

CMQ M5 - De l'évaluation au pilotage de la démarche qualité - Session 2023-2024

Bienvenue !

Vous entrez dans le **module 5** de la formation "**Chargé de mission qualité en ESSMS**".

Ce module autoformatif nécessite environ **7 heures** de formation que vous pouvez effectuer en **plusieurs sessions** pour une meilleure efficacité.

A la fin de ce module, vous serez capable de :

- Connaître les **démarches obligatoires** dans le processus d'amélioration continue et ses évolutions.
- Connaître leur **cadre réglementaire**.
- Appréhender les **méthodes et outils** d'une démarche de progrès.
- Saisir **les spécificités** de chaque démarche.
- Comprendre **le rôle du chargé de mission qualité** dans ce processus.

POUR RAPPEL

Votre journée de regroupement aura lieu dans quelques jours.

Attention ! Il est important de vous aménager du temps sur cette partie avant le regroupement et de prendre des notes.

En effet, il faut que vous connaissiez les concepts abordés ici pour pouvoir les mettre en pratique ensemble lors du regroupement.

INTRODUCTION

☰ Rappels... ⌚ 5 min

☰ Quiz avant formation ⌚ 10 min


LE PROCESSUS D'AMELIORATION CONTINUE

☰ Comment améliorer le service rendu ? ⌚ 60 min

☰ Quelles sont les démarches d'amélioration ? ⌚ 1h30 min

☰ En résumé ⌚ 15 min

LE PILOTAGE DES DÉMARCHES DE PROGRES

 Quelles sont les étapes d'une démarche de progrès ? ⌚ 60 min


 Quelles sont les spécificités des démarches ? ⌚ 1h30 min

 En résumé ⌚ 15 min


LE RÔLE DU CHARGE DE MISSION QUALITÉ


 Quel est le rôle du charge de mission qualité ? ⌚ 10 min


ACTIVITE - EXERCICE PREPARATOIRE AU REGROUPEMENT

 Qu'avez vous retenu ? ⌚ 30 min

CONCLUSION

 Quiz final

 Pour aller plus loin...

 Vos attentes avant le regroupement

Rappels... 5 min



“Cette partie de **20 minutes** va vous permettre de redécouvrir, si nécessaire, la **prise en main du module** d'autoformation et de **télécharger la fiche** de prise de note.

A l'issue, un **questionnaire d'évaluation** vous est proposé afin de situer vos connaissances en matière d'évaluations et d'amélioration continue de la qualité.”

DEMARRER LE CHAPITRE

Un module d'autoformation à suivre pas à pas.

Avant de rentrer dans le vif du sujet, prenez connaissance de cette vidéo pour comprendre le fonctionnement du module d'autoformation.

Réglez le son de votre appareil à votre convenance puis cliquez sur le bouton lecture pour visionner la vidéo.



CONTINUER

Prendre des notes au cours du module.

Prendre des notes favorise l'attention et la compréhension. C'est aussi une première mémorisation.

Cette fois-ci encore, nous vous recommandons fortement, **pour ce module ainsi que pour le regroupement, d'utiliser le document d'aide à la prise de notes** afin de relever les messages importants, les questions ou incompréhensions et les idées applicables à votre établissement.

Vous pourrez le compléter directement sur l'ordinateur ou l'imprimer et le compléter à la main.

Cliquez sur l'encadré ci-dessous pour télécharger le document word.



Aide à la prise de notes par module.docx
407.8 KB



JE SUIS PRÊT.E À COMMENCER !

Quiz avant formation 🕒 10 min

Testez-vous !

Que connaissez-vous du nouveau dispositif d'évaluation ? Quel est le rôle de la HAS ? Comment rédiger son projet d'établissement ou de service ? Quelle date limite pour signer le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ? Que faire du résultat obtenu de l'ensemble de ces démarches ?



“ Autant de questions auxquelles nous répondrons dans ce module. Mais avant de commencer, nous vous proposons un **questionnaire d'évaluation de 10 questions** afin de vous positionner dans votre formation.”

- L'équipe MQS

Complétez votre nom, prénom et la session qui vous correspond puis cliquez sur suivant. Répondez aux questions en cochant la ou les réponses qui vous semblent correctes puis cliquez sur "Envoyer".



Quiz - Module 5 - Evaluation au pilotage de la DQ (avant module d'auto-formation)

Dates du regroupement : 11 janvier 2024 + Autoformation
1 point par question

[Sign in to Google](#) to save your progress. [Learn more](#)

* Indicates required question

De l'évaluation au pilotage de la démarche qualité.



J'AI DÉJÀ COMPLÉTÉ LE QUIZ ET CLIQUÉ SUR "ENVOYER"



Merci d'avoir répondu à ce questionnaire d'évaluation.

Si vous suivez ce module d'autoformation en **plusieurs séances** de travail, il **n'est pas nécessaire de refaire le quiz pour accéder à nouveau au module.**

Cliquez alors sur le bouton "**J'AI DÉJÀ COMPLÉTÉ LE QUIZ**" et revenez au chapitre où vous vous étiez arrêté.




Complete the content above before moving on.

Comment améliorer le service rendu ? 🕒 60 min



“Ce chapitre de **60 minutes** va vous permettre de comprendre **l'interdépendance des démarches d'amélioration continue de la qualité** et d'en connaître le cadre réglementaire.”

DEMARRER LE CHAPITRE



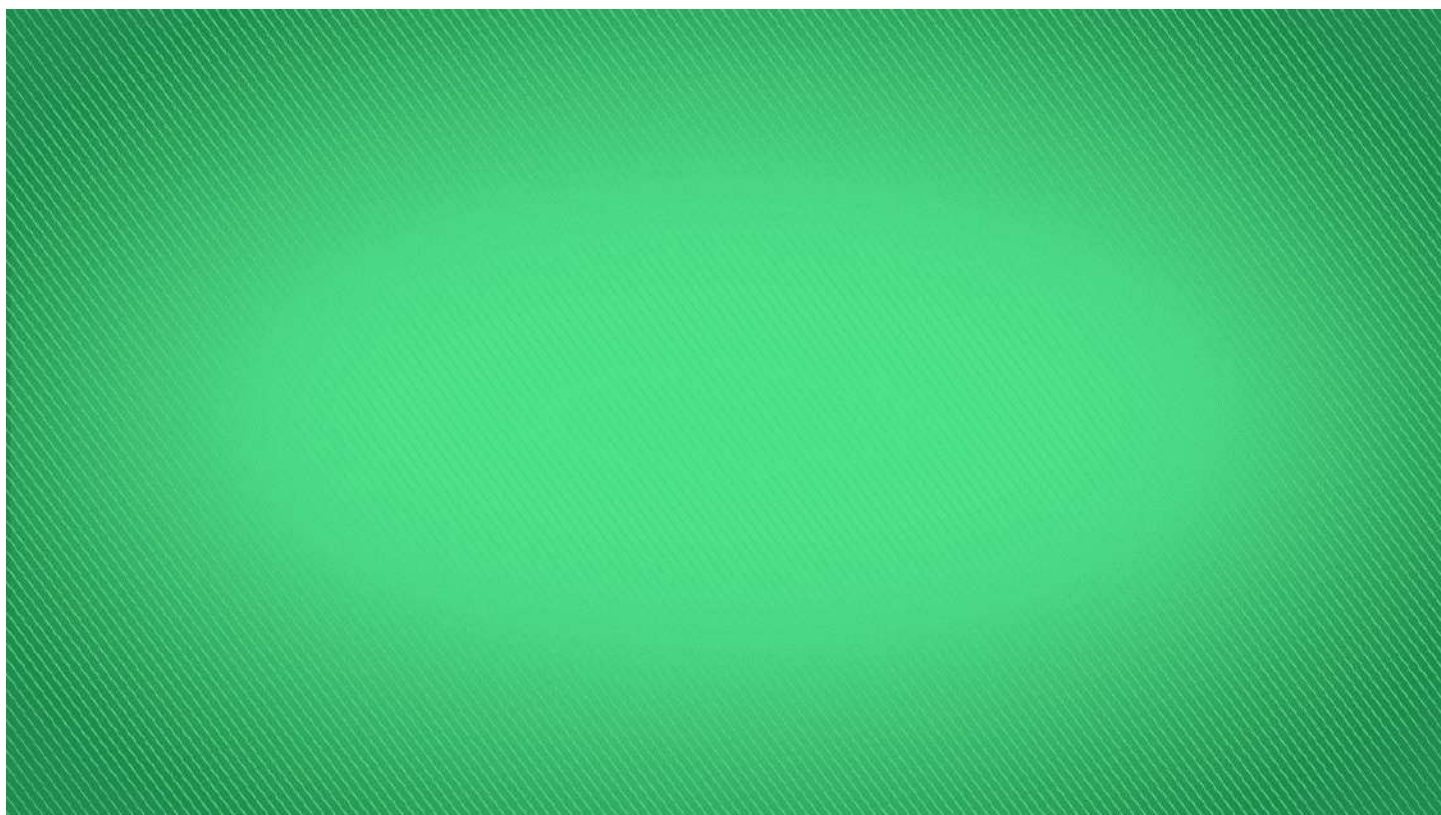
Des démarches souvent interdépendantes...

Projet d'établissement ou de service, évaluations, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sont des **démarches périodiques** organisées dans l'ensemble des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS). Elles ont toutes une **finalité commune, l'amélioration continue** des activités et de la qualité des

prestations proposées. Cette finalité commune crée une **interdépendance entre elles** axée sur un **processus d'amélioration continue en 4 phases** qu'il est important de bien maîtriser.

3 minutes 30 pour comprendre

Cliquez sur le bouton LECTURE au centre de l'écran.



CONTINUER

Faire un arrêt sur image...

La démarche d'évaluation, la démarche de rédaction du projet d'établissement ou de service et la démarche d'élaboration du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sont des **moments privilégiés** basés sur un arrêt sur image. Ce dernier va permettre d'apprécier l'activité et la dynamique de la structure.

Ces démarches tendent à plusieurs objectifs :





travail des professionnels.

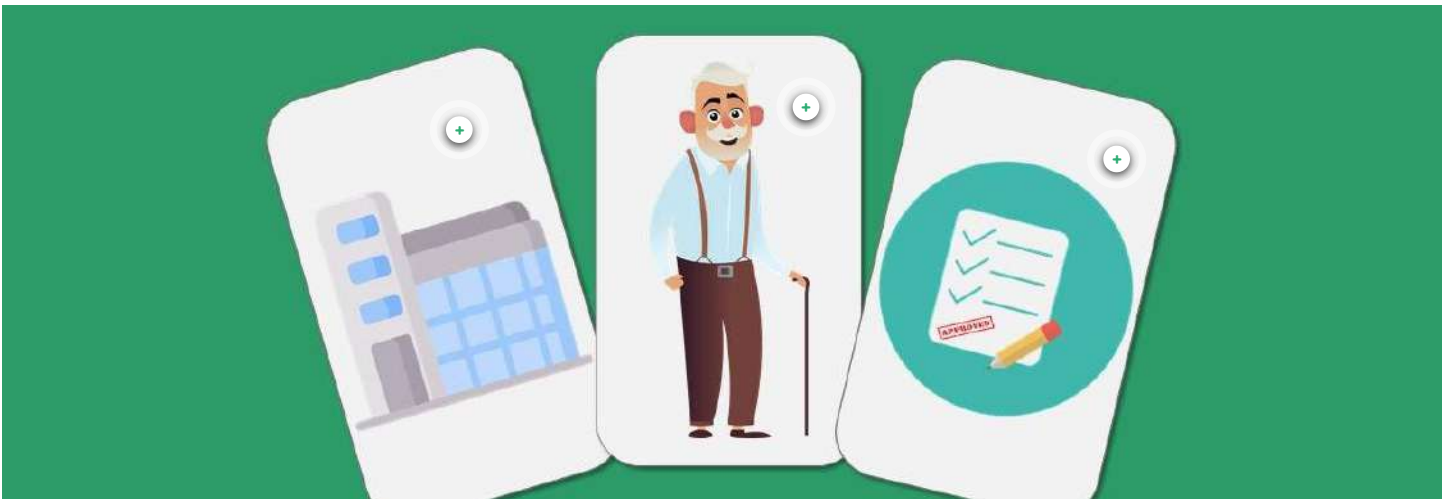


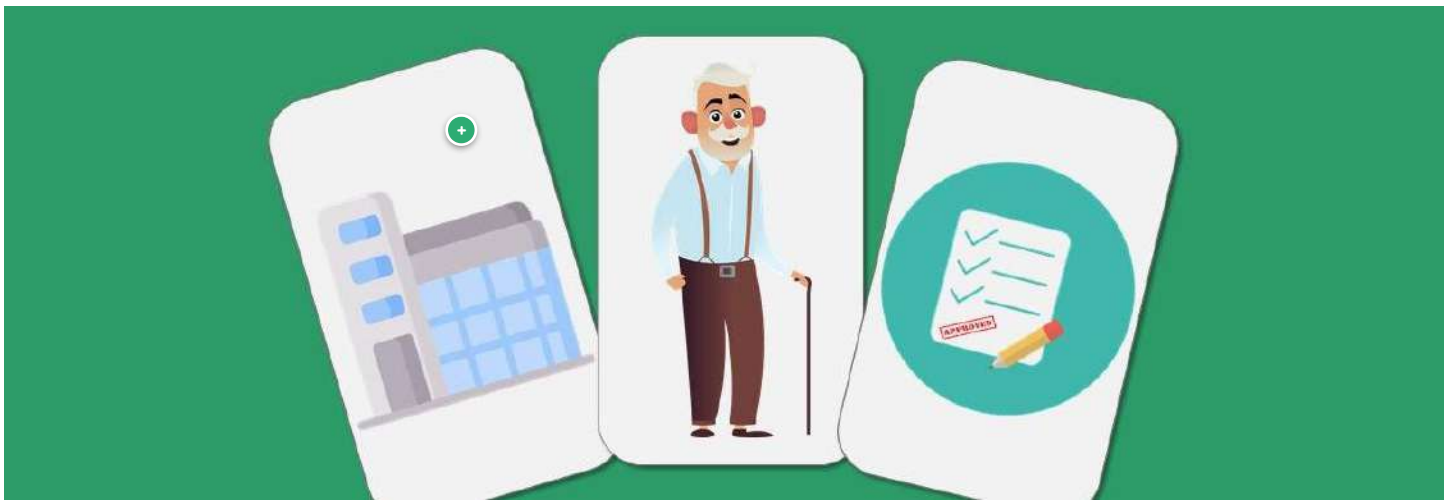
7 du service.



... au profit d'enjeux importants pour tous.

Cliquez sur chaque marqueur pour en savoir plus.

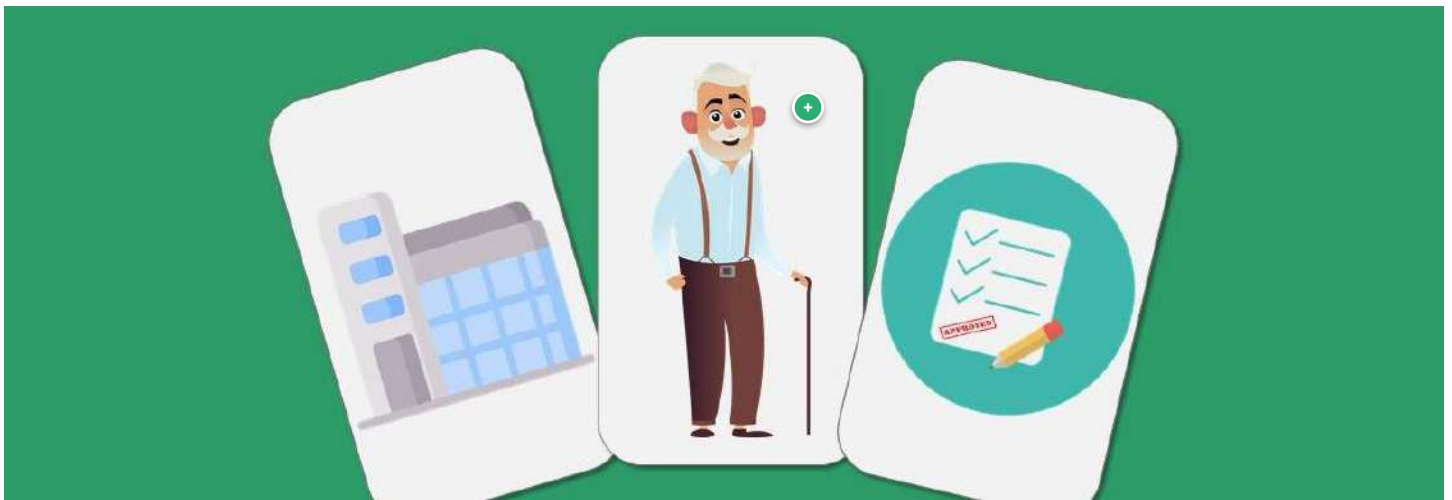




Les structures ESSMS

Pour les structures médico-sociales, les enjeux sont principalement de :

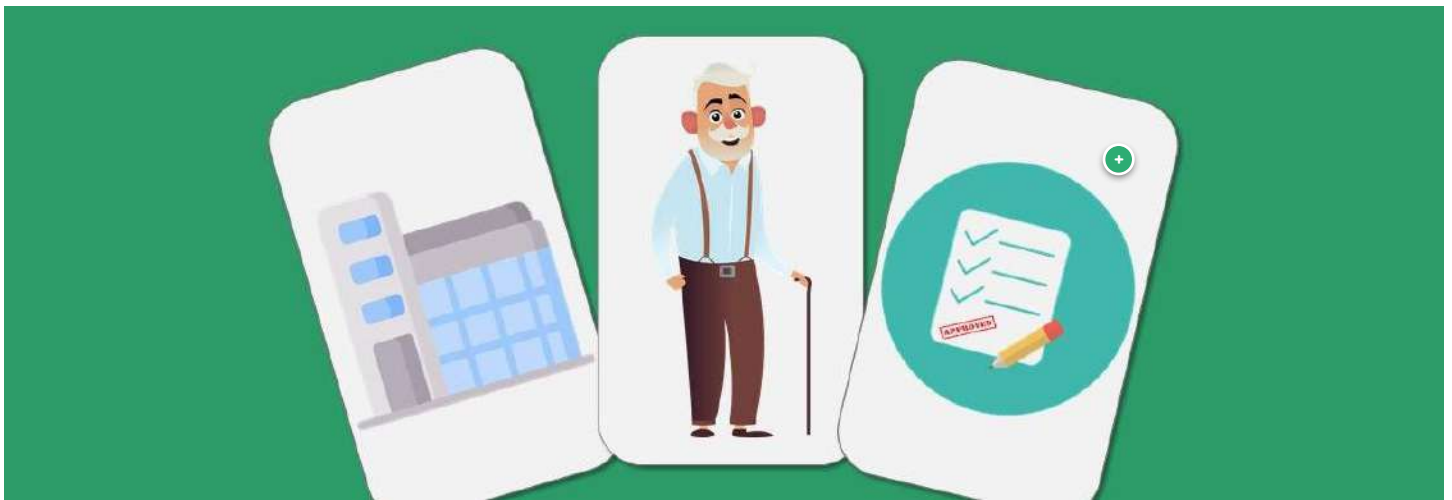
- Poursuivre une **démarche collective et continue d'amélioration** de la qualité du service rendu aux usagers.
- Maintenir un **dialogue en interne et avec les autorités** de tarification et de contrôle.



L'utilisateur

L'utilisateur est évidemment au cœur du dispositif.

L'enjeu le concernant est d'améliorer la **qualité des prestations et de son accompagnement.**



Les autorités administratives

Le processus d'amélioration continue permet aux autorités administratives :

- D'acquérir une **connaissance qualitative de l'offre de services** des structures sociales et médico-sociales.
- De s'assurer du **caractère bienveillant** des pratiques des structures.

CONTINUER

La HAS, le chef d'orchestre du processus d'évaluation

Quelle est son origine ?

Anesm

Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L'ANESM est née de la **volonté des pouvoirs publics** d'accompagner les Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) dans la **mise en œuvre des évaluations**, internes et externes, instituées par la loi du 2 janvier 2002.

Elle est **créée en 2007** par la loi de financement de la sécurité sociale et succède au Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (CNESMS).

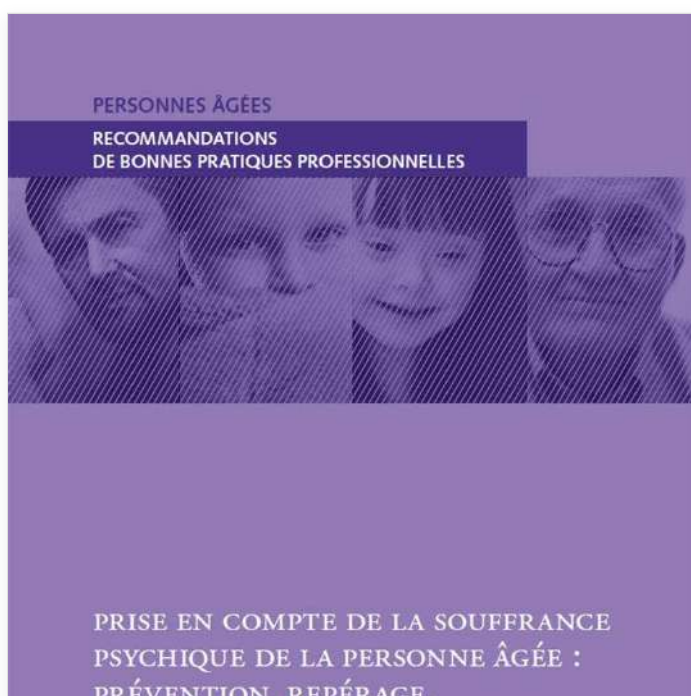
En 2018, l'ANESM est **absorbée** par la Haute Autorité de Santé (**HAS**) qui reprend ses missions.

La promotion des pratiques d'évaluation, la culture de la bientraitance et du bien-être physique, mental et social.

En plus de son rôle central dans le champ sanitaire, la HAS intervient **désormais aussi dans le champ social et médico-social** via sa Commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux (**CSMS**).

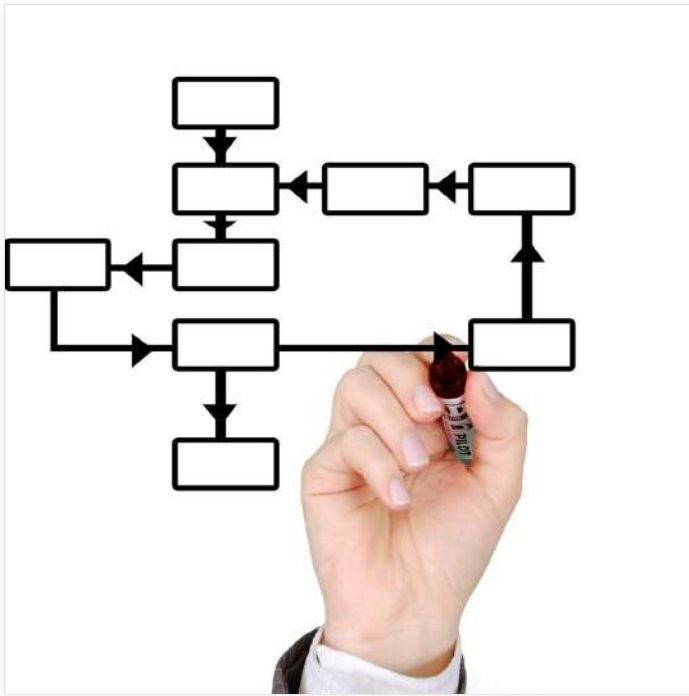
La CSMS a **deux principales missions** :

Cliquez sur chaque carte pour en savoir plus.



Publier des recommandations

Établir et diffuser **les recommandations de bonnes pratiques professionnelles** dans les champs de l'accompagnement des personnes âgées, de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, de la protection de l'enfance et de l'inclusion sociale.



Evaluer les établissements

Élaborer la **procédure d'évaluation de la qualité** des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Les recommandations de **bonnes pratiques professionnelles (RBPP)** pour le secteur social et médico-social sont des propositions développées méthodiquement pour permettre aux professionnels du secteur de **faire évoluer leurs pratiques** afin d'améliorer la qualité des interventions et de l'accompagnement.

i Le défi est donc de proposer aujourd'hui des parcours de santé et de vie centrés sur les besoins de soins et les besoins d'accompagnement des personnes afin de favoriser le « bien-être physique, mental et social » de chacun.

CONTINUER

Le rôle des autorités de tarification et de contrôle

Les établissements et services du secteur sont sous **la compétence**, exclusive ou conjointe, **des autorités de tarification** : **Conseil Départemental (CD)** et **Agence Régionale de Santé (ARS)**, .

Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont pour mission d'**organiser le système de soins en région**. Elles coordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes (secteur médico-social). L'enjeu est de garantir une **répartition plus juste des équipements sur l'ensemble du territoire**. Les agences régionales de santé travaillent avec leurs partenaires : la CNSA, les préfets, **les conseils départementaux**, les professionnels du secteur, les usagers, les associations... **Leur rôle est d'organiser et de simplifier le secteur**.

Les gestionnaires d'établissements ou de service sont en lien avec les autorités de contrôles et de tarification notamment **dans la mise en place de leur CPOM.**

CONTINUER

Focus

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

L'HAS définit des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Selon vous, quelles sont leurs caractéristiques ?

Cliquez sur les propositions qui vous semblent correctes.

- Ce sont des outils de réflexion et d'évaluation.
- Ce sont des dispositions réglementaires.
- Ces sont des repères flexibles et évolutifs.
- Ce sont des règles inflexibles et définitives.

SUBMIT

CONTINUER

Des outils majeurs de la qualité

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont **les outils majeurs** au service de la démarche d'amélioration continue. Elles représentent, en effet, **des guides définissant les repères, les objectifs** vers lesquels les établissements et les services peuvent tendre pour apporter un service de qualité.

Un outil fortement recommandé

LA HAS précise que « *les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont des repères, des orientations, des pistes d'actions destinés à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques pour améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers et de mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne.* » Les RBPP ne constituent **pas des dispositions réglementaires**. Elles sont les repères et bases de travail des professionnels. Chaque ESSMS peut se les approprier en fonction des réalités de son environnement.

Un outil de réflexion évolutif

Les recommandations constituent des outils pour la réflexion, l'action et l'évaluation des structures médico-sociales. Ces recommandations sont **évolutives** : elle exposent les règles de l'art qui font consensus **à un moment donné**. Ainsi, il est précisé qu'une « *pratique n'est pas bonne dans l'absolu. Elle l'est par rapport à un objectif à atteindre, dans un contexte donné et à un moment donné, en fonction des connaissances existantes.* »

Et un large champ d'application !

Les recommandations de bonnes pratiques s'appliquent à tous les secteurs sociaux et médico-sociaux, identifiables grâce à un code couleur spécifique:

- **Personnes handicapées**
- **Personnes âgées**
- **Protection de l'enfance**
- **Inclusion sociale**
- **Recommandations tous secteurs**



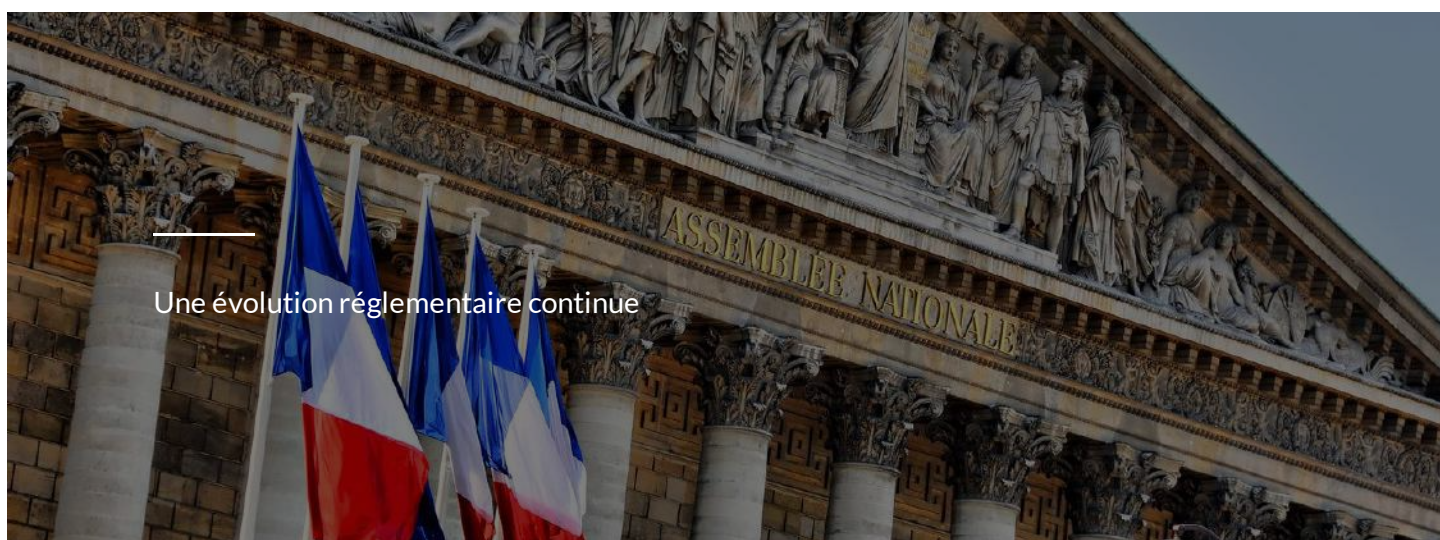
Cliquez sur l'image pour agrandir

Un petit tour sur leur site ?

Vous y retrouverez les publications de recommandations de bonnes pratiques professionnelles du secteur social et médico-social.

CLIQUEZ ICI

CONTINUER



Une évolution réglementaire continue

En bref...

Quelles sont les grandes étapes qui ont construit le dispositif d'amélioration continue dans les structures médico-sociales ? Pour le découvrir en 2 minutes, cliquez sur chaque marqueur de la chronologie.





2002 Définition du cadre

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale définit le cadre de :

- L'évaluation interne et externe.
- Le projet d'établissement.



2009 Les précisions de la Loi HPST

La Loi du 21 juillet 2009 Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) dite " Loi Bachelot" apporte :

- Les précisions du cadre de l'évaluation interne.
- La définition du calendrier de l'évaluation externe.
- La création des ARS.



2016 Impact sur le CPOM

- **Deux lois** : la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (**ASV**) et la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2016 (**LFSS**)
- **Généralisation des CPOM** aux secteurs du handicap et de la personne âgée.



2019 La refonte des évaluations

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé annonce une refonte des évaluations.

- Disparition des évaluations externes et internes.
- Création du « dispositif d'évaluation ».

CONTINUER

Le cadre par la Loi 2002-2

La Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 a permis d'inscrire les ESSMS dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations et des activités délivrées en lui donnant un **cadre**. Il est important d'en retenir les **trois points** principaux.

1

La Loi 2002-2 fixe le cadre de la rénovation de l'action sociale et médico-sociale notamment en faisant **la promotion des droits des usagers** comme les **droits fondamentaux** des personnes, de leur entourage et de leur famille.

2

Elle généralise l'obligation de **formaliser un projet d'établissement ou de service** comme **l'un des sept outils** de mise en œuvre de ces droits.

3

La Loi 2002-2 introduit l'obligation de réaliser une évaluation en demandant aux structures de **rendre compte de la qualité** des prestations délivrées et de leur efficacité au travers **d'évaluation interne et d'évaluation externe**.

CONTINUER

Les décrets d'application...parfois tardifs

Il est important de savoir que ce sont **les décrets d'application** des lois qui permettent de fixer précisément **les modalités et les conditions d'organisation** des lignes directrices établies par les lois. Ils peuvent parfois être publiés avec un décalage dans le temps important par rapport à l'entrée

en vigueur de la loi.

Ainsi, le **décret d'application de la Loi de 2002**, traitant des **évaluations externes** et paru le 15 mai **2007**, a permis de définir le processus d'évaluation externe. Il a **fixé le cahier des charges** pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

CONTINUER

Les précisions de la Loi de 2009

La Loi du 21 juillet 2009 Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) dite " Loi Bachelot" est venue préciser quelques éléments du processus de l'amélioration continue et notamment la mise en place du **calendrier de l'évaluation externe**.

Elle réaffirmait par ailleurs **l'obligation d'évaluation** et précise le **socle de références** sur lequel doivent s'appuyer les **évaluations internes des ESSMS**.

Ainsi, la Loi dispose qu'ils « *procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de **procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles** validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'ANESM. Les **résultats des évaluations** sont **communiqués à l'autorité** ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services **rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret.*** »



Enfin, l'innovation principale de la loi Bachelot est la **création des Agences Régionales de Santé (ARS)**. Ces nouvelles instances sont prévues pour **décliner à l'échelon régional** les objectifs de la politique nationale de santé.

CONTINUER

L'impact des Lois de 2016

Votées à la fin de l'année 2015, la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (**ASV**) et la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2016 (**LFSS**) introduisent d'importantes réformes. Celles-ci **généralisent la contractualisation pluriannuelle** entre les autorités de tarification et les gestionnaires d'établissements et services **accueillant des personnes âgées dépendantes (ex-conventions tripartites) ou des personnes en situation de handicap**.

La négociation de l'ensemble de ces **CPOM** devait avoir **lieu entre 2017 et 2021**. Sur les deux secteurs, la généralisation des CPOM, dans la lignée des conventions tripartites ou des CPOM préexistants, a vocation à **poursuivre l'amélioration de la qualité** de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes hébergées ou accueillies.



Suite au retard pris durant la crise sanitaire, l'instruction ministérielle du 16 novembre 2021 prévoit un décalage de calendrier de la contractualisation jusqu'au 31 décembre 2024.

Pour le secteur de la personne âgée

La réforme touche la contractualisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (**EHPAD**) et des Petites Unités de Vie (**PUV**). En effet, l'article 58 de la Loi ASV rénove cette contractualisation en **substituant le CPOM à l'ancienne Convention Tripartite Pluriannuelle (CTP)** qui prévalait jusqu'alors en EHPAD.

Pour le secteur du handicap

L'article 75 de la loi LFSS pour 2016 prévoit que **les établissements et services du secteur personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS** ainsi que les Services de Soins Infirmiers à Domicile (**SSIAD**) et les Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile (**SPASAD**) **doivent signer un CPOM**. Cette contractualisation s'inscrit dans une réforme plus générale qui comprend la mise en place de **l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)** et des travaux pour une **adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées (SERAFIN-PH)**.

CONTINUER

La loi du 24 juillet 2019

L'annonce de la fin des évaluations internes et externes

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a fait évoluer les missions de la HAS. Elle lui a confié la responsabilité d'élaborer :

- Une **nouvelle procédure d'évaluation nationale**, commune à tous les ESSMS.
- Un nouveau cahier des charges fixant les **exigences requises pour devenir un organisme autorisé à réaliser ces évaluations**.

En **novembre 2019**, la HAS a donc engagé **les travaux d'élaboration** du premier **référentiel national de la qualité des ESSMS** en commençant par en définir les enjeux et valeurs.

Cliquez sur chaque carte pour en savoir plus.



Trois enjeux sont visés dans le développement du nouveau dispositif d'évaluation :

1. Permettre à la personne d'être **actrice** de son parcours.
2. Renforcer la **dynamique qualité** au sein des établissements et services.
3. Promouvoir une **démarche porteuse de sens** pour les ESSMS et leurs professionnels.



Quatre valeurs fondamentales sont portées par le référentiel d'évaluation de la qualité :

1. Le **pouvoir d'agir** de la personne
2. Le **respect** des droits fondamentaux
3. L'approche **inclusive** des accompagnements
4. La réflexion **éthique** des professionnels

Pour résumer, le **dispositif d'évaluation** permet :

- La **valorisation des démarches** mises en œuvre par les ESSMS pour améliorer la qualité des accompagnements,
- Dans une **approche centrée sur la personne**, dans le respect de ses droits.

- Grâce à la **personnalisation** de son **projet d'accompagnement**.
- En **mobilisant tous les moyens et ressources** pour permettre la **fluidité et la continuité** de son parcours.

CONTINUER

Le calendrier des nouvelles évaluations de la qualité

Un décret a été publié le 12 novembre 2021 fixant le rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et leurs **modalités de publication**. Le décret prévoit la **publication chaque année d'un arrêté de programmation** pris par la ou les autorité(s) en charge de l'autorisation.

Selon le décret, **les premières programmations** devaient être établies **au plus tard le 1er juillet 2022** par l'autorité compétente, pour la **période allant du 1er juillet 2023 au 31 décembre 2027...**

Par décret une **période transitoire a été mise en place pour** les ESSMS dont l'autorisation a **été délivrée entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2008** qui avaient jusqu'au **30 juin 2023** pour transmettre les résultats de leurs évaluations en respectant le nouveau cadre qui s'impose, et notamment en s'appuyant sur le référentiel.

Le rythme et le calendrier de l'évaluation

Décret du 26/04/2022 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESSMS

- Une évaluation tous les 5 ans
- Une programmation pluriannuelle arrêtée par les autorités de tarification et de contrôle
- Le 1er cycle d'évaluation :



Avec le nouveau rythme des évaluations posé par le **décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021** modifié, ce n'est **désormais plus la date de l'autorisation de l'ESSMS ou de son renouvellement qui est prise en compte comme référence pour déterminer les échéances** des évaluations. Le nouveau calendrier repose sur **une programmation des échéances de transmission des rapports d'évaluation de la qualité des ESSMS arrêtée par les autorités compétentes** afin d'éviter la concentration des transmissions des résultats d'évaluation sur des périodes resserrées, notamment en vue du renouvellement des autorisations.

Par exemple :

- l'arrêté de programmation publié le 31 décembre 2024 portera sur la période du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2029 ;
- l'arrêté de programmation publié le 31 décembre 2026 portera sur la période du 1er janvier 2027 au 31 décembre 2031.

L'objectif est d'aboutir à un dispositif plus souple et plus simple, permettant de lisser la transmission des rapports d'évaluation afin notamment de favoriser le dialogue entre les ESSMS et leurs autorités de tarification (ATC), et **de renforcer la cohérence des dispositifs au sein du secteur social et médico-social.**

L'articulation entre programmation CPOM et programmation des échéances de transmission des rapports d'évaluation...

Dans un objectif de cohérence calendaire, il vous est demandé de prendre en compte dans la programmation les cas suivants :

1

Si le CPOM signé prévoit la date d'évaluation du/des structure(s) : il convient de laisser **un délai d'un an** entre cette date et l'échéance de transmission du rapport d'évaluation

2

Si le CPOM signé ne prévoit pas la date d'évaluation : il est recommandé **de tenir compte de la date de renouvellement du CPOM afin que le rapport d'évaluation puisse contribuer au bilan du CPOM.**

3

De la même manière, dans la perspective de la conclusion d'un CPOM, un rapport d'évaluation peut être programmé en amont, pendant la période de diagnostic CPOM, afin d'enrichir les négociations contractuelles.

CONTINUER

A vous de jouer !

Qu'avez-vous retenu ?

Chronologie législative

Voici quatre propositions législatives dans la démarche d'amélioration continue. Pouvez-vous leur réattribuer la loi qui les a fixées ?

Cliquez et faites glisser chaque pastille verte à l'emplacement qui vous semble correct puis validez

Précision du cadre de l'évaluation interne et création des ARS

Création du dispositif d'évaluation unique et fin des évaluations interne et externe.

Inscription des ESSMS dans la démarche d'amélioration continue.

Généralisation du CPOM aux secteurs de la personne âgée et du handicap.

Loi de 2002

Loi de 2009

Lois de 2016

Loi de 2019

Valider

FAIRE UNE PAUSE OU PASSER AU CHAPITRE SUIVANT

Quelles sont les démarches d'amélioration ? 🕒 1h30 min



“A l'issue de ce chapitre de **90 minutes**, vous serez capable de **définir les différentes démarches d'amélioration** de la qualité du secteur médico-social.”

DEMARRER LE CHAPITRE

A chaque démarche, son contexte

En bref...

Quel est l'intérêt d'un projet d'établissement ? Pour le savoir en 2 minutes, lisez cet article tiré du *Mensuel des Maisons de Retraite*...Et qui vaut pour tous ESSMS !

 **Fiche technique le bon moment pour un PE.pdf**
293.6 KB 

CONTINUER

Le projet d'établissement ou de service est un **document** qui permet de positionner l'établissement ou le service dans son **environnement institutionnel** et sur son territoire.


*Cliquez sur **chaque** onglet pour en savoir plus.*

ORIGINES	DÉFINITION	SES OBJECTIFS
<p>Né en 1991 dans le secteur sanitaire, le projet d'établissement définissait, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement.</p> <p>Dans le secteur médico-social, il existait le "projet institutionnel" depuis 1999 dans les EHPAD. Mais, c'est en 2002 que le terme de projet d'établissement ou de service est introduit pour l'ensemble des ESSMS.</p>		

ORIGINES	DÉFINITION	SES OBJECTIFS
<p>Ce document permet de poser les principes d'action, les orientations stratégiques pour les cinq ans à venir, les repères qui permettent d'être réactifs quand des changements extérieurs interviennent.</p> <p>C'est l'outil au travers duquel, l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none">• Décline et formalise sa politique, sa stratégie et ses projets sur 5 ans avec un niveau de détails suffisant pour les piloter.• Quantifie les moyens et ressources nécessaires à leur mise en œuvre.• Prévoit l'évaluation annuelle de leur état d'avancement.• Garantit les droits des usagers en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure. <p>Produit et diffusé, c'est un aussi un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires. C'est un document évolutif car suivi et révisé régulièrement.</p>		

--	--	--

ORIGINES	DÉFINITION	SES OBJECTIFS
<p>Le projet est d'abord une dynamique tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes.</p> <p>Cette dynamique se retrouve dans les trois dimensions du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimension descriptive : la description du positionnement institutionnel est attendue. Il faut relever les faits marquants et ce qui valorise les organisations et l'accompagnement des usagers. Cette description propose des repères et donne une dimension intégratrice pour les professionnels. • Dimension projective : il s'agit de projeter dans l'avenir ce qui n'existe pas encore mais paraît être une évolution souhaitable, une ambition réaliste. Elle peut porter sur l'évolution du public accueilli, l'évolution des missions, des compétences et des coopérations par exemple. • Dimension stratégique : c'est la conception du chemin à parcourir pour aboutir au but recherché, en précisant les moyens à mettre en œuvre, les étapes à respecter, dans une démarche de projet. 		


 Veuillez lire les trois onglets ci-dessus avant de poursuivre.


Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Cliquez sur **chaque onglet** pour en savoir plus.

ORIGINES	DÉFINITION	SES OBJECTIFS
<p>Depuis 2016, il remplace les Conventions Tripartites Pluriannuelles (CTP) pour les EHPAD et devient obligatoire pour les Petites Unités de Vie (PUV) et les établissements d'accueil de jour autonomes.</p> <p>Le CPOM est généralisé dans le secteur des personnes handicapées où il était jusque là facultatif. Ainsi, les établissements et services du secteur des personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS doivent signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'agence et le président du conseil départemental. Dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements sanitaires et médico-sociaux (ESMS), l'objectif est d'établir une relation plus étroite entre l'allocation des ressources et l'accompagnement des parcours des personnes handicapées. Depuis le 1er janvier 2017, les Ehpads et une majeure partie des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées peuvent signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et utiliser un nouveau document budgétaire dénommé "état des prévisions de recettes et de dépenses" (EPRD).</p>		

ORIGINES	DÉFINITION	SES OBJECTIFS
<p>Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle prévue aux II et III de l'article L. 314-7. Ce contrat peut concerner plusieurs établissements et services relevant d'un même organisme gestionnaire.</p> <p>Mais, il n'est pas qu'un outil budgétaire et comptable, il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'un contrat entre au moins deux parties • Pluriannuel de 5 ans • Sur des objectifs à atteindre • A l'appui des ressources humaines et financières mobilisables. 		

ORIGINES	DÉFINITION	SES OBJECTIFS
<p>Le CPOM est un document stratégique de pilotage interne qui constitue un levier de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accompagnement dans le cadre d'une dimension pluriannuelle favorable à la gestion de projets. Il décline les objectifs du Projet Régional de Santé (PRS) et des schémas départementaux tout en permettant une autonomie accrue des organismes gestionnaires.</p> <p>NB: La crise sanitaire a ralenti le déploiement de cette réforme contractuelle en reportant à 2024 la totalité de la mise en œuvre des CPOM.</p>		


 Veuillez lire les trois onglets ci-dessus avant de poursuivre.

— Qui est concerné ?

Les Lois relatives à l'adaptation de la société au vieillissement et de financement de la sécurité sociale pour 2016 **renforcent cette obligation de signature de contrats pluriannuels d'objectifs de moyens (CPOM)** en l'étendant à **l'ensemble des gestionnaires de structures médico-sociales d'ici 2024**. Sont concernés par l'extension :

- Les instituts médicoéducatifs (au sens large du terme : IME, IEM...).
- Les instituts thérapeutiques éducatifs-pédagogiques (ITEP)
- Les centres d'accueil familiaux spécialisés (CAFS).
- Les jardins d'accueil spécialisés et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).
- Les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU).

- Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).
- Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).
- Les centres de rééducation professionnelle (CRP).
- Les centres de pré-orientation (CPO).
- Les maisons d'accueil spécialisées (MAS).
- Les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).
- Les établissements d'hébergement temporaire du secteur des personnes en situation de handicap sont également concernés, ainsi que les SSIAD, qu'ils interviennent auprès de personnes âgées ou de personnes handicapées.

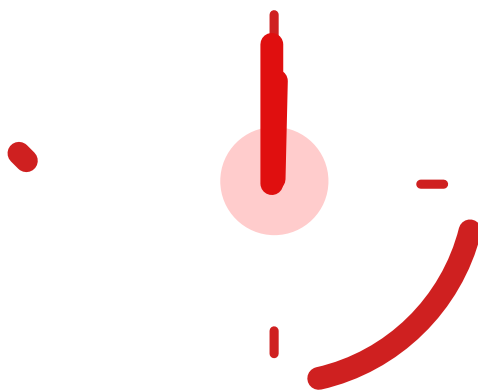
CONTINUER

3

L'évaluation

Le nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS est mis en place à travers la nouvelle procédure d'évaluation HAS. Avant ce dispositif, **deux évaluations**, imposées par la loi du 2 janvier 2002, **coexistaient**. Ce n'est plus le cas désormais...

*Cliquez sur **chaque** onglet pour en savoir plus...et remonter le temps !*



ÉVALUATION EXTERNE ET INTERNE

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

La Loi du 2/01/2002 demandait aux ESSMS de **rendre compte de la qualité** des prestations délivrées et de leur efficacité au travers de :

- **L'évaluation interne**, était conduite par l'établissement ou le service lui-même **tous les 5 ans**, qui analysait les **processus** mis en œuvre, **l'organisation et les effets des actions** pour les personnes accompagnées. À l'issue de ce diagnostic, les points à valoriser et les éléments d'amélioration étaient précisés permettant l'élaboration d'un **plan d'amélioration continue de la qualité** de l'accompagnement.
- **L'évaluation externe** était réalisée par un **organisme extérieur habilité**, tous les **7 ans**, dont les résultats conditionnaient les modalités de renouvellement de l'autorisation tous les 15 ans. Elle venait **évaluer les conditions de la mise en œuvre** de l'évaluation interne et les **actions d'amélioration déployées**.

Les champs des évaluations externes et internes étaient les mêmes afin d'assurer la **complémentarité des analyses** et de fait, pouvoir **apprécier les évolutions et les effets** des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

ÉVALUATION EXTERNE ET INTERNE

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

L'utilité du processus d'évaluation interne et externe était plébiscitée **par 87% des ARS et 78% des services au niveau local.** (*Source : Blog QHSE*)

Cependant, le dispositif présentait plusieurs difficultés :

- La **complexité d'exploitation** des rapports d'évaluation externe : un nombre important d'établissements et de services étaient concernés au même moment et pour une même date butoir, ce qui posait problème en termes de gestion pour les autorités.
- L'**hétérogénéité des référentiels d'évaluation** utilisés par les structures médico-sociales ne permettaient pas d'identifier des axes d'effort communs à un territoire ou une catégorie d'établissements ou de services.
- Aussi, les autorités semblaient avoir des **difficultés à mesurer l'évolution** de la qualité de l'offre, faute d'indicateurs suffisamment robustes et partagés.
- Les **petites unités** étaient plus particulièrement en **difficulté** car ces dernières ne pouvaient s'appuyer sur une structure solide (groupe ou fédération) **pour organiser la démarche** (problèmes de moyens, d'effectifs...).

La nouvelle procédure mise en place apporte une réponse à ces difficultés et notamment, une meilleure analyse des résultats d'évaluation transmis aux autorités.



Veillez lire les deux onglets ci-dessus avant de poursuivre.

Le nouveau dispositif d'évaluation... prêts pour le décollage ?

Ce nouveau dispositif vise à favoriser une démarche continue d'amélioration de la qualité dans les ESSMS, c'est pourquoi il supprime la référence aux évaluations internes et externes. Il se rapproche **de la démarche de certification du secteur sanitaire** par sa **méthode** et les **outils** employés.

Cliquez sur **chaque onglet** pour en savoir plus.

ORIGINES


DÉFINITION

OBJECTIFS

Issue de la **Loi du 24 juillet 2019**, l'évaluation correspond à la volonté des pouvoirs publics de renforcer la dynamique d'évaluation continue, de maintenir les structures médico-sociales dans une **recherche perpétuelle d'amélioration de leurs pratiques**.

ORIGINES	DÉFINITION	OBJECTIFS
<p>Le nouveau dispositif d'évaluation construit par la HAS, s'appuie désormais sur un référentiel national commun à tous les ESSMS centré sur la personne accompagnée. C'est le socle du dispositif d'évaluation. Il répertorie les exigences à satisfaire par l'ESSMS et les éléments nécessaires à leur évaluation.</p> <p>Dans sa mise en œuvre, il s'agira</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les établissements, de s'appuyer sur le référentiel pour réaliser leurs auto-évaluations de manière autonome et de s'en servir comme l'outil de pilotage de leur démarche d'amélioration continue de la qualité. <i>A lire dans la rubrique "Pour aller plus loin"... l'article hospimédia du 6/12/2022 "De nombreux établissements médico-sociaux se sont déjà lancés dans l'auto-évaluation"...témoignage de Véronique Ghadi, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social à la HAS.</i> • Pour les organismes habilités par la HAS, de réaliser la visite d'évaluation de l'établissement sur la base de ce nouveau cahier des charges. 		

ORIGINES	DÉFINITION	OBJECTIFS
<p>Cette nouvelle procédure cherche à harmoniser les pratiques afin d'atteindre deux objectifs principaux :</p> <p>1. Homogénéiser le référentiel L'objectif principal est d'avoir un référentiel unique et synthétique qui fera référence aux recommandations des bonnes pratiques.</p> <p>2. Faciliter la gestion des autorités La forme du rapport d'évaluation ainsi que le calendrier des évaluations sont revus dans le but de faciliter la gestion par les autorités.</p>		

 Veuillez lire les trois onglets ci-dessus avant de poursuivre.

Les nouvelles modalités du dispositif

- 1 Il s'agit d'une **démarche continue** pour les établissements et services. Les **évaluations internes disparaissent** au profit d'une évaluation continue des pratiques dont les résultats seraient à **démontrer auprès des Autorités de Tarification et de Contrôle et de l'HAS** dans les rapports d'activité annuelle des établissements.
- 2 Une périodicité **des évaluations plus courte**. Les évaluations par un tiers passent d'une périodicité **de 7 ans à 5 ans**. Cette nouvelle fréquence permettra de réinterroger de manière plus régulière les pratiques et les organisations. L'évaluation s'articulera alors tous les 5 ans avec l'actualisation des CPOM et des projets d'établissement.
- 3 Trois **méthodes d'évaluation au cœur des accompagnements** communes à tous les ESSMS sont mises en place afin d'évaluer les pratiques et les organisations, au plus proche du terrain : **l'accompagné traceur, l'audit système**

et le traceur ciblé. Des observations et l'analyse documentaire viendront compléter l'évaluation de chaque critère.

4

La publication en mars 2022 d'un nouveau **référentiel national commun** et d'**un manuel d'évaluation de la qualité associé**. Ce dernier répertorie dans des fiches critères les exigences à satisfaire par l'ESSMS et les éléments nécessaires à leur évaluation. Ce référentiel sera utilisé à la fois :

- **par les ESSMS**, pour **réaliser des auto-évaluations** de manière autonome contribuant ainsi à poursuivre la dynamique d'amélioration continue de la qualité à l'instar des anciennes évaluations internes avec davantage de régularité.
- **par les organismes évaluateurs**, comme outil de référence dans la conduite de **la visite d'évaluation**.

5

Les résultats de l'évaluation doivent toujours être **transmis à l'autorité de tarification et de contrôle** mais également à la **HAS**.

L'ESSMS doit assurer une **plus large diffusion interne** du rapport d'évaluation et notamment auprès de **l'instance délibérante, de l'instance de représentation des personnels et du conseil de la vie sociale**. Il faudra alors envisager une traduction de ce rapport sous forme de synthèse adaptée à chaque public.

A l'instar du secteur sanitaire, les résultats de l'évaluation feront également l'objet d'une **diffusion publique**, selon les modalités fixées par un décret à venir.

6

Les auto-évaluations ne sont plus obligatoires, elles contribuent à **préparer les structures à la réalisation de leurs évaluations et à la démarche d'amélioration continue de la qualité**. Les résultats de l'autoévaluation ne sont **pas transmis** en tant que tels aux ATC. Lorsqu'elle est réalisée, l'auto-évaluation est **mentionnée dans le rapport annuel d'activité (RAA)** que les ESSMS adressent à leur(s) ATC (art. D. 312-203 du CASF). Celui-ci comporte notamment les avancées du plan d'amélioration continue de la qualité (PAQ) mis en œuvre par la structure.

CONTINUER

Zoom sur les organismes habilités

La loi a confié à la HAS le soin d'élaborer un nouveau cahier des charges de l'habilitation des organismes chargés de mener les évaluations dans les ESSMS.

Le décret n°2022-742 du 28 avril 2022, relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des ESSMS, introduit l'accréditation des organismes dans les conditions fixées **par la norme 17020 et par le cahier des charges élaboré par la HAS** relatif aux exigences spécifiques, complémentaires à la norme d'accréditation.

Les organismes habilités seront **sélectionnés selon des critères de compétences et de qualification** : ils devront être accrédités **COFRAC** en amont de l'habilitation.

L'habilitation aura une **durée déterminée** et les contrôles des organismes habilités seront renforcés.

Les organismes habilités **s'engageront à utiliser les méthodes et les outils** de la HAS.

Zoom sur la visite d'évaluation

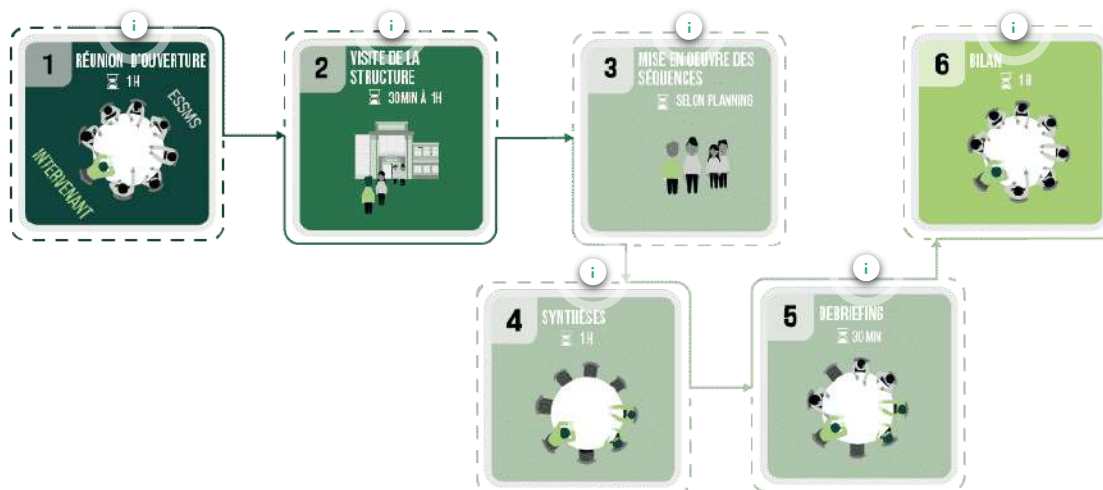
L'évaluation par l'organisme habilité s'appelle **visite d'évaluation** et se compose de grandes étapes dont la planification est définie conjointement par l'établissement et l'organisme habilité. La HAS parle de **séquences**.

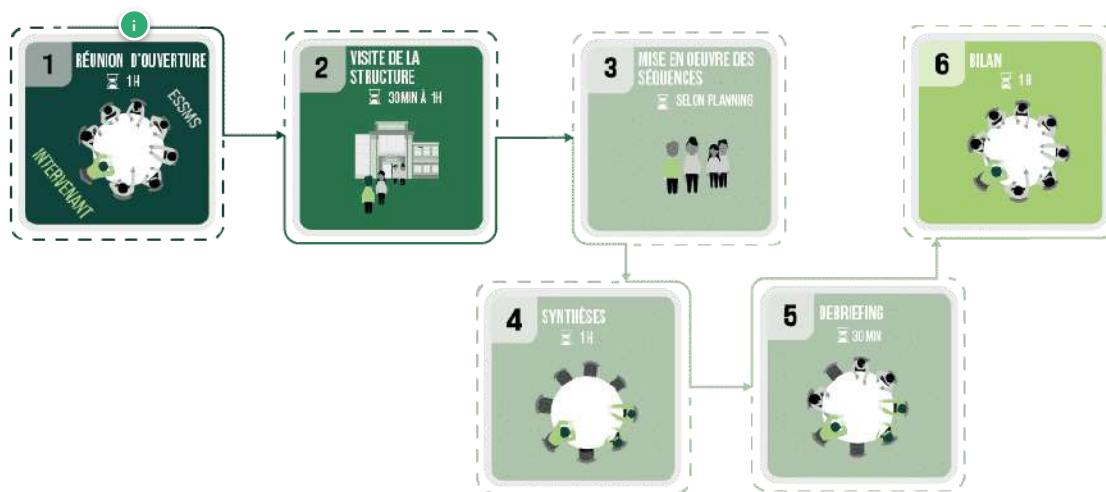
Pour rappel, les évaluations de la qualité des ESSMS ne sont pas des missions d'inspection ou de contrôle, ni des contrôles de conformité aux normes.

On distingue :

- Des séquences **organisationnelles**, séquences communes à toute visite d'évaluation, représentées par les étapes 1, 2, 5 et 6 sur l'illustration ci-dessous.
- Des séquences **d'investigations**, représentées par les étapes 3 et 4, pendant lesquelles sont réalisés les **entretiens** sur la base des critères et des méthodes d'évaluation définies, les **consultations documentaires** et les **observations**.

Cliquez sur chaque pastille pour en savoir plus.



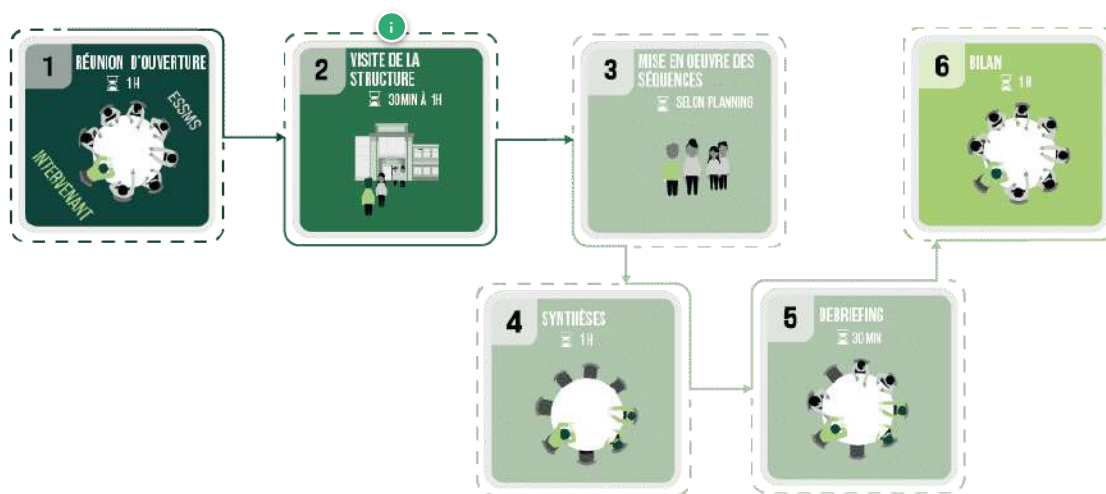


La réunion d'ouverture

Cette réunion a lieu évidemment le **premier jour de la visite** et rassemble **les intervenants** de l'organisme habilité et pour l'ESSMS, les **membres de la gouvernance, l'encadrement** et **toute personne** que l'établissement souhaite associer.

L'objectif pour l'organisme est de rappeler **les enjeux** de la visite et de **fixer l'organisation** des plannings et de la visite.

Pour l'ESSMS, ce temps permettra de **présenter la structure** et les modalités d'**accès à la documentation** notamment.



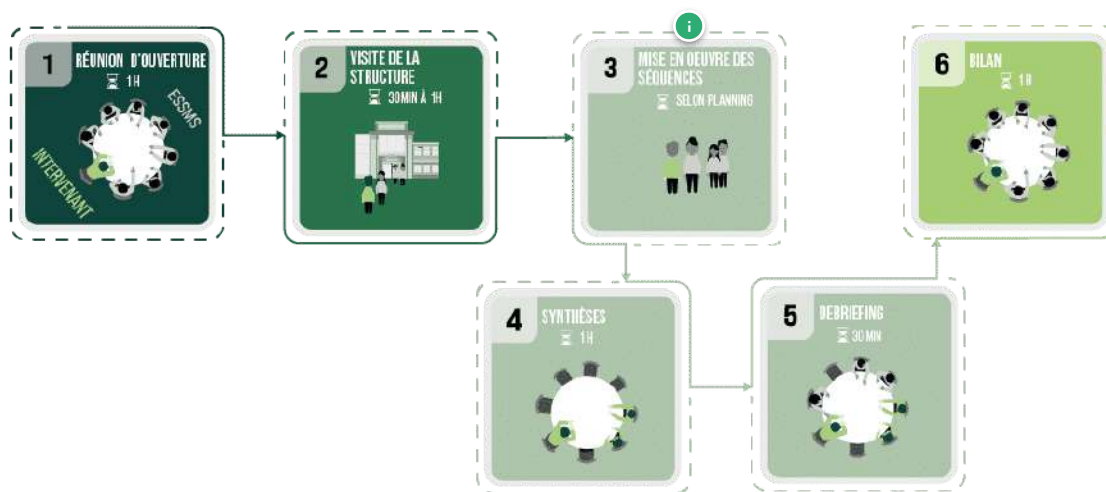
La visite de la structure

Attention à bien distinguer visite d'évaluation et visite de la structure !

À la suite de la réunion d'ouverture, il s'agit ici de la **visite** des espaces de vie, de travail, d'activités de la structure permettant d'appréhender **son fonctionnement, son organisation et ses conditions d'accès et de sécurisation**.

De fait, **tous les intervenants** de l'organisme sont conviés et la **visite est effectuée par une personne choisie** par la structure (membre de la gouvernance, de l'encadrement ou même une personne accompagnée).

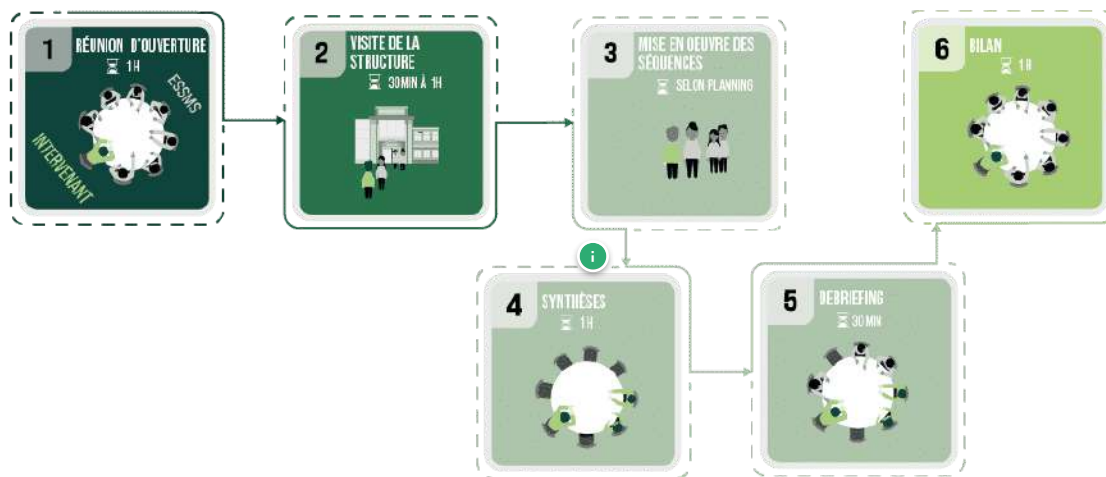
Dans un établissement, la visite est assez longue, les évaluateurs peuvent par exemple observer la liberté d'aller et venir, les postures des professionnels, le respect de l'espace privé...)
 Dans un service (SAD, SAVS, SSIAD... par exemple), la visite est plus courte bien sûr, les évaluateurs peuvent observer la confidentialité des dossiers ou l'affichage des documents réglementaires par exemple.



Mise en œuvre des séquences

Cette troisième étape représente la **période d'évaluation** de l'ESSMS et se matérialise par la **réalisation des différentes séquences** identifiées au planning (entretiens, consultation documentaire...)

Les différents intervenants se **répartissent par séquence d'évaluation** et font intervenir les personnes de l'ESSMS **selon les besoins de ces séquences**.

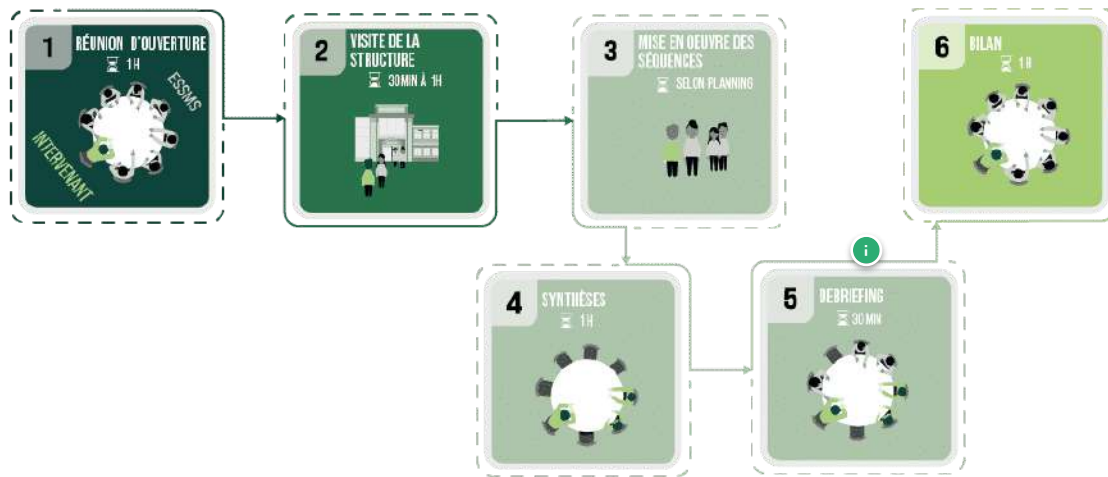


Synthèses entre intervenants

A la **fin de chaque journée** de visite, les intervenants de l'organisme habilité se réunissent afin de procéder à **l'analyse des données recueillies**. C'est l'occasion également d'**échanger sur les points forts et axes de progrès** identifiés, sur les **éléments de justification attendus**.

Enfin, ils **préparent le briefing** du lendemain matin. (Etape n°5)

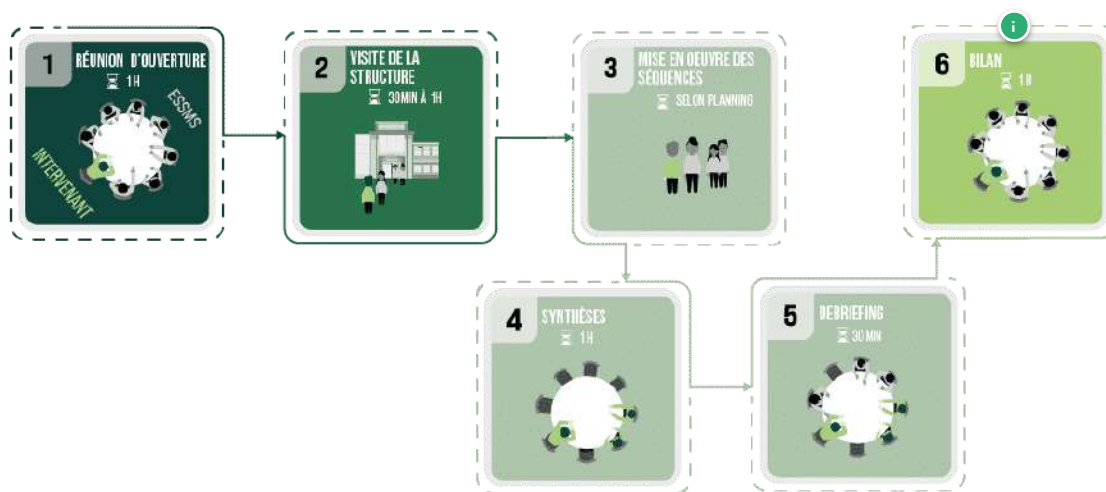
Le **dernier jour de visite**, cette réunion permet d'analyser **l'ensemble des données** investiguées et d'identifier les **points à restituer à l'ESSMS**.



Débriefing du matin

Chaque matin durant la visite d'évaluation, les **membres de la gouvernance et les intervenants** de l'organisme habilité se rencontrent.

Ce moment permet de **présenter les dysfonctionnements** constatés et les **investigations complémentaires** à réaliser et de **répondre à des demandes de précisions** éventuelles.



Bilan de fin de visite

Cette sixième étape vient conclure la démarche, le **dernier jour de la visite** d'évaluation.

Elle réunit les **intervenants de l'organisme** et, au minimum, les **membres de la gouvernance**. Mais, peuvent être conviés également l'**encadrement** et toute **personne que l'ESSMS souhaite associer**.

Il s'agit de présenter :

- les **principaux résultats** de la visite d'évaluation, en énonçant **notamment les points forts et les axes de progrès** identifiés.
- les **prochaines échéances**.

CONTINUER

Assurer une veille



“L'évaluation se met en place au fil des publications de décrets et de l'avancée des travaux de la HAS. Nous vous recommandons **d'effectuer une veille sur le sujet afin d'en suivre l'actualité**.

Mais, restez vigilants dans le choix de vos sources !”

- L'équipe MQS

Selon vous...

Quel est le degré de confiance des sources d'informations que vous pouvez trouver lors de votre veille ?

Cliquez et glissez chaque carte vers la catégorie qui vous semble correcte.

SOURCE À VÉRIFIER

Instagram

Whatsapp

Facebook

Linkedin

SOURCE DE CONFIANCE

Revues professionnelles

Réseau de professionnels

Blog d'actualités

SOURCE OFFICIELLE ET
FIABLE

Site de la HAS

Mails en provenance de l'ARS

Privilégiez les sources professionnelles !

De manière générale, il est recommandé de s'informer **auprès des sources officielles et professionnelles de votre secteur**.

- Les **sites d'organismes publics** tels que le site de la HAS, de l'ARS et du conseil départemental (CD) sont évidemment les premières sources à consulter pour garantir la fiabilité d'une information.
- Les **revues professionnelles** telles que la revue DIRECTIONS, ou son site internet, vous donnent accès à des articles sur les thématiques qui concernent particulièrement les directeurs et cadres du secteur social et médico social.
- Les **blogs d'actualités** tels que HOSPIMEDIA publient des articles dans lesquels ils décryptent l'actualité et les enjeux du secteur sanitaire et médico-social.
- Les **sites d'informations** pour les professionnels (Agevillage, le CREAL...)
- Les partages sur le réseau LinkedIn vous permettent d'être informé.e grâce à **l'échange et au relais d'informations en provenance d'autres professionnels**. Cette source moins officielle est à croiser avec d'autres sources bien entendu pour s'assurer de leur fiabilité.
- Les réseaux qualité régionaux ou nationaux tels que le FORAP, Qualirel Santé, Requa... *Cliquez sur le bouton ci dessous pour en savoir plus...*

LES STRUCTURES RÉGIONALES D'APPUI

Les interlocuteurs de votre région ...

VERS LES SRA



Pensez aux flux RSS !

Internet est une mine d'informations qui vous permettra de gagner énormément de temps à condition de trouver les meilleures sources d'informations.

La veille permet de vous tenir au courant sans effort car elle utilise des processus de signalements automatisés. Pour cela, les flux RSS sont de bons outils : c'est le service qui vous envoie de l'information.

FAIRE UNE PAUSE OU PASSER AU RÉSUMÉ

En résumé 🕒 15 min



“Qu'avez-vous retenu de cette première partie relative au processus fondamentaux du processus d'amélioration continue ?

Vérifiez-le dans ce résumé de **15 minutes** au travers d'un quiz de 5 questions puis d'une récapitulatif de ce qu'il faut retenir. ”

DEMARRER LE CHAPITRE

À vous de jouer !

Question 1/5

La législation française vient régulièrement définir ou remanier des procédures d'évaluation dans le domaine du médico-social. Selon vous, quel est l'objectif visé par cette réglementation ?

Choisissez la proposition qui vous semble correcte.

- Surveiller et condamner, le cas échéant, les structures médico-sociales.
- Maintenir les ESSMS dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des services.
- Imposer des économies au secteur médico-social.

SUBMIT

CONTINUER

Question 2/5

Pouvez-vous associer les propositions à la loi qui les a définies ?

Cliquez et faites glisser la proposition vers la loi qui vous semble correcte.



Obligation de formaliser un projet d'établissement ou de service.

Loi 2002-2



Création des ARS.

Loi HSPT dite Loi Bachelot de 2009



Réunir sous une même procédure les évaluations internes et externes.

Loi du 24 janvier 2019



Généralisation du CPOM aux secteurs du handicap et de la personne âgée.

Lois ASV et LFSS de 2016

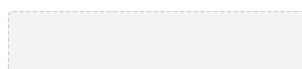
SUBMIT

CONTINUER

Question 3/5

Classer les propositions selon qu'elles concernent le projet d'établissement ou de service, le CPOM ou le dispositif d'évaluation.

Cliquez et faites glisser chaque carte vers la catégorie qui vous semble correcte.



PROJET D'ÉTABLISSEMENT
OU DE SERVICE

Issu de la Loi 2002-2.

Définit ses orientations
stratégiques internes pour les
cinq ans à venir.

Est un document à
disposition de tous.

CPOM

Généralisé aux secteurs du
handicap et de la personne
âgée par les Lois de 2016.

Est un contrat entre 2 ou 3
parties valable pour 5 ans.

Fixe des objectifs
contractuels avec les
autorités de tarification.

DISPOSITIF D'ÉVALUATION

Issu de la Loi du 24 juillet
2019.

Est guidé par un référentiel
national

Est une démarche continue
d'évaluation

CONTINUER

Question 4/5

Dans toutes démarches d'amélioration continue de la qualité, les axes de progrès passent par plusieurs phases. Quelles sont-elles ?
Choisissez la ou les proposition(s) qui vous semble(nt) correcte(s).

- Évaluer - Planifier- Faire - Ajuster
- Planifier- Faire - Ajuster - Évaluer
- Planifier- Faire - Évaluer - Ajuster

SUBMIT

CONTINUER

Question 5/5

Vrai ou Faux ? Le nouveau dispositif d'évaluation s'appuie sur un référentiel unique.
Choisissez la proposition qui vous semble correcte.

- Vrai
- Faux

SUBMIT

CONTINUER

Ce qu'il faut retenir

1

LES 4 ÉTAPES LÉGISLATIVES

Introduction progressive de nouvelles démarches pour améliorer la qualité du service rendu aux usagers.



Cliquez sur l'image pour l'agrandir.

2

FUSION HAS / ANESM

La **Haute Autorité de Santé (HAS)** a **intégré les missions** de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (**ANESM**) depuis **2018**.

3

CPOM

Contrat bipartite ou tripartite stratégique, de pilotage qui constitue **un levier de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accompagnement**.

4

PROJET D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE

Le projet d'établissement ou de service est un **document** qui permet de positionner l'établissement ou le service dans son environnement institutionnel.

5

DISPOSITIF D'ÉVALUATION

Nouveau dispositif qui vise à favoriser une démarche d'amélioration continue de la qualité dans les ESSMS par **l'évaluation de la qualité des prestations** qu'ils délivrent, selon une procédure élaborée par la HAS et qui remplace les évaluations interne et externes.

6

INTERDÉPENDANCE

Les différentes démarches sont **complémentaires, cohérentes et interdépendantes** entre elles.

7

RBPP

Les recommandations de **bonnes pratiques professionnelles** (RBPP) sont des propositions pour permettre aux professionnels du secteur de **faire évoluer leurs pratiques** afin d'améliorer la qualité des interventions et de l'accompagnement.

8

AUTORITÉS DE TARIFICATION

L'Agence Régionale de Santé et / ou les **Conseils Départementaux** accompagnent la transformation des établissements et services. Ils garantissent les déclinaisons des orientations de santé publique.

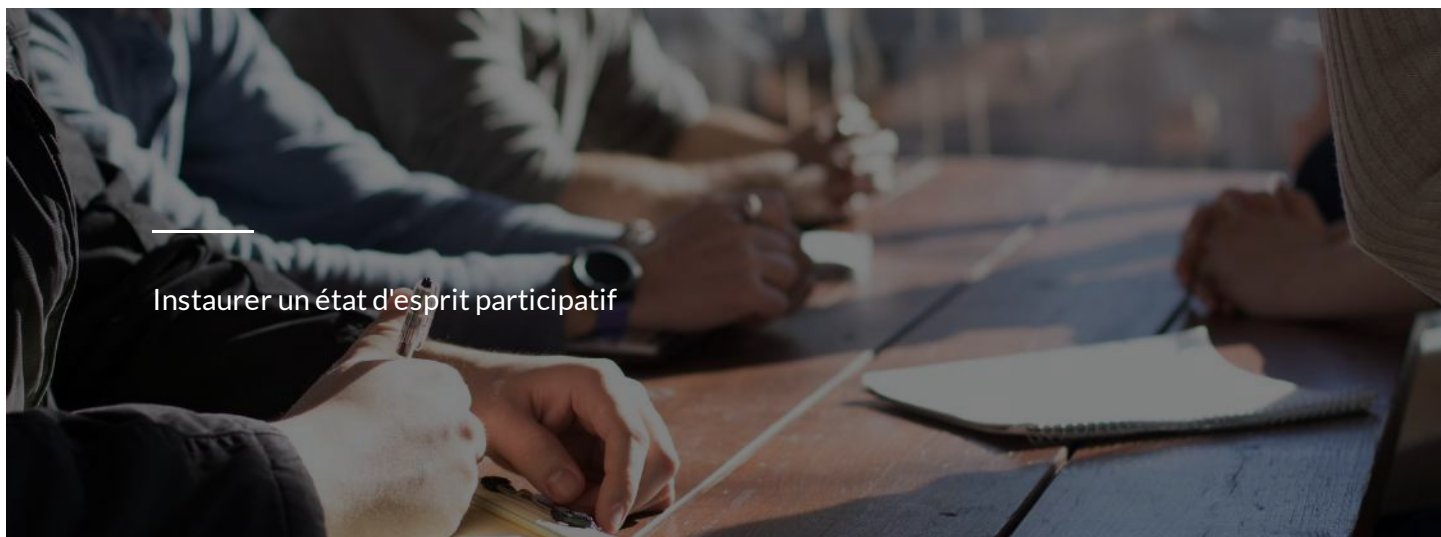
FAIRE UNE PAUSE OU PASSER À LA PARTIE II

Quelles sont les étapes d'une démarche de progrès ? 🕒 60 min



“A la fin de ce chapitre de **60 minutes**, vous connaîtrez **l'état d'esprit** nécessaire à une démarche de progrès et le détail de **sa mise en œuvre, étape par étape**. *Vous trouverez des outils (signalés en encadré rouge) à télécharger pour vous aider dans chaque étape ou méthode proposée...*”

DEMARRER LE CHAPITRE



Instaurer un état d'esprit participatif

Un facteur de réussite de la démarche

Quelle que soit la démarche entreprise, et avant même de parler méthodologie, il est important de comprendre que **les démarches d'amélioration ne sont pas des processus isolés**, en dehors du quotidien ou assurés uniquement par une ou quelques personnes de la structure.

Il s'agit bien de **démarches collectives et organisées** afin de ne négliger aucun des acteurs prenant partie à la vie de la structure ou du service.

La réussite de ces démarches de progrès **dépend de cet état d'esprit** qu'il faut installer dès leur lancement. En effet, de nombreux avantages résultent de l'implication de tous les acteurs :

- **Fédérer les équipes** autour d'une démarche de progrès et **obtenir leur adhésion** aux actions qui en découleront.
- Obtenir un **regard transversal** de l'activité de la structure et ainsi une analyse plus affûtée.
- Apprendre à **connaître le métier de l'autre et valoriser** les pratiques et les actions **efficaces et de qualité**.
- Travailler sur une **vue globale, réaliste et de terrain** permettant des questionnements pertinents et efficaces.

Un état d'esprit qui redonne du sens



Au sein d'un même établissement ou service, les professionnels sont **issus de culture, de formation et de métiers différents**. Ils peuvent aussi exercer dans des **lieux ou des temporalités différentes** (équipe de jour/équipe de nuit).

Cette diversité doit être appréhendée comme un **atout au service de l'accompagnement** des personnes.

L'évaluation, au même titre que le renouvellement d'un projet d'établissement ou de service ou du CPOM, sont l'occasion pour chacun de **se sentir impliqué et de participer à un projet global** qui redonne du sens. Les démarches permettent de **mettre en avant cette cohérence**.

Selon vous...

Qu'entend-on par l'implication de tous les acteurs ? Parmi les acteurs ci-dessous, quels sont ceux qui, selon vous, participent à une démarche de progrès (PE/PS, évaluations ou CPOM) et ceux qui n'y participent pas ?

Cliquez et glissez chaque carte vers la catégorie qui vous semble correcte.

PARTICIPENT

Les usagers

Les représentants des usagers

La famille, l'entourage

Le gestionnaire

Les administrateurs du
Conseil d'Administration

Les professionnels

Les partenaires de santé (
Infirmier psychologue,
kinésithérapeute...)

Les bénévoles

Les stagiaires

Le maire

NE PARTICIPENT PAS

CONTINUER

i Effectivement ! Toutes les personnes parties prenantes de l'accompagnement méritent d'être impliquées dans la démarche pour obtenir une meilleure transversalité et un vrai regard croisé, sur la structure sociale ou médico-sociale.

Qui sont les acteurs impliqués ?

Cliquez sur chaque carte pour en savoir plus.



Les usagers au centre du dispositif

Évidemment, les usagers sont à solliciter mais au sens large :

- Par une participation active des usagers eux-mêmes
- Par l'implication des représentants des usagers.
- En sollicitant également l'entourage et les familles dans les groupes de travail ou une enquête.



Les professionnels

L'engagement des dirigeants est primordial : n'oubliez donc pas le directeur et les administrateurs du conseil d'administration.

Tous les professionnels de la structure quelque soit leur pôle de travail.

Les partenaires de santé extérieurs (kinésithérapeute, infirmier psy, HAD).



Sans oublier les partenaires

Tous les regards seront utiles pour la bonne conduite d'une démarche y compris les partenaires, ne négligez donc pas d'impliquer également :

- Les bénévoles intervenants dans la structures.
- Les stagiaires.
- Même le Maire peut être impliqué.

CONTINUER

Comment les impliquer ?

Les moyens de rentrer dans un travail réflexif ou de questionner ne manquent pas. Ainsi, il est possible d'organiser :


- Des entretiens individuels ou collectifs.
- Des rencontres réflexives en groupes de travail.
- Des rencontres de concertation avec les autorités de tarification.
- Des enquêtes de satisfaction.
- Des enquêtes d'image.
- Des revues de compte-rendu de CVS.
- Des petits groupes de parole...

Un exemple concret ?

Il est même possible d'impliquer la population en lançant une consultation citoyenne comme l'a fait cet EHPAD.

[LIRE L'ARTICLE](#)

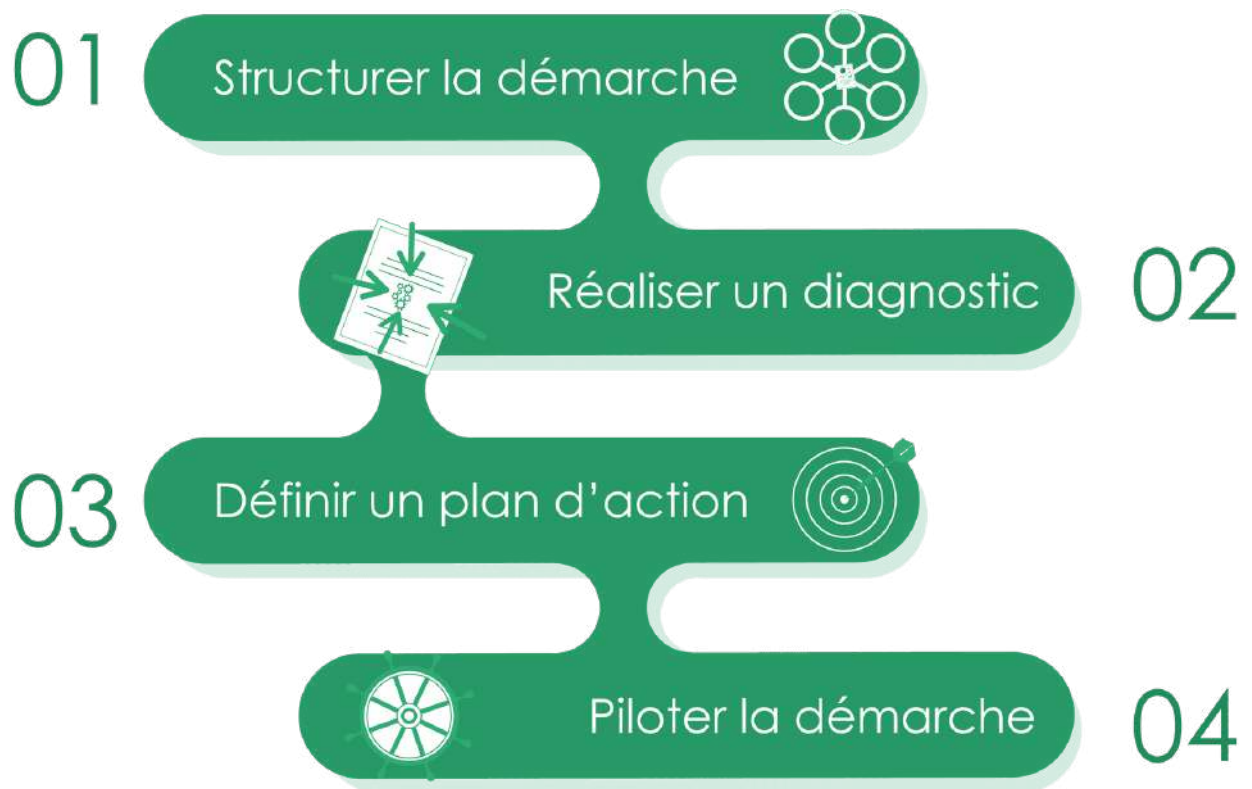
[CONTINUER](#)



S'organiser en 4 étapes

La méthodologie d'une démarche de progrès

Quelle que soit la démarche d'amélioration de la qualité lancée, une méthodologie doit s'appliquer afin d'organiser, impliquer et suivre cette démarche jusqu'à son échéance. Elle se décompose en 4 étapes.



Selon vous...

En quoi consiste chaque étape ?

Cliquez et faites glisser chaque étape face à la définition correspondante.

≡ Structurer la démarche

Préparer et organiser la démarche.

≡ Réaliser un diagnostic

Recueillir et analyser les informations sur les processus , les changements, les écarts.

≡ Définir un plan d'action

Faire émerger et prioriser des pistes de progression et de développement.

≡ Piloter la démarche

Organiser la conduite du changement, son suivi, sa mise en oeuvre et sa communication.

SUBMIT

CONTINUER

01

Structurer la démarche



Cliquez sur **le bouton LECTURE** sous le titre pour avoir toutes les informations puis cliquez sur la flèche  pour faire défiler les étapes.

La charpente de toute démarche de progrès



00:20



Structurer la démarche est une étape de préparation qui va permettre d'être **efficace** tout au long du processus puisqu'elle met en place **l'organisation et la planification** de chaque étape de la démarche.

Structurer la démarche passe par :

1. La formalisation d'un **plan de communication** autour du projet.
2. La **préparation de la matière** à analyser.
3. La constitution d'une **instance de pilotage**.

Le lancement de la démarche



00:15



Le lancement de la démarche de progrès est une **méthode élargie d'information et de communication** auprès de la structure mais aussi des usagers et de l'extérieur.

Cette action permet de donner **le top départ** de la démarche auprès du plus grand nombre et d'avertir tous les acteurs potentiels qui pourraient être sollicités.

Un appel à candidatures peut être nécessaire.

La préparation de la matière



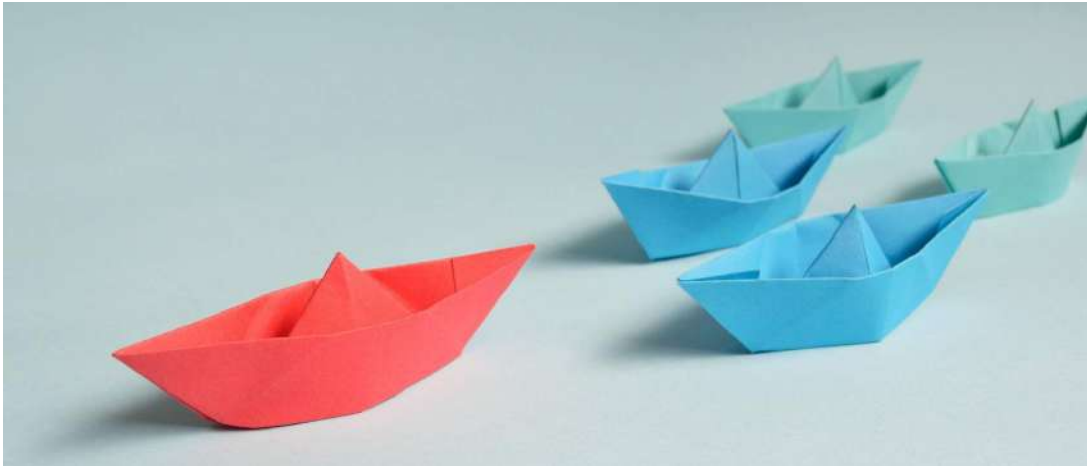
00:22



Il s'agit de se préparer à l'analyse **en identifiant les sources et les outils** permettant d'établir "qui l'on est et d'où l'on vient", pour se pencher ensuite sur "ce que l'on souhaite devenir et sur quoi l'on souhaite agir".

Cette étape permettra d'organiser **une phase de recueil de données** sur le contexte de l'établissement (ses missions, son cadre réglementaire, l'évolution de sa population, les activités délivrées, etc.) ou sur les pratiques (choix d'outils d'évaluation...).

Constitution d'une instance de pilotage



Constituer une instance de pilotage comprend :

- **La nomination d'un chef de projet** chargé de la gestion du projet, de l'élaboration d'un planning, du suivi des travaux au sein du comité, de l'appui méthodologique, du reporting au COPIL...
- **La création d'un comité de pilotage (COPIL)** ou autre instance dont le rôle sera d'assurer :
 - Le suivi, l'organisation de la démarche et la prise des décisions. Il est donc important qu'il intègre à minima les principaux décideurs et le chargé de mission qualité.
 - **Le choix des outils** de diagnostic et **des ressources** documentaires nécessaires.
 - La définition des **groupes de travail**.
 - La définition de la **place et du rôle** des différents acteurs.
 - La validation **d'un calendrier** (rétroplanning).

La procédure de comitologie doit être formalisée. Vous en trouverez un exemple à télécharger ci-après.

En résumé



00:11



Structurer votre démarche consiste à :

- Lancer la démarche
- Mettre en place le comité de pilotage
- Préparer la matière en vue du diagnostic

CONTINUER

Exemple de procédure de constitution des groupes et comités *appliquée à un CPOM*

Cliquez sur le cadre ci-dessous pour télécharger le document à lire.



Procedure_de_comitologie.pdf
152.5 KB

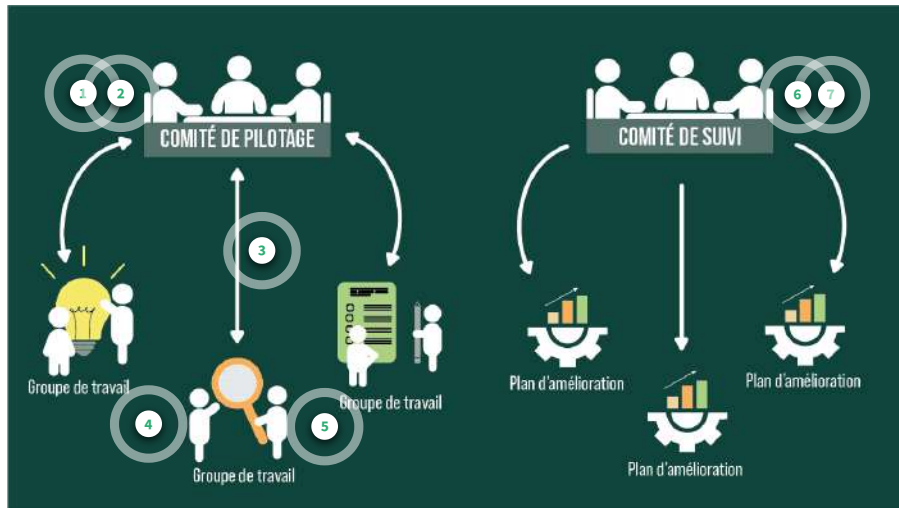


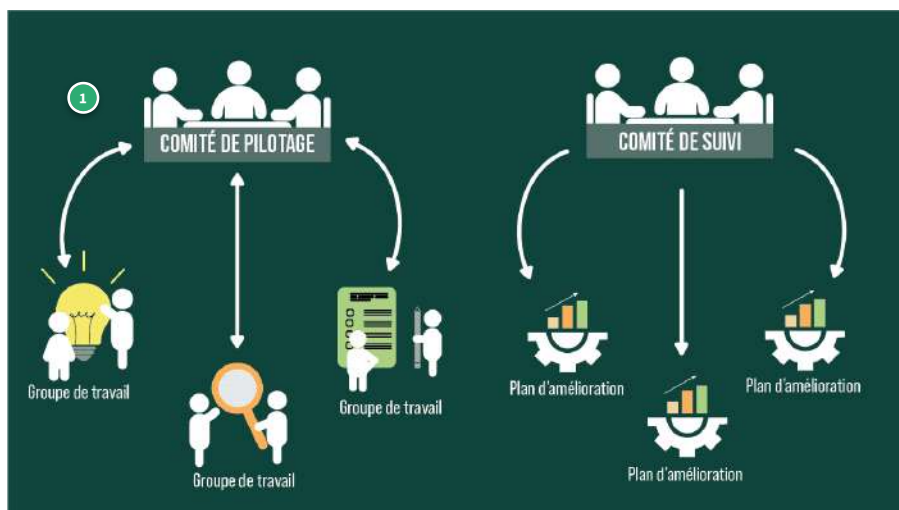
Focus

Les différents types de groupe opérant dans le processus

Il faut distinguer les **3 types de groupe de travail** opérant dans le cadre d'une démarche et qui interviennent à différents niveaux.

Cliquez sur chaque marqueurs pour en savoir plus.





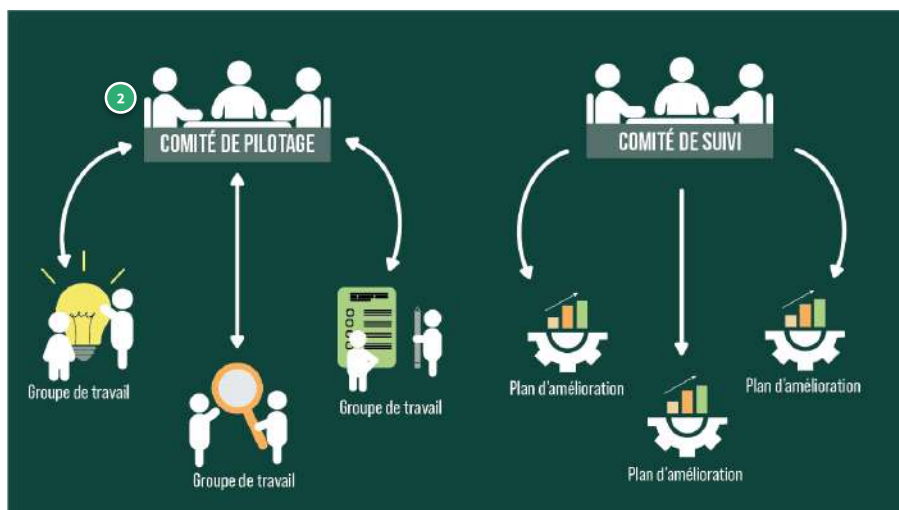
Le comité de pilotage

ORGANISATION

Il est traditionnellement composé, selon la taille de l'établissement et le volume des activités, de **professionnels, de représentants de l'organisme gestionnaire et de représentants des usagers**.

Il est possible d'**associer des membres du comité d'entreprise, CTE, CSE** ou toute autre instance représentative du personnel.

Pour remplir son rôle, il est souhaitable que la **taille du comité de pilotage** soit suffisamment **resserrée** (8 à 10 personnes semble être une taille maximale).

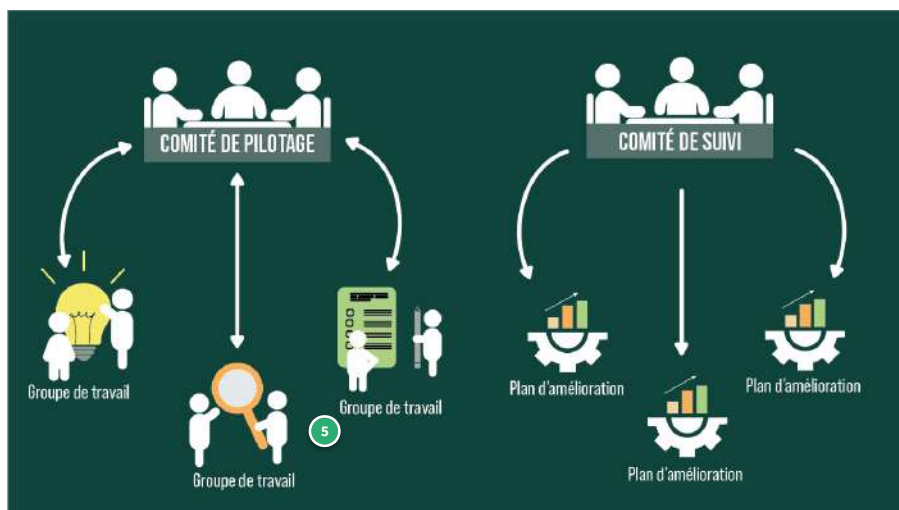


Le comité de pilotage

RÔLE

Suivre, organiser la démarche et prendre les décisions.

- décide de la **méthode de travail** et du calendrier
- s'assure du **respect du processus** mis en œuvre
- priorise les **thématiques** à traiter
- **recadre** les travaux si nécessaire
- **informe** ses membres et assurent un **rôle d'ambassadeur**
- **pré-valide des écrits**, avant la validation par les instances décisionnelles de l'organisme gestionnaire.



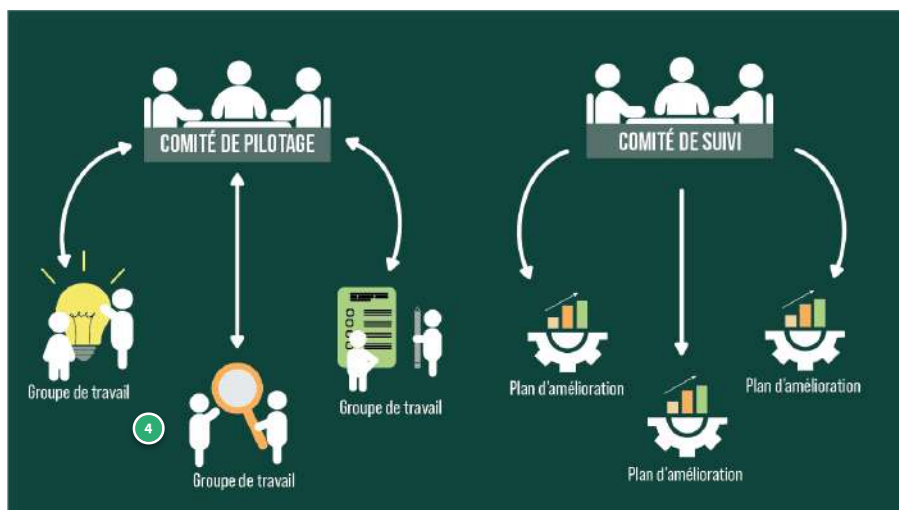
Les groupes de travail

RÔLE

Recueillir, analyser les informations et fournir des pistes d'amélioration.

Il existe différentes manières d'organiser les groupes de travail dont les tâches peuvent être variées :

- **Recueillir et analyser les données,**
- Définir les **orientations stratégiques**
- **Décliner** les orientations stratégiques en **objectifs opérationnels et actions concrètes**
- Faire des **propositions...**

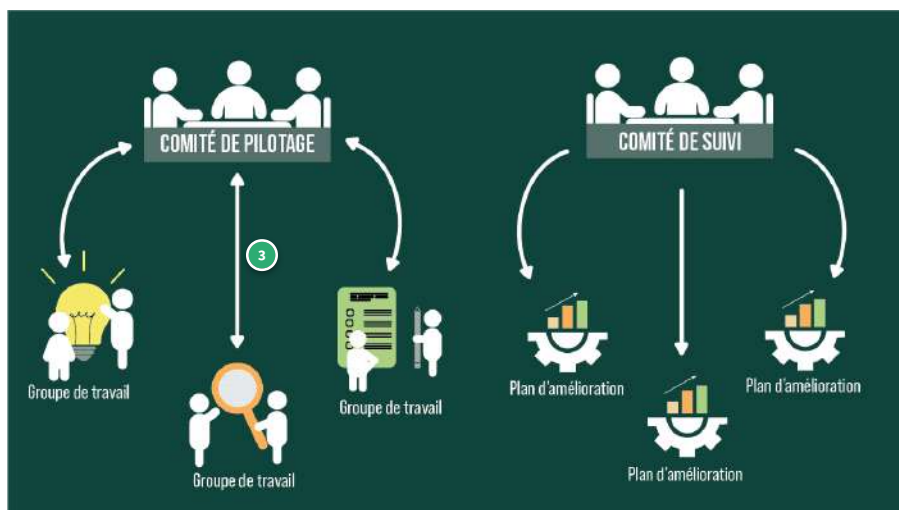


Les groupes de travail

ORGANISATION

Leur organisation doit permettre de **proposer un regard croisé** de **différents types d'acteurs** (administrateurs, psychologue, infirmier, usager, auxiliaires de vie, etc.) Ils peuvent être constitués en fonction des thèmes spécifiques et/ou des projets de l'établissement.

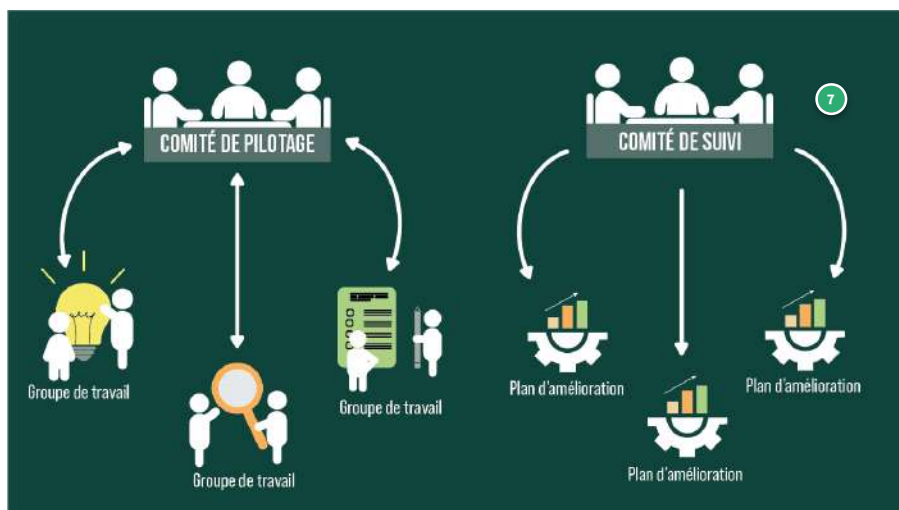
Les groupes de travail sont composés proportionnellement **en fonction de la taille de l'établissement** et du volume des activités.



La circulation de l'information

Elle s'effectue grâce à des systèmes de **fiche navette** entre les **équipes et le COPIL**, afin que chaque professionnel puisse avoir connaissance de la réflexion en cours.

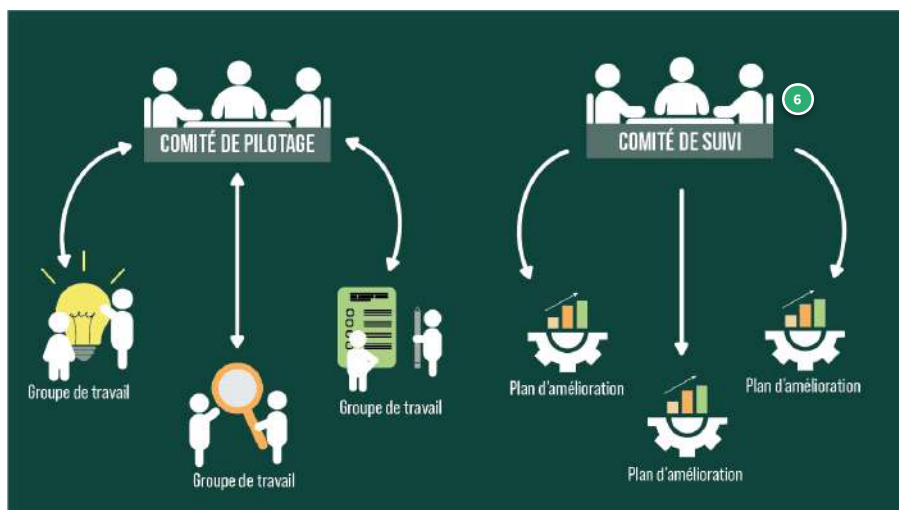
La **nomination de rapporteurs**, chargés de faire cette navette est souvent la plus pertinente, mais d'autres modalités peuvent être mises en place comme **l'affichage, les classeurs...**



Le comité de suivi

RÔLE

Superviser l'avancée de chaque plan d'amélioration.
 Il intervient donc à **l'étape 4** de la démarche.



Le comité de suivi

ORGANISATION

Il est **animé par un membre du comité de pilotage, un cadre ou le référent évaluation.**

Cependant, selon la taille des structures, la composition du comité de suivi est variable :

- parfois, on retrouvera les **mêmes membres dans le comité de pilotage et le comité de suivi** pour des structures de petite taille.
- A l'inverse, dans les grandes structures sur plusieurs sites par exemple, le comité de suivi se **démultipliera** en fonction du nb de sites.

Exemple de fiche navette dans le cadre d'un projet d'établissement.

Cliquez sur le cadre ci-dessous pour télécharger le document à lire.



CMQ - Fiche navette PE.pdf
84.7 KB



CONTINUER

02



Réaliser un diagnostic

Faire une photographie de l'existant



Le socle de départ : le recueil de données pour faire le point sur ses activités.

Cette étape de diagnostic consiste à **s'interroger sur la réalité du terrain**. Il s'agit de réaliser un état des lieux, une photographie, afin d'avoir une bonne connaissance du "*qui nous sommes*", du "*qui nous accueillons*" et "*ce que nous proposons*". C'est ce que l'on peut appeler **les données d'entrée de la réflexion**. Ces données seront ensuite traitées et analysées par des groupes de travail.

L'objectif de l'état des lieux est d'être capable, après analyse, d'identifier :

- De valoriser les bonnes pratiques et les progrès accomplis par l'établissement et ses professionnels,
- D'identifier les **écarts** entre la réalité et les bonnes pratiques,
- D'identifier les **causes** singulières ou communes,
- et d'estimer **les marges de progression**.

L'usager étant au cœur de toutes les démarches d'amélioration de la qualité, il est bien entendu primordial de recueillir toutes les données utiles permettant d'effectuer **une description précise de la population** mais aussi celles concernant **l'établissement et son ancrage territorial**.



Description de la population

Le recueil des données doit permettre de définir:

- le profil de la population,
- son parcours,
- son environnement relationnel,
- ses déficiences et pathologies principales.

De ces éléments découleront les principaux besoins en accompagnement des personnes .



Description de la structure

Le recueil des données doit aussi concerner l'établissement :

- son identité,
- ses missions,
- ses valeurs,
- ses pratiques actuelles.



Description de l'ancrage territorial

Le recueil de données va permettre de faire un point sur :

- Son positionnement sur le territoire
- Son ancrage dans le territoire
- Ses missions au regard des politiques publiques du territoire

CONTINUER

Le travail d'analyse des données

Les groupes de travail s'appuient sur les données et les documents disponibles de la structure tels que les rapports d'évaluations, rapports d'activité ou encore les protocoles pour mener leur réflexion et leur analyse.

Ils peuvent aussi réaliser des analyses documentaires (étude sur l'évolution de la population, par exemple) ou encore réaliser des entretiens.



Exemple de données à recueillir dans une étude de population applicables dans le cadre de la rédaction d'un projet d'établissement ("qui nous sommes"?)

Cliquez sur le cadre ci-dessous pour lire le document.



CMQ - Elements Caractérisation de la population accompagnée de résidents en FV.pdf
275.8 KB



Les groupes de travail vont ainsi s'aider d'**outils de questionnement** tels que les référentiels, les recommandations de bonnes pratiques ou encore **des grilles d'évaluation** pour déterminer quelles réponses sont apportées aux objectifs d'accompagnement des usagers et à quel niveau d'avancée se situe la démarche d'amélioration.

Un bilan des forces et des points à améliorer dans le service rendu peut ainsi être dressé de manière très précise et personnalisée.



"Vous connaissez déjà certaines méthodes vous permettant de recueillir avec finesse les données tels que les enquêtes et les audits. En cas de besoin, reportez-vous au **module 3 "outils de mesure"** de cette formation."

L'équipe MQS

03

Définir un plan d'action



Faire émerger des pistes d'évolutions, de progression et de développements réalisables.

Après avoir organisé la démarche, recueilli et analysé les données de la structure et de sa population, vient désormais le temps de **rassembler les pistes en un plan d'amélioration**.

Il s'agira de **consolider les écarts et les marges de progression en axes d'amélioration**. Ceux-ci pourront se traduire en action élémentaire, en programme d'actions et/ou en projets pour l'établissement. Par exemple, **après la visite d'évaluation, l'ESSMS va pouvoir enrichir et prioriser les actions d'amélioration** à mettre en œuvre dans sa structure.

Pour ce faire, plusieurs outils sont disponibles.

Élaborer le plan d'amélioration

Le plan d'amélioration ou d'action est **le document permettant de synthétiser les objectifs** à atteindre de manière ordonnée et de **définir les moyens** pour y arriver.

En voici un exemple.

Cliquez sur chaque repère pour en savoir plus sur les éléments qui le composent.

THEMES	N°	SOURCE(S)	ETABLISSEMENT(S) ET/OU SERVICE(S) CONCERNE(S)	OBJECTIF(S) STRATEGIQUES	OBJECTIF(S) OPERATIONNELS	MOYENS ET/OU METHODES	EFFET(S) ATTENDUS	INDICATEUR(S) DE SUIVI	RESPONSABLE	DATE DE REALISATION PREVU (ECHEANCE)	FICHE ACTION (OUI/ NON)	SI FICHE ACTION N°
1. La démarche d'évaluation interne	1.1				✔							
	1.2											
	1.3											
2. la prise en compte des RBPP publiées par l'ANESM relatives à L'ESSMS	2.1											
	2.2											
	2.3											
3.	3.1											
	3.2											
	3.3											
4.	4.1											
	4.2											


Objectifs et actions

Le plan d'amélioration doit indiquer de manière lisible des objectifs et des actions à mettre en œuvre.

THEMES	N°	SOURCE(S)	ETABLISSEMENT(S) ET/OU SERVICE(S) CONCERNE(S)	OBJECTIF(S) STRATEGIQUES	OBJECTIF(S) OPERATIONNELS	MOYENS ET/OU METHODES	EFFET(S) ATTENDUS	INDICATEUR(S) DE SUIVI	RESPONSABLE	DATE DE REALISATION PREVU (ECHEANCE)	FICHE ACTION (OUI/ NON)	SI FICHE ACTION N°
1. La démarche d'évaluation interne	1.1											
	1.2									✓		
	1.3											
2. la prise en compte des RBPP publiées par l'ANESM relatives à L'ESSMS	2.1											
	2.2											
	2.3											
3.	3.1											
	3.2											
	3.3											
4.	4.1											
	4.2											

Calendrier

Le cadrage du plan d'amélioration passe par la définition de dates de réalisation des objectifs envisagés.

THEMES	N°	SOURCE(S)	ETABLISSEMENT(S) ET/OU SERVICE(S) CONCERNE(S)	OBJECTIF(S) STRATEGIQUES	OBJECTIF(S) OPERATIONNELS	MOYENS ET/OU METHODES	EFFET(S) ATTENDUS	INDICATEUR(S) DE SUIVI	RESPONSABLE	DATE DE REALISATION PREVU (ECHEANCE)	FICHE ACTION (OUI/ NON)	SI FICHE ACTION N°
1. La démarche d'évaluation interne	1.1											
	1.2											
	1.3											
2. la prise en compte des RBPP publiées par l'ANESM relatives à L'ESSMS	2.1											
	2.2											
	2.3											
3.	3.1											
	3.2											
	3.3											
4.	4.1											
	4.2											

Moyens

Afin d'atteindre les objectifs, il est nécessaire de détailler la déclinaison des moyens humains, matériels, financiers ou d'information qu'il faudra mettre en œuvre.

THEMES	N°	SOURCE(S)	ETABLISSEMENT(S) ET/OU SERVICE(S) CONCERNE(S)	OBJECTIF(S) STRATEGIQUES	OBJECTIF(S) OPERATIONNELS	MOYENS ET/OU METHODES	EFFET(S) ATTENDUS	INDICATEUR(S) DE SUIVI	RESPONSABLE	DATE DE REALISATION PREVU (ECHEANCE)	FICHE ACTION (OUI/ NON)	SI FICHE ACTION N°
1. La démarche d'évaluation interne	1.1							✓				
	1.2											
	1.3											
2. la prise en compte des RBPP publiées par l'ANESM relatives à L'ESSMS	2.1											
	2.2											
	2.3											
3.	3.1											
	3.2											
	3.3											
4.	4.1											
	4.2											

Résultats et effets attendus

Il est important de préciser les résultats ou les effets attendus en précisant les indicateurs de suivi ou de résultats.

THÈMES	N°	SOURCE(S)	ÉTABLISSEMENT(S) ET/OU SERVICE(S) CONCERNÉ(S)	OBJECTIF(S) STRATÉGIQUES	OBJECTIF(S) OPÉRATIONNELS	MOYENS ET/OU MÉTHODES	EFFET(S) ATTENDU(S)	INDICATEUR(S) DE SUIVI	RESPONSABLE	DATE DE RÉALISATION PRÉVU (ÉCARTANCE)	FICHE ACTION (OUI/ NON)	SI FICHE ACTION N°
1. La démarche d'évaluation interne	1.1											
	1.2											
	1.3											
2. la prise en compte des RBPP publiées par l'ANESM relatives à L'ESSMS	2.1											
	2.2											
	2.3											
3.	3.1											
	3.2											
	3.3											
4.	4.1											
	4.2											

Priorisation

Les objectifs d'amélioration à atteindre doivent être classés par ordre de priorité mais de manière argumentée.

Pour compléter de manière efficace ce plan d'amélioration ou d'action, il est nécessaire de

- Formuler les objectifs et actions et ce, de manière lisible.
- Hiérarchiser les actions.

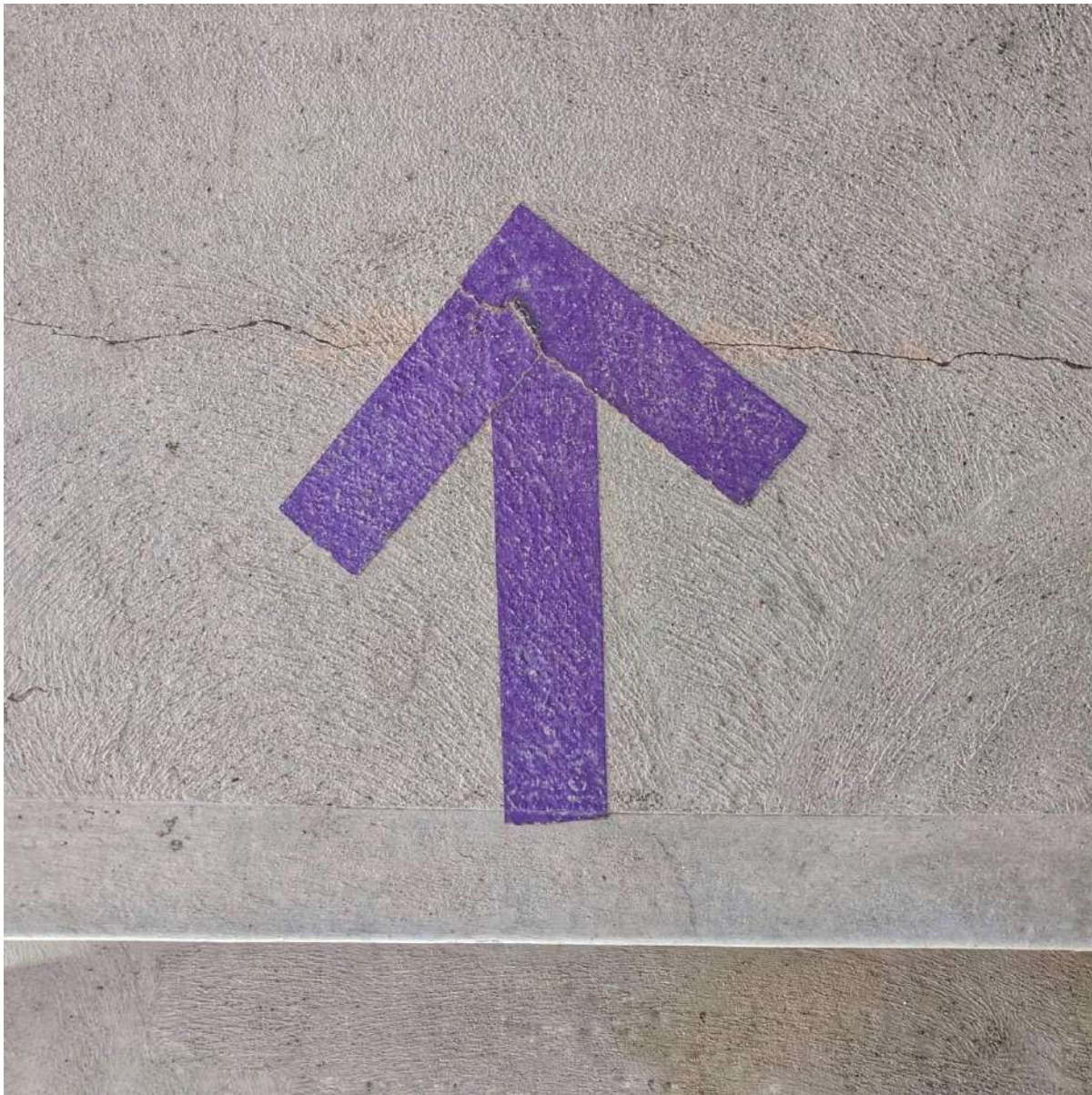
CONTINUER

Formuler les axes d'amélioration

La difficulté dans l'élaboration du plan d'amélioration est de réussir à **formuler** les axes d'amélioration et les rendre **suffisamment lisibles**.

Dans ce cas, un **schéma est un outil efficace** pour décliner et offrir une meilleure lisibilité des objectifs, des actions et de leur interdépendance.

Il est important de bien déterminer **l'objectif stratégique** et d'en tirer **les objectifs intermédiaires**.



“Pensez à formuler l'**objectif par un verbe** et l'**action par une réalisation**. Pour vous aider, voici une liste à votre disposition”

L'équipe MQS

Cliquez sur le cadre ci-dessous pour la télécharger




liste_de_verbes_daction_0.pdf
68.4 KB



CONTINUER

A vous de jouer !

 Thumbnail

CONTINUER



Dans notre exemple, "la rédaction du livret d'accueil" n'est pas un objectif, car il représente seulement un outil, un moyen pour informer les personnes accompagnées sur les modalités d'intervention de l'établissement ou du service.

CONTINUER



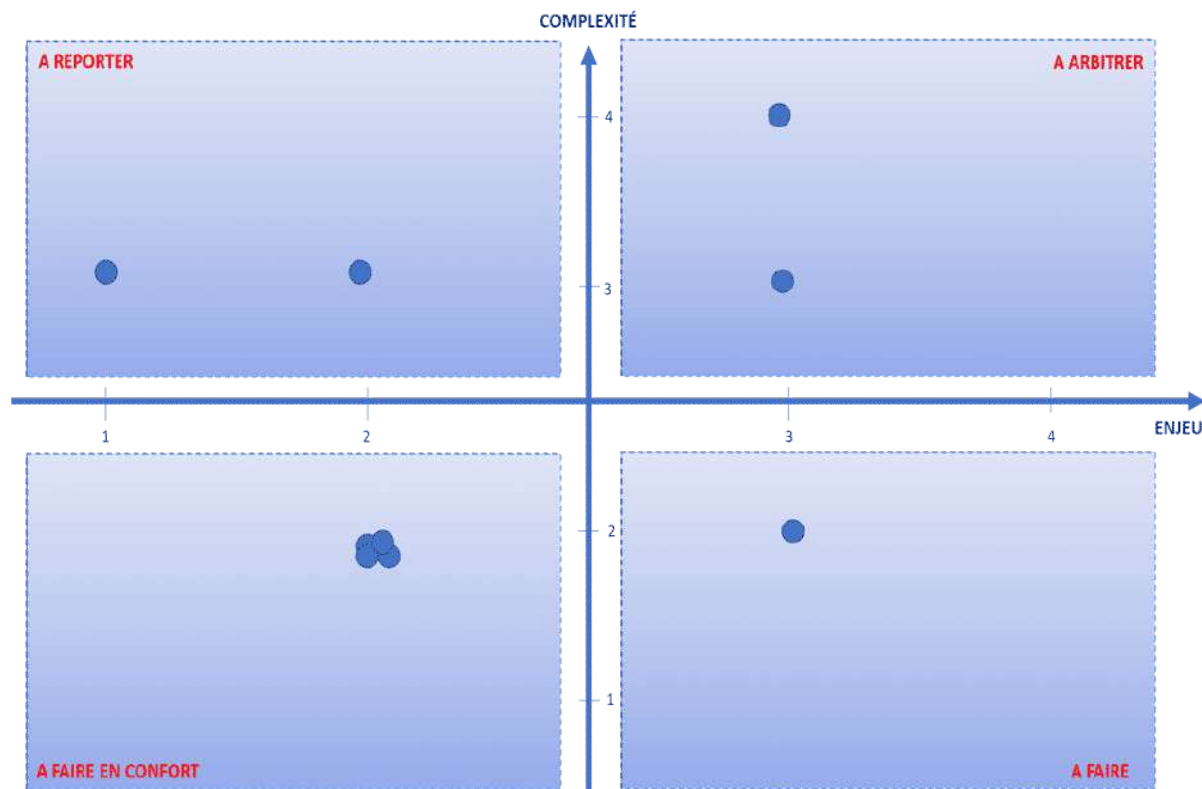
Hiérarchiser les actions

Les décisions incombent à l'équipe de direction de l'établissement ou du service ou au COFIL qui élabore le plan d'actions en priorisant les objectifs d'amélioration et les actions à conduire. Pour pouvoir élaborer un plan, il faut, avant tout, avoir réussi à **déterminer quelles actions doivent être mises en œuvre et selon quelle priorité.**

Il existe un outil efficace que vous connaissez déjà ! La matrice de décision, qui permet d'arbitrer au regard de deux critères.


- La **matrice d'Eisenhower** peut vous aider. Elle permet de classer les tâches à faire en fonction de **leur urgence et de leur importance**.

- La matrice **enjeu / complexité** peut également vous aider. Elle permet de classer les actions / projets en tenant compte de leur capacité à faire (humaine, financière, technique, etc...). En voici un exemple ci-dessous :



CONTINUER

A vous de jouer !

 Thumbnail



“Souvenez-vous !

Cette matrice présente également des analogies avec **la matrice de criticité**. En effet, cette dernière dispose elle aussi d'un axe « importance », appelé « niveau de gravité », et d'un axe temporel, mais qui exprime une fréquence plutôt qu'un degré d'urgence”

CONTINUER



Exemple d'initiative

À l'issue des évaluations, les professionnels d'un groupe d'établissements – fortement mobilisés et force de propositions – ont identifié plus **d'une cinquantaine d'actions à réaliser** pour améliorer la réponse aux besoins des personnes accompagnées.

Afin de ne pas décourager les professionnels face à l'impossibilité de tout réaliser dans un temps donné, un travail de **regroupement par thématiques et par objectifs** a été effectué par la direction et communiqué aux professionnels. Cette étape a permis de **hiérarchiser les objectifs et de répartir les actions dans le temps**.

CONTINUER

04



Piloter la démarche

Communiquer et assurer le suivi

Le pilotage d'une démarche d'amélioration continue de la qualité consiste à **mettre en œuvre un plan d'actions et en assurer le suivi**. C'est en général le directeur d'établissement ou le chargé de mission qualité qui en prend la responsabilité. Il ou elle est épaulé.e par le comité de pilotage.

Il s'agit donc d'**organiser la conduite du changement**. Cela passe par :

- L'**organisation** de la mise en œuvre : un responsable, un délai et des personnes "ressources" désignées.
- La mise en place de la **démarche de suivi**, l'installation et la saisine du **comité de suivi**.

Les clés de réussite du bon **fonctionnement du comité de pilotage** : régularité de rencontre, idéalement tous les trimestres, des comptes rendus pour formaliser les conclusions de la réunion, la représentativité et l'engagement des professionnels ...

Retrouvez en cliquant sur l'encadré un exemple de formalisation du fonctionnement d'un COPIL










CMQ - Exemple de Reglement intérieur COPIL 2020.pdf
359.3 KB



- La **communication** institutionnelle sur l'état d'avancement des travaux.

L'information régulière sur l'avancement du plan d'action participe à la (re)mobilisation et à la cohésion des équipes.

Objectifs	A faire	En cours	Finis
Objectif 1 • Action1 • Action 2 • Action3		 	
Objectif 2 • Action1 • Action 2			
Objectif 3 • Action1 • Action 2			
...			

Méthode d'animation visuelle

Voici un exemple de **tableau visuel pour afficher** et communiquer l'état d'avancement des objectifs d'un projet.

Les supports de communication

Toute l'analyse, les choix d'axes d'amélioration et les actions à mettre en place sont à **formaliser dans un document**. Celui ci permet de faire la **transition** entre la période d'analyse et d'élaboration du plan d'action et la période de mise en œuvre du plan d'action.

Le document positionne également la démarche comme un réel **outil partagé** au service des objectifs fixés. Il sera alors le **support de la communication** autour de la mise en œuvre du plan d'amélioration.

Ainsi, dans le cadre du projet d'établissement par exemple, un temps de la démarche doit être dédié à la rédaction et à la validation du projet. Les **synthèses** sont utiles pour permettre une meilleure accessibilité que le document dans sa version intégrale. Mais, il est recommandé de donner l'accès au rapport intégral à tous les acteurs ayant participé à l'élaboration du plan d'action.

La communication au sein de l'établissement pourra se faire sous différentes formes :

- Réunion d'information
- Publication dans la revue interne
- ...

Certaines démarches, comme le projet d'établissement permettent même de communiquer au-delà de l'établissement sur les stratégies d'amélioration de la qualité décidées par la structure médico-sociale.

Voici l'exemple d'un hôpital qui a communiqué le contenu de son projet d'établissement dans une synthèse (extrait)



4 - UN HOPITAL DE PROXIMITE OÙ IL FAIT BON VIVRE ET TRAVAILLER

01

L'hôpital favorisera
le bien-être dans
l'accompagnement

1. Multiplier les repas partagés conviviaux
2. Faire participer les résidents au temps du repas
3. Créer une cuisine thérapeutique
4. Faire évoluer le service à table pour donner envie d'aller au restaurant, de manger
5. Favoriser la dimension du bien-être dans les soins quotidiens
6. Structurer les actions de promotion de la Bienveillance



03

L'hôpital sera un lieu attractif par
ses conditions de travail et
d'accueil des agents

1. Renforcer la qualité de vie au travail : évolutions des organisations, conditions d'emploi équitables, réduction des TMS
2. Professionnaliser et faire monter en compétences : formation à distance, « socle de base » garanti pour tout nouvel ASH...
3. Améliorer l'intégration des nouveaux agents : tutorat, sensibilisations...

02

Une gouvernance et un
management attentifs pour piloter
les équipes

1. Etablir la politique managériale
2. Faciliter l'exercice des cadres
3. Développer des projets communs avec XXX




04

L'hôpital sera attractif
par son engagement
environnemental

1. Poursuivre la réduction de la consommation énergétique (électricité, eau) et promouvoir la mobilité verte
2. Valoriser davantage les déchets : compostage, filières de recyclage, traitements des effluents...

Voici un autre exemple; il s'agit d'un EHPAD qui a communiqué le contenu de son projet d'établissement dans un clip vidéo.

 YOUTUBE



Au Bon Accueil EHPAD Iffendic

Présentation et objectifs de la structure EHPAD au Bon Accueil IFFENDIC


REGARDER YOUTUBE >

Les indicateurs, support du suivi

Dès que le plan d'actions trouve sa première élaboration, il est recommandé aux établissements et services d'organiser le suivi régulier de son avancement et de se **doter d'outils permettant d'interroger la pertinence** des actions prévues au regard des besoins des personnes accompagnées et de leur évolution.

Lors du suivi de la démarche, il va donc falloir **identifier les effets des actions et déterminer les indicateurs nécessaires et utiles à l'objectivation de la mesure d'un objectif**. *"Ils peuvent permettre de repérer, à partir de constats simples et factuels, et compte tenu du contexte, si les objectifs sont bien présents et maîtrisés dans l'établissement ou le service."* (Avis du Conseil scientifique de l'Anesm du 12 mars 2015).

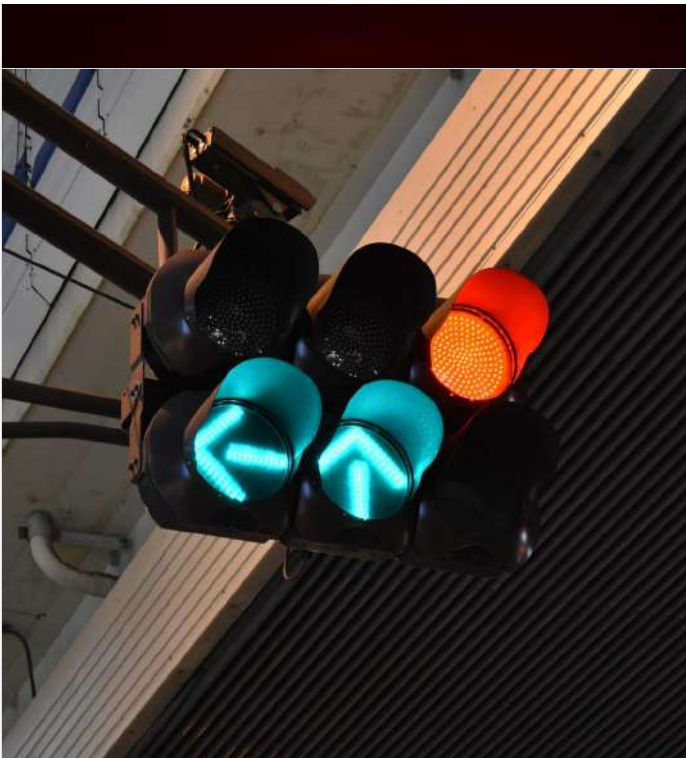
Un indicateur est donc une information choisie, **une variable déterminée qui aide l'évaluation de la qualité** de la nouvelle réalisation.

Cliquez sur **chaque photo** pour en savoir plus puis sur la flèche  pour les faire défiler.

Interroger

L'indicateur va interroger :

- le processus mis en œuvre pour répondre aux objectifs d'accompagnement et de soins.
- Ses effets pour les usagers.



Signaler

L'indicateur permet de déclencher un questionnement évaluatif du thème étudié lorsqu'il signale une qualité insuffisante des effets mesurés ou lorsque sa valeur varie d'une mesure à l'autre

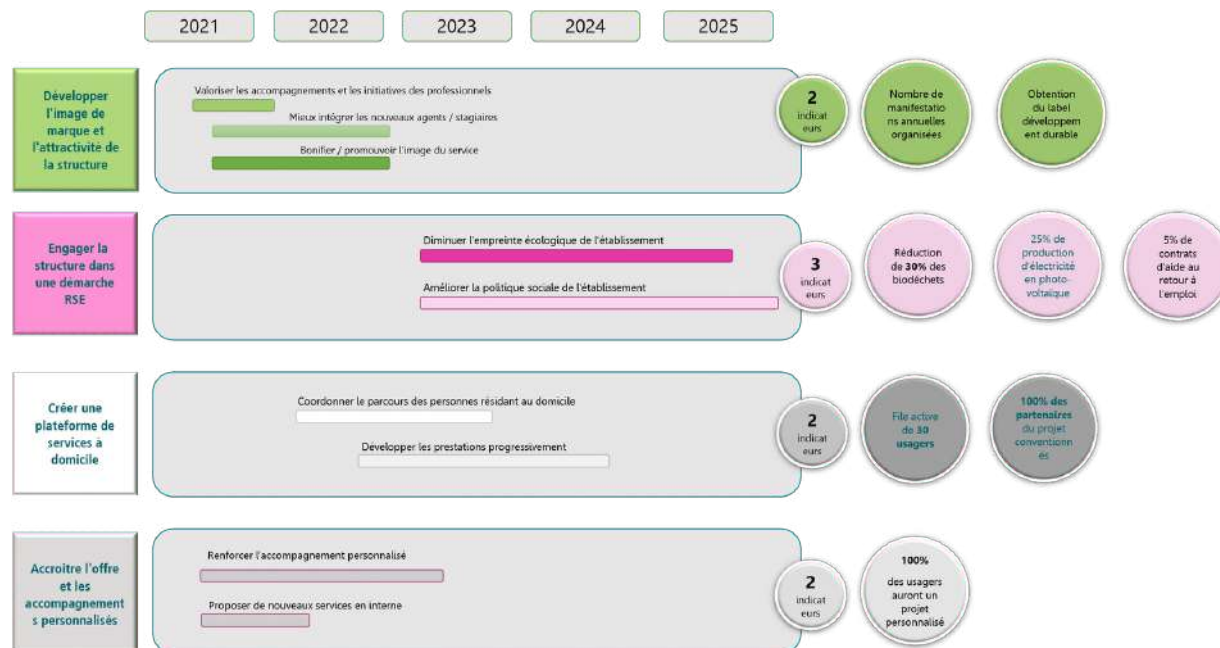


Mesurer

L'indicateur permet de mesurer l'effet du plan d'amélioration mis en place à la suite de l'évaluation.

Voici des exemples d'indicateurs identifiés pour suivre l'atteinte des objectifs dans un projet d'établissement.

Cliquez sur l'image pour l'agrandir.



FAIRE UNE PAUSE OU PASSER AU CHAPITRE SUIVANT

Quelles sont les spécificités des démarches ? 🕒 1h30 min



“Dans ce chapitre de **90 minutes**, vous allez découvrir **les spécificités de chacune des démarches de progrès.**”

DEMARRER LE CHAPITRE



Des particularités issues de la nature des démarches

Le projet d'établissement ou de service, le CPOM et le dispositif unique d'évaluation ont des spécificités qui s'appliquent au moment **du diagnostic** (étape 2), notamment sur les outils et méthodes utilisés, mais aussi au moment **de la diffusion du livrable**.

Le projet d'établissement ou de service

Le projet d'établissement ou de service doit être remis à jour tous **les cinq ans**, il s'agit d'un document stratégique permettant de prendre de la hauteur pour avoir une vision à moyen terme des objectifs d'amélioration, d'évolution et de développement de l'établissement.

Les outils du diagnostic

Le questionnement

Le diagnostic commence donc en **interrogeant la structure sur sa stratégie**. Il faut se questionner du point de vue politique, économique, socio-démographique, technologique...

Nous vous proposons un exemple de fiche méthodologique rassemblant les questions sur lesquelles s'arrêter pendant cette phase de diagnostic lors d'un projet d'établissement ou de service.

Cliquez sur le cadre ci-dessous pour lire le document.




Fiche méthodo 2- Questionnement stratégie PE.pdf
98.8 KB



L'outil d'analyse

Suivez les consignes de l'activité ci-dessous pour comprendre ce qu'est le SWOT.

 Thumbnail



Veillez réaliser l'activité ci-dessus avant de poursuivre.

Comment l'utiliser ?

Feuilletez le document ci dessous...



Un large champ d'application

Le champ d'application de l'état des lieux du projet d'établissement ou de service est large. Il concerne l'ensemble des processus de la structure.

- L'assise territoriale.
- L'efficience.
- Les prestations aux usagers.
 - Vie quotidienne : évaluation des capacités, hygiène, adaptation du rythme, prévention comportement à risques...
 - Personnalisation de l'accompagnement : accueil, vie sociale, ateliers occupationnels, projet personnalisé, sortie...
 - Droits et libertés / bienveillance.
 - Accompagnement thérapeutique : circuit du médicament, coordination des soins, urgences, réseau de soins, surveillance...
- La démarche qualité et la gestion des risques.
- Le projet social / les ressources humaines.
- Les processus dits supports : maintenance, restauration, entretien, les travaux...

La communication

Cliquez sur **chaque onglet** pour en savoir plus.

La forme du document attendu

Le projet d'établissement ou de service est un **document écrit d'une trentaine de pages**, les **annexes étant en plus et séparées** physiquement de ce document. Le projet étant un document à la disposition de tous, il est recommandé de rédiger une **synthèse de quelques pages**, qui pourra reprendre les éléments principaux, notamment les objectifs d'évolution, afin d'assurer une communication plus large.

Il convient d'aérer le texte avec des illustrations : images, illustrations, éclairages pour « donner à voir » la structure.

Les **objectifs** quant à eux peuvent prendre la forme de fiches projet ou fiches action qui décriront les étapes, les moyens et le calendrier de réalisation.



Les thématiques

L'HAS définit les **principales thématiques à traiter** dans sa recommandation de mai 2010.

Il s'agit des incontournables, sachant que la pondération entre ces thématiques, l'importance à leur accorder, dépend essentiellement de la nature des enjeux auxquels est confronté l'établissement ou le service :

- L'histoire
- Les missions & valeurs, la gestion des paradoxes.
- Le public et les relations avec les parents, la famille et l'entourage
- L'environnement externe
- L'ancrage des activités dans le territoire
- La nature de l'offre de service et son organisation
- Les principes d'intervention
- Les professionnels et les compétences mobilisées
- Les objectifs d'évolution, de progression et de développement.



“Il peut être intéressant de relater **l'histoire en détail** lorsque celle-ci joue un rôle important et vient expliquer certaines pratiques ou certains choix. Ainsi, une association d'établissement accueillant des enfants en situation de handicap pourra accorder une large part au descriptif pour **resituer les valeurs** encore ancrées, dont l'origine prend leur source au sein d'un mouvement de familles.”

- L'équipe MQS

Quelques exemples de présentation de contenus

Les valeurs La nature de l'offre



La gestion des paradoxes

Cliquez sur le cadre ci-dessous pour visualiser un exemple de présentation de la gestion des paradoxes au sein d'un CHRS.



CMQ- Gestion des paradoxes.pdf
354.9 KB



La temporalité

L'échéance choisie est un **compromis entre les moyens mobilisables et les enjeux spécifiques** à chaque structure. Trop lointaine, elle risque de démobiliser les professionnels et de faire perdre le fil conducteur de la réflexion.

Il paraît raisonnable **de se fixer une échéance entre 6 mois et 1 an** pour la réalisation d'un premier projet d'établissement ou de service.

Pour l'actualisation, les délais sont plus courts, sauf exception due à des remaniements importants.

CONTINUER

2

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Le CPOM est également à renouveler **tous les cinq ans**. Il s'agit d'un **contrat** permettant de **fixer des objectifs** et de **valider les moyens auprès de l'ARS et/ou du conseil départemental**.

Ce document permet donc d'avoir une **vision stratégique** conforme aux objectifs territoriaux et à moyen terme.

Des spécificités régionales

C'est **l'ARS qui est l'autorité administrative** dans le cadre du CPOM. Il s'agit de sa particularité principale puisque le cadre est de ce fait défini région par région : la trame, l'outil de diagnostic, les annexes, les guides...

Le système d'information quant à lui s'installe au niveau national (E-cars). Il s'agit d'un outil mutualisé de gestion des contrats au sein des ARS qui permet :

- D'instaurer une culture de suivi et de pilotage.
- D'automatiser une partie des processus de contractualisation.
- De renforcer la gestion des relations avec les établissements via une interface spécifique « extranet ».

Les outils du diagnostic

Avant de s'engager dans une démarche de contractualisation, les acteurs s'engagent à mettre à plat les modalités de fonctionnement de l'organisme gestionnaire concerné pour identifier notamment ses points forts et ses points de progrès, les partager afin qu'ils soient connus de tous, et ainsi **intégrer cet état des lieux dans la négociation du CPOM**.

Le diagnostic constitue l'une des bases des réflexions qui seront menées autour des objectifs de l'organisme gestionnaire et des établissements.

La **grille de diagnostic partagé** est un premier outil, également propre à chaque Agence Régionale de Santé. Toutefois, il existe généralement une base commune concernant :

- Le territoire
- L'accompagnement
- L'efficacité de la structure

Même sur cette base, les objectifs peuvent être **verbalisés différemment**. Vous pouvez le constater par ces **3 exemples** issus des ARS de Bretagne, de Normandie et d'Île de France :



Personnes âgées

- Assise territoriale
- Efficacité et performance
- Prise en charge soins
- Qualité de l'accompagnement

Personnes handicapées

- Apporter une réponse adaptée et évolutive aux besoins de chaque personne
- Améliorer en continu la qualité de l'accompagnement
- Mettre en place une organisation efficace au service des personnes

22/03/2021



Personnes âgées

- Développer des organisations et pratiques permettant de structurer des parcours et favoriser le maintien à domicile en lien avec les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire
- Développer la qualité des accompagnements en associant les usagers et leur environnement social et familial
- Adapter l'offre afin de répondre aux besoins et spécificité du public et renforcer l'efficacité

Personnes handicapées ?



Personnes âgées

- Diversifier l'offre et renforcer la coordination avec les partenaires sanitaires et MS
- Simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement
- Optimiser la gestion des ESSMS



CPOM CD

Personnes handicapées ?



Renseignez vous! En règle générale, il existe des guides méthodologiques régionaux pour la contractualisation des CPOM.

Attention, il existe des régions où un CPOM spécifique Conseil départemental vient compléter le CPOM ARS.

Exemple de grille de diagnostic

Cliquez sur le cadre ci-dessous pour visualiser la grille d'autodiagnostic - Personnes Handicapées - ARS Bretagne



CPOM_PH_ANX3_DIAGNOSTIC.xlsx
103.5 KB



CONTINUER

Un **second outil** est mobilisé dans le cadre du diagnostic : le **tableau de bord de la performance** qui représente une source non négligeable d'informations, de données et d'indicateurs utiles au CPOM ainsi que des données de comparaison permettant d'apporter des éléments utiles pour le diagnostic partagé.

Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social lancé par l'Agence Nationale de l'Appui à la Performance (ANAP) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) est entré en phase de généralisation depuis le 1er janvier 2015. Il est devenu **obligatoire** par **arrêté du 10 avril 2019**.

Envie de visiter le Site de l'ANAP ?

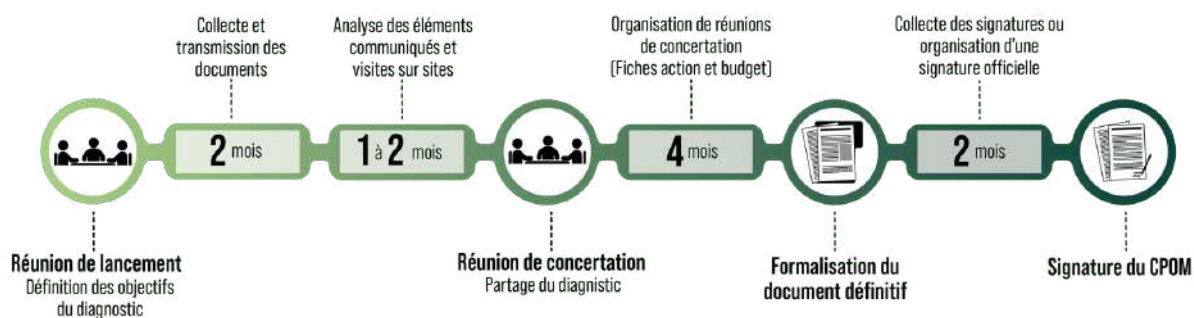
Vous y retrouverez le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social - Kit d'outils 2020

! Il vous faudra un compte ANAP

CLIQUEZ ICI

La temporalité

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) estime **aux alentours de 10 mois la procédure de contractualisation** du CPOM.



Cliquez sur l'image pour l'agrandir.

1

4 mois : la durée nécessaire pour **réaliser le diagnostic partagé**, soit 2 mois pour que l'organisme gestionnaire transmette les documents sollicités, 1 mois pour l'analyse des éléments par les ATC, et si nécessaire 1 mois en cas de visites sur site.

2

4 mois : la durée de la **négociation** en prenant en compte les allers et retours des différentes versions des documents constitutifs du CPOM. Cette durée indicative ne peut être respectée que si les bases de la négociation ont été présentées lors de la réunion de lancement et si les personnes sont présentes lors des réunions de négociation.

3

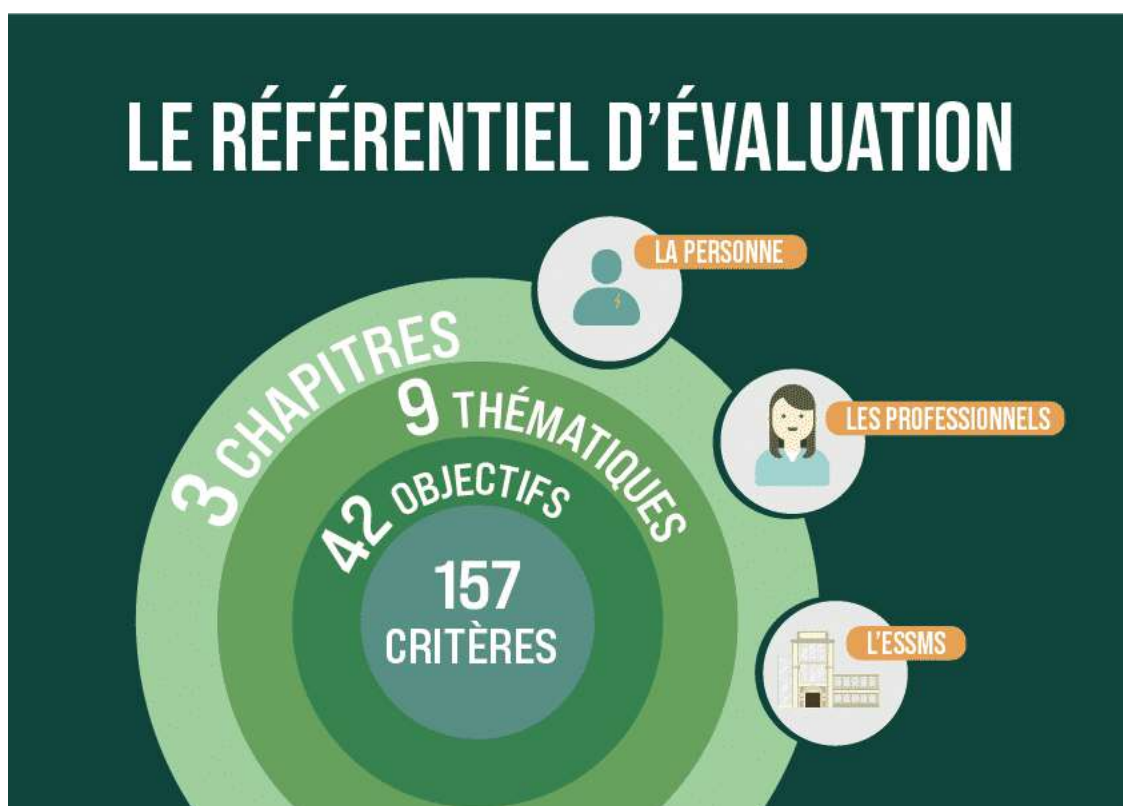
2 mois : la durée nécessaire entre la proposition d'un document final et **sa signature effective**.

Le dispositif d'évaluation

Les outils d'analyse du diagnostic

Au regard des enjeux et valeurs défendus par la loi de 2019, **un référentiel** a été diffusé par la HAS afin d'évaluer la qualité d'accompagnement des personnes.

Le référentiel, socle du dispositif d'évaluation



- Le référentiel d'évaluation est structuré en **3 chapitres** : **la personne**, **les professionnels**, **l'ESSMS**. Cette structuration permet l'analyse croisée entre le **résultat** pour la personne accompagnée, les **pratiques mises en œuvre** par les professionnels et la **dynamique impulsée** par la gouvernance de l'établissement ou du service.

- **9 thématiques** ont été définies pour encadrer l'évaluation et sont réparties au sein de ces 3 chapitres.
- Le référentiel comporte au total **42 objectifs** déclinés en **157 critères** d'évaluation (139 critères standards et 18 impératifs).

Les 9 thématiques sur lesquelles portent l'évaluation sont :

- 1 La bienveillance et l'éthique.
- 2 Les droits de la personne accompagnée.
- 3 L'expression et la participation de la personne accompagnée.
- 4 La co-construction et la personnalisation du projet d'accompagnement.
- 5 L'accompagnement à l'autonomie.
- 6 L'accompagnement à la santé.
- 7 La continuité et la fluidité des parcours.
- 8 La politique des ressources humaines.
- 9 La démarche qualité et gestion des risques.

Le référentiel a été accompagné d'un **manuel d'évaluation** qui répertorie l'ensemble des fiches critères et présente des fiches pratiques utiles à la mise en œuvre de l'évaluation. Chaque critère du référentiel fait ainsi l'objet d'une **fiche détaillée** permettant d'en faciliter la compréhension et les attendus. En voici un exemple :

Cliquez sur chaque pastille pour en savoir plus.

Thématique : Expression et participation de la personne accompagnée

OBJECTIF 1.6 – L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.

CRITÈRE 1.6.2 – Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée grâce à l'utilisation de moyens et outils adaptés.

Niveau d'adoption : Standard / Impératif

Niveau d'adoption : Tous ESSMS / SdS / (Maison sociale)

Toutes structures / (Etablissement / Service)

Tous publics / PA / PNA / FSE / PDI / AIL / PE / P3

Éléments d'évaluation

Entretiens avec les professionnels
Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée.
Les professionnels utilisent des moyens et outils qui facilitent leur expression.

Consultation documentaire
Tout outil utilisé par les professionnels pour faciliter l'expression de la personne accompagnée. Exemples : outils écrits : supports de travail de l'expression écrite (questionnaires, tablettes, outils de communication alternatifs (images, pictogrammes))

Observation
Toutes observations permettant de confirmer la facilité des échanges avec les professionnels et la personne accompagnée grâce à l'utilisation des outils adaptés.

Références

HAS – Globales
• HAS (La bienveillance, éthique et respect pour la vieillesse, 2016)

HAS – Spécifiques
• HAS (Facilité de recueil de l'expression individuelle et partagée de vieillesse, 2016)
• HAS (Qualité de vie en SMOGAS (partie 1) : Espérance, accompagnement, participation et soutien de la polyhandicapé, 2015)
• HAS (Qualité de vie en SMOGAS (partie 2) : la prise en compte des besoins multiples (cognitif et psychologique), 2015)
• HAS (Rapport de qualité de soins des établissements médico-sociaux de la catégorie des établissements de soins de longue durée (ESL) de soins de longue durée des centres de soins de longue durée, 2015)

Thématique : Expression et participation de la personne accompagnée

OBJECTIF 1.6 – L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.

CRITÈRE 1.6.2 – Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée grâce à l'utilisation de moyens et outils adaptés.

Standard Impératif

Domaine d'activité : Tous ESSMS / SSIAD / MAdes-SSMS

Toutes structures : Hébergement / Service

Tous publics : PAI/PNA / PSE/PSO / ARI / PE/PAJ

Éléments d'évaluation	Références
<p>Entretien avec les professionnels</p> <p>Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée.</p> <p>Les professionnels utilisent des moyens et outils qui facilitent leur expression.</p>	<p>HAS – Globales</p> <p>• ASPT La Démocratie, distribution et repères pour la mise en œuvre 2016</p>
<p>Consultation documentaire</p> <p>Tout outil utilisé par les professionnels pour faciliter l'expression de la personne accompagnée. Exemples : outils écrits – supports de travail de l'expression écrite (questionnaire, grille), outils de communication alternatifs (images, pictogrammes)</p>	<p>HAS – Spécifiques</p> <p>• ASPT Facilité de repère de l'acteur : identification et parcours de vie de l'adulte 2016</p> <p>• ASPT Guide de mise en œuvre HAS (juin 11) : Démarche, méthodologie, qualification et mise en œuvre de la professionnelle (2011)</p> <p>• ASPT Guide de mise en œuvre HAS (juin 11) : La pratique de la lecture visuelle (juin 11) et l'accompagnement de la personne en situation de handicap (2011)</p> <p>• ASPT Repères de travail : la lecture des professionnels impliqués dans le cadre des établissements de soins de suite et de rééducation de l'adulte à des troubles en santé mentale (juin 11)</p>
<p>Observation</p> <p>Toutes observations permettant de confirmer la facilité des échanges entre les professionnels et la personne accompagnée grâce à l'utilisation des outils adaptés.</p>	

Thématique

En haut de la fiche, se trouve l'intitulé de l'une des 9 thématiques. Ici, il s'agit de la thématique 3 sur l'expression et la participation de la personne accompagnée.

Thématique : Expression et participation de la personne accompagnée



OBJECTIF 1.6 – L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.

CRITÈRE 1.6.2 – Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée grâce à l'utilisation de moyens et outils adaptés.

Source d'origine : Standard Impair®

Source d'origine : Tous ESSMS / SSIAD / Mieux-Bois®

Toutes structures : Établissement / Service

Tous publics : PAI/PNA / PNEE/POB / ARI / PE/PAJ



Éléments d'évaluation
Entretien avec les professionnels Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée. Les professionnels utilisent des moyens et outils qui facilitent leur expression.
Consultation documentaire Tout outil utilisé par les professionnels pour faciliter l'expression de la personne accompagnée. Exemples : outils écrits - supports de travail de l'expression écrite (questionnaires, schémas, etc.), outils de communication alternatifs (images, pictogrammes)
Observation Toutes observations permettant de confirmer la facilité des échanges entre les professionnels et la personne accompagnée grâce à l'utilisation des outils déployés.

Références
HAS - Globales • AFPH La Démocratie, identifier et répondre pour la mise en œuvre 2016
HAS - Spécifiques • AFPH Facilité de l'accès au logement, identifier et répondre en matière de logement 2015 • AFPH Qualité de vie en SMO/CAH (article 1) Évaluation, consultation, participation et soutien de la personne 2015 • AFPH Qualité de vie en SMO/CAH (article 2) La prise en compte des besoins sociaux, évaluer et accompagner 2015 • AFPH Impact des outils de la santé des professionnels impliqués dans le cadre des établissements de soins de suite et de rééducation de la personne âgée souffrant de troubles mentaux 2015

Objectif

En deuxième position, est indiqué l'intitulé de l'objectif dans lequel s'inscrit le critère à évaluer.

Thématique : Expression et participation de la personne accompagnée

OBJECTIF 1.6 – L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.

CRITÈRE 1.6.2 – Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée grâce à l'utilisation de moyens et outils adaptés.

Niveau d'analyse Standard Impartir

Niveau d'analyse : Tous ESSMS / SSIAD / MARS-SOINS
Toutes structures : établissements / Services
Tous publics : PAI/PNA / PNE/PSP / ARI / PE/PAJ

Éléments d'évaluation	Références
<p>Entretien avec les professionnels</p> <p>Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée.</p> <p>Les professionnels utilisent des moyens et outils qui facilitent leur expression.</p>	<p>HAS – Globales</p> <p>• ASPT La Démocratie, l'éthique et le respect pour la vieillesse (2016)</p>
<p>Consultation documentaire</p> <p>Tout outil utilisé par les professionnels pour faciliter l'expression de la personne accompagnée. Exemples : outils écrits – supports de travail de l'expression écrite (questionnaires, schémas, etc.), outils de communication alternatifs (images, pictogrammes)</p>	<p>HAS – Spécifiques</p> <p>• ASPT Facilité de l'accès au langage : description et parcours de soins de l'adulte (2014)</p> <p>• ASPT Qualité de vie en SMO/CAH (juin 11) : Évaluation, amélioration, certification et suivi de la performance (2011)</p> <p>• ASPT Qualité de vie en SMO/CAH (juin 2011) : La pratique de la langue française : Évaluation et développement (2011)</p> <p>• ASPT Facilité de l'accès à la santé des personnes handicapées dans le cadre des établissements de soins de longue durée (évaluation de la pratique de l'équipe à l'usage de la langue en centre de réhabilitation) (2010)</p>
<p>Observation</p> <p>Toutes observations permettant de confirmer la facilité des échanges entre les professionnels et la personne accompagnée grâce à l'utilisation des outils déployés.</p>	


Critère

En troisième position, le critère à évaluer est détaillé.

Thématique : Expression et participation de la personne accompagnée

OBJECTIF 1.6 – L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.

CRITÈRE 1.6.2 – Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée grâce à l'utilisation de moyens et outils adaptés.

Niveau d'exigence : Standard **Impératif** 

Domaine d'activité : Tous ESSMS / SSIAD / MAS-DASMS

Toutes structures : Hébergement / Services

Tous publics : PAI/PNA / PSE/PSO / AM / PE/PAJ

Éléments d'évaluation	Références
<p>Entretien avec les professionnels</p> <p>Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée.</p> <p>Les professionnels utilisent des moyens et outils qui facilitent leur expression.</p>	<p>HAS – Globales</p> <p>• ASPT La Démocratie, délibération et expertise pour la mise en œuvre 2016</p>
<p>Consultation documentaire</p> <p>Tout outil utilisé par les professionnels pour faciliter l'expression de la personne accompagnée. Exemples : outils écrits – supports de travail de l'expression écrite (questionnaires, schémas, etc.), outils de communication alternatifs (images, pictogrammes)</p>	<p>HAS – Spécifiques</p> <p>• ASPT Facilité de l'accès au langage : identification et parcours de soins de l'autisme 2016</p> <p>• ASPT Qualité de vie en SMI/CAH (juin 11) : Évaluation, accompagnement, qualification et parcours de la polyhandicap (2011)</p> <p>• ASPT Qualité de vie en SMI/CAH (juin 2011) le parcours de soins adaptés : accueil, éducation et accompagnement (2011)</p> <p>• ASPT Impact des troubles du langage sur les professionnels intervenant dans le cadre des établissements accueillant de la polyhandicap (2016)</p>
<p>Observation</p> <p>Toutes observations permettant de confirmer la facilité des échanges entre les professionnels et la personne accompagnée grâce à l'utilisation des outils adaptés.</p>	

Niveau d'exigence

Chaque critères reçoit un certain niveau d'exigence :

- 139 correspondent au niveau standard attendu.
- 18 dits « impératifs » impliquent la mise en place d'un plan d'action spécifique dans la continuité immédiate de la visite d'évaluation.

Le niveau d'exigence attendu ressort en **caractères gras**. Ici, il s'agit d'un critère standard.

Thématique : Expression et participation de la personne accompagnée

OBJECTIF 1.6 – L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.

CRITÈRE 1.6.2 – Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée grâce à l'utilisation de moyens et outils adaptés.

Standard Impartir

Champ d'application : Tous ESSMS / SSIAD / Médico-social
Toutes structures / Établissement / Service
Tous publics / PA / PNA / PNE / PDI / APL / PPE / PDI

Éléments d'évaluation	Références
<p>Entretien avec les professionnels</p> <p>Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée.</p> <p>Les professionnels utilisent des moyens et outils qui facilitent leur expression.</p>	<p>HAS – Globales</p> <p>• RPPF La Dérégulation : identifier et répondre pour la mise en œuvre 2016</p>
<p>Consultation documentaire</p> <p>Tout outil utilisé par les professionnels pour faciliter l'expression de la personne accompagnée. Exemples : outils écrits – supports de travail de l'expression écrite (questionnaire, grille), outils de communication alternatifs (images, pictogrammes)</p>	<p>HAS – Spécifiques</p> <p>• RPPF Facilité de l'accès au logement : identifier et répondre en particulier de juin de l'année 2016</p> <p>• RPPF Qualité de vie en SMI/CAH (juin 11) : Évaluation, consultation, participation et retour de la citoyenneté (2011)</p> <p>• RPPF Qualité de vie en SMI/CAH (juin 2011) : Évaluation, consultation, participation et retour de la citoyenneté (2011)</p> <p>• RPPF Qualité de vie en SMI/CAH (juin 2011) : Évaluation, consultation, participation et retour de la citoyenneté (2011)</p>
<p>Observation</p> <p>Toutes observations permettant de confirmer la facilité des échanges entre les professionnels et la personne accompagnée grâce à l'utilisation des outils adaptés.</p>	<p>• RPPF Qualité de vie en SMI/CAH (juin 2011) : Évaluation, consultation, participation et retour de la citoyenneté (2011)</p>

Champ d'application

Chaque critère a un champ d'application défini selon **le secteur social ou médicosocial, la structure et le type de public.**

Là encore, le champ d'application applicable ressort en **caractère gras.**

Parmi les 157 critères, on retrouve :

- 126 critères génériques communs à tous les ESSMS
- 31 critères spécifiques applicables selon le secteur d'activité, le type de structure ou le public accompagné.

Thématique : Expression et participation de la personne accompagnée

OBJECTIF 1.6 – L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.

CRITÈRE 1.6.2 – Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée grâce à l'utilisation de moyens et outils adaptés.

Standard Impartir

Champ d'application : Tous ESSMS / SSIAD / MAdes-SSMS

Toutes structures : Etablissement / Service

Tous publics : PAI/PNA / PNEE/POB / ARI / PE/PAJ

Éléments d'évaluation

Entretien avec les professionnels

Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée.

Les professionnels utilisent des moyens et outils qui facilitent leur expression.

Consultation documentaire

Tout outil utilisé par les professionnels pour faciliter l'expression de la personne accompagnée. Exemples : outils écrits – supports de travail de l'expression écrite (questionnaires, schémas, etc.), outils de communication alternatifs (images, pictogrammes)

Observation

Toutes observations permettant de confirmer la facilité des échanges entre les professionnels et la personne accompagnée grâce à l'utilisation des outils employés.

Références

HAS – Globales

- **ASPT** La Démocratie, distribution et repères pour la mise en œuvre, 2006

HAS – Spécifiques

- **ASPT** Facilité de l'accès au logement, diagnostic et parcours de soin de l'adulte 2014
- **ASPT** Qualité de vie en SMI/CSM (adulte) : Évaluation, construction, qualification et mise en œuvre de la polyvalence, 2015
- **ASPT** Qualité de vie en SMI/CSM (jeune) 2014 : principes et les bases théoriques, Évaluation et développement, 2014
- **ASPT** Impact des outils de la santé des professionnels auprès de la personne accompagnée grâce à l'utilisation des outils employés, 2016

Référence

De manière non exhaustive, la fiche indique ici les références associées pour éclairer le critère.

Thématique : Expression et participation de la personne accompagnée

OBJECTIF 1.6 – L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.

CRITÈRE 1.6.2 – Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée grâce à l'utilisation de moyens et outils adaptés.

Standard Impératif

Domaine d'application : Tous ESSMS / SSIAD / MARS-SADMS
Toutes structures : Établissement / Service
Tous publics : PAI/PNA / PSE/PSO / ARI / PE/PAJ

Éléments d'évaluation

Entretien avec les professionnels
 Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée.
 Les professionnels utilisent des moyens et outils qui facilitent leur expression.

Consultation documentaire
 Tout outil utilisé par les professionnels pour faciliter l'expression de la personne accompagnée. Exemples : outils écrits : supports de travail de l'expression écrite (questionnaire, tableau, etc.), outils de communication alternatifs (images, pictogrammes)

Observation
 Toutes observations permettant de confirmer la facilité des échanges entre les professionnels et la personne accompagnée grâce à l'utilisation des outils déployés.

Références

HAS – Globales
 • **ASPT** La Démocratie, distribution et repères pour la mise en œuvre, 2016.

HAS – Spécifiques
 • **ASPT** Facilité de recueil de l'avis : questionnaires et parcours de vie de l'adulte 2018.
 • **ASPT** Guide de mise en œuvre HAS (partie 1) : Évaluation, consultation, participation et soutien de la citoyenneté, 2018.
 • **ASPT** Guide de mise en œuvre HAS (partie 2) : la pratique de la démocratie locale, Évaluation et participation, 2018.
 • **ASPT** Impact des outils de facilité des communications augmentées dans le cadre des établissements de soins de suite et de rééducation, 2016.

Éléments d'évaluation

Cet encadré récapitule les différents éléments qui permettront d'évaluer le critère.

Thématique : Expression et participation de la personne accompagnée

OBJECTIF 1.6 – L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.

CRITÈRE 1.6.2 – Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée grâce à l'utilisation de moyens et outils adaptés.

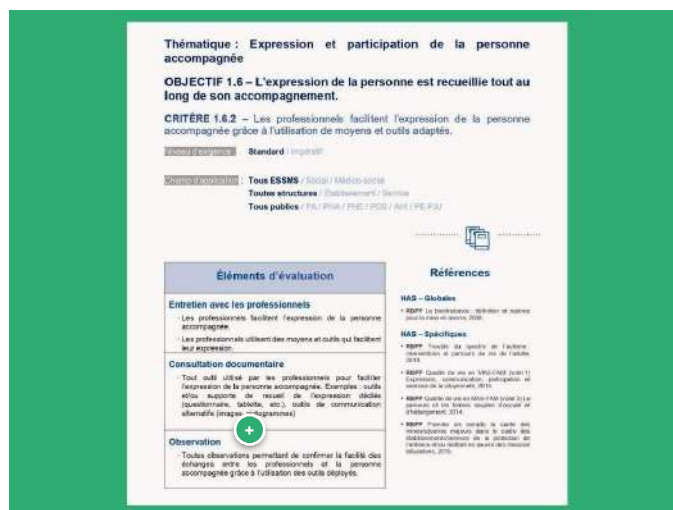
Standard Impartir

Champ d'application : Tous ESSMS / Soins / Médicosociaux
Toutes structures / Établissement / Service
Tous publics / PA / PMA / PSE / PDI / AM / PEP / PJ

Éléments d'évaluation	Références
<p>Entretien avec les professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée. Les professionnels utilisent des moyens et outils qui facilitent leur expression. 	<p>HAS – Globales</p> <ul style="list-style-type: none"> ASPT La Démocratie, éditorial et repères pour la mise en œuvre 2016 <p>HAS – Spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ASPT Facilité de recueil de l'avis des usagers et parcours de vie de l'usager 2016 ASPT Qualité de vie en UMICAD (juin 11) Évaluation, construction, qualification et mise en œuvre de la polyvalence (2011) ASPT Qualité de vie en UMICAD (juin 2011) La pratique de la lecture partagée : Écoute et développement (2011) ASPT Impact des outils de santé des professionnels auprès de la santé des accompagnés : revue des pratiques de l'équipe à l'usage de la santé des accompagnés (2016)
<p>Consultation documentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Tout est utilisé par les professionnels pour faciliter l'expression de la personne accompagnée. Exemples : outils écrits – supports de recueil de l'expression écrite (questionnaires, séquences, etc.), outils de communication alternatifs (images, pictogrammes) 	
<p>Observation</p> <ul style="list-style-type: none"> Toutes observations permettent de confirmer la facilité des échanges entre les professionnels et la personne accompagnée grâce à l'utilisation des outils employés. 	

Entretien

Dans l'encadré "Entretien" sont indiqués les éléments à investiguer au cours des entretiens.



Consultation documentaire et observation

Le manuel répertorie les documents et observations permettant d'éclairer les investigations menées. Il s'agit bien entendu de propositions d'exemples, non exhaustives.



Des méthodes d'évaluation proches du terrain

De nouvelles méthodes d'évaluation vont être utilisées. Celles-ci sont très largement inspirées de ce qui se pratique déjà sur le terrain du secteur sanitaire.

Le référentiel d'évaluation est structuré en 3 chapitres. À chacun des chapitres du référentiel est associée une méthode d'évaluation :

- La méthode de l'accompagné traceur
- La méthode du traceur ciblé
- La méthode de l'audit système

Le dispositif d'évaluation fait intervenir plusieurs acteurs / groupes d'acteurs :

Cliquez sur les cartes pour en savoir davantage.....

LA GOUVERNANCE

La gouvernance est constituée des membres de la direction, de l'encadrement (cadre, responsable de service, etc.), possiblement des membres du siège, président de l'association gestionnaire, etc. qui pourront être mobilisés en fonction des thématiques traitées. Il est cependant important que soit également présent un responsable "opérationnel" qui a la responsabilité de l'organisation et du fonctionnement de la structure évaluée au quotidien.

LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

La personne est entendue au sens large du terme. Elle fait référence à la personne elle-même, son représentant légal, les titulaires de l'autorité parentale et la famille lorsque celle-ci est accompagnée par la structure. Etant précisé que la personne rencontrée dans le cadre de « l'accompagné traceur » peut demander à être accompagnée d'un proche ou d'une personne de confiance lors de l'entretien.

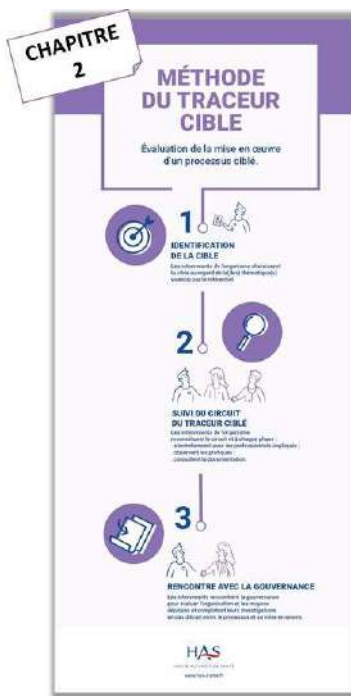
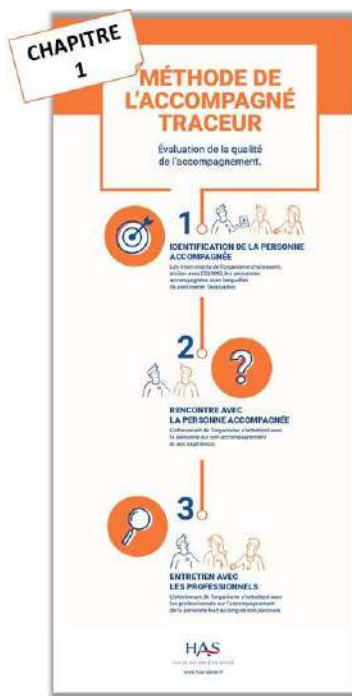
LES PROFESSIONNELS

Les professionnels sont les personnes qui accompagnent les usagers.

LES MEMBRES DU CVS

Le CVS doit désormais être entendu lors de la procédure d'évaluation lors de l'entretien avec le CVS, être informé des résultats de l'évaluation et être associé aux mesures correctrices à mettre en place.

CONTINUER



Ces 3 infographies seront détaillées plus bas.

Chaque **critère** sera **évalué** au travers d'une des **trois méthodes** d'évaluation retenues :

1. **L'accompagné traceur** pour le **chapitre 1** sur la personne.
2. **Le traceur ciblé** pour le **chapitre 2** sur les professionnels.
3. **L'audit système** pour le **chapitre 3** sur la structure médico-sociale.

L'évaluation se fera grâce à des **entretiens** (personnes accompagnées, les membres du CVS professionnels, gouvernance), une **analyse documentaire et/ou l'observation**.

Cliquez sur chaque onglet pour en savoir plus.

L'ACCOMPAGNÉ TRACEUR	LE TRACEUR CIBLÉ	L'AUDIT SYSTÈME
<p>L'accompagné traceur évalue la qualité de l'accompagnement de la personne dans l'établissement ou le service social ou médico-social et vise à renforcer l'engagement de la personne, actrice de son accompagnement et partenaire de l'ESSMS dans l'amélioration des pratiques .</p> <p>Cette méthode procède au recueil de l'expérience de la personne et est complété par un entretien avec les professionnels qui l'accompagnent au quotidien.</p>		

L'ACCOMPAGNÉ TRACEUR

LE TRACEUR CIBLÉ

L'AUDIT SYSTÈME

La méthode du traceur ciblé est centrée sur **l'entretien avec les professionnels**, réalisé en équipe pluridisciplinaire pour évaluer la **mise en œuvre réelle** d'un processus sur le terrain, ainsi que **sa maîtrise**. Le ou les entretiens sont complétés par une rencontre avec la gouvernance pour éclairage complémentaire.

L'évaluation **part du terrain pour remonter vers le processus**.

Cliquez sur le bouton lecture au centre de la vidéo



L'ACCOMPAGNÉ TRACEUR

LE TRACEUR CIBLÉ

L'AUDIT SYSTÈME

La méthode de l'audit système permet d'évaluer **l'organisation de l'ESSMS** pour s'assurer de la maîtrise des processus mis en œuvre et de leur capacité à atteindre les objectifs.

Cette méthode vise à renforcer la dynamique qualité au sein des ESSMS et à promouvoir une démarche porteuse de sens pour les ESSMS et leurs professionnels.

L'évaluation **part du processus jusqu'à sa mise en œuvre réelle par les professionnels**.

Cliquez sur le bouton lecture au centre de la vidéo

MÉTHODE DE L'AUDIT SYSTÈME



Veuillez consulter les 3 onglets avant de poursuivre.

La méthodologie des évaluations

Cliquez sur chacune des méthodes pour connaître le détail de leurs 3 étapes.
Pour revenir, cliquez sur le bouton 

MÉTHODE DE L'ACCOMPAGNÉ TRACEUR
Prévision de la qualité et l'accompagnement.

- 1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE**
- 2 RENCONTRE AVEC LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE**
- 3 RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS**

HAS

MÉTHODE DU TRACEUR CIBLE
Évaluation de la mise en œuvre d'un processus HAS.

- 1 IDENTIFICATION DE LA CIBLE**
- 2 SUITE DE CIBLES DE FAUCON CIBLE**
- 3 RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE**

HAS

MÉTHODE DE L'AUDIT SYSTÈME
Évaluation des organisations pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain.

- 1 IDENTIFICATION DE LA CIBLE**
- 2 RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE**
- 3 RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS**

HAS



L'ensemble des thématiques du référentiel doit être investigué. L'étape 1 « identification de la cible » pour les chapitres 2 et 3, permet d'organiser les séquences pour chacune des thématiques des chapitres (horaires des séquences, professionnels à mobiliser en fonction des thèmes abordés, etc.). Étant entendu que vous pouvez regrouper certaines thématiques d'un chapitre sur une même séquence d'entretien, si les professionnels à rencontrer sont communs.

Vous retrouverez les 3 infographies des méthodes d'évaluation dans le manuel d'évaluation de la qualité édité par la HAS.

CONTINUER

L'évaluation et les auto-évaluations sont réalisées à partir de grilles d'évaluation éditées par SYNAE. SYNAE est le nom donné à la plateforme sécurisée créée par la HAS. Cette **plateforme**, nouveau système d'information pour l'évaluation des ESSMS, va générer pour chaque ESSMS, à partir de sa catégorie FINESS, **les grilles d'évaluation qui le concernent**, en lien avec les champs d'application des critères.

La plateforme Synaé permet :

- **aux ESSMS de réaliser des auto-évaluations**, en s'appuyant sur les critères du référentiel qui leur sont applicables, et d'en extraire les résultats pour alimenter leur plan d'amélioration de la qualité
- aux ESSMS **d'engager leur démarche d'évaluation** par un organisme figurant sur la liste publiée par la HAS ;
- aux Organismes de déposer leur courrier de recevabilité et **de réaliser les évaluations** pour lesquelles ils ont été retenus.

CONTINUER

Le référentiel d'évaluation

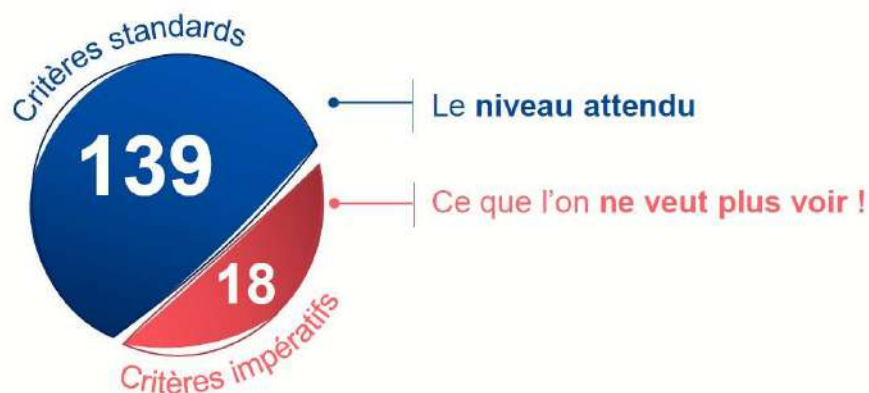
3
Chapitres

9
Thématiques

42
Objectifs

157
Critères

157 critères



Les critères "standards" correspondent au niveau d'exigence attendu lors de l'évaluation. **Les critères "impératifs"** sont des critères qui doivent être totalement satisfaits lors de l'évaluation de l'ESSMS. A défaut, si un critère impératif est coté 1, 2 ou 3 lors de l'évaluation, l'ESSMS devra prioriser un plan d'actions pour améliorer la situation et en rendre compte à l'autorité de tarification et de contrôle.

Dans ces grilles, chaque élément d'évaluation d'un critère doit être coté. Cinq niveaux de cotation sont possibles, 1 étant le niveau le plus faible et * le plus élevé.

- 1. Le niveau attendu n'est **pas du tout satisfaisant**.
- 2. Le niveau attendu n'est **plutôt pas satisfaisant**.
- 3. Le niveau attendu est **plutôt satisfaisant**.
- 4. Le niveau attendu est **tout à fait satisfaisant**.
- *. Le niveau est **optimisé**

Pour télécharger le référentiel de la HAS, rendez vous dans la rubrique "Pour aller plus loin".

18/157 critères impératifs...

CRITERES CHAPITRE 2 DU REFERENTIEL

- 1 Critère 2.1 : Les professionnels soutiennent la liberté d'aller et venir de la personne accompagnée.
- 2 Critère 2.2.2 : Les professionnels respectent la dignité et l'intégrité de la personne accompagnée
- 3 Critère 2.2.3 : Les professionnels respectent la vie privée et l'intimité de la personne accompagnée
- 4 Critère 2.2.4 : Les professionnels respectent la liberté d'opinion, les croyances et la vie spirituelle de la personne accompagnée
- 5 Critère 2.2.5 : Les professionnels respectent le droit à l'image de la personne accompagnée
- 6 Critère 2.2.6 : L'ESSMS favorise l'exercice des droits et libertés de la personne accompagnée
- 7 Critère 2.2.7 : L'ESSMS garantit la confidentialité et la protection des informations et données relatives à la personne accompagnée

CRITERES CHAPITRE 3 DU REFERENTIEL

- 1 Critère 3.6.2 : Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament
- 2 Critère 3.11.1 : L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de prévention et de gestion des risques de maltraitance et de violence
- 3 Critère 3.11.2 : L'ESSMS traite les signalements de faits de maltraitance et de violence et met en place des actions correctives
- 4 Critère 2.2.4 : Les professionnels respectent la liberté d'opinion, les croyances et la vie spirituelle de la personne accompagnée
- 5 Critère 3.12.1 : L'ESSMS organise le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations
- 6 Critère 3.12.2 : L'ESSMS communique sur le traitement des plaintes et des réclamations aux parties prenantes
- 7 Critère 3.13.1 : L'ESSMS organise le recueil et le traitement des événements indésirables
- 8 Critère 3.13.2 : L'ESSMS communique sur le traitement des événements indésirables auprès des parties prenantes

CONTINUER

Pour l'ensemble des critères, chaque élément d'évaluation (EE) est coté puis le calcul de la cotation des critères, objectifs, thématiques se fait automatiquement par moyennes successives, comme le montre le schéma ci dessous :

Chapitre 1 (Méthode : Accompagné traceur)

Coter chaque élément d'évaluation (E.E) d'un critère dans la grille ci-dessous.

Personne Accompagnée

Profil de la personne rencontrée

Veillez ne pas indiquer de données personnelles permettant d'identifier la personne.

BIENTRAITANCE ET ETHIQUE

Objectif 1.1 : La personne accompagnée s'exprime sur la bientraitance.

Critère 1.1.1 : La personne accompagnée exprime sa perception de la bientraitance.

E.E. : La personne accompagnée est sollicitée pour exprimer sa perception de la bientraitance.

- 1 - Pas du tout satisfaisant
- 2 - Plutôt peu satisfaisant
- 3 - Plutôt satisfaisant
- 4 - Tout à fait satisfaisant
- * - Coté/isé
- Non concerné
- Réponse inacceptable

Cotez chaque élément d'évaluation à partir des réponses qui vous ont été données

Sur SYNAE - Voici ce que vous retrouverez à l'écran pour coter les éléments d'évaluation...

Et ci dessous, l'export de la grille sous format Excel pour un SAVS.



Grille_Chapitre 1 (Accompagné traceur)_2 SAVS.xlsx
25.3 KB



CONTINUER

Le système de cotation

Calcul automatique par moyennes successives

Illustration

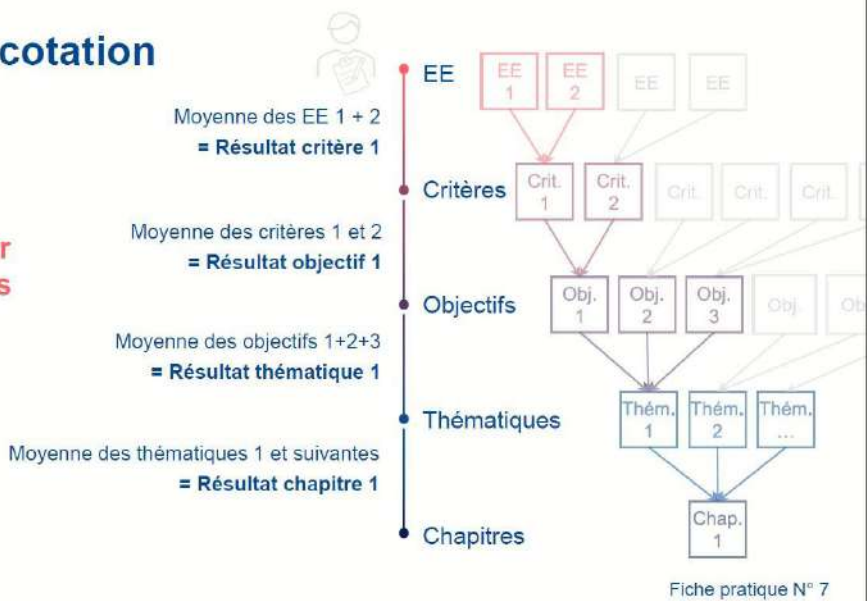


Illustration du calcul automatique

- Au terme de son auto-évaluation, l'ESSMS pourra extraire de Synaé une synthèse au format Excel pour lui permettre d'exploiter les résultats en articulation avec les autres outils qu'il a déjà pu déployer dans sa structure.
- De même, au terme de la visite d'évaluation, l'organisme accrédité pourra extraire de Synaé l'ensemble des données et éditer le rapport d'évaluation.

CONTINUER

La communication

La HAS explique que le rapport d'évaluation, publié tous les cinq ans, doit présenter les résultats par chapitre et selon les critères établis par les évaluateurs.

Des représentations graphiques du niveau de qualité atteint par chapitre ou thématique sont associées à l'identification des axes forts comme des axes de progrès de la structure.

Ces derniers feront l'objet **d'un plan d'actions** à mettre en œuvre par l'établissement ou le service, qui devra en assurer le suivi et le déploiement dans le temps.

Chaque année, l'ESSMS devra **faire état** dans son rapport d'activité transmis à l'autorité de tarification et de contrôle **des avancées de son plan d'action** et ainsi témoigner de la dynamique mise en œuvre en matière de qualité.

Ce rapport sera rendu public.



En synthèse...

La temporalité

Le rythme de l'évaluation des structures **sera désormais continue** et complété par une **évaluation par les organismes habilités** qui sera **quinquennale**.

FAIRE UNE PAUSE OU PASSER AU RÉSUMÉ

En résumé 🕒 15 min

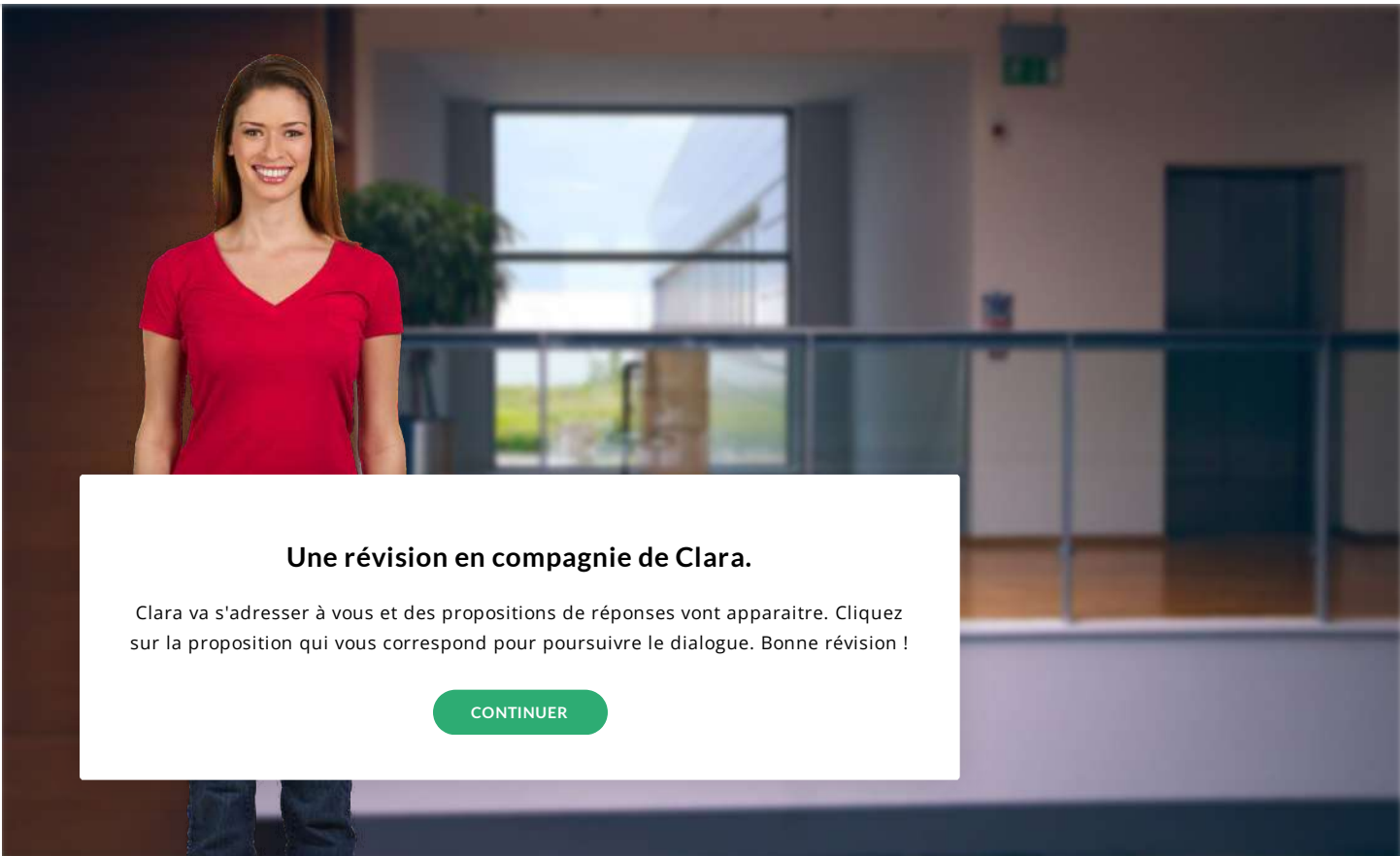


“Qu'avez-vous retenu de cette deuxième partie relative aux pilotages des démarches de progrès ?

Vérifiez-le dans ce résumé de **15 minutes** au travers d'un quiz ludique puis d'un récapitulatif de ce qu'il faut retenir. ”

DEMARRER LE CHAPITRE

À vous de jouer !



Scene 1 Slide 1

Continue → Next Slide



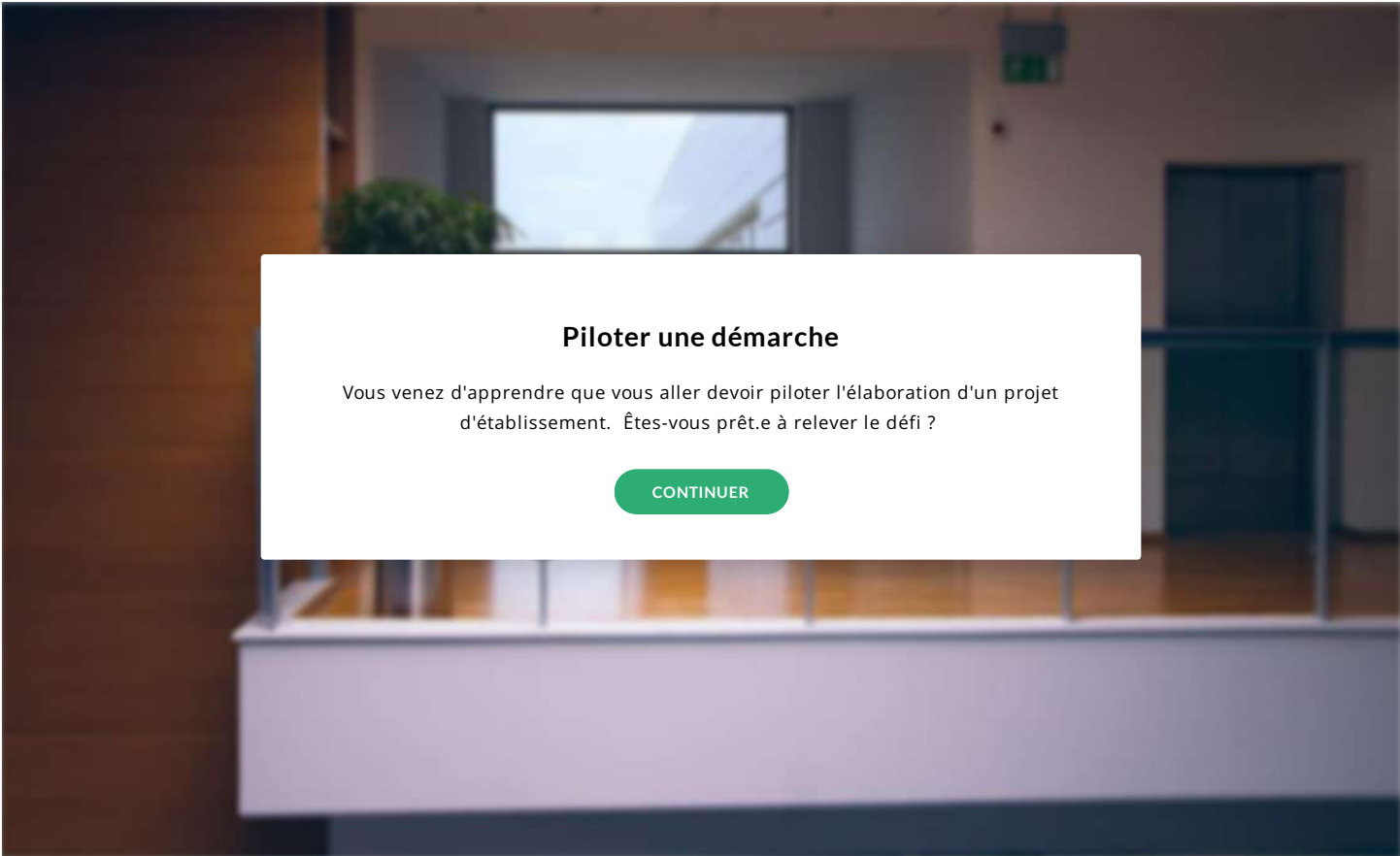
Scene 1 Slide 2

- 0 → Next Slide
- 1 → Next Slide
- 2 → Next Slide



Scene 1 Slide 3

- 0 → Next Slide
- 1 → Next Slide
- 2 → Next Slide



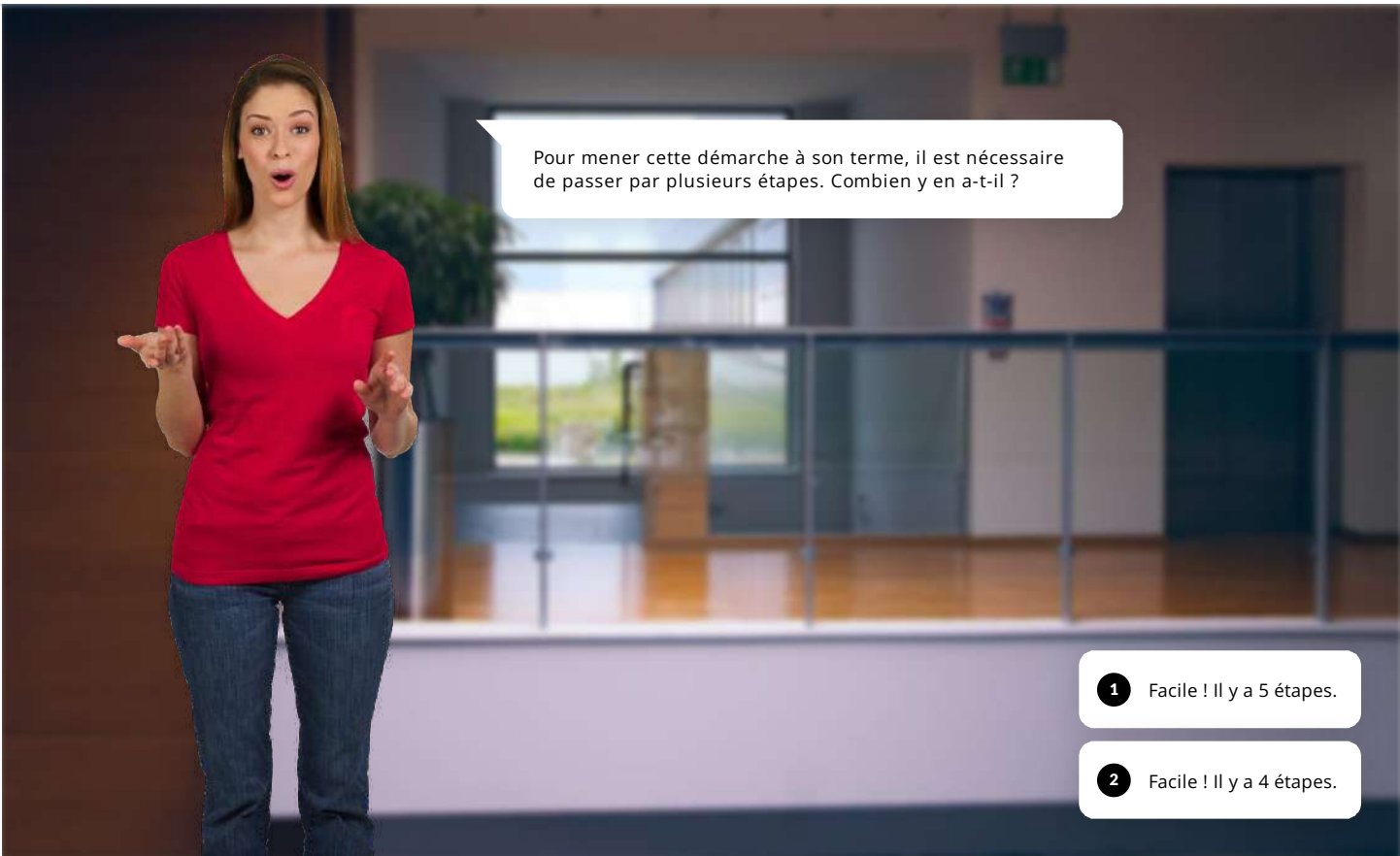
Piloter une démarche

Vous venez d'apprendre que vous allez devoir piloter l'élaboration d'un projet d'établissement. Êtes-vous prêt.e à relever le défi ?

CONTINUER

Scene 2 Slide 1

Continue → Next Slide



Pour mener cette démarche à son terme, il est nécessaire de passer par plusieurs étapes. Combien y en a-t-il ?

1 Facile ! Il y a 5 étapes.

2 Facile ! Il y a 4 étapes.

Scene 2 Slide 2

0 → Next Slide

1 → Next Slide



Structurer la démarche : cette première étape permet d'organiser l'encadrement des activités à déployer. En quoi consiste-t-elle exactement ?

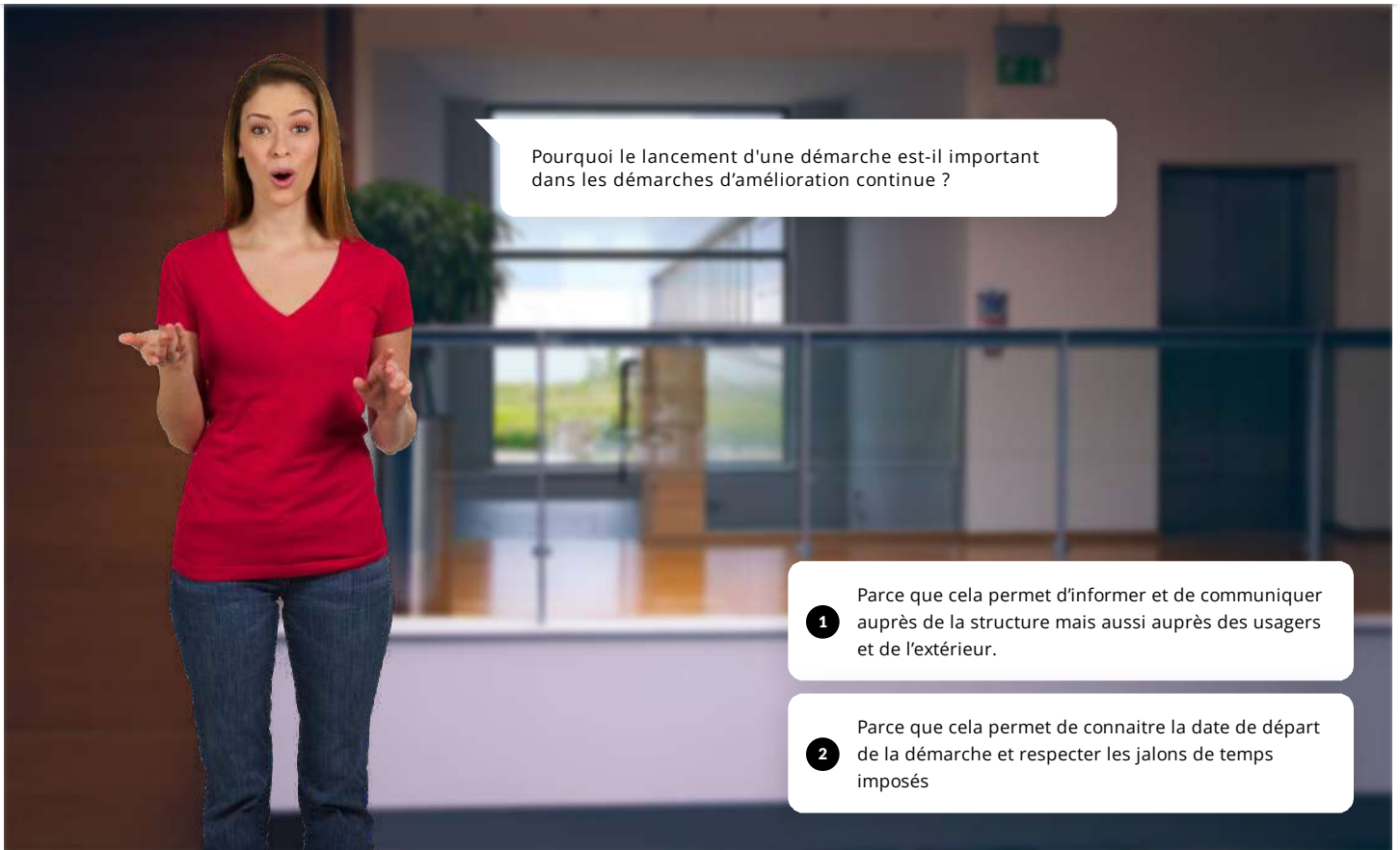
1 Elle consiste à lancer la démarche, préparer la matière en vue du diagnostic et mettre en place le comité de pilotage.

2 Elle consiste à lancer la démarche, analyser les données pour en tirer les axes de progrès et mettre en place les groupes de travail.

Scene 2 Slide 3

0 → Next Slide

1 → Next Slide



Pourquoi le lancement d'une démarche est-il important dans les démarches d'amélioration continue ?

- 1 Parce que cela permet d'informer et de communiquer auprès de la structure mais aussi auprès des usagers et de l'extérieur.
- 2 Parce que cela permet de connaître la date de départ de la démarche et respecter les jalons de temps imposés

Scene 2 Slide 4

0 → Next Slide

1 → Next Slide



Vous passez à l'étape suivante : le diagnostic. En quoi consiste-t-il ?

1 Cela consiste à faire émerger et prioriser des pistes de progression et de développement.

2 Cela consiste à recueillir et analyser les informations décrivant les processus engagés, les changements, les écarts.

Scene 3 Slide 1

0 → Next Slide

1 → Next Slide



Au sujet de l'analyse des données recueillies, pouvez-vous me dire sur quelle base elle s'appuiera ?

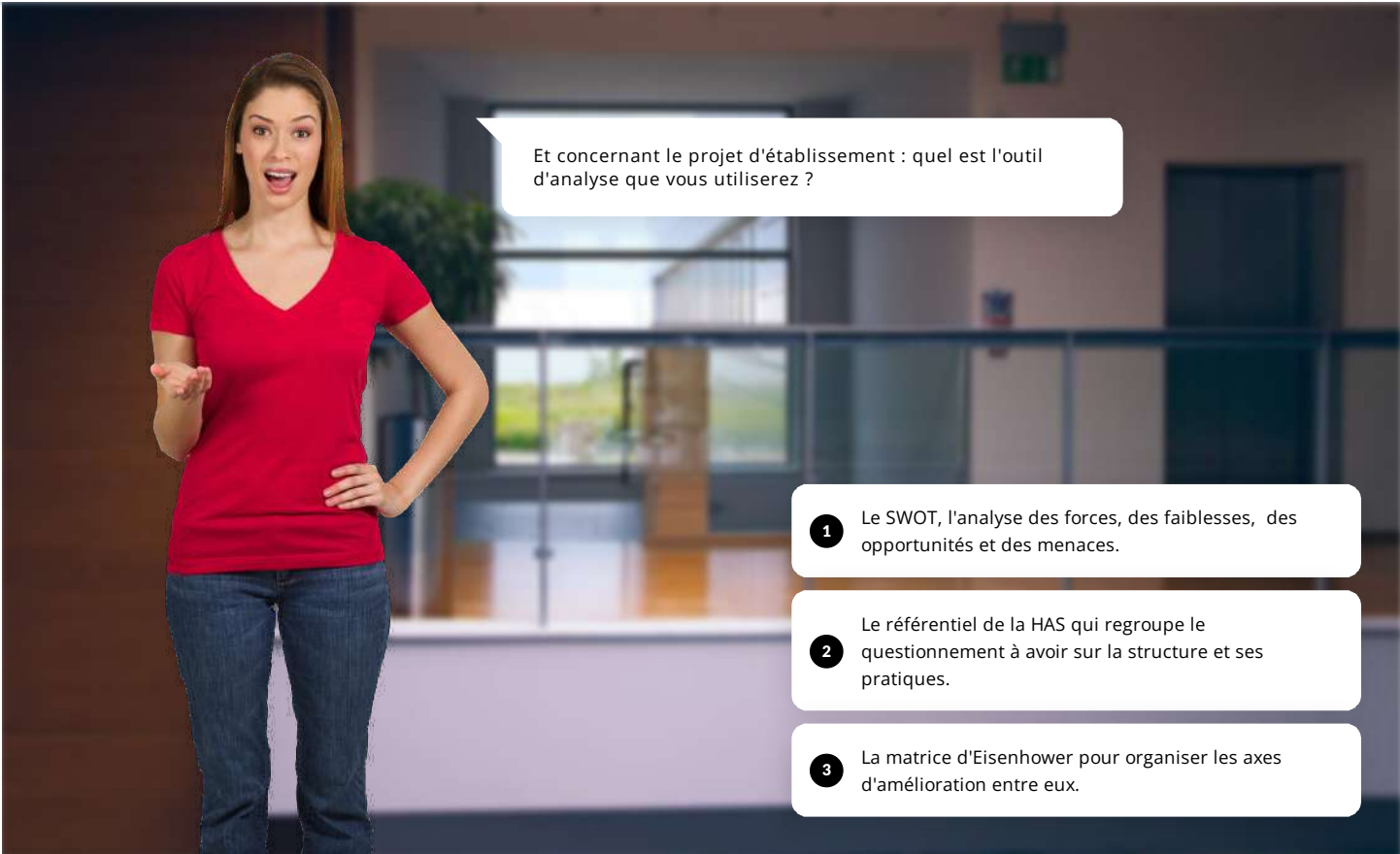
1 L'analyse des données s'appuie sur des référentiels, des grilles d'évaluation et les recommandations de bonnes pratiques.

2 L'analyse s'appuie sur l'avis pris auprès des professionnels et les questionnaires de satisfaction des usagers.

Scene 3 Slide 2

0 → Next Slide

1 → Next Slide

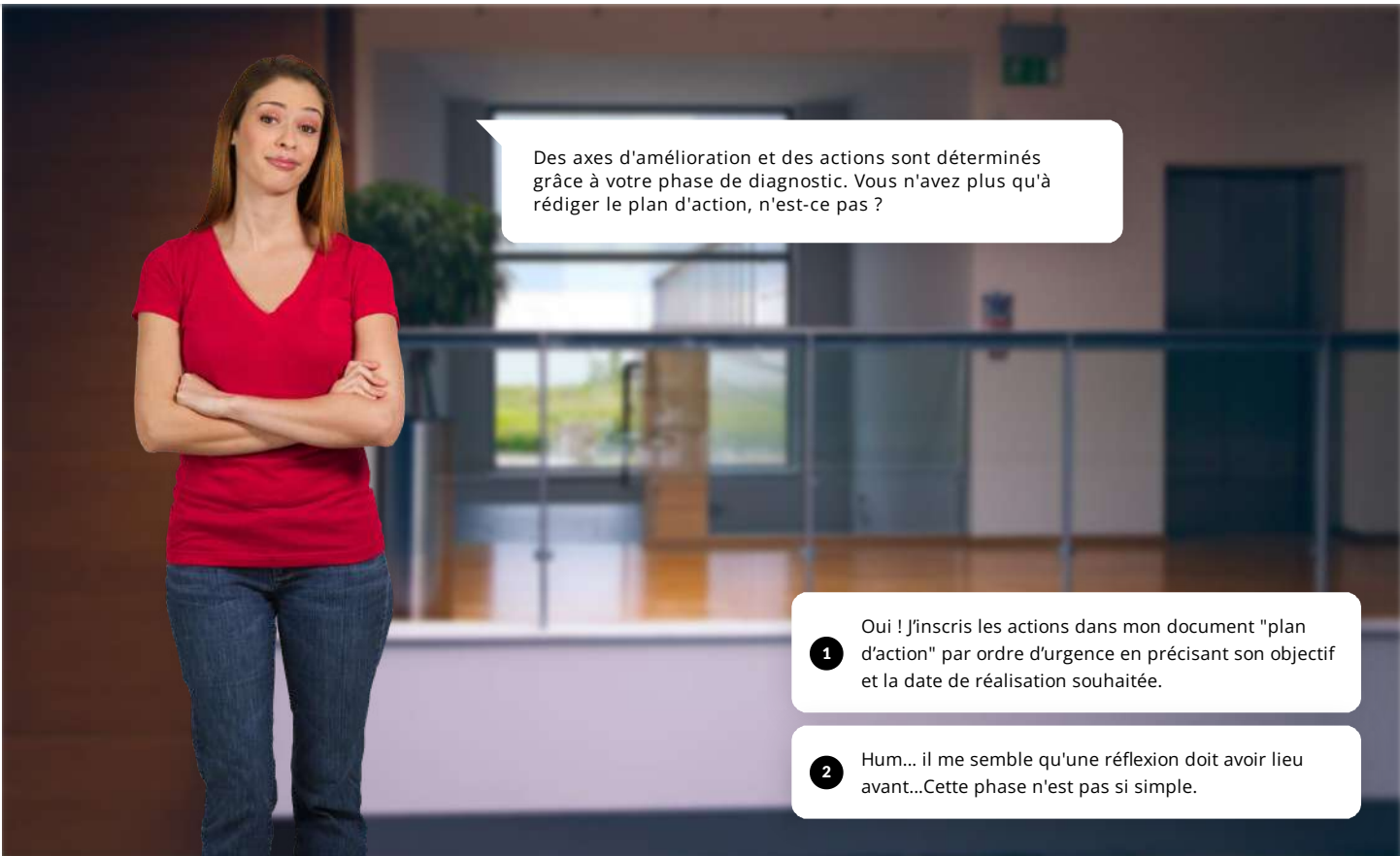


Et concernant le projet d'établissement : quel est l'outil d'analyse que vous utiliserez ?

- 1 Le SWOT, l'analyse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces.
- 2 Le référentiel de la HAS qui regroupe le questionnement à avoir sur la structure et ses pratiques.
- 3 La matrice d'Eisenhower pour organiser les axes d'amélioration entre eux.

Scene 3 Slide 3

- 0 → Next Slide
- 1 → Next Slide
- 2 → Next Slide



Des axes d'amélioration et des actions sont déterminés grâce à votre phase de diagnostic. Vous n'avez plus qu'à rédiger le plan d'action, n'est-ce pas ?

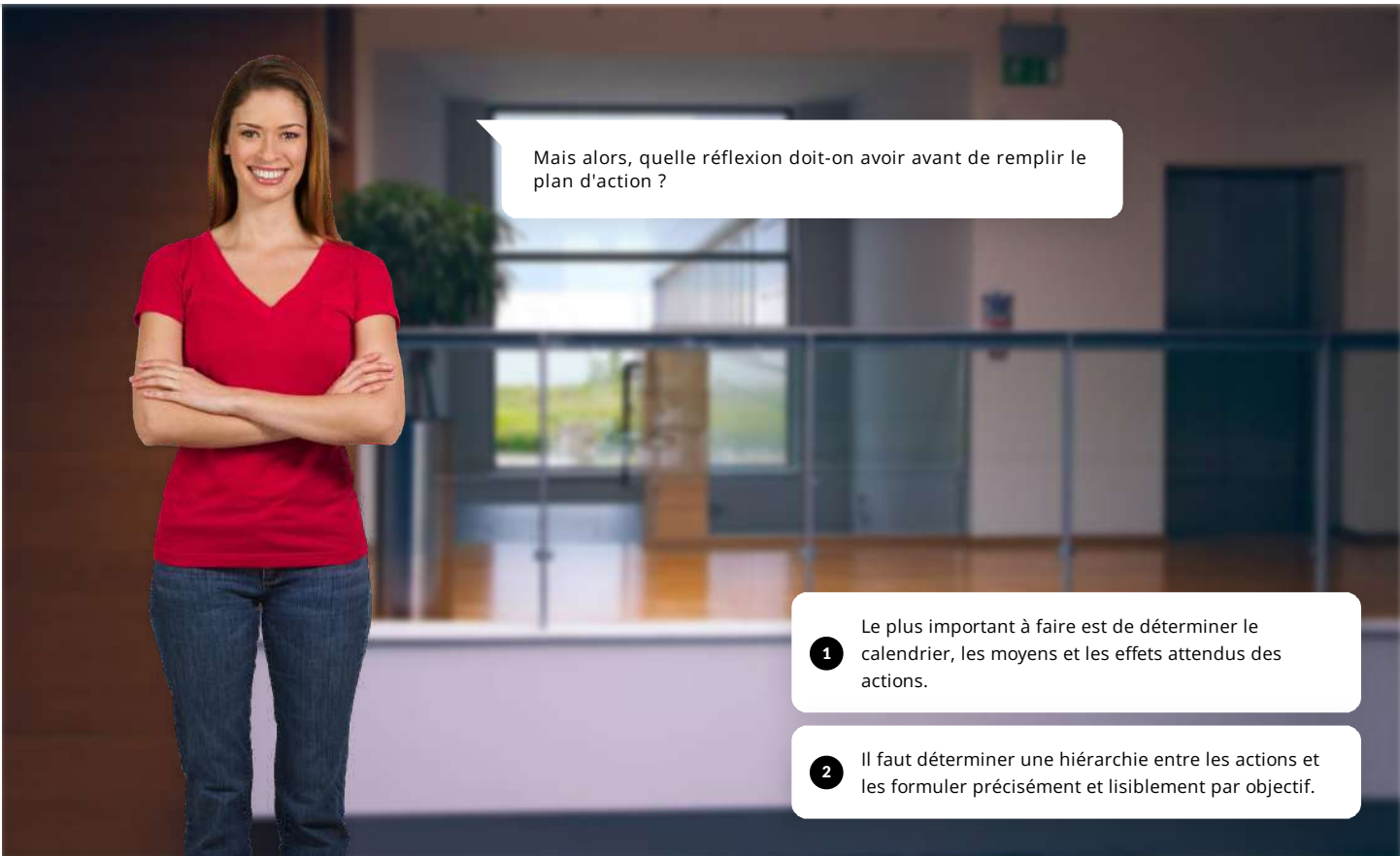
1 Oui ! J'inscris les actions dans mon document "plan d'action" par ordre d'urgence en précisant son objectif et la date de réalisation souhaitée.

2 Hum... il me semble qu'une réflexion doit avoir lieu avant... Cette phase n'est pas si simple.

Scene 4 Slide 1

0 → Next Slide

1 → Next Slide



Mais alors, quelle réflexion doit-on avoir avant de remplir le plan d'action ?

1 Le plus important à faire est de déterminer le calendrier, les moyens et les effets attendus des actions.

2 Il faut déterminer une hiérarchie entre les actions et les formuler précisément et lisiblement par objectif.

Scene 4 Slide 2

0 → Next Slide

1 → Next Slide



Quels outils peuvent vous aider à prioriser vos actions ?

1 La matrice d'Eisenhower pour prioriser et le diagramme d'Ishikawa pour structurer correctement les objectifs.

2 La matrice d'Eisenhower pour prioriser et un schéma pour formuler correctement les objectifs.

Scene 4 Slide 3

0 → Next Slide

1 → Next Slide



Vous voilà maintenant à la dernière étape : le pilotage et le suivi de la démarche. Que faites-vous ?

1 Tout est prêt grâce à la méthodologie. Je n'ai plus qu'à veiller à la bonne mise en place des actions planifiées.

2 Tout est prêt. Je n'ai plus qu'à veiller à la bonne mise en place des réalisations que je vais faire entrer dans le processus d'évaluation continue.

Scene 5 Slide 1

0 → Next Slide

1 → Next Slide

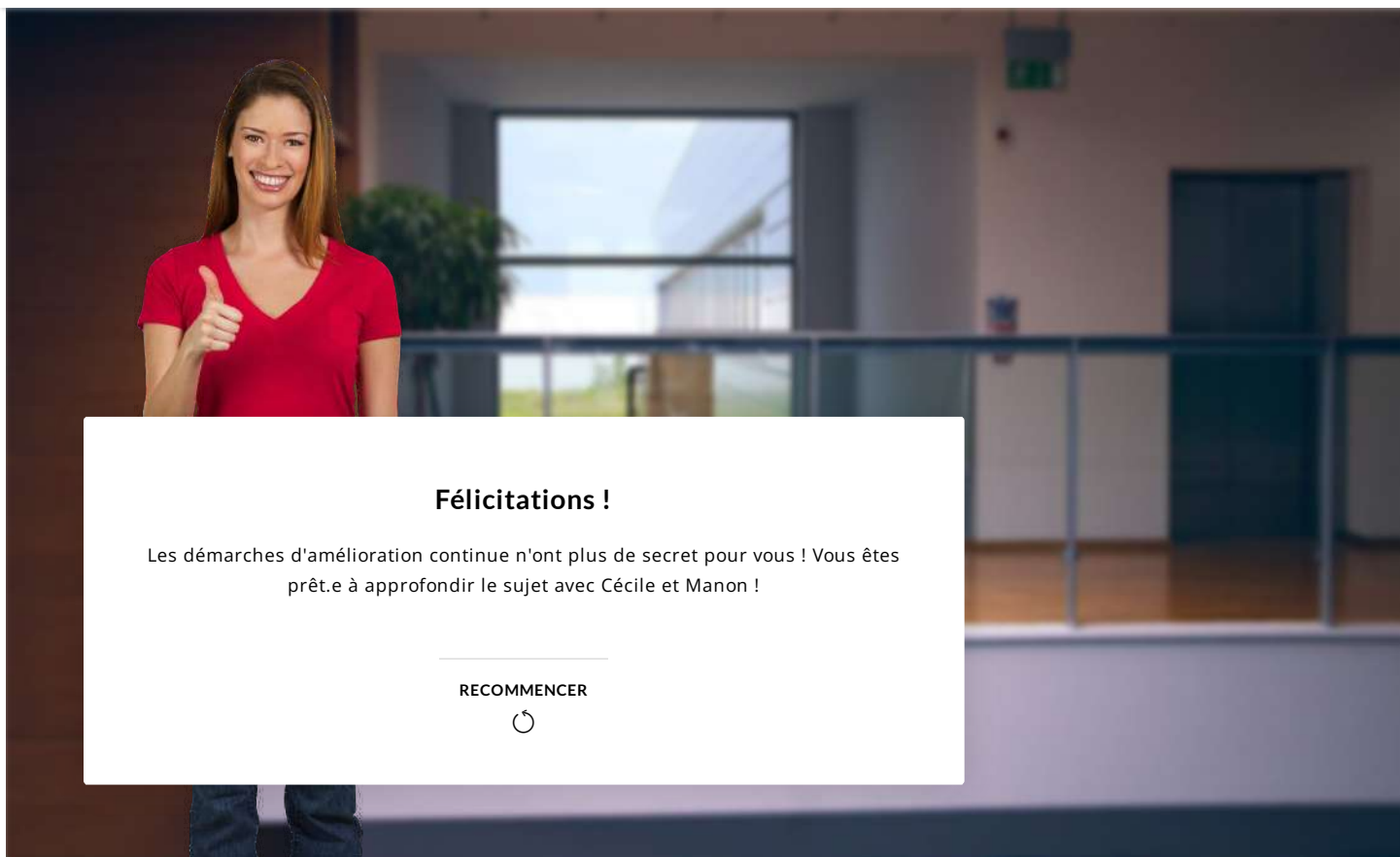


Quel est le document attendu à la fin de votre démarche de projet d'établissement ou de service ?

- 1 Un document écrit comprenant les objectifs sous forme de fiches projet ou fiches action qui décrivent les étapes, les moyens et le calendrier.
- 2 Un contrat pour 5 ans à faire signer par l'ARS et le signataire de l'établissement comprenant les objectifs stratégiques et les moyens nécessaires.
- 3 Un rapport écrit à transmettre à l'autorité administrative.

Scene 5 Slide 2

- 0 → End of Scenario
- 1 → Next Slide
- 2 → Next Slide



Félicitations !

Les démarches d'amélioration continue n'ont plus de secret pour vous ! Vous êtes prêt.e à approfondir le sujet avec Cécile et Manon !

RECOMMENCER



Scene 5 Slide 3

Continue → End of Scenario

CONTINUER

Ce qu'il faut retenir

1

Une démarche d'amélioration continue doit s'inscrire dans **un climat favorable à la culture du changement**. Elle n'existe que par la **mobilisation et la participation de l'ensemble des professionnels** et qu'au prix d'une **volonté permanente de l'équipe de direction**.

2

Les démarches d'amélioration permettent **de valoriser des pratiques et des actions**.

3

Trois démarches cohabitent : projet d'établissement, dispositif d'évaluation et CPOM.

4

En plus des outils que vous connaissez déjà (audits, enquêtes..), de **nouvelles méthodes d'évaluations** sont désormais applicables au secteur médico-social : audit système, accompagné-traceur et traceur ciblé.

5

L'évaluation s'appuie sur un **nouveau référentiel publié par la HAS**.

6

Le système **d'information Synaé** est disponible tant pour les ESSMS que pour les Organismes évaluateurs.

FAIRE UNE PAUSE OU PASSER À LA PARTIE III

Quel est le rôle du charge de mission qualité ? 🕒 10 min



“Vous retrouvez dans cette courte partie de **10 minutes** le rôle du Chargé de Mission Qualité dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.”

DEMARRER LE CHAPITRE



Accompagner les équipes.

Cliquez sur la flèche ➤ pour faire défiler chacun des rôles.

RÔLE 1

PÉDAGOGUE



1. Acculturer les équipes à la logique d'évaluation et **passer le message de** l'amélioration du service rendu aux usagers comme but ultime. **Rassurer et démystifier** est important.
2. Sensibiliser vos collègues : méthodologie de la démarche de progrès et outils (référentiel HAS, matrice de décision, grille SWOT, grille SMART...)
3. Sensibiliser sur les nouvelles méthodes d'investigations de l'HAS (accompagné traceur, audit système, traceur ciblé).

RÔLE 2

ANIMATEUR



1. Animer le comité de pilotage
2. Organiser le reporting de l'état d'avancement des plans d'actions. C'est à dire faire une remontée sur la mise en œuvre effective des actions sous forme de synthèse (utilisation du plan d'actions par exemple). Il peut s'organiser au niveau de la direction mais aussi au niveau du comité de pilotage.
3. Animer les groupes de réflexion (évaluation et projet d'établissement) à toutes les étapes.
4. Animer la restitution des travaux et des résultats auprès des équipes et la direction.

OUTILLEUR



1. Utiliser la méthode SWOT, les matrices de décision...
2. Maîtriser le référentiel de l'HAS et les méthodes d'investigation
3. Rédiger les rapports d'évaluation
4. Participer à la rédaction du projet d'établissement (tout ou partie)
5. Formaliser le diagnostic à partir des informations récupérées en interne.

RÔLE 4

FÉDÉRATEUR



1. Accompagner les professionnels dans l'acculturation à la démarche de progrès

RÔLE 5

COORDONNATEUR



1. Coordonner le programme qualité / gestion des risques.
2. Participer aux réunions de concertation du CPOM pour faire le lien avec les plans d'actions.

FAIRE UNE PAUSE OU ALLER À LA CONCLUSION

Qu'avez vous retenu ? 🕒 30 min



“Nous vous proposons de réaliser une synthèse de ce que vous avez retenu. Comptez environ **30 minutes** pour réaliser cette activité.

Pas de panique, cet exercice sera repris en restitution collective le jour du regroupement.”

COMMENCER L'ACTIVITÉ

Distinguer les démarches les unes des autres

En utilisant vos nouvelles connaissances, synthétiser les éléments qui différencient chaque démarche...

Cliquez sur l'encadré pour télécharger le document puis le compléter.



Exercice 1 - Doc 1 - Synthèse à compléter V3.docx
207.9 KB




FAIRE UNE PAUSE OU PASSER À LA PARTIE SUIVANTE



“Nous espérons que ce module vous aura permis de mieux comprendre l'ensemble du dispositif de l'amélioration continue et les spécificités de chaque démarche. Vous trouverez ci-dessous des ressources pour compléter ce module.

A bientôt”

- L'équipe MQS

The background image shows an open book with a pen resting on it. The book is open to two pages, one of which has some handwritten notes. The pen is a dark color and is lying across the pages. The background is slightly blurred, showing what appears to be a bookshelf.

Espace de ressources pour aller plus loin...

Les textes et nouveaux outils relatifs à la réforme des évaluations HAS

Décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

LIRE



HAS - Procedure_evaluation_essms.pdf
455,8 KB



HAS - referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms 2022.pdf
886,6 KB



HAS - manuel_devaluation_de_la_qualite_essms 2022.pdf
2,6 MB



HAS - Cahier_des_charges_accréditation COFRAC.pdf
535,5 KB



liste_des_organismes_autorises_pour_l_evaluation_des_essms.pdf
326,3 KB



Les recommandations de bonnes pratiques

Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (HAS) - Synthèse

LIRE

Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social - Fiches repères d'aide à la contractualisation (CPOM)

LIRE

Les fiches mémo

Téléchargez et conservez la **fiche méthodologique du SWOT**.



Fiche méthodo 1 - La matrice SWOT.pdf
196.7 KB



Et concrètement alors ?

Voici plusieurs exemples de documents issus de démarche de projet d'établissement ou d'évaluation. N'hésitez pas à les conserver.



MQS - Exemple PE.pdf
1.1 MB



CMQ - Exemple de Synthèse_PE.pdf
4.4 MB



Exemple de guides régionaux pour CPOM

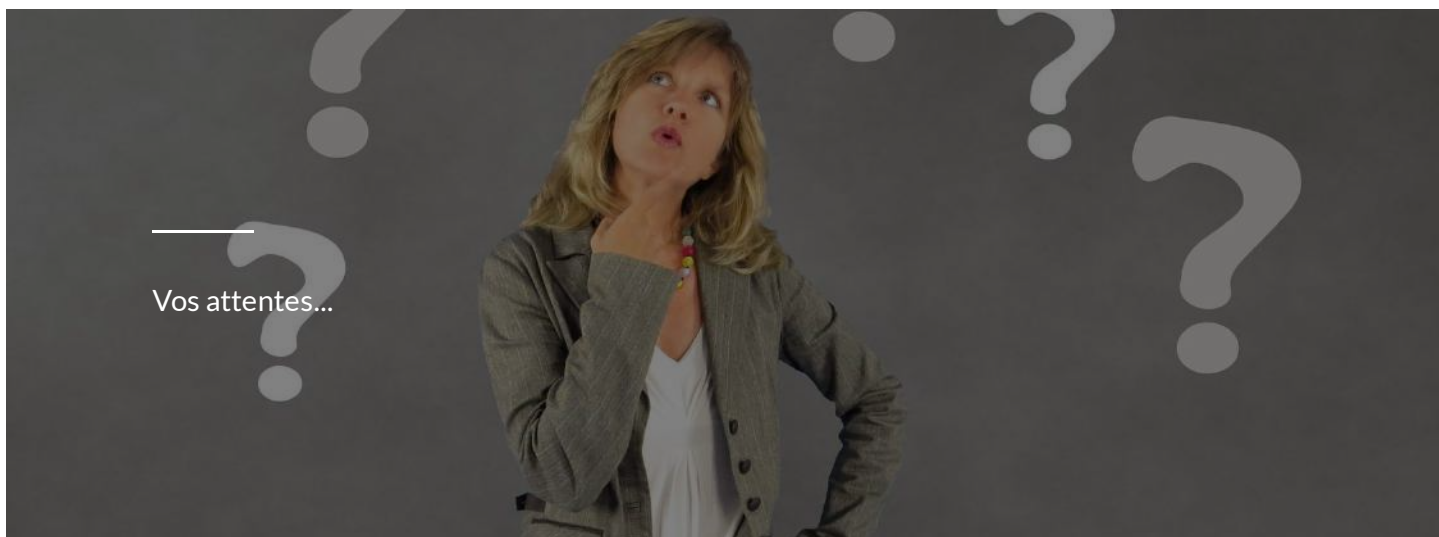
Pays de la Loire

Guide de la contractualisation CPOM Personnes âgées.

OBTENIR LE GUIDE

CONTINUER

Vos attentes avant le regroupement



“Afin de vous préparer au regroupement, nous vous invitons à **compléter le formulaire d'auto positionnement** ci-dessous. Ceci nous permettra de **connaître le degré de maturité** de l'implantation de vos démarches de progrès dans votre établissement/service, **vos attentes** et **les notions** que vous ne maîtrisez pas encore.

Nous vous remercions de bien vouloir le compléter au plus tard pour **le 9 janvier 2024.**”

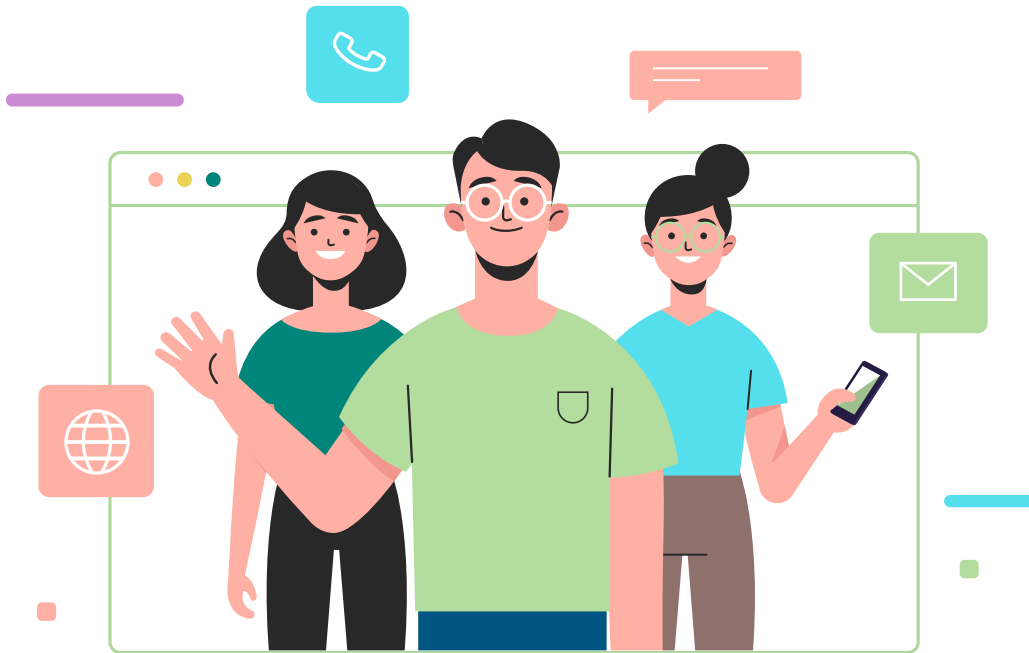
-L'équipe MQS.

AUTO POSITIONNEMENT

Cliquez sur le bouton pour accéder au formulaire.

CLIQUEZ ICI

À BIENTÔT !



À BIENTÔT !

Vous pouvez fermer le module et y revenir quand vous voulez.

