



FACS OCCITANIE

GUIDE DE L'AUDIT



Dispositif d'appui
à la **coordination**



SOMMAIRE

01 INTRODUCTION	1
02 PRÉPARATION DE L'AUDIT	4
03 JOUR DE L'AUDIT.....	9
04 ET APRÈS.....	12
05 CONCLUSION	15
06 ANNEXES	18

INTRODUCTION

Bienvenue dans ce kit d'audit destiné aux Dispositifs d'Appui à la Coordination. En tant que dispositif central dans la coordination des structures sanitaires, sociales et médico-sociales, votre rôle est indispensable pour tisser les liens nécessaires à une prise en charge cohérente et efficace des patients présentant une situation complexe.

Ce kit a été conçu pour vous fournir les informations et les outils nécessaires afin de vous préparer efficacement à l'audit.

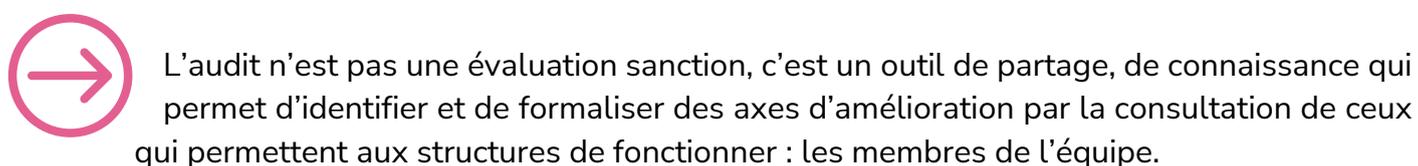
01

INTRODUCTION



“ L’audit qualité ne consiste pas seulement à identifier les écarts et les non-conformités ; il s’agit d’une fenêtre ouverte sur les opportunités d’amélioration, permettant aux organisations de transformer les défis en moteurs de progrès. ”

Cette perspective nous invite à voir l’audit non comme une évaluation critique, mais comme une opportunité précieuse d’explorer et d’exploiter pleinement le potentiel de votre structure. C’est dans cet esprit que ce kit a été conçu, avec l’objectif de vous guider vers une préparation efficace et une réflexion constructive autour de vos pratiques.



Démystifier le processus d'audit

Vous offrir une compréhension claire et approfondie de l'audit, en soulignant sa valeur ajoutée pour votre structure.

Préparer avec sérénité

Vous accompagner dans la préparation méthodique de l'audit, en mettant l'accent sur les éléments clés.

Exploiter les opportunités d'amélioration

Vous apporter des éléments permettant de valoriser votre activité et de trouver des axes d'amélioration à exploiter.

INTRODUCTION

Structuré autour des temps forts du processus d'audit, ce kit vous propose la feuille de route suivante :

1 Le temps de la préparation de l'Audit

La phase de préparation est cruciale pour le succès de l'audit. Cette partie du kit offre des conseils pratiques et des outils pour appréhender le jour de l'audit dans les meilleures dispositions.

2 Le Jour J

Le jour de l'audit est un moment clé, un moment de partage. Cette section vous guide sur :

- Comment accueillir les auditeurs et faciliter leur mission.
- Gérer le déroulement de la journée avec sérénité, en mettant en avant les efforts et les améliorations de votre dispositif.

3 Et Après...

L'audit n'est qu'une étape dans un processus continu d'amélioration. Viens le temps de la restitution de cette journée d'audit et de l'interprétation des conclusions que vous pourrez réaliser afin de mettre en place des stratégies d'amélioration ou d'ajustement.

Chaque étape de ce parcours est conçue pour vous accompagner vers une meilleure compréhension et application des principes d'audit, avec l'objectif ultime d'améliorer la coordination des soins au sein de votre territoire. Abordons ce processus non seulement comme un exercice de conformité, mais comme une opportunité de développement et de croissance pour votre DAC.

02

Cette section vous guidera dans la préparation à l'audit, en couvrant les objectifs, l'établissement d'un rétroplanning, la procédure à suivre, et tous les documents nécessaires.

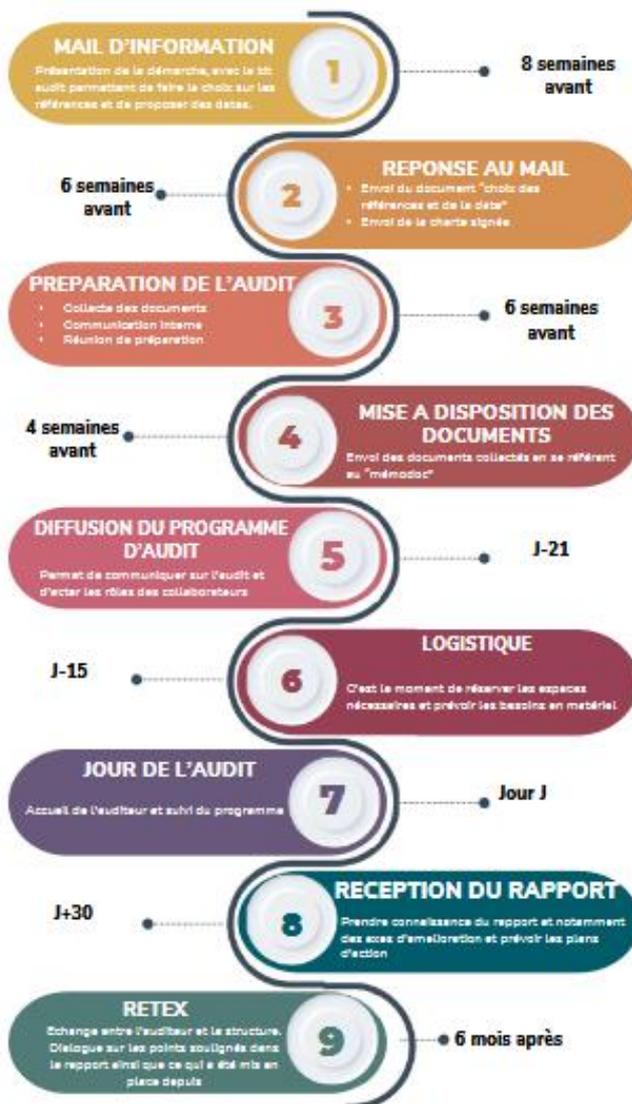
PRÉPARATION DE L'AUDIT

La préparation est la pierre angulaire d'un processus d'audit productif. Cette phase est dédiée à mettre en place les conditions optimales pour un audit fluide et efficace, garantissant que toutes les parties impliquées soient prêtes et alignées avec les objectifs de l'audit. Il s'agit d'une période de réflexion, de rassemblement de la documentation et de mobilisation des équipes.

Pour garantir la fluidité de la préparation, nous vous proposons un rétroplanning qui permet de visualiser les différentes étapes à accomplir en amont et en aval du jour J. vous trouverez à chaque tâche un délai spécifique.



AUDIT RETROPLANNING



PRÉPARATION DE L'AUDIT

Nous allons reprendre les temps forts de cette phase de pré-audit :

1 Comprendre les Objectifs de l'Audit

- Définir les Objectifs Spécifiques : Clarifiez les objectifs de l'audit avec l'auditeur, comprenant les domaines clés d'intérêt et les attentes en matière de conformité et d'amélioration. Une charte de bonnes pratiques vous sera transmise pour clarifier le rôle de chacun. Nous rappelons que cet audit est réalisé dans un état d'esprit collaboratif et bienveillant. Il faudra prendre connaissance du référentiel et **choisir 2 références** à auditer en plus de la référence obligatoire (REFERENCE 5 : RH) via le tableau de choix des références.
- Communication Interne : Assurez-vous que toute l'équipe comprend les enjeux et les objectifs de l'audit, afin de faciliter une approche collaborative.

2 Préparation Documentaire

- Collecter des Documents Nécessaires : Rassemblez tous les documents, dossiers, et enregistrements qui peuvent être requis ou utiles pendant l'audit. Un mémo des documents vous sera aussi envoyé selon les références choisies pour vous aider à rassembler l'ensemble des documents.
- Organisation des Données : Organisez les documents de manière logique et accessible, facilitant ainsi le travail de l'auditeur.

3 Sensibilisation de l'Équipe

- Sensibilisation : Organisez des temps pour sensibiliser votre équipe aux processus d'audit, aux attentes et à la manière de présenter efficacement les informations aux auditeurs.
- Rôles et Responsabilités : Définissez clairement les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe pendant l'audit.

4

Logistique et Organisation

- Planification Logistique : Prévoyez l'organisation logistique de l'audit, y compris les salles de réunion, l'équipement nécessaire, et l'accueil des auditeurs.
- Programme de l'Audit : Finalisez un programme détaillé de l'audit avec l'auditeur, incluant les sessions d'ouverture, les entrevues, et la réunion de clôture. La trame vous sera communiquée par l'auditeur.

Une préparation minutieuse est la clé d'un audit réussi. Elle ne se limite pas à la collecte de documents ou à l'organisation logistique ; il s'agit également de mobiliser et de préparer votre équipe à collaborer ouvertement avec les auditeurs. En investissant dans une préparation approfondie, vous mettez en place les fondations pour un audit qui non seulement répond aux exigences de conformité mais qui ouvre également la voie à une amélioration continue significative de vos pratiques.



Vous retrouverez l'ensemble des documents d'aide à la préparation de l'audit dans les annexes.

LE JOUR DE L'AUDIT

Cette section vous guidera à travers le déroulement du jour de l'audit, en vous donnant un aperçu du processus d'audit sur site et des interactions avec l'auditeur.

03

LE JOUR DE L'AUDIT

Le jour de l'audit représente un moment clé dans le cycle d'amélioration continue de votre structure. C'est une occasion unique de mettre en lumière les efforts réalisés, d'identifier ensemble les opportunités d'amélioration, et de renforcer les pratiques qui contribuent à la qualité et à l'efficacité des soins. Cette étape du processus d'audit nécessite une préparation et une ouverture d'esprit de toutes les parties impliquées pour garantir un déroulement fluide et productif.



L'objectif principal de cette journée est de réaliser une évaluation complète et objective des domaines préalablement définis dans le cadre de l'audit. À travers des entretiens, des observations et l'examen de documents, l'auditeur et les membres de la structure travailleront de concert pour recueillir des informations précises et représentatives des pratiques actuelles.



Les Principes Clés



Ouverture et Collaboration

Encouragez un esprit d'ouverture et de collaboration parmi tous les participants. La réussite de cette journée repose sur la volonté partagée de comprendre, d'évaluer et d'améliorer.



Transparence

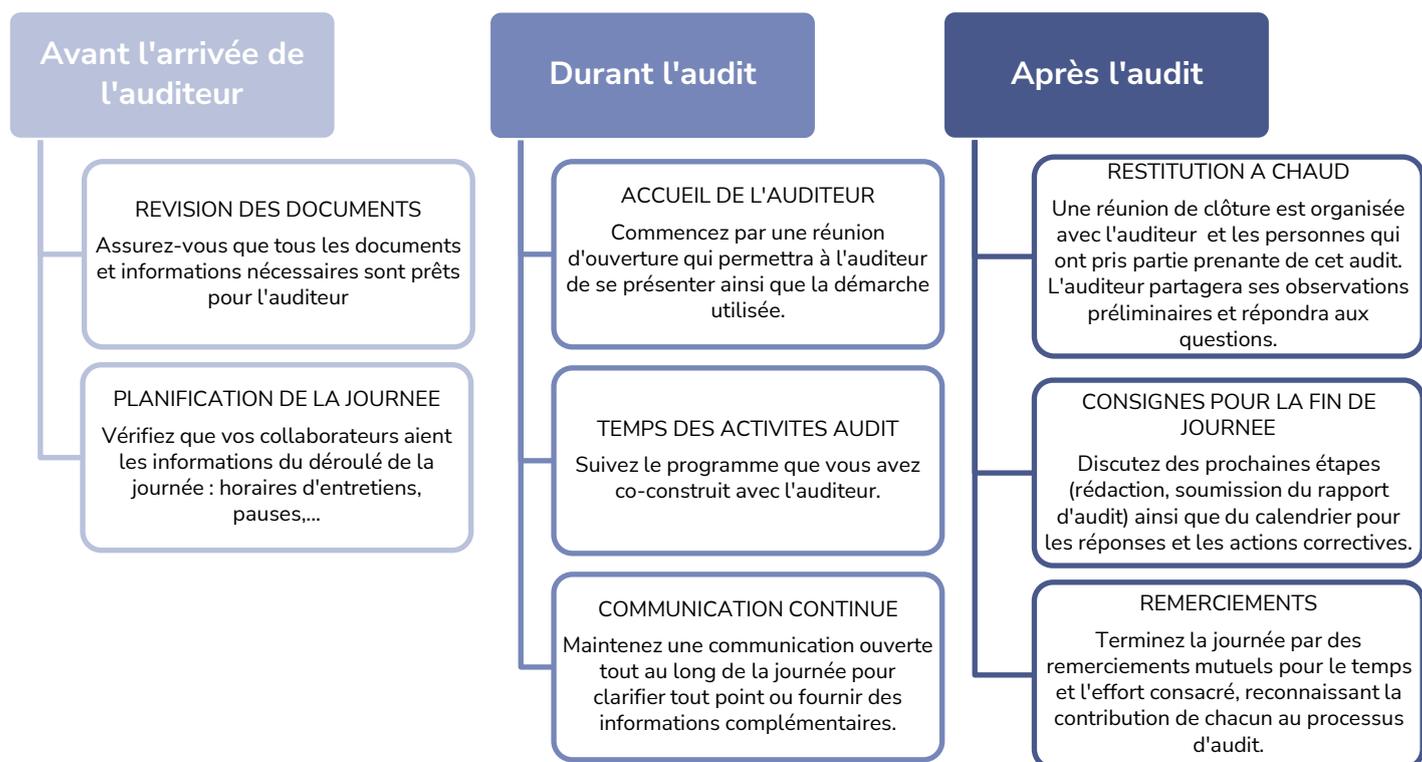
Toutes les informations pertinentes doivent être accessibles à l'auditeur, garantissant une évaluation fondée sur une compréhension complète des opérations de la structure.



Respect et Professionnalisme

Les interactions durant l'audit doivent se dérouler dans le respect mutuel, reconnaissant la valeur du travail de chacun et la contribution à la mission de la structure.

LE JOUR DE L'AUDIT



Conseils pour les Structures Auditées...



Adoptez une Approche Positive

Voir l'audit comme une opportunité d'apprentissage et d'amélioration.



Soyez Préparés et Organisés

Cela aidera à réduire les retards et à maximiser l'efficacité de l'audit.



Communication Ouverte

Encouragez une communication honnête et ouverte entre le personnel et l'auditeur.

ET APRÈS...

04

Cette partie examinera les étapes post-audit et mettra en lumière le rôle du rapport d'audit et la mise en œuvre des recommandations.

ET APRÈS...

La conclusion de l'audit ne marque pas la fin du processus d'amélioration, mais plutôt le début d'une phase d'actions concrètes et de suivi. Cette étape est essentielle pour traduire les constatations et les recommandations de l'audit en améliorations significatives et durables.

L'auditeur fournira dans un délai d'un mois après la réalisation de l'audit, un rapport détaillé comprenant des constatations et des recommandations.



L'objectif de ce rapport est de tracer, formaliser ce qui a été échangé avec l'équipe.

1

Analyse des recommandations

- Révision du rapport : La direction et les équipes concernées doivent examiner attentivement le rapport d'audit pour comprendre les améliorations suggérées.
- Priorité des actions : Identifiez les recommandations qui peuvent être mises en œuvre rapidement et celles nécessitant une planification plus approfondie.
- Envoi du rapport d'audit : dans les 3-4 mois après la réception du rapport définitif sur ANDES.

2

Planification des actions d'amélioration

- Plan d'Action : Développez un Plan d'Action détaillé pour chaque recommandation, assignant des responsabilités, des ressources nécessaires et un calendrier.
- Implémentation : Commencez l'implémentation des actions d'amélioration selon un plan établi, en veillant à mobiliser toutes les ressources nécessaires.

3 Suivi et évaluation

- Suivi : Mettez en place un système de suivi pour évaluer l'avancement de l'implémentation des actions d'amélioration. Cela peut inclure des réunions régulières de suivi ou l'utilisation d'indicateurs clés.
- Évaluation de l'impact : après une période définie, évaluez l'impact des actions d'amélioration sur la qualité du service rendu. Cela aidera à identifier les ajustements nécessaires et à célébrer les succès.
- Dans les 6 mois post-audit : le plan d'action est à joindre au rapport intermédiaire ou annuel suivant la date de réalisation de l'audit sur ANDES.

4 Partage des enseignements

- Retour d'expérience (RETEX) : Organisez une session de retour d'expérience avec les équipes pour partager le moment de l'audit ainsi que l'implémentation des améliorations.
- Diffusion des succès : Communiquez les succès et les améliorations à l'ensemble de la structure et, si approprié, au-delà (bulletin interne, réunions, ...)

Le "Jour J" est une opportunité pour les structures auditées de démontrer leur engagement envers l'amélioration continue et pour l'auditeur de fournir des recommandations pour le développement futur.

Une préparation et une participation actives sont clés pour une expérience d'audit réussie et enrichissante.

En abordant cette journée avec préparation, ouverture, et engagement, vous maximisez les bénéfices tirés de l'audit, posant les bases pour des améliorations significatives et durables au sein de votre structure.

CONCLUSION

En clôturant ce guide, gardons à l'esprit que l'audit est une porte ouverte vers l'amélioration, marquant le début d'une évolution continue vers la qualité et l'efficacité.

05

CONCLUSION

En finalisant ce kit de l'audit, il est essentiel de se remémorer l'importance du processus d'audit pour les DAC. Ce parcours, loin d'être une simple formalité, est une invitation à l'amélioration continue, offrant un cadre rigoureux pour évaluer et affiner les pratiques existantes. Ainsi, il assure que les services rendus atteignent et maintiennent les plus hauts standards de qualité et d'efficacité.



Clés de la Réussite

1

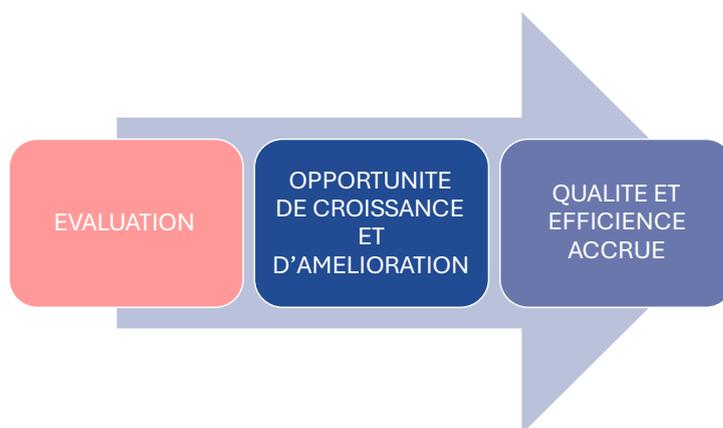
La collaboration et le respect mutuel entre auditeurs et DAC sont les piliers d'un audit fructueux, favorisant un environnement de travail transparent et constructif.

2

L'amélioration continue est le véritable moteur de ce processus, nous encourageant à toujours viser plus haut dans la qualité de nos services.

3

Le partage des connaissances enrichit notre communauté, transformant chaque audit en une opportunité d'apprendre et d'innover.



CONCLUSION



Attentes et Impact

1

Un engagement actif et une ouverture au changement de toutes les parties prenantes sont essentiels pour transformer les observations en actions concrètes d'amélioration.

2

Une communication efficace entre l'auditeur et la structure auditée est cruciale pour le succès de l'audit, permettant de clarifier les objectifs et de maximiser les résultats.

3

À travers ce processus, nous anticipons des avancées significatives en termes de conformité, de partage de bonnes pratiques, et d'élaboration de plans d'action efficaces, aboutissant à une amélioration tangible de la qualité des services et de la satisfaction des usagers.

Ce kit d'audit est un outil essentiel qui guide les DAC à travers un processus d'évaluation et d'amélioration avec une vision claire et un engagement renouvelé.

Il nous rappelle que chaque audit est une étape vers une meilleure compréhension de nos forces et de nos opportunités d'amélioration, nous propulsant vers l'excellence dans la coordination des soins de santé.

En abordant ce processus avec détermination et ouverture, nous ouvrons la porte à une évolution continue, renforçant ainsi la qualité, l'efficacité, et la satisfaction des usagers qui sont au cœur de notre mission.

ANNEXES / RESSOURCES

Cette partie regroupe tous les documents et ressources nécessaires pour faciliter votre préparation à l'audit.

06

ANNEXE 1 : CHARTE DE L'AUDIT QUALITÉ

Cette charte définit le cadre de collaboration entre l'auditeur employé par la Fédération et les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) audités. Son objectif est d'assurer une démarche d'audit transparente, équitable et constructive, favorisant l'amélioration continue et le respect mutuel des engagements.

1. Objectifs de l'Audit

- Renforcer la qualité et l'efficacité des services fournis par les DAC.
- Identifier et partager les bonnes pratiques et les axes d'amélioration.
- Assurer la conformité aux normes et aux réglementations en vigueur.

2. Engagement des Parties

2.1. Auditeur

Dans le cadre de la réalisation des audits, l'Auditeur s'engage à :

- Réaliser les audits avec professionnalisme, en respectant les principes d'intégrité, d'objectivité et de confidentialité.
- Communiquer clairement les objectifs et le périmètre de l'audit aux structures auditées.
- Préparer et restituer les résultats de l'audit de manière constructive, en proposant des recommandations pratiques.

2.2. Structures auditées

Les Structures auditées s'engagent à :

- Collaborer ouvertement avec l'auditeur, en fournissant l'accès aux informations, aux personnes et aux locaux nécessaires à l'audit.
- Accueillir les observations et les recommandations avec une volonté d'amélioration.
- Développer et mettre en œuvre des plans d'action basés sur les recommandations d'audit.

3. Règles du Bon Déroulement de l'Audit

3.1. Préparation

Les structures auditées doivent préparer et fournir à l'auditeur tous les documents et informations requis en amont de l'audit.

ANNEXE 1 : CHARTE DE L'AUDIT QUALITÉ

3.2. Conduite de l'Audit

L'audit se doit d'être réalisé dans un esprit de collaboration, chaque partie contribuant activement à son bon déroulement.

3.3. Restitution et Suivi

Les constatations et recommandations seront discutées lors d'une restitution avec la structure auditée, aboutissant à un plan d'action clair et à un suivi de son implémentation.

4. Enregistrement de l'Audit

L'enregistrement des audits est une étape cruciale pour garantir la traçabilité et l'exactitude des informations recueillies durant le processus d'audit. L'auditeur est responsable de la création d'un dossier d'audit complet qui comprend tous les documents, notes, enregistrements audio et/ou vidéo et toutes correspondances relatives à l'audit.

Les enregistrements doivent être effectués de manière à respecter les principes de confidentialité et d'intégrité des données.

4.1. Création et Gestion des Enregistrements

L'auditeur doit s'assurer que tous les enregistrements sont clairs, précis et effectués en temps réel.

4.2. Conservation des Enregistrements

Les enregistrements seront conservés de manière sécurisée jusqu'à la clôture de l'audit soit 15 jours après l'envoi du rapport d'audit final. Ils doivent être accessibles uniquement aux personnes autorisées dans le cadre de la revue des performances ou de suivis réglementaires.

4.3. Confidentialité

L'accès aux enregistrements d'audit est limité aux personnes ayant un besoin légitime de consulter ces informations dans le cadre de leur fonction. Toute divulgation d'informations sensibles doit être strictement contrôlée et documentée conformément aux politiques de confidentialité établies.

4.4. Refus d'enregistrement

La structure auditée peut choisir de ne pas autoriser l'enregistrement audio ou vidéo des sessions d'audit pour des raisons de confidentialité ou de conformité spécifique.

ANNEXE 1 : CHARTE DE L'AUDIT QUALITÉ

Dans ce cas précis, la structure auditée doit informer l'auditeur de sa décision de ne pas enregistrer les sessions avant le début de l'audit. Cette décision doit être documentée et signée par les deux parties.

5. Principes de Conduite

- Respect mutuel : Les interactions doivent être marquées par le respect mutuel des rôles et des contributions de chacun.
- Transparence : Une communication ouverte et transparente est essentielle tout au long du processus d'audit.
- Responsabilité : Chaque partie est responsable de remplir ses engagements selon les termes de cette charte.

6. Protection des données à caractère personnel

L'ensemble des données collectées (hors enregistrement) dans le cadre de l'audit seront conservées pour une durée de 3 ans après la production du rapport afin de pouvoir réaliser une analyse approfondie des axes d'amélioration identifiés et des mesures prises dans le cadre des préconisations en particulier du plan d'action.

En vertu du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits en contactant le Délégué à la Protection des Données de la Fédération à l'adresse suivante : rgpd@facs-occitanie.fr.

7. Durée de l'Engagement

Cette charte prend effet dès sa signature et reste valide jusqu'à l'achèvement du cycle d'audit, incluant le suivi des actions d'amélioration.

8. Accord et Signature

En signant cette charte, les parties confirment leur engagement à respecter les termes et conditions énoncés, ainsi que leur volonté de collaborer pour le succès de l'audit et l'amélioration continue des services.

Pour la fédération NOM : PRENOM :	Date et signature
Pour la structure auditée NOM de la structure : NOM : PRENOM :	Date et signature

ANNEXE 2 : RETROPLANNING DE L'AUDIT



Partie MANAGEMENT DE L'ORGANISME

Partie MANAGEMENT DE L'ORGANISME		
Chapitre	Chapitre 1	Management stratégique et gouvernance
Référence	Référence 1	La stratégie de l'organisme
Critère	Critère 1.a	Valeur, mission et stratégie de la structure
Elément		Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe
Elément		La stratégie de l'organisme prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas et programmes régionaux de santé
Elément		Les valeurs et missions de la structure sont déclinées dans le projet associatif
Elément		Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité etc...) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques
Elément		Les valeurs et missions de la structure sont communiquées au public et aux professionnels
Elément		La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique
Preuve		Document de communication des orientations stratégiques auprès des salariés et des partenaires (ex: CR AG)
Preuve		Projet de structure avec volet ressources humaines, système d'information, qualité etc...
Critère	Critère 1.b	Projet de structure
Elément		Il existe un projet de structure formalisé comprenant des objectifs
Elément		Le projet de structure est revu à périodicité régulière
Elément		Le projet de structure a été approuvé par les instances dirigeante
Elément		La structure a associé les salariés/bénéficiaires/partenaires lors de l'élaboration du projet de structure
Preuve		Projet de structure
Indicateur		Nombre de réunions internes relatives à l'élaboration/révision du projet de structure

Critère	Critère 1.c	Développement d'une culture qualité et sécurité
Elément		Il existe une politique qualité et sécurité
Elément		L'organisme a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité
Elément		Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en œuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité
Preuve		Traçabilité du système qualité mise en place (audit/enquêtes/GED...)
Critère	Critère 1.d	Engagement dans le développement durable
Elément		Un volet développement durable est intégré dans le projet associatif
Elément		Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de la structure
Preuve		Projet associatif incluant un volet développement durable
Preuve		Procédure de tri et d'élimination des déchets
Preuve		Evènements de sensibilisation (ex: petit déjeuner éco responsable)
Critère	Critère 1.e	Communication externe
Elément		Les modalités de l'information au public sont définies dans le projet de structure
Elément		Les informations sur les missions, la structure, le personnel, les services, les activités...sont définies dans le projet associatif
Elément		Il existe plusieurs moyens d'informations directs (plaquette, site internet, articles dans la presse...) ou indirects (rapports d'activités...)
Preuve		Modalités de diffusion de l'information
Preuve		Partenariats mis en place pour diffuser l'information sur la structure (conventions, CR groupes de travail...)
Preuve		Plan de communication réalisé par la structure pour se faire connaître
Preuve		Plaquette de présentation de la structure

Critère	Critère 1.f	Relations partenariale
Elément		La structure s'investit dans les projets de partenariats de son territoire dont les organisations de soins primaires
Elément		Les contrats d'engagements réciproques avec les partenaires sont formalisés
Elément		La structure participe activement et contribue aux actions collectives régionales via la FACS Occitanie
Preuve		CR Groupe de travail / participation aux événements organisés en externe
Preuve		Conventions / chartes de partenariats
Preuve		Projet de structure avec la politique en matière de partenariat
Indicateur		Nombre de conventions et chartes engagements signées avec la structure
Référence	Référence 2	Organisation et modalité de pilotage interne
Critère	Critère 2.a	Gouvernance et responsabilités
Elément		L'organigramme de la structure est défini
Elément		Les circuits de décision et de délégation sont définis
Elément		Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie
Elément		La structure compte dans son CA/Bureau une représentation équilibrée des pros de l'ensemble des champs sanitaires, social et médicosocial
Elément		La structure compte des associations d'usagers dans sa gouvernance
Elément		La structure a recensé l'ensemble des associations d'usagers du territoire
Elément		La structure associe ces associations aux réflexions et projets menés au sein de la structure
Preuve		Organigramme de l'organisme
Preuve		Documents relatifs aux circuits de décision et délégation (ex : statuts, délégation de signature etc...)
Preuve		Composition du CA/Bureau
Preuve		Compte-rendu des réunions organisées avec les usagers
Preuve		Liste des associations d'usagers du territoire recensées par la structure

Critère	Critère 2.b	Fonctionnement des instances
Elément		Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence
Elément		Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont accessibles au sein de la structure
Elément		Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions
Preuve		Ordre du jour et PV des instances consultatives et délibérantes
Critère	Critère 2.c	Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de la structure
Elément		La structure dispose d'un tableau de bord lui permettant d'assurer le pilotage
Elément		Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet de structure
Elément		Les indicateurs du tableau de bord donnent lieu à des actions d'amélioration lorsque la valeur n'est pas satisfaisante
Elément		La structure a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs aux bénéficiaires et partenaires
Preuve		Tableau de bord de pilotage
Preuve		Plan d'action consécutif à l'analyse des données du tableau de bord
Preuve		Documents d'information sur les résultats des indicateurs (ex: rapport d'activité...)
Preuve		Enquêtes de satisfaction auprès des partenaires et des bénéficiaires
Critère	Critère 2.d	Obligations légales et réglementaires
Elément		L'ensemble des activités de l'organisme est recensé et documenté dans un cadre documentaire : projet associatif, conventions, règlement intérieur...
Elément		L'ensemble des activités de l'organisme est conforme à la législation en vigueur s'appliquant à lui
Elément		Une veille réglementaire et normative est réalisée
Preuve		Traçabilité de la veille réglementaire et normative
Preuve		Conventions
Preuve		Référentiel de bonnes pratiques, recommandations, ...

Chapitre	Chapitre 2	Management de la qualité et gestion des risques
Référence	Référence 3	Amélioration de la qualité
Critère	Critère 3.a	Structuration de la démarche
Elément		La démarche qualité est structurée en interne : interlocuteur qualité / politique qualité/ cartographie des processus / plan d'action qualité formalisé
Elément		La structure suit le plan d'action d'amélioration de la qualité
Elément		Les équipes sont informées et impliquées dans la démarche
Elément		Il existe une procédure de gestion documentaire
Elément		Il existe une liste des documents qualité
Elément		Les professionnels sont régulièrement informés des documents qualité existants et mis à jour
Preuve		Outils qualité structurants (politique qualité/manuel qualité etc...)
Preuve		Tableau suivi plan d'action d'amélioration de la qualité
Preuve		Cartographie des processus de la structure
Preuve		Procédure de gestion documentaire
Preuve		Liste des documents qualité
Critère	Critère 3.b	Amélioration de l'efficience/Audits et indicateurs
Elément		La structure conduit des études et/ou audits sur ses principaux processus
Elément		Les résultats des études et/ou audits donnent lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration
Elément		Il existe une procédure d'audit externe formalisée
Elément		Les audits externes font l'objet d'un rapport rédigé
Elément		La structure trace, suit et analyse les indicateurs d'activité et socio environnementaux
Elément		La structure met en place des actions d'amélioration et plan d'action concerté après étude des résultats d'indicateurs (observatoire)
Elément		Les principaux résultats du système qualité sont communiqués en interne et en externe
Preuve		Résultat Audit interne et/ou externe
Preuve		Tableau suivi plan d'action d'amélioration de la qualité
Indicateur		Nombre d'évaluations internes ou externes réalisées / an

Critère	Critère 3.c	Revue de dossier/parcours traceur/patient traceur
Elément		La structure réalise au choix à minima une revue de dossier, un parcours traceur ou un patient traceur annuellement avec l'ensemble des équipes.
Elément		Les résultats des évaluations donnent lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration
Preuve		Résultat de l'évaluation réalisé
Preuve		Tableau suivi plan d'action d'amélioration de la qualité
Critère	Critère 3.d	Questionnaires de satisfaction
Elément		Le questionnaire de satisfaction est diffusé à chaque nouveau bénéficiaire, usager et/ou professionne
Elément		La structure réalise une enquête qualitative sur les coopérations entre la structure et les acteurs de soins primaires
Elément		Une analyse des questionnaires est réalisée au moins une fois par an
Elément		L'analyse donne lieu à des actions de réajustement qui sont intégrées dans le plan d'action annue
Preuve		Questionnaires de satisfaction
Preuve		Traçabilité des actions d'amélioration à mettre en œuvre/ plan d'action
Référence	Référence 4	Gestion des risques
Critère	Critère 4.a	Gestion des évènement indésirables/ Aider à développe la culture de sécurité au niveau du territoire
Elément		Les évènements indésirables, liés à l'activité du réseau, sont collectés
Elément		Les évènements indésirables font l'objet d'une analyse partagée de type analyse de cause profonde avec les acteurs concernés
Elément		Cette analyse débouche sur des actions de prévention ou d'atténuation
Elément		Les résultats de la gestion des EI sont communiqués à la gouvernance
Elément		Le circuit de gestion des EI est défini
Preuve		Procédure de gestion des EI
Preuve		Fiche de déclaration des EI
Indicateur		Nombre de réunions d'analyse de cause réalisée/an

Partie SUPPORT

Chapitre 1	Chapitre 1	Gestion des ressources
Référence	Référence 5	Gestion des Ressources Humaines
Critère	Critère 5.a	Recrutement
Elément		Le recrutement du personnel se fait à travers une démarche formalisée
Preuve		Procédure de recrutement
Critère	Critère 5.b	Intégration des nouveaux arrivants
Elément		L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée
Elément		Il y a une procédure d'accueil pour l'arrivée d'un personnel nouvellement recruté
Preuve		Procédure d'accueil du nouveau salarié
Preuve		Documentation utile sur la structure remis à chaque nouveau salarié
Critère	Critère 5.c	Management des emplois et des compétences
Elément		La structure dispose d'un organigramme
Elément		Le rôle de chaque salarié est formalisé dans des fiches de postes
Elément		Les fiches de postes sont accessibles pour les acteurs concernés
Elément		L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre
Elément		Les remarques relatives aux dysfonctionnements ou aux améliorations possibles sont prises en compte
Elément		Les besoins en compétence et effectifs sont identifiés
Elément		Un plan de formation est formalisé et mis en œuvre
Preuve		Procédure relative à l'embauche
Preuve		Organigramme du réseau
Preuve		Fiches de postes des salarié
Preuve		Entretien professionnel (tous les 2 ans) et/ou entretien approfondi (tous les 6 ans)
Preuve		Recueil d'évaluation des besoins
Preuve		Plan de formation (à destination des salariés)
Preuve		Plan de formation (à destination des équipes d'appui)
Indicateur		Nombre de salariés formés/an
Indicateur		Nbre de salariés du réseau ayant bénéficié d'une action de formation professionnelle continue ou de DPC depuis 3 ans / nbre de salariés du réseau (HAS)

Critère	Critère 5.d	Santé et sécurité au travail
Elément		Le Document Unique Des Risques Professionnels DUERP est élaboré
Elément		Les risques principaux sont répertoriés dans le DUERP
Elément		Les risques sont évalués et des actions de prévention sont définies par le DUERP
Elément		Il existe une procédure connue des professionnels en cas d'urgence (numéros d'urgence, coordonnées des organismes à contacter, conduite à tenir en cas d'incendie...)
Elément		Le registre des alertes Santé publique et environnement existe et est actualisé (obligation légale art 2014-324 du CSP)
Preuve		Document unique DUERP
Preuve		Information/Formation des professionnels sur les risques professionnels
Preuve		Registre des alertes Santé publique et environnement
Indicateur		Nombre d'accidents de travail/an
Critère	Critère 5.e	Qualité de vie au travail
Elément		La qualité de vie au travail fait partie du projet associatif
Elément		Les membres des équipes et de la gouvernance sont impliqués dans le projet QVT
Elément		Des échanges et coordinations entre les différents corps de métiers ont lieu (réunion d'équipe)
Elément		Une consultation de l'ensemble des professionnels salariés du réseau est organisée pour établir des diagnostics et déterminer les points forts et les points à améliorer pour favoriser la QVT
Elément		La satisfaction du personnel est évaluée
Elément		Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en œuvre
Preuve		Questionnaire de satisfaction salarié
Preuve		Traçabilité des temps de supervision/échanges avec les professionnels

Référence	Référence 6	Gestion des Ressources Financières
Critère	Critère 6.a	Gestion budgétaire
Elément		La structure décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et s'il y a lieu de recettes, selon une procédure formalisée
Elément		Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou COM
Elément		La structure élabore une analyse des coûts/suivi des dépenses
Elément		Un signalement est effectué auprès des tutelles lors d'une difficulté financière
Preuve		CPOM / COM
Preuve		Bilan comptable
Indicateur		Répartition des différentes sources de financement dans le budget total de financement de la structure (cf. RA DAC)
Référence	Référence 7	Gestion des fonctions logistiques
Critère	Critère 7.a	Sécurité des biens et des personnes
Elément		La structure respecte les normes sécurité incendie (évacuation, plan, simulation évacuation incendie...)
Elément		Le personnel est informé des consignes en matière de sécurité incendie.
Elément		Les normes d'affichage obligatoire sont respectées
Preuve		Plan des locaux et de circulation avec signalement des équipements permettant de les sécuriser : éclairages, sièges, rampes, barres, sols antidérapants...
Preuve		Signalement des locaux présentant un danger (affiche, pictogramme...)
Critère	Critère 7.b	Gestion des infrastructures et des équipements
Elément		La structure dispose d'un programme de maintenance
Elément		Les opérations de maintenance (curatives et préventives) assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées et permettent un suivi des opérations
Elément		Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel
Preuve		Contrats avec les sociétés extérieures, stipulant les conditions de dépannage et les délais
Preuve		Traçabilité des opérations de maintenance réalisées

Référence	Référence 8	Gestion du Système d'Information
Critère	Critère 8.a	Besoin en système d'informations
Elément		La structure a recensé l'ensemble des fonctions nécessitant un système d'information
Preuve		Recensement formalisé des fonctions nécessitant une informatisation
Critère	Critère 8.b	Identification, sécurité des donnée
Elément		Le système d'information facilite l'accès des professionnels en temps utile à des informations à jour
Elément		Le système d'information comporte une sécurisation d'accès et de confidentialité des données saisies
Elément		Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne informatique
Preuve		Procédure d'utilisation et de sécurisation du système d'information (ex : charte informatique)
Preuve		Plan de reprise et de continuité / sauvegarde/ serveur...
Critère	Critère 8.c	Suivi des indicateurs
Elément		Le système d'information permet de renseigner les indicateurs des tableaux de bord de pilotage
Preuve		Tableaux des indicateurs
Critère	Critère 8.d	Interopérabilité des SI et partage d'informations au niveau du territoire
Elément		Le système d'informations 'inscrit dans le cadre d'interopérabilité des autres SI (au niveau territorial et national)
Elément		Le système d'information permet de communiquer des informations entre les acteurs du territoire

Partie REALISATION

Chapitre 1	Chapitre 1	Appui à la coordination des parcours de santé individuels
Référence	Référence 9	Gestion des sollicitations
Critère	Critère 9.a	Sollicitation de la structure
Elément		Les critères de sollicitation de la structure sont définis et connus par les acteurs du territoire
Elément		L'organisation de la gestion des appels est assurée (plateforme téléphonique, répondeur...)
Elément		La structure apporte une première réponse (à minima téléphonique) dans un délai de moins de 48H (jours ouvrés) à la sollicitation reçue
Preuve		Résultats de l'indicateur de suivi des délais de réponse aux sollicitations
Preuve		Procédure de gestion des sollicitations
Indicateur		Indicateurs rapport activité relatifs aux sollicitations (CF ANNEXE RA DAC Indicateurs 1 à 9)
Critère	Critère 9.b	Intervention de la structure : fonctions d'appui
Elément		En réponse à la sollicitation, et en respect de la subsidiarité des acteurs du territoire, la structure appuie les professionnels dans la coordination du parcours individuel en apportant une réponse graduée et personnalisée
Indicateur		Type d'acteurs participant à l'activité du dispositif (indicateur 28 RA DAC)
Preuve		Tableau de suivi des sollicitations module gestion de la demande SPICO DOSSIERS
Critère	Critère 9.c	Implication de l'utilisateur dans son parcours
Elément		La structure assure le recueil des attentes de la personne
Elément		La structure assure le recueil du consentement de la personne vis-à-vis de l'orientation / des objectifs et interventions proposés
Preuve		Projet de l'utilisateur tracé dans l'évaluation et le PPCS
Critère	Critère 9.d	Partager l'information entre les acteurs du parcours
Elément		La structure utilise un dossier de coordination partagé avec les acteurs du cercle de soins
Elément		Les modalités de gestion du dossier sont définies par la structure
Elément		Le SI de coordination utilisé présente les conditions requises d'identification du patient
Elément		La gestion du dossier est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration (revue de dossiers, indicateurs e-parcours)
Elément		La structure participe à l'utilisation du Dossier Médical Personne
Elément		La structure participe à l'utilisation de la messagerie de santé sécurisée par les professionnels du territoire
Preuve		Dossier de coordination SPICO DOSSIERS
Preuve		Guide utilisateur SPICO DOSSIERS
Indicateur		Mémo Indicateurs e-parcours

Référence	Référence 10	Information /Orientation des professionnels
Critère	Critère 10.a	Information /Orientation des professionnels
Elément		La structure a identifié et recensé les différents acteurs et partenaires des différents parcours de vie sur son territoire
Elément		La structure informe le requérant sur les ressources / dispositifs existants sur son territoire qui peuvent répondre à la demande
Elément		Le DAC oriente le requérant auprès des professionnels ressources identifiés
Preuve		Cartographies et annuaires de ressources
Indicateur		Nombre de conseils/orientations /an (CF ANNEXE INDICATEURS RA DAC)
Référence	Référence 11	Appui à la coordination des parcours complexes
Critère	Critère 11.a	Aider à l'évaluation multidimensionnelle des personnes
Elément		Un appui ponctuel est proposé aux professionnels de soins primaires pour réaliser une évaluation Multidimensionnelle, en l'absence de relais de proximité, et en informant le médecin traitant et le patient/usager
Elément		Le déroulement de ces évaluations est défini (examen clinique, évaluation à domicile, acteurs impliqués, accord des parties prenantes...)
Elément		La participation des différents acteurs est tracée
Elément		Des outils d'évaluation communs sont partagés avec les acteurs
Elément		La structure possède un compte-rendu type comprenant les résultats de l'évaluation et les préconisations
Elément		Les résultats de l'évaluation sont transmis au médecin traitant et aux professionnels de soins primaires
Preuve		Emargement des personnes participant aux évaluations
Preuve		Outils d'évaluation communs (évaluations multidimensionnelles dans SPICO DOSSIERS)
Preuve		Compte-rendu de l'évaluation multidimensionnelle
Indicateur		Nombre d'évaluations multidimensionnelles réalisées par le dispositif (CF INDICATEURS RA DAC)

Critère	Critère 11.b	Aider à planifier, suivre et réévaluer les interventions du Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS)
Elément		Les acteurs se rencontrent sous la forme d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle formalisée pour prioriser et planifier les interventions de soins et d'aides nécessaires
Elément		Le PPCS est validé par le médecin traitant ou référent
Elément		Les réunions de concertations sont organisées à périodicité définie
Elément		L'avis du patient/usager est pris en compte
Elément		Les plans de soins et d'aides, élaborés sur le mode du PPCS, sont accessibles et partagés par tous les acteurs du territoire concernés
Elément		La mise en œuvre des plans de soins et d'aides est analysée, suivie et réévaluée au besoin par les acteurs du territoire, afin d'améliorer les prises en charge et de mieux répondre aux besoins des patients/usagers
Preuve		CR réunion collective pluridisciplinaire thématique sur les PPCS
Preuve		Supports du PPCS existant
Preuve		Engagement des personnes concourant à la réalisation du PPCS
Preuve		Traçabilité de l'information donnée au patient/usage
Indicateur		Nombre de PPCS réalisés (CF INDICATEURS RA DAC)
Indicateur		Taux de situations complexes accompagnées ayant fait l'objet d'un PPCS et adressé à un médecin (CF INDICATEURS RA DAC)
Indicateur		Nombre de RCP réalisées (CF INDICATEURS RA DAC)
Critère	Critère 11.c	Prise en compte de l'expérience patient-usager /aidant
Elément		À la suite de la sortie du patient de la structure, il est procédé à un recueil de l'avis des patients-usagers/familles
Elément		Le délai d'envoi du questionnaire est défini
Elément		La structure analyse l'ensemble des données recueillies à périodicité définie et met en œuvre des actions d'amélioration
Elément		L'analyse est partagée avec les acteurs du territoire
Elément		La structure prend des initiatives en vue de satisfaire davantage les patients/usagers
Elément		Les besoins des aidants sont analysés avec les acteurs du territoire
Elément		Cette analyse débouche sur la mise en place de prestations d'aides aux aidants : groupes de soutien, support téléphonique ou internet, structures de répit, informations etc...
Preuve		Plan d'action consécutif au recueil de l'avis des usagers et des aidants
Preuve		Résultats du questionnaire complété patients/usagers et aidants

Chapitre 2	Chapitre 2	Appui à l'organisation territoriale des parcours de santé/vie
Référence	Référence 12	Participer au développement du maillage partenarial entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire
Critère	Critère 12.a	Clarification des rôles de chacun
Elément		La structure dispose de documents mentionnant les modalités d'intervention des structures partenaires précisant leurs positionnements et missions réciproques
Elément		Les différentes structures existantes sont répertoriées
Preuve		Annuaire / cartographie des structures existantes
Preuve		Procédure de modalités d'intervention et offres de services proposés
Preuve		Conventions/ chartes d'engagement des structures
Critère	Critère 12.b	Collaboration effective sur le territoire/ Développe la concertation territorial
Elément		Les structures participant à ce maillage utilisent un référentiel commun d'orientation des patients/usagers
Elément		Des processus sont mis en place pour faire vivre les partenariats (ex : référents, structuration des modalités de sollicitation, autres...)
Elément		La structure contribue / participe à des groupes de travail, instances territoriales
Elément		La structure anime/organise des groupes de travail thématiques avec les acteurs du territoire
Indicateur		nombre réunion territoriale auquel la structure participe / nb réunion territoriale organisée par la structure
Preuve		Outil de sollicitation et d'orientation type SPICO
Critère	Critère 12.c	Lien ville hôpital
Elément		Des échanges réguliers entre la ville et l'hôpital sont organisés pour évaluer et améliorer les procédures de sortie d'hospitalisation
Preuve		Procédure de transmission des informations patient-usager/professionnels (navette VHV)
Référence	Référence 13	Contribuer au diagnostic territorial partagé des besoins et de l'offre = observatoire parcours
Critère	Critère 13.a	Recenser les problématiques liées au parcours patient
Elément		Les notifications de points de ruptures relevés lors de l'activité du dispositif sont tracées par les équipes
Elément		Les difficultés, les besoins non satisfaits et les bonnes pratiques à capitaliser sont recueillis auprès des acteurs du territoire
Preuve		Recueil des points de ruptures / alertes identifiés
Indicateur		Nombre de points de ruptures identifiés / fiche de repérage renseignées (cf RA DAC)
Indicateur		Répartition des points de rupture par type de parcours (CF. RA DAC)

Critère	Critère 13.b	Remontée d'informations
Elément		Ces difficultés, besoins non satisfaits et bonnes pratiques sont transmis à la gouvernance
Elément		Les initiatives réussies sur le territoire sont également rapportées afin de les valoriser et soutenir l'amélioration des pratiques et des organisations
Preuve		Recueil des initiatives réussies sur le territoire
Critère	Critère 13.c	Analyse concertée et plan d'actions
Elément		Ces retours d'informations font l'objet d'une analyse concertée avec les acteurs du territoire
Elément		Cette concertation débouche sur des décisions et actions concrètes
Elément		Ces décisions font l'objet d'un suivi et d'un retour aux acteurs du territoire (observatoire)
Preuve		Traçabilité des temps d'échanges formalisés : CR de groupes de travail , etc ...
Référence	Référence 14	Accompagner les acteurs de proximité dans la consolidation des parcours
Critère	Critère 14.a	Co construire et diffuser des outils structuration parcours
Elément		La structure vient en aide aux professionnels dans l'élaboration, la mise en œuvre et la diffusion des protocoles/ outils de bonnes pratiques
Elément		La structure accompagne les acteurs du territoire à l'appropriation de ces outils
Indicateur		Nombre d'outils de structuration de parcours élaborés (CF INDICATEURS DAC RA)
Critère	Critère 14.b	Favoriser l'amélioration des pratiques et le partage d'expérienc
Elément		La structure propose des outils (conseils méthodologiques, informations, sensibilisations, supports etc...) aux acteurs du territoire pour leur permettre d'améliorer leurs pratiques
Elément		Des réunions de partage d'expériences entre les différentes organisations professionnelles sont régulièrement organisées.
Preuve		Programmation des réunions de retour d'expériences
Preuve		Compte-rendu des réunions de retour d'expérience
Indicateur		Outils et formations proposés aux acteurs du territoire favorisant l'amélioration des pratiques
Indicateur		Nombre de réunions de retour d'expérience organisée/an (CF. RA DAC)
Critère	Critère 14.c	Soutenir les actions innovantes et projets de territoire
Elément		La structure propose ou participe au soutien des projets innovants sur le territoire à destination des usagers ou des professionnels
Preuve		CR rencontres/ événements
Preuve		Publications
Indicateur		Nombre de projets professionnels de territoire ayant fait l'objet d'un appui (cf. INDICATEURS RA DAC)

Critère	Critère 14.d	Soutenir les actions de prévention et de promotion de la santé
Elément		Les besoins de la population en termes de prévention et de promotion de la santé sur le territoire sont recensés et analysés en lien avec les partenaires experts
Elément		Les différentes actions et acteurs ressources sont recensés (URPS, ateliers santé ville, espace seniors, PMI, espace santé jeunes, MDA...)
Elément		Les associations d'usagers et d'aidants sont impliqués dans la démarche
Elément		Des rencontres entre les différents acteurs de la santé du territoire sont favorisés
Elément		Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports etc...) sont proposés aux acteurs du territoire pour mettre en œuvre ces actions
Preuve		Recueil des besoins du territoire en termes de prévention/promotion de la santé
Indicateur		Nombre de réunions territoriales organisées par la structure dans le cadre de la structuration des parcours (CF RA DAC INDICATEURS)

Nom de la structure auditée

	DIRECTION	REFERENT QUALITE
Nom		
Fonction		
Adresse électronique		
Téléphone		

Dates proposées en fonction du rétroplanning

A Le,.....

SIGNATURE :



CHOIX DES REFERENCES AU DOS



ANNEXE 4 : CHOIX DATE ET RÉFÉRENCES DE L'AUDIT QUALITÉ

Choix des chapitres/références que vous souhaitez évaluer : Merci de renseigner à l'aide d'une croix les 2 références choisies dans le tableau ci-dessous :

CHAPITRES	REFERENCES	COCHEZ LES 2 REFERENCES EN PLUS DE LA REFERENCE 5
Management stratégique	Référence 1 : La stratégie de l'organisme	
	Référence 2 : Organisation et modalités de pilotage interne	
Management de la qualité et des risques	Référence 3 : Amélioration de la qualité	
	Référence 4 : Gestion des risques	
Gestions des Ressources	Référence 5 : Gestions des Ressources Humaines	X
	Référence 6 : Gestion des Ressources Financière	
	Référence 7 : Gestion des Fonctions Logistiques	
	Référence 8 : Gestion du Système d'Information	
Appui à la coordination de parcours de santé individuels	Référence 9 : Gestion des sollicitations	
	Référence 10 : Information / Orientation des professionnels	
	Référence 11 : Appui à la coordination des parcours complexes	
Appui à l'organisation territoriale des parcours vie / santé	Référence 12 : Participer au développement du maillage partenarial entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire	
	Référence 13 : Contribuer au diagnostic territorial des besoins de l'offre = observatoire parcours	
	Référence 14 : Accompagner les acteurs de proximité dans la consolidation des parcours	

OBLIGATOIRE

ANNEXE 5 : FICHE MÉMO DOCUMENTS À FOURNIR PRÉPARATION AUDIT

Chapitre	Référence	Documents associés
Management stratégique et gouvernance	Référence 1. La stratégie de l'organisme	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Statut /Projet associatif ✓ Charte du réseau ✓ Rapport d'activité ✓ Compte-rendu des Instances, ordre du jour et PV ✓ COM/CPOM
	Référence 2. Organisation et modalité de pilotage interne/gouvernance	<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Règlement intérieur ✓ Tableaux de bords et indicateurs ✓ Comptes-rendus groupes de travail internes <p>Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan de communication ✓ Supports de présentation <p>Relations partenariales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Convention de collaboration / chartes d'engagement
Management de la qualité et gestion des risques	Référence 3. Amélioration de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documents qualité/ gestion des risques ✓ Rapport de visite : rapport des dernières évaluations ✓ Synthèse des QS
	Référence 4. Gestion des risques	



ANNEXE 5 : FICHE MÉMO DOCUMENTS À FOURNIR PRÉPARATION AUDIT

Chapitre	Référence	Documents associés
Gestion des ressources	<p>Référence 5. Gestion des Ressources Humaines Référence 6. Gestion des ressources financières Référence 7. Gestion des fonctions logistiques Référence 8. Gestion du système d'information</p>	<p>Documents RH</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Organigramme ✓ Procédure de recrutement ✓ Livret d'accueil ✓ Parcours d'intégration ✓ Fiches de poste ✓ Grille d'entretien professionnel et procédure ✓ Plan de formation ✓ Questionnaire de satisfaction des salariés ✓ Bilan social ✓ DUERP et plan d'action ✓ Registres de sécurité et d'alerte
Appui à la coordination des parcours de santé individuels	<p>Référence 9. Gestion des sollicitations Référence 10. Information et orientation des professionnels et usagers Référence 11. Appui à la coordination des parcours complexes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procédures / Outils / Protocoles : gestion des appels, des sollicitations, cartographie des ressources, PPCS, recueil des attentes de l'utilisateur, modalités d'évaluation multidimensionnelle, questionnaires de satisfaction, tableaux de suivi ... ✓ CR des réunions collectives pluridisciplinaires ✓ Analyse des questionnaires de satisfaction, plan d'action
Appui à l'organisation territoriale des parcours de santé/vie	<p>Référence 12. Participer au développement du maillage partenarial Référence 13. Observatoire des parcours Référence 14. Accompagner les acteurs dans la consolidation des parcours</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Support de présentation de la structure ✓ Cartographies / annuaires ✓ Convention de collaboration / chartes d'engagement ✓ Procédures / Outils / Protocoles ✓ Parcours ✓ CR GT avec partenaires, projets innovants ✓ Actions dans le cadre de la prévention et la promotion de la santé ✓ Questionnaires de satisfaction partenaires et usagers

ANNEXE 7 : CHECK LIST EN AMONT DE L'AUDIT



CHECK LIST EN AMONT DE L'AUDIT

SUITE AU MAIL DE L'AUDITEUR

Présentation de l'audit et des références pouvant être auditées	
Prendre connaissance de la charte de l'audit	
Choix des références complémentaires à celle obligatoire (référence 5 : RH)	
choix de la date possible	
Envoi du document de synthèse (choix des références et de la date) et de la charte signée à l'auditeur	

PREPARATION DOCUMENTAIRE

Collecte des documents nécessaires en s'appuyant sur le mémo doc	
Envoyer les documents à l'auditeur (📧) respecter la date limite d'envoi)	

PREPARATION D'AUDIT

Vérifications des process et procédures	
Préparation de la communication interne	

COMMUNICATION INTERNE

Affichage du programme co-construit avec l'auditeur	
---	--

LOGISTIQUE

Réserver le(s)salle(s) nécessaire(s)	
Vérifier le matériel (vidéoprojecteur,...)	

ANNEXE 8 : CHECK LIST DE L'AUDIT



CHECK LIST DE L'AUDIT

**EN
AMONT**

Informer /communiquer/impliquer la gouvernance	
Sensibiliser les équipes à la démarche qualité	
Présentation de l'audit à l'équipe en expliquant les buts et les objectifs	
Prise de connaissance du référentiel avec toute l'équipe	
Recueillir les éléments de preuve (analyse de l'existant)	
Sensibilisation du collège des usagers sur les domaines d'activité qui seront audités (inclure les usagers dans la démarche)	
Choix de la date de l'audit	
Méthodologie de l'audit	
Organisation du jour J	
Logistique	

PENDANT

Accueil	
Suivi du programme	
Questions, documents	
Echanges	
Réunion de clôture	

APRES

Restitution aux équipes	
Plan d'action	
Retex interne	