1er mars 2018
- Accord national des centres de santé signé le 8 juillet 2015 et publié au JORF du 30 septembre 2015, destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie et de l'ensemble de ses avenants
- Loi n° 2023-378 du 19 mai 2023, visant à améliorer l'encadrement des centres de santé

Les centres de santé doivent veiller à mettre en œuvre toutes les actions permettant de respecter les exigences législatives et règlementaires en vigueur et ainsi assurer la sécurité et la santé des biens et des personnes.

Toutes autres obligations réglementaires en vigueur applicables aux centres de santé ayant une activité médicale, dentaire et/ou de soins infirmiers, doivent être respectées.

IV. Articulation générale

Les éléments concourant à la qualité de service se déclinent en engagements associés à des dispositions d'organisation et des modalités de suivi et de pilotage.



V. Les engagements de service

1. Accueil et accès aux soins

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
Engagement N°1 : Nous favorisons l'accès de tous aux soins et au centre		
1	Si le centre dispose d'un site internet et/ou de support de communication dématérialisé, les informations renseignées sont actualisées. Une signalétique externe, lisible et en bon état permet de visualiser le centre. Nous affichons à l'extérieur du centre nos horaires d'ouverture et les numéros d'urgences. Nous affichons à l'intérieur et/ou à l'extérieur du centre : - La liste des professionnels et leurs spécialités - Les tarifs en vigueur des principaux actes pratiqués. Les autres tarifs sont disponibles à la demande	Vérification de la **signalétique** Examen des **supports de communication** et du **site Internet** (s'il existe) : cohérence entre les informations délivrées dans le centre Vérification de la présence et de la conformité de l'**affichage** intérieur et extérieur Liste des tarifs conventionnels Vérification que les **devis** sont conformes aux tarifs affichés (dentaire)
	Nous mettons tout en œuvre pour accueillir les personnes en situation de handicap et les personnes vulnérables* **Définition disponible dans le glossaire*	Observation des pratiques, échanges avec le personnel
	Sur présentation de vos documents actualisés (attestation de droits), nous pratiquons le tiers payant pour le régime obligatoire (TPRO) dans le cadre du parcours de soins. En cas de non-présentation de documents, nous mettons tout en œuvre pour avoir accès aux informations concernant les droits du patient, afin de vous faire bénéficier du TPRO.	➲ Indicateur : taux de rejet Noémie Entretien avec le personnel, et vérification des pratiques Vérification des factures
	Nous favorisons le tiers payant pour le régime complémentaire dans la mesure du possible.	Entretien avec le personnel afin de vérifier leurs pratiques

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	La liste des régimes complémentaires pour lesquels nous pratiquons le tiers payant est disponible dans le centre sur demande.	➲ Indicateur : taux de facturation en tiers payant du régime complémentaire ➲ Indicateur : taux d'impayés
	En l'absence de couverture sociale, nous sommes en mesure de vous orienter vers les services sociaux adaptés à votre cas.	Vérification de la présence d'un document ressource * Entretien avec le personnel concerné afin de vérifier la capacité d'orientation. **Définition disponible dans le glossaire*
	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 spécialités quelle que soit la nature du centre de santé et de ses activités.	Entretien avec le personnel, et vérification des pratiques
Engagement N°2 : Nous proposons des solutions de prise en charge ~~efficace~~ à tout moment		
2	Le gestionnaire ou le centre a mis en œuvre un dispositif de prise de rdv.	Examen des modalités de prise de rdv communiquées aux patients (tout support confondu, tel que site internet, affichage extérieur et/ou intérieur…) Vérification de modalités de gestion de prise de rdv, de la procédure d'accueil téléphonique
	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, ainsi que la possibilité de prendre rdv via une plateforme dédiée le cas échéant.	Réalisation d'appels mystère pour vérifier : - la présence d'un répondeur - l'existence d'un message téléphonique conforme

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	Les appels téléphoniques adressés au centre sont pris en charge ** dans les meilleurs délais conformément aux modalités fixées par le centre ou le gestionnaire du centre. *** 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 et la ville en début de conversation. Dans le cas de la mise en place d'un pré-décroché, le personnel prenant en charge l'appel accueille de façon courtoise.	Procédure d'accueil téléphonique précisant les modalités de prise en charge téléphonique et d'appels mystères Réalisation d'appels mystères auprès du centre, pour vérifier l'application de la procédure : - le délai de prise en charge - l'identification à la prise en charge Respect des objectifs fixés par le centre, plan d'amélioration le cas échéant ➲ Examen des **résultats d'enquête** de satisfaction sur le critère « Qualité de l'accueil téléphonique » => Taux de satisfaction : 85%
Engagement N°3 : Lors de la prise de rendez-vous, ou lors de la consultation, nous vous communiquons les informations nécessaires pour son bon déroulement		
3	A l'accueil ou au téléphone, ainsi que sur la plateforme de prise de rendez-vous en ligne le cas échéant, nous vous précisons les documents que vous devez apporter lors de votre rendez-vous (carte vitale, pièce d'identité, attestation de mutuelle ordonnance, carnet de santé, attestation de droit le cas échéant, précisions sur les moyens de paiement acceptés…). Nous adaptons notre communication afin qu'elle soit accessible et compréhensible par tous les patients et leur rappelons qu'ils peuvent être accompagnés par un proche lors de leur rendez-vous.	Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre d'un dispositif de gestion des appels et de prise de rdv Entretien avec le personnel d'accueil et les professionnels de santé pour vérifier les pratiques, y compris pour la prise en charge des personnes vulnérables

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	Critère spécifique au centre de santé dentaire : Pour les enfants mineurs non accompagnés : au premier rdv, il est systématiquement demandé d'être accompagné de son représentant légal.	Vérification de la présence du consentement éclairé signé dans le dossier patient
	Critère spécifique à la médecine générale : Nous aménageons et communiquons des plages horaires pour les personnes se présentant au centre sans rendez-vous.	Examen des **plannings** Entretien avec le personnel afin de vérifier la prise en charge des patients sans rendez-vous
	Nous apportons une réponse aux demandes de soins non programmées exprimées au téléphone ou à l'accueil en fonction de critères d'urgences définis ou réorientation du patient selon le document ressources et si possible sous 48h (jours ouvrés). La traçabilité des demandes urgentes est assurée.	Présentation du document ressource* et procédure de gestion des demandes de soins non-programmées ou réorientation (généraliste, centre hospitalier, service de garde…) Vérification de la traçabilité des demandes urgentes et traitement associé Vérification dans les pratiques, de la continuité de la prise en charge des urgences (ex absence du praticien) **Définition disponible dans le glossaire*
	Critère spécifique au centre de santé infirmier : 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.	➲ 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)
	Nous regroupons, si vous le souhaitez et dans la mesure du possible (présence des praticiens), vos rendez-vous lorsque vous devez 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. Si les possibilités le permettent, nous limitons le nombre de déplacements dans le cadre d'un plan de traitement.	Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre de **des modalités de prises de rdv** ➲ 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

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
Engagement N°4 : Nous vous garantissons un accueil professionnel et de qualité		
4	Une signalétique claire et visible permet de vous orienter dans le centre. A l'accueil, le personnel vous accueille de manière courtoise. Votre dossier administratif est systématiquement actualisé, (vérification de l'ouverture des droits, coordonnées…). En cas d'absence du secrétariat ou de non-présence continue, une information vous est délivrée. Selon les modalités définies par le centre. Nous nous organisons pour vous recevoir à l'heure convenue. Si un retard est connu et supérieur à 20 min, le patient en est systématiquement informé, et la durée approximative est précisée. Une solution alternative est proposée si la durée annoncée ne convient pas.	Vérification de la formalisation et de la mise en œuvre de **dispositions (procédure d'accueil)** Visite du centre (vérification de l'accessibilité, signalétique, confort, sécurité, confidentialité, propreté, et informations transmises aux patients…) Vérification de la transmission d'information, échange avec le personnel Les modalités de pilotage définissent et permettent de mesurer le taux de ponctualité en centre de santé (rdv à l'heure ou avec moins de 20 mn de retard) ➲ Indicateur : Taux de satisfaction (Enquête de satisfaction « Ponctualité / Respect des horaires de rdv) : 85% des rdv sont reçus en moins de 20min de retard ➲ Examen des **résultats d'enquête** de satisfaction sur le critère « gestion des retards » Examen des **plans d'actions** si taux non conforme
	Les lieux d'attente sont adaptés aux différents publics accueillis dans le centre.	➲ Examen des **résultats d'enquête** de satisfaction sur le critère « lieux d'attente » Observation des espaces d'attentes : espaces aménagés, sièges adaptés et en nombre suffisant, confort thermique et phonique…

2. Prise en charge administrative

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
Engagement N°5 : Lors de votre passage dans le centre, nous vous délivrons une information claire, compréhensible et adaptée		
5	Afin d'assurer la sécurité des patients et celle de leur entourage, une information leur est dispensée sur les précautions à prendre liées à leur pathologie, à leurs soins. Nous adaptons notre discours afin d'assurer la bonne compréhension des informations communiquées.	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

3. Conditions de délivrance des soins

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
Engagement N°6 : Nous garantissons des conditions optimales d'hygiène et de sécurité		
6	Conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, nous avons élaboré des protocoles d'hygiène et de sécurité pour nos activités portant sur : - L'utilisation de matériel à usage unique - Nettoyage/désinfection - Stérilisation - Protection des personnels (Equipement de Protection Individuelle (EPI), utilisation du matériel…) - Gestion et élimination des déchets - Gestion des risques (radioprotection, traitements à risque…) - Gestion des risques au domicile du patient le cas échéant - Bio nettoyage (sol, et surface)	Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de **protocoles** adaptés aux activités du centre sur les thèmes ci-contre Présentation de la traçabilité, entretien avec les collaborateurs sur leur connaissance du protocole. Vérification des EPI mis à disposition et leur utilisation par le personnel Vérification de la dosimétrie Vérification de l'usage de matériel de radioprotection (tablier femme enceinte, tablier avec collier, et protection en fonction d'autres pathologies)

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	- Asepsie du cabinet/salle de soins	Examen des **contrats d'entretien** Vérification des **enregistrements** concernant l'entretien et le nettoyage des locaux Traçabilité associée à la gestion et l'élimination des déchets : entretien avec le personnel, lieu de stockage, accessibilité… Observation de la propreté des locaux Entretien avec les personnels pour vérifier leurs pratiques ➲ Examen des résultats d'enquête de satisfaction sur le critère « Conditions d'hygiène et de sécurité par la réalisation des soins »
	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.	Examen des **documentations** et des **contrats** de maintenance des équipements, des **plannings de maintenance** et des **fiches d'intervention** Vérification de l'existence de services de type « hotline » pour l'informatique (notamment lorsque le dossier patient est informatisé) et pour les équipements sensibles Vérification du respect du **planning** de maintenance
	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.	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 « Conditions d'hygiène et de sécurité lors des soins à domicile » » Vérification de la présence de **fiches d'information**
	Du matériel et une trousse d'urgence nécessaire à la prise en charge des urgences médicales sont disponibles et accessibles au personnel autorisé.	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

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	Ils sont régulièrement contrôlés, les éléments périmés sont systématiquement remplacés.	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 lieu de stockage du matériel et de la trousse d'urgence est sécurisé et connu par le personnel ; examen de la **liste des personnes** autorisées à accéder à la pharmacie
Engagement N°7 : Nous mettons tout en œuvre pour préserver la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles		
7	Le centre est organisé de manière à favoriser la confidentialité des échanges.	Présentation d'un dispositif de bonnes pratiques au respect de la confidentialité (observation du personnel, entretien) Observation des locaux
	Une signalétique claire rappelle au public les règles de discrétion à respecter.	Vérification de la présence d'une **signalétique** adaptée
	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.	Entretiens avec les professionnels pour vérifier leurs pratiques
	Une information claire est disponible concernant le traitement de vos données personnelles.	Dispositions mises en œuvre sur la gestion des données personnelles
	Les dossiers patients, qu'ils soient informatisés ou non, ne sont accessibles qu'aux personnes autorisées par le centre de santé, dans le cadre des dispositions législatives et règlementaires en vigueur.	Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de **dispositions** (procédures, modes opératoires…) pour l'accès aux dossiers patients Observation des locaux et l'accès aux dossiers papiers

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
Engagement N°8 : Pendant les séances de soins, nous préservons votre intimité et assurons votre tranquillité		
8	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. Le professionnel prend en compte la douleur du patient pendant la réalisation des soins, il s'attache à évaluer, prévenir et prendre en charge la douleur. Le professionnel accompagne le patient par des explications adaptées et lui propose des recommandations particulières, le cas échéant.	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 » Protocole de prise en charge de la douleur

4. Continuité des soins et expérience patient

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
Engagement N°9 : Nous garantissons à chaque patient qu'un dossier médical est tenu, mis à jour, de manière à garantir la continuité des soins, dans le respect du secret professionnel		
9	Un dossier patient unique est constitué au sein du centre et mis à disposition des professionnels lorsqu'ils vous prennent en charge. Le dossier patient est tenu et mis à jour à chaque passage du patient dans le centre, ou pour chaque	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)

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	intervention réalisée au domicile. Les informations du dossier comportent à minima : o Données administratives : - Informations personnelles complètes du patient - Les coordonnées du centre de santé « médecin traitant » *(hors dentaire)* o Données médicales et/ou cliniques : - Le questionnaire médical est actualisé et signé *(critère spécifique au centre de santé dentaire),* - La synthèse actualisée des antécédents médicaux et chirurgicaux du patient, - La nature des actes médicaux réalisés (diagnostic, prévention, plan de traitement, soins, bilan), - La synthèse de l'examen clinique, - Les résultats d'examens biologiques prescrits, - Les résultats des examens complémentaires ayant servi à l'élaboration du diagnostic (radiographies, etc.), - Les prescriptions médicamenteuses actualisées si nécessaire, - L'identification du dispositif médical, les références des produits et/ou des matériaux utilisés au cours des actes et laissés en bouche. o Autres données selon les activités du centre : - La traçabilité de la stérilisation, - Les différents devis proposés et le devis accepté et signé par le patient ou son représentant légal ou sous mesure de protection juridique, - Le consentement éclairé *(critère spécifique au centre de santé dentaire)*, - La prise en charge (PEC), - La facturation. Les correspondances échangées avec les autres professionnels de santé.	Entretien avec les professionnels de santé pour vérifier leurs pratiques

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
	Pour certaines pathologies nécessitant un suivi, un retour est effectué auprès du praticien prescripteur. Un compte-rendu est rédigé et transmis ou mis à disposition du professionnel qui vous a adressé au centre et à vous-même ou du professionnel autorisé de votre choix si vous le souhaitez, dans le respect des règles déontologiques et/ou réglementaires.	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)
	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 temps des soins et hors du temps de soins. Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées de manière fréquente telle que définie dans les modalités organisationnelles du centre à minima 3/an. Nous utilisons des outils sécurisés pour le partage de vos données médicales.	Entretien avec les professionnels de santé pour vérifier leurs pratiques Examen des dispositions mises en place pour favoriser l'échange des professionnels et des enregistrements associés Planification des réunions, date de réunion, liste de présences des participants Vérification de l'utilisation d'un logiciel adapté, messagerie sécurisée
Engagement N°10 : Nous mettons à votre disposition votre dossier médical		
10	Nous mettons à votre disposition une copie de vos données médicales vous concernant, à votre demande et conformément à la réglementation en vigueur. La traçabilité de votre demande est assurée. *Critère spécifique au centre de santé infirmier* : 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.	Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de **dispositions** (procédures, modes opératoires, …) Entretien avec les professionnels de santé pour vérifier leurs pratiques ➲ Indicateur : Délai de mise à disposition du dossier médical (Taux de dossiers transmis dans les délais)

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
Engagement N°11 : Nous adoptons une conduite écoresponsable		
11	Nos centres s'engagent sur a minima deux mesures écoresponsables à mettre en place. Elles figurent dans le projet de centre ou la politique environnementale. Ces mesures s'inscrivent dans une démarche de responsabilité sociale et environnementale concourant à la lutte contre le changement climatique et portent, par exemple, sur : - **Les achats et consommables** ; limitation et/ou mutualisation du nombre de commandes, produits éco-responsables/labellisés et durables, réduction du gaspillage (papier, usage unique), lutte contre le gaspillage médicamenteux (prévention sur ordonnances). - **Les bâtiments** ; préservation des ressources naturelles et réduction des consommations énergétiques par l'adoption de « réflexes verts ». • Energie : ajustement des températures chauffage et climatisation, réglage des minuteurs (le cas échéant), choix d'ampoules (lumières leds) … • Eau : choix de robinetterie, entretien plomberie… • Air, surface et hygiène : maintenance de la ventilation, aération fréquente, limitation des produits toxiques, antibiorésistance... Les déchets : tri des flux, attention portée à la réduction des emballages, à l'usage de matériaux durables, recyclage, limitation des DASRI avec inscription obligatoire sur Trackdéchets… **- Le social en entreprise** : égalité professionnelle entre les hommes et les femmes, politique de prévention Santé et Sécurité au Travail, sensibilisation des salariés à l'écologie du numérique, à adopter des modes de transport plus propre pour se rendre sur son lieu de travail… - **Impliquer le patient :** lutter contre le gaspillage et favoriser le recyclage des médicaments, économie d'eau (inviter les patients à ne pas laisser couler l'eau), inciter les patients à venir au centre en mobilité douce ou collective... Ces thématiques ne sont pas exhaustives et peuvent être complétées, en lien avec le projet de centre ou la politique environnementale.	Vérification du **plan d'actions** qualité et décliné de la **politique environnementale** du gestionnaire du centre Observation des pratiques Vérification des fournisseurs, fiches produits, fiches données de sécurité Vérification des **produits utilisés** dans le centre Vérification du suivi des entretiens de maintenance de la ventilation Vérification des modalités de tri, DASRI, modalités de recyclage (procédure, contrat avec prestataire) Vérification de la sensibilisation des collaborateurs à **l'écologie du numérique** (support, feuille d'émargement, etc.) Vérification du **projet de centre ou politique environnementale**

N°	Détail de l'engagement ou moyens mis en œuvre	Méthode de contrôle et éléments de preuve
Engagement N°12 : Nous tenons compte de votre expérience lors de votre passage dans le centre		
12	Le centre prend des dispositions pour informer le patient lorsqu'un dommage au patient* est constaté. **Définition disponible dans le glossaire*	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
	Nous mesurons votre satisfaction et nous vous communiquons les principaux résultats et axes d'améliorations à travers nos affichages. Nous prenons en compte vos plaintes et réclamations exprimées et nous y répondons systématiquement par écrit. Le traitement ainsi que la traçabilité des courriers et des appels téléphoniques liés aux réclamations sont assurés.	Echange avec le personnel, vérification de l'affichage Vérification des **enregistrements associés** ➲ Indicateurs : - taux de satisfaction sur les différents critères de l'enquête de satisfaction - taux de plaintes – réclamations – EIG/nbre de patients suivi en file active - taux de réponse aux réclamations dans les délais

VI. 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
1. Engagement de la direction et responsabilités	**1.1. Politique qualité :** La politique qualité du centre a été définie en concertation avec le gestionnaire, la direction du centre et les professionnels. Elle est connue de tout le personnel. Elle doit prendre en compte les aspects environnementaux en lien avec les activités du centre ou être complétée par une politique environnementale ou charte qualité faisant apparaitre un volet Développement Durable – RSE. Elle tient compte des résultats des différentes formes d'évaluation interne et externe (notamment les enquêtes satisfaction, les plaintes, la gestion des événements indésirables…). Elle est déclinée en objectifs en cohérence avec le projet du centre ou de son gestionnaire. Des indicateurs de suivi sont définis.	Examen de la **Politique Qualité** et/ou politique environnementale et/ou charte qualité DD-RSE. 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
	1.2. Responsabilités : L'organisme a défini les responsabilités de toute personne dont l'activité a une incidence sur le respect des engagements de service dans un organigramme, ainsi que dans les définitions de fonctions correspondantes. Un coordinateur de la démarche qualité est nommé par le gestionnaire du centre. Il veille au quotidien au bon respect des engagements ; ses missions sont définies, incluant la prise en compte des aspects environnementaux.	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 Entretien avec le coordinateur de la démarche qualité

DISPOSITIONS D'ORGANISATION	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
	1.3. Projet du centre* : Le projet de centre est composé : - du projet de santé, y compris le règlement de fonctionnement, - d'un volet de ressources humaines (cf § VI.3), - d'un volet lié à la qualité (cf § VII). Pour ces différents volets, des objectifs sont formalisés, quantifiés et actualisés, et 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. **Définition disponible dans le glossaire*	Examen du contenu du **projet de centre** Vérification de l'existence d'une **revue annuelle** du projet du centre (procédure, instruction, compte-rendu de réunion, dates de mises à jour…)
	1.4. Gestion des risques : Le centre ou le gestionnaire du 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, …). Les évènements indésirables sont enregistrés, leur traçabilité et suivi sont assurés.	**Plan de continuité formalisé** tous risques confondus Document unique Procédure de **gestion des EIG** (évènements indésirables graves et **EIGS** (évènements indésirables graves associés aux soins) Vérification de la cohérence des principaux **risques identifiés** et de la politique qualité
	1.5. Ecoresponsabilité : Le centre ou le gestionnaire du centre adopte au quotidien un comportement écoresponsable visant à mettre en œuvre des actions et bonnes pratiques de réduction des impacts environnementaux du centre. Ceci concourt à l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients ainsi qu'à la qualité de vie au travail des professionnels. Les professionnels de nos centres sont sensibilisés à une démarche écoresponsable par des acteurs internes (gestionnaire, réseau national) et/ou externes.	Vérification de **l'engagement écoresponsable** dans le projet de centre ou tout autre document stratégique Différents supports de présentation de l'engagement (politique environnementale, rapport RSE…), lorsqu'ils existent Supports de sensibilisation du personnel à la démarche éco-responsable

DISPOSITIONS D'ORGANISATION	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
2. Organisation documentaire	Le centre ou le gestionnaire du centre dispose d'un système organisé de gestion documentaire. Celui-ci est connu de tout le personnel du centre et lui permet d'accéder aux documents nécessaires à l'activité. Les modalités de gestion documentaire sont définies par écrit et permettent d'identifier : - la nature des documents (protocoles, procédures, mode opératoire, instruction, fiches techniques…) ; - les modalités de mise à jour de ces documents ; - les modes de diffusion des documents aux personnels concernés ; - les règles de classement et durée de conservation. Une veille règlementaire est organisée. L'organisme gestionnaire du centre de santé respecte la règlementation sur la protection des données à caractère personnel prévue par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). L'organisme gestionnaire du centre de santé dispose d'un système d'information partagé avec le centre de santé auquel il est rattaché, afin de garantir le partage des informations relatives aux patients entre différents lieux de soins le cas échéant, et pour garantir la continuité des soins.	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...) Vérification d'une procédure interne définissant les modalités de **respect du RGPD** : pertinence des données traitées, accessibilité des informations, conservation limitée des données, informations claires sur l'utilisation des données, archivages…
3. Ressources humaines	Les besoins futurs en termes de ressources humaines et en développement des compétences sont identifiés et planifiés. Un plan de formation est établi en concertation avec les professionnels. Il intègre et respecte les obligations réglementaires spécifiques à certaines professions (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, manipulateurs de radiologie, assistant	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

DISPOSITIONS D'ORGANISATION	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
	dentaire, personnel d'accueil etc.). Il est cohérent avec le projet du centre. Les formations sont évaluées à l'issue de leur déroulé et au plus tard lors de l'entretien d'évaluation. Le centre prend les dispositions permettant aux salariés de respecter leur obligation de DPC (développement professionnel continu), et autre formations obligatoires (assistant dentaire…).	sont proposées pour répondre à cette obligation
	Un dossier administratif est constitué pour chaque membre du personnel.	Entretien avec le Responsable des Ressources Humaines pour vérifier l'existence d'un dossier pour chaque membre du personnel
	Les modalités d'accueil de tout nouveau membre du personnel (y compris les stagiaires) sont définies. Une sensibilisation à la bientraitance et à la gestion de la douleur est présentée à chaque nouvel arrivant. L'ensemble du personnel et formé et/ou informé à la démarche qualité, au respect des engagements de service, et à l'application des procédures qui le concerne. L'ensemble du personnel du centre, est sensibilisé aux enjeux de santé-environnementale.	Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de **dispositions** (procédures, modes opératoires …) pour l'intégration de nouveau membre du personnel (Documents remis à l'arrivée, ex Règlement intérieur, règlement de fonctionnement…) Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de **dispositions** (procédures, modes opératoires …) pour la sensibilisation du personnel à la démarche Support et contenu de la sensibilisation, feuille d'émargement
	Les modalités d'organisation et de fréquence de réalisation des entretiens d'évaluations individuelles et professionnels sont définies dans les dispositions du centre et/ou du gestionnaire du centre conformément à la réglementation en vigueur. Celles-ci concernent tout le personnel du centre. Le plan de formation réglementaire est mis à jour chaque année.	Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de **dispositions** (procédures, modes opératoires …) pour la réalisation des entretiens individuels Examen de **comptes-rendus** d'entretiens individuels faisant apparaître les besoins en formation Entretien avec la direction

DISPOSITIONS D'ORGANISATION	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
	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.	Vérification de la présence d'un plan de formation à la gestion des conflits ou tout autre action de sensibilisation Entretien avec les personnels pour vérifier leurs pratiques
	Un « référent hygiène » est formé et identifié par le gestionnaire du centre.	Vérification de la présence d'un référent hygiène dans l'organigramme ou via une convention Examen de la fiche de poste du référent hygiène

VII. 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
1. Indicateurs de performance	Afin de veiller au respect des engagements de service, des indicateurs ont été définis et sont suivis régulièrement. La méthode et la fréquence de mesure sont définies par le centre ou le gestionnaire du centre. Il s'agit d'indicateurs quantitatifs, définis en fonction des engagements du référentiel. Le présent référentiel précise les attendus en termes de suivi et de seuil à atteindre des indicateurs. Les indicateurs suivants sont calculés sur la base d'éléments de preuve recueillis soit de manière exhaustive, soit à partir d'un échantillon représentatif : - taux de facturation en tiers payant du régime complémentaire - taux d'impayés en tiers payant du régime complémentaire - taux de rejet Noémie en tiers payant du régime obligatoire - taux de plaintes – réclamations – EIG/Nbre de patients suivi en file active - taux de réponse aux réclamations dans les délais - taux de satisfaction sur les différents critères de l'enquête de satisfaction - taux de conformité des copies des dossiers médicaux mis à disposition des patients dans les délais La pertinence des échantillonnages est vérifiée par l'auditeur lors de l'audit externe. Lorsque l'indicateur est en dessous du seuil fixé dans les dispositions du centre, le centre ou le gestionnaire du centre doit engager une action corrective.	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

MODALITES DE SUIVI ET DE PILOTAGE	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
2. Autocontrôles	Des autocontrôles sont mis en œuvre au sein des centres et se déclinent sous forme d'observation terrain afin d'apprécier le respect de chaque engagement de service. Ils sont réalisés par du personnel désigné par le centre ou le gestionnaire du centre. La fréquence et le type d'autocontrôles réalisés sont définis dans une procédure. Les écarts relevés lors de ces autocontrôles sont analysés et traités dans le plan d'amélioration.	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
3. Sous-traitant (interne ou externe)	Les dispositions de maitrise des sous-traitants externes/internes impliqués dans la mise en œuvre des engagements, sont définies dans une procédure. Le respect de certains engagements implique la mise en place et le respect de contrats passés avec différents sous-traitants internes/externes. 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.	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
4. Audit interne	Un audit interne par an est réalisé sur l'ensemble du périmètre certifié. Ces audits internes permettent la vérification du respect : - 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.	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 à la suite de l'audit Examen des **enregistrements** de qualification des auditeurs internes

MODALITES DE SUIVI ET DE PILOTAGE	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
	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 dans un plan d'amélioration.	
5.Traitement et suivi des réclamations	La gestion des plaintes et réclamations exprimées oralement à l'accueil ou par téléphone est définie dans une procédure. Le plaignant est systématiquement informé des délais de traitement. La traçabilité des courriers et des appels téléphoniques de réclamation et de leur traitement est assurée. Une réponse écrite doit être formalisée dans un délai de 15 jours ouvrés (hors période de fermeture). Le taux de réponse dans les délais est fixé à 85%. Si le seuil n'est pas atteint un plan d'actions est mis en œuvre. Un bilan des réclamations et des actions correctives correspondantes est réalisé. La prise en compte de ses résultats sont intégrés au plan d'amélioration.	Examen des **enregistrements** des réclamations écrites et des **réponses** écrites apportées sous 15 jours ouvrés hors période de fermeture Insatisfactions verbales : le cas échéant, examen des **enregistrements (courrier, mail, cahier de bord…)** et du délai des **réponses** écrites ➲ Examen du **taux** de réclamations traitées sous 15 jours Examen de la procédure de gestion des réclamations
6. Enquêtes de satisfaction	Des enquêtes de satisfaction sont réalisées au moins une fois par an. 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.). Une analyse des résultats est réalisée. Le taux de satisfaction par critère doit être au minimum de 85%. Si le seuil n'est pas atteint, un plan d'action doit être mis en œuvre. Les résultats des enquêtes de satisfaction sont communiqués à l'ensemble du personnel ainsi qu'aux patients une fois par an.	Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de **dispositions** (procédures, modes opératoires…) pour 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…)

MODALITES DE SUIVI ET DE PILOTAGE	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
7. Bilan annuel	Un bilan est effectué au moins une fois par an. Ce bilan a pour objet : o D'examiner l'ensemble des données reflétant la qualité de service et le respect des engagements à partir de l'analyse : - Des indicateurs - Des enquêtes de satisfaction - Des audits internes - Des résultats des autocontrôles - Des réclamations - Des besoins en formation - Du suivi des prestataires o De consolider le plan d'amélioration global o De réviser le projet de centre, la politique qualité et les objectifs qualité le cas échéant. o De faire état des principales actions écoresponsables mises en œuvre et du suivi des indicateurs associés	Examen du **bilan annuel** Vérification de la mise en œuvre et du suivi du **plan d'amélioration** global Plan d'actions écoresponsables et les résultats des indicateurs associés, définis par le centre ou le gestionnaire du centre.
8. Plan d'amélioration	Les modalités de gestion des écarts en matière de respect des engagements de service (détectés lors de contrôles, d'audits 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 : - 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. Le plan d'action intègre des actions préventives, correctives ou d'amélioration.	Vérification de l'existence et de la mise en œuvre de dispositions (procédures, modes opératoires…) concernant la démarche d'amélioration continue (détection et traitement des dysfonctionnements, collecte des propositions d'amélioration, suivi des actions) Examen des enregistrements (dysfonctionnements, pistes de progrès …) et vérification du suivi et de l'efficacité des plans d'actions mis en place (suivi, efficacité)

MODALITES DE SUIVI ET DE PILOTAGE	DETAIL DE LA DISPOSITION	METHODE DE CONTROLE ET ELEMENTS DE PREUVE
	Les actions correctives ou d'amélioration mises en place donnent lieu à une mesure de leur efficacité.	
	Le personnel du centre est impliqué dans cette démarche d'amélioration (réunions, communication par mail, etc.).	Examen des enregistrements (comptes-rendus des échanges avec le personnel, feuilles de présence …) Entretien avec la direction et personnel pour vérifier leur implication

VIII. Les modalités de référence à la certification et d'utilisation de la marque ENGAGEMENT DE SERVICE

Toute communication faisant référence à la certification de service doit être claire sur le ou les services faisant l'objet de la certification. Elle est encadrée par le code de la consommation afin d'assurer une communication sincère auprès de tous les publics.

L'Article R433-2 du Code de la consommation stipule que :

"*Lorsqu'il est fait référence à la certification dans la publicité, l'étiquetage ou la présentation de tout produit ainsi que sur les documents commerciaux de toute nature qui s'y rapportent, les informations qui suivent, sont portées à la connaissance du consommateur ou de l'utilisateur :*

- *le nom ou la raison sociale de l'organisme certificateur ou sa marque de garantie,*
- *la dénomination du référentiel de certification utilisé,*
- *les modalités selon lesquelles le référentiel de certification peut être consulté ou obtenu."*

Les modalités d'utilisation de la marque ENGAGEMENT DE SERVICE sont quant à elles définies dans la charte d'utilisation Engagement de service en vigueur, disponible dans l'espace client (https://www.espaceclient-certification.afnor.org/).

Ces règles doivent être respectées, sous peine de sanction, conformément au règlement d'utilisation de la marque ENGAGEMENT DE SERVICE.

Deux outils de communication sont mis à la disposition de l'organisme certifié :

1) Le Certificat délivré par AFNOR Certification

Le certificat attestant de la certification de service 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 et au centre
  - Nous proposons des solutions de prise en charge à tout moment
  - Lors de la prise de rendez-vous, ou lors de la consultation, nous vous communiquons les informations nécessaires pour son bon déroulement
  - Nous vous garantissons un accueil professionnel et de qualité
  - Lors de votre passage dans le centre, nous vous délivrons une information claire, compréhensible et adaptée
  - Nous garantissons des conditions optimales d'hygiène et de sécurité
  - Nous mettons tout en œuvre pour préserver la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles
  - Pendant les séances de soins, nous préservons votre intimité et assurons votre tranquillité
  - Nous garantissons à chaque patient qu'un dossier médical est tenu, mis à jour, de manière à garantir la continuité des soins, dans le respect du secret professionnel
  - Nous mettons à votre disposition, votre dossier médical
  - Nous adoptons une conduite écoresponsable
  - Nous tenons compte de votre expérience lors de votre passage dans le centre

2) Le logo ENGAGEMENT DE SERVICE

Le logo Engagement de Service comporte :

- le code du référentiel : REF-256,
- le nom court du référentiel : Quali'Santé,
- le nom de l'organisme certificateur.
- l'adresse du site internet d'AFNOR Certification : www.afnor.org,

IX. 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. La demande est formalisée par la signature d'une proposition commerciale.

Le dossier de candidature est défini en annexe du présent référentiel.

Gestionnaire AFNOR Certification

L'envoi du dossier de candidature est exigé en amont de la réalisation de l'audit de certification et doit être complet.

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

1 - Etude de la candidature

Gestionnaire AFNOR Certification

Une analyse de la recevabilité technique pour la demande de certification de l'organisme est effectuée sur la base :
- de la proposition commerciale
- **de la réception de son dossier de candidature.**

Auditeurs formés et qualifiés par AFNOR Certification

2 - Audit initial de certification

L'audit est réalisé par un **auditeur ou des auditeurs** 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.**

Auditeurs 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,

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 V, VI, VII**.**

Auditeurs formés et qualifiés par AFNOR Certification

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

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 = √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 du gestionnaire du centre puis un audit des centres de santé si l'audit du gestionnaire du centre 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 au gestionnaire du centre 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 élabore 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 AFNOR Certification.

Il existe deux types d'écarts :
- La non-conformité Majeure : Non-satisfaction d'une exigence du référentiel (caractéristique certifiée ou disposition d'organisation, de suivi ou de pilotage) entraînant un risque avéré (c'est-à-dire fondé sur des éléments objectifs) de non-respect récurrent ou unique en cas de risque très important, d'une exigence relative au service délivré.
- La non-conformité mineure : Non-satisfaction partielle d'une exigence du référentiel (caractéristique certifiée ou disposition d'organisation, de suivi ou de pilotage), et n'entraînant pas de risque avéré (c'est-à-dire fondé sur des éléments objectifs) de non-respect, récurrent et complet, d'une exigence relative au service délivré.

AFNOR Certification / Groupe d'Evaluation et de Décision

La certification ne peut pas être délivrée, étendue, maintenue ou renouvelée s'il reste une non-conformité Majeure non levée. Un ensemble de non-conformités mineures non levées de l'audit en cours peut également amener à une décision défavorable. La certification peut être délivrée s'il subsiste des non-conformités mineures pour lesquelles les analyses et actions de traitement ont été jugées satisfaisantes par l'Instance de décision, dans la mesure où le différentiel subsistant constitue une tolérance au référentiel.

Gestionnaire AFNOR Certification

En cas de dossier demandant interprétation, l'avis d'un groupe d'évaluation et de décision composé d'experts dans le domaine des services peut être sollicité. Dans ce cas, le groupe d'évaluation et de décision examine le rapport d'audit et propose une décision.

AFNOR Certification délivre alors le certificat, après décision pour une durée de 3

ans.

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.

Gestionnaire AFNOR Certification / Auditeurs formés et qualifiés par AFNOR Certification

L'organisme doit informer systématiquement AFNOR Certification du changement d'une des caractéristiques du service certifié ou du périmètre de certification. En cas de modification, l'organisme demandeur doit transmettre son dossier de certification mis à jour conformément à l'annexe prévue dans le présent document.

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 à la suite d'une détection d'un écart lors d'un audit précédent.

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.

AFNOR Certification

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 AFNOR Certification sur la base du rapport d'audit et de la proposition du responsable d'audit selon les modalités définies au paragraphe « 3. Prise de décision ».

5 - Renouvellement de la certification

Gestionnaire AFNOR Certification / Auditeurs formés et qualifiés par AFNOR 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 systématiquement transmettre à AFNOR Certification son dossier de candidature mis à jour conformément à l'annexe prévue dans le présent document.

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.

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 = √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 et de suivi.

Après l'audit de renouvellement, le dossier est analysé par AFNOR Certification sur la base du rapport d'audit et de la proposition du responsable d'audit. La prise de décision suit les modalités définies au paragraphe 3. Prise de décision.

Les audits de suivi suivants respectent les règles définies au paragraphe « 4. Maintien de la certification ».

6 – Intégration de nouveaux sites au périmètre

L'organisme doit informer systématiquement AFNOR Certification du changement du périmètre de certification. Il doit transmettre son dossier de certification mis à jour conformément à l'annexe prévue dans le présent document.

Lorsque l'organisme, après avoir fait certifier une partie de ses sites, désire intégrer d'autres sites à l'occasion des audits de suivi ou de renouvellement, la règle d'échantillonnage suivante s'applique :
- 2 échantillonnages sont réalisés indépendamment sur les sites déjà présents dans le périmètre de certification et sur les sites nouveaux dans le périmètre de certification,
- l'échantillonnage des sites existant respecte les règles présentées aux paragraphes 4 et 5,
- l'échantillonnage des nouveaux sites est réalisé comme selon les règles définies pour une certification initiale.

XI. Glossaire

11.1 Définitions relatives à la profession

Activité :
Activité exercée proposée par le centre de santé : médicale, dentaire, soins infirmiers.

Antenne :
Site exerçant totalement ou partiellement l'activité, rattaché à un centre de santé principal, qui ne dispose pas d'autonomie de gestion.

Centre de santé :
Structure sanitaire de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Elle assure, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.

Document ressource :
Document définit par le centre ou le gestionnaire du centre conçu pour assurer une prise en charge des patients. Il inclut un annuaire (ou une liste) médico-social, permettant d'orienter rapidement les patients vers des services adaptés lorsqu'ils ne peuvent être pris en charge par le centre. De plus, ce document doit contenir des dispositions pour la prise en charge des urgences non programmées.

Dommage au patient :
Toute atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'un patient résultant de l'administration de soins ou de l'acte médical lui-même. Ce dommage peut être le résultat d'une erreur chirurgicale, d'une erreur de diagnostic, d'une infection associée aux soins, d'une réaction indésirable à un médicament, d'une erreur d'identification du patient, ou de toute autre complication liée directement ou indirectement aux soins reçus. Il peut être temporaire ou permanent, et varier en gravité de léger à sévère.

Gestionnaire du centre :
Responsable de la coordination des activités des différents services du centre afin de garantir la qualité des soins dispensés aux patients.

Personne vulnérable :
La vulnérabilité est liée à des situations sanitaires ou sociales particulières dans un contexte de grande précarité ou d'isolement avec rupture des dispositifs de protection sociale. Elle concerne les personnes pour lesquelles l'impossibilité d'accéder à certains droits ou services fait courir le risque d'une dégradation de leur situation sanitaire ou sociale, qui sont victimes de maltraitance ou de violence, porteuses d'un handicap lourd, présentant des troubles sévères du comportement ou souffrant d'addiction à l'alcool ou aux drogues illicites, nécessitant une orientation particulière pour une prise en charge adaptée.
Il peut s'agir également d'une patientèle démunie, en rupture d'accès aux soins et de protection sociale, requérant un accompagnement pour l'ouverture des droits.

Projet de santé :
Le projet de santé, document de référence de l'organisation, portant, en particulier, sur l'accessibilité et la continuité des soins ainsi que sur la coordination des professionnels de santé au sein du centre et avec des acteurs de soins extérieurs. Il est mis à jour chaque année et collectivement, définit les objectifs communs visés par l'équipe et adoptés par tous. Il rend compte de l'analyse des besoins de santé de la population et des actions prioritaires retenues par l'équipe et précise ses bases de fonctionnement. Sa constitution est définie dans la réglementation.

Projet du centre :
Le projet de centre est un document spécifique déterminé dans les attendus du présent référentiel. Il regroupe le projet de santé, le volet des ressources humaines et celui lié à la démarche qualité. Il comprend des objectifs formalisés, quantifiés et actualisés, ainsi que des indicateurs de suivi définis. Ce projet est révisé annuellement et modifié en cas de besoin.

Règlement de fonctionnement :
Le règlement de fonctionnement est rédigé par le gestionnaire du centre de santé. Le règlement de fonctionnement qui s'entend ici au sens du Code de santé publique et non du Code du travail – se divise en plusieurs parties : le droit des malades, les règles d'hygiène, les protocoles de gestion du risque, les règles de sécurité.

Spécialité :
Pratique d'une branche médicale réalisée par un praticien.

11.2 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 coté, 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.

Site ou établissement
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.

Dossier de candidature

Certification REF 256

ENGAGEMENT DE SERVICE QUALI'SANTE

ANNEXE - LE DOSSIER DE CANDIDATURE

L'objet de cette partie est de faciliter au demandeur de la certification Engagement de Services Quali'Santé (REF 256) la constitution de son dossier en lui donnant tous les renseignements nécessaires à l'établissement et à la mise à jour de son dossier de demande de certification.

Il existe trois types de dossiers :

- **dossier d'admission :** il émane d'une entité n'ayant pas de droit de faire référence à la certification et d'utilisation de la marque engagement de service (cf. partie X. 1 et 2 du présent document)
- **dossier de suivi/renouvellement :** il émane d'un titulaire et concerne la mise à jour des éléments de son dossier d'admission afin d'assurer la mise en œuvre des contrôles de suivi et de renouvellement (cf. partie X. 4 et 5 du présent document)
- **dossier de modification :** il émane d'un titulaire et concerne, soit une extension ou une réduction de sa certification, soit un maintien de sa certification (cf. partie X. 6 du présent document)

COMPOSITION DU DOSSIER

Le dossier de candidature doit être adressé à AFNOR Certification et doit contenir les éléments décrits ci-dessous.

Intitulé du document	Désignation
Fiche de renseignement	FICHE 1
Formule de demande de certification	LETTRE-TYPE 1
Composition du dossier technique	FICHE 2
Mise à jour du dossier	
Dossier de suivi et/ou de modification	FICHE 3

FICHE 1

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Afin d'établir une proposition d'audit correspondant à vos activités et à votre organisation, les informations suivantes concernant votre entreprise nous sont nécessaires.

Nous vous demandons de compléter ce dossier et de nous l'envoyer avec l'ensemble des documents demandés.

1. IDENTITE DE L'ENTREPRISE CANDIDATE :

Raison sociale :	
Gestionnaire :	
Numéro SIRET :	
Numéro FINESS :	
Coordonnées (site principal ou siège) : Adresse : Code Postal + Ville : Pays :	

2. CONTACT :

Nom de la personne à contacter pour la certification :	
Fonction :	
Adresse (si différente) :	
Tel :	
Email :	

3. DEMARCHE DE CERTIFICATION

Période d'audit souhaitée	
Accompagnement conseil *(Faites-vous appel à un cabinet conseil dans l'accompagnement de la démarche qualité ? si oui, merci de nous indiquer le nom du cabinet conseil)*	
Type d'organisation *(Monosite ou multisites)*	
Autres certifications obtenues	
Autres activités *(réalisées et non couvertes par la présente demande de certification)* :	

LETTRE-TYPE 1
FORMULE DE DEMANDE DE CERTIFICATION

A établir sur papier à en-tête du demandeur

Direction Générale
AFNOR Certification
11 rue Francis de Pressensé
93571 La Plaine Saint-Denis Cedex

Objet : **REF 256 – Quali'Santé**

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de demander le droit d'usage de la marque ENGAGEMENT DE SERVICE pour l'activité suivante **: Quali'Santé – Gestion des centres de santé ayant une activité médicale, dentaire et/ou de soins infirmiers** exercée par :

- identification du demandeur : raison sociale
- pour le périmètre *(cochez la case)* :

☐ Médical et/ou paramédical

☐ Dentaire

☐ Soins infirmiers

A cet effet, je déclare connaître et accepter le référentiel de certification REF256 et m'engage à les respecter pendant toute la durée d'usage de la marque ENGAGEMENT DE SERVICE. Je m'engage à respecter la réglementation afférente au métier des centres de santé.

Je m'engage :

- au respect de la nomenclature (actes CCAM et NGAP),
- à la réalisation et suivi des formations obligatoires,
- au respect de la réglementation en vigueur,
- ne pas être en cours de procédure passée ou en cours de suspension d'activité et/ou fermeture du centre et/ou de son/ses antenne(s) ou de procédure de déconventionnement,à apporter la preuve de l'application des engagements de service sur une période de 3 mois minimum avant l'audit initial,
- à avoir réalisé un audit interne portant sur l'ensemble du référentiel (engagements et dispositions d'organisation, de suivi et de pilotage),
- à avoir réalisé des observations d'autocontrôles comme indiqué dans le référentiel,
- à recevoir un auditeur désigné par AFNOR Certification et chargé d'instruire mon dossier et à lui faciliter l'exécution de sa mission en l'autorisant à :
  - visiter les locaux professionnels de mon entreprise
  - consulter les documents administratifs
  - inspecter les moyens dont je dispose
    interroger librement le personnel de mon entreprise ayant un rôle dans la réalisation du service
- informer systématiquement AFNOR Certification de toute modification d'organisation intervenant dans mon entreprise, ayant une incidence directe ou indirecte sur la certification.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Date et signature
du représentant légal
du demandeur

FICHE 2
COMPOSITION DU DOSSIER TECHNIQUE

Si vous décidez de retenir notre offre commerciale, vous voudrez-bien nous transmettre les éléments suivants complémentaires, en vue de la préparation de l'audit.

Tout dossier incomplet retardera l'organisation de votre audit.

Pièce n°	Description	
1	Projet du centre	
2	Règlement de fonctionnement	
3	- Attestation de dépôt d'agrément provisoire ou définitif du centre de santé pour les centres concernés, soit : o les seuls centres de santé dentaires ou les centres de santé polyvalents disposant d'une activité dentaire ; o les centres de santé polyvalents et ou médicaux avec activité ophtalmologique et orthoptique.	
4	Présentation du demandeur de la certification, de son organisation (y compris les fonctions supports et sous-traitants internes/externes) avec la liste exhaustive des sites, dont les sites rentrant dans le périmètre de certification (avec leurs adresses) Définition du lien entre l'établissement principal demandeur et le(s) site(s) secondaire(s) / antenne(s) (lien juridique et contractuel)	
5	Pour chaque site dans le périmètre *(Fournir un tableau répertoriant les informations suivantes)* : ▪ Nombre de salariés (ETP) (professionnels de santé, paramédicaux et administratifs) participants au fonctionnement du centre - Les jours et heures d'ouverture ou de fermeture du centre - Médical : Nbre de cabinets - Dentaire : Nbre de fauteuils - Soins infirmiers : Nbre de salariés (ETP)	
6	Organigramme fonctionnel du centre et/ou gestionnaire du centre	
7	Plan d'actions d'amélioration à la suite de l'audit interne	

FICHE 3
DOSSIER DE SUIVI ET/OU DE MODIFICATION

L'organisme demandeur doit transmettre son dossier de certification mis à jour en cas de modification pour les éléments suivants :

Intitulé du document	Règle de transmission à AFNOR Certification
Projet du centre	Au plus tard 4 mois avant prochain audit
Fiche de renseignement (FICHE 1)	
Dossier technique (FICHE 2) : Pour chaque site dans le périmètre *(Fournir un tableau répertoriant les informations suivantes)* : ▪ Nombre de salariés (ETP) (professionnels de santé, paramédicaux et administratifs) participants au fonctionnement du centre - Les jours et heures d'ouverture ou de fermeture du centre - Médical : Nbre de cabinets - Dentaire : Nbre de fauteuils - Soins infirmiers : Nbre de salariés (ETP)	
Organigramme fonctionnel du centre et/ou du gestionnaire du centre	
Formule de demande de certification (LETTRE-TYPE 1)	En cas de modification du représentant légal
Information en cas de procédure passée ou en cours de suspension d'activité et/ou fermeture du centre et/ou de son/ses antenne(e) ou de procédure de déconventionnement	Immédiate