

De l'évaluation au pilotage de la démarche qualité - CMQ 2020-2021



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.

ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

 Quiz avant formation

LE PROCESSUS D'AMÉLIORATION CONTINUE

 Comment améliorer le service rendu ?

 Quelles sont les démarches d'amélioration ?

 En résumé

LE PILOTAGE DES DÉMARCHES DE PROGRES

 Quelles sont les étapes d'une démarche de progrès ?

 Quelles sont les spécificités des démarches ?

 En résumé

LE RÔLE DU CHARGE DE MISSION QUALITÉ

 Quel est le rôle du charge de mission qualité ?

CONCLUSION

 Pour aller plus loin...

 Quiz final



Vos attentes avant le regroupement

Quiz avant formation

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 ville 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 - Chargé de Mission Qualité – Module 5 - Rennes / Paris - (Avant AF)

A REMPLIR AVANT LE MODULE 5

* Required

De l'évaluation au pilotage de la démarche qualité.

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

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

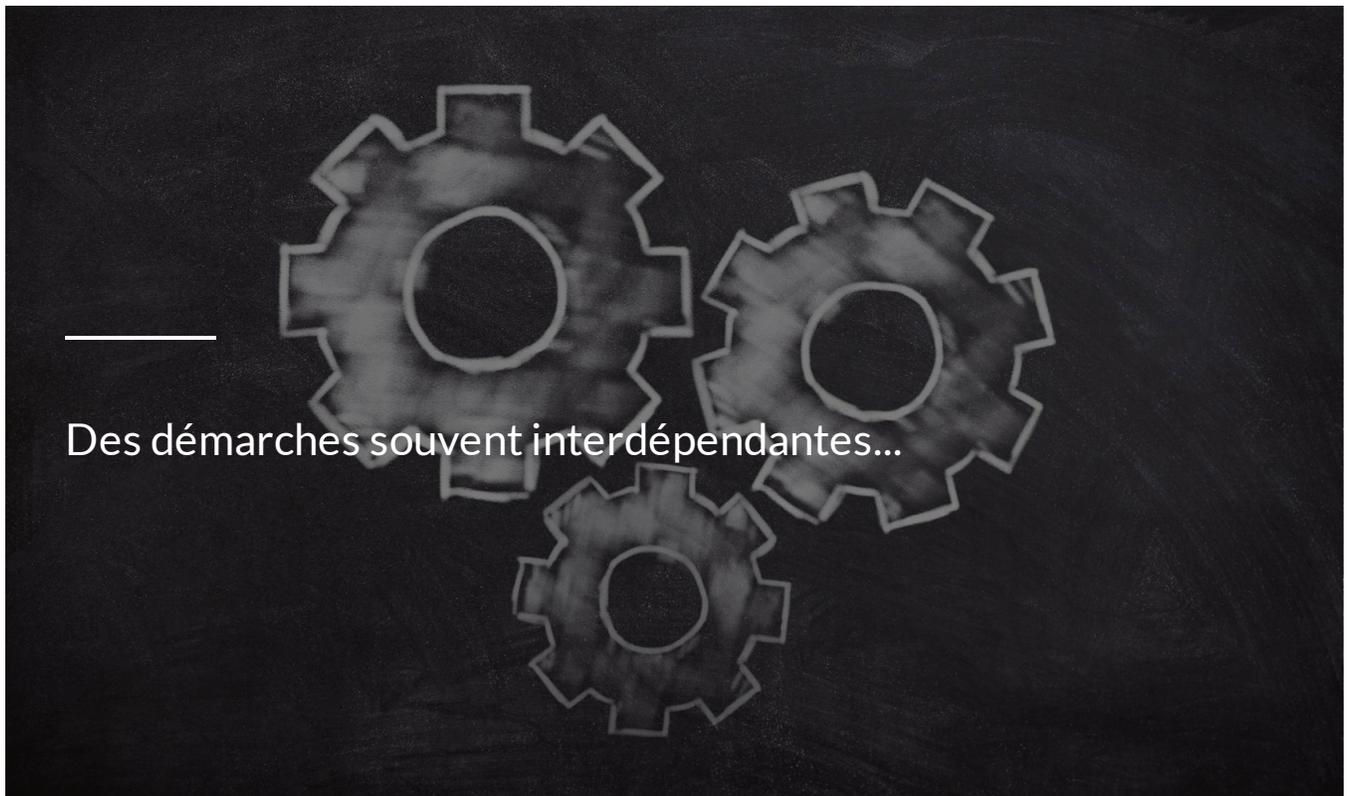
Si vous suivez ce module d'autoformation en **plusieurs séances** de travail, **il n'est pas nécessaire de refaire le quiz pour accéder à nouveau au module.**

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



Complete the content above before moving on.

Comment améliorer le service rendu ?

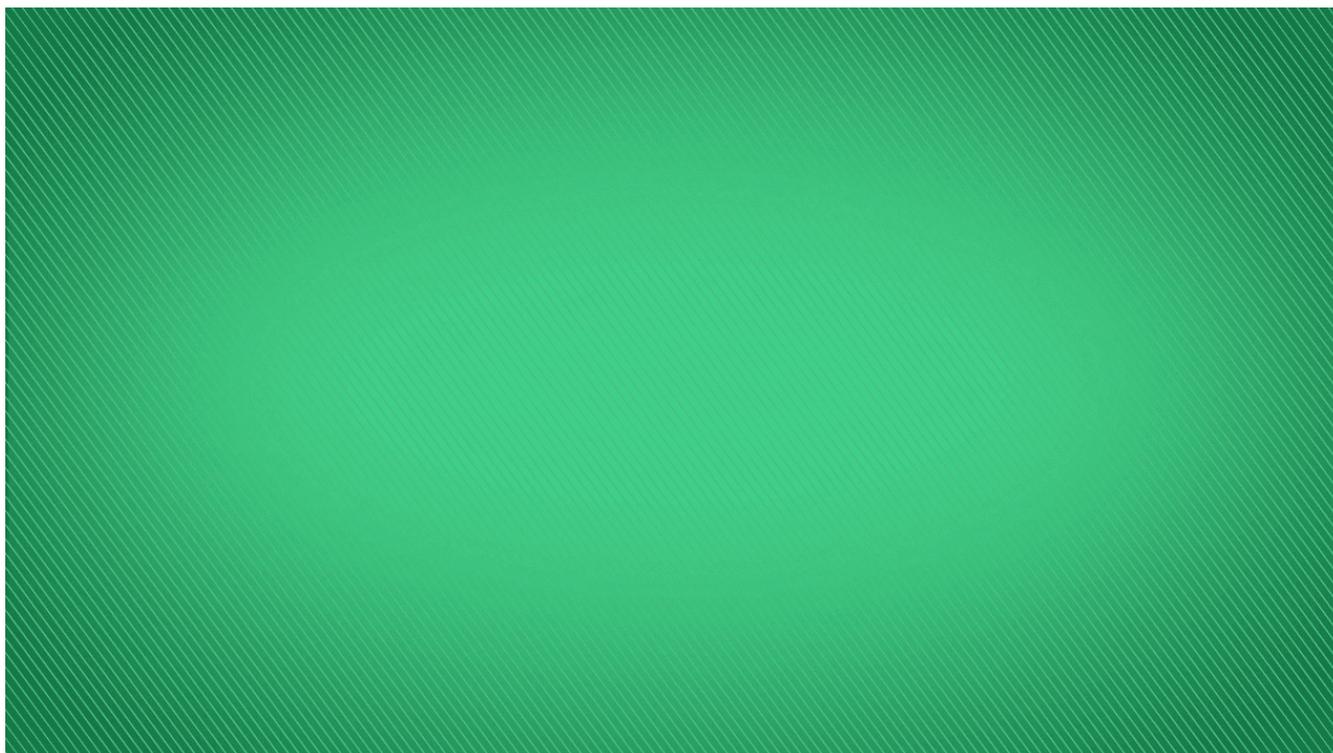


Projet d'établissement ou de service, évaluations (interne et externe), contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sont des **démarches périodiques** organisées dans l'ensemble des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS). Elles ont toutes une **finalité commune**, **l'amélioration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

privilegiés 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 :



Clarifier les missions, objectifs de l'établissement du service, valeurs sur lesquelles repose le travail des professionnels.

Reconnaitre et **valoriser le professionnalisme** et les savoir-faire.

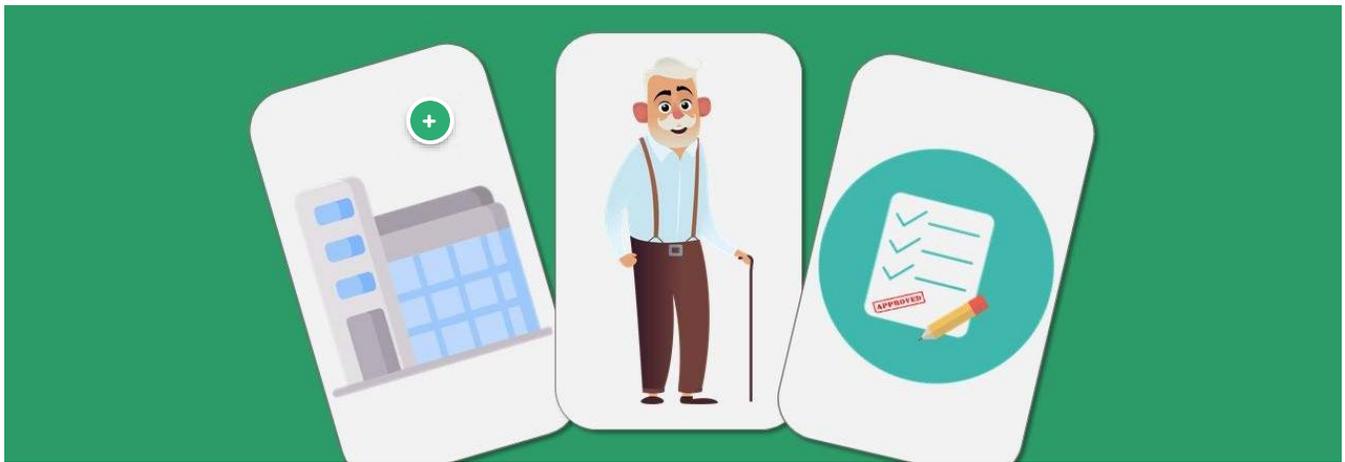
Fédérer les différents acteurs autour des missions, valeurs et objectifs de l'établissement.

Impulser et déployer une **dynamique** d'amélioration continue de la qualité.

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

Cliquez sur chaque marqueur pour en savoir plus.

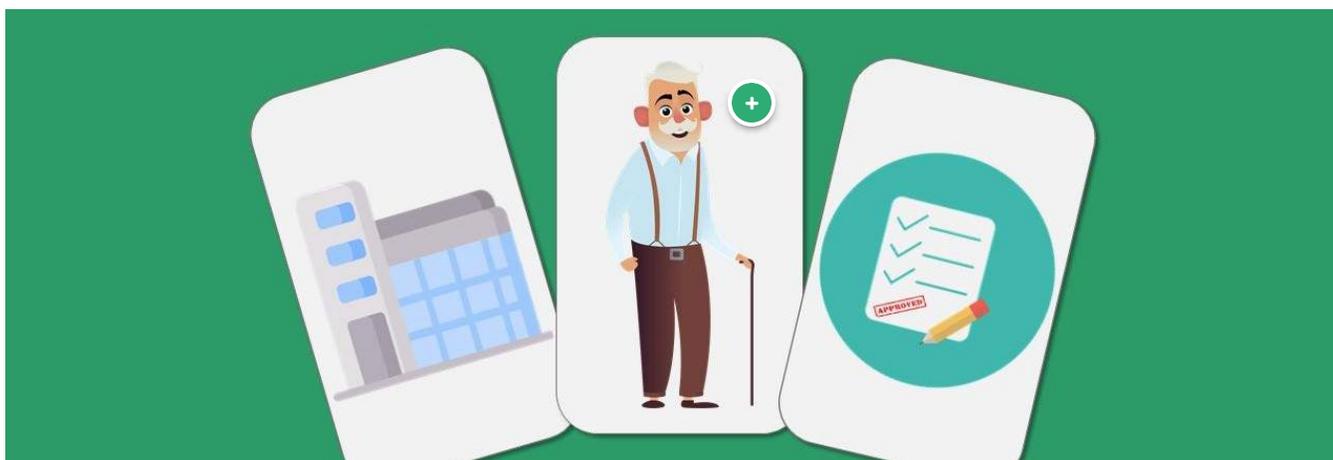




Les structures ESSMS

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

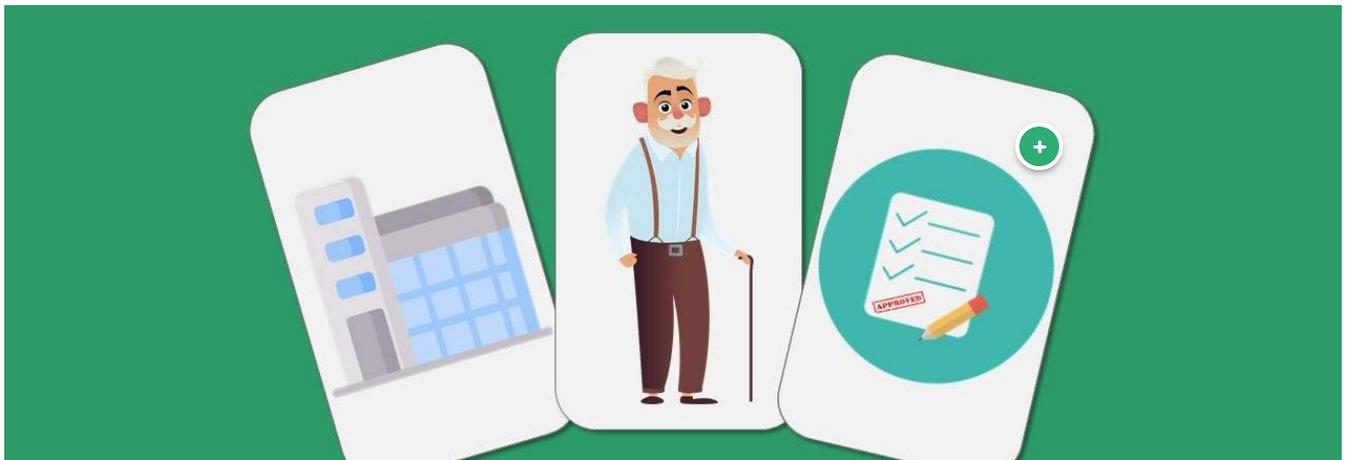
- Poursuivre une **démarche collective et continue d'amélioration** de la qualité du service rendu aux usagers.
- Maintenir un **dialogue en interne et avec les autorités** de tarification et de contrôle.



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 bientraitant** des pratiques des structures.

CONTINUER

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

Quelle est son origine ?

The logo for Anesm features the word "Anesm" in a blue, cursive-style font. A thick blue horizontal line is positioned above the letters "n" and "e", and a thick red horizontal line is positioned below the letters "m" and "s".

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

The logo for HAS consists of the letters "HAS" in a bold, blue, sans-serif font. A red horizontal line is positioned below the letter "A".

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'Évaluation Sociale et Médico-Sociale (CNESMS).

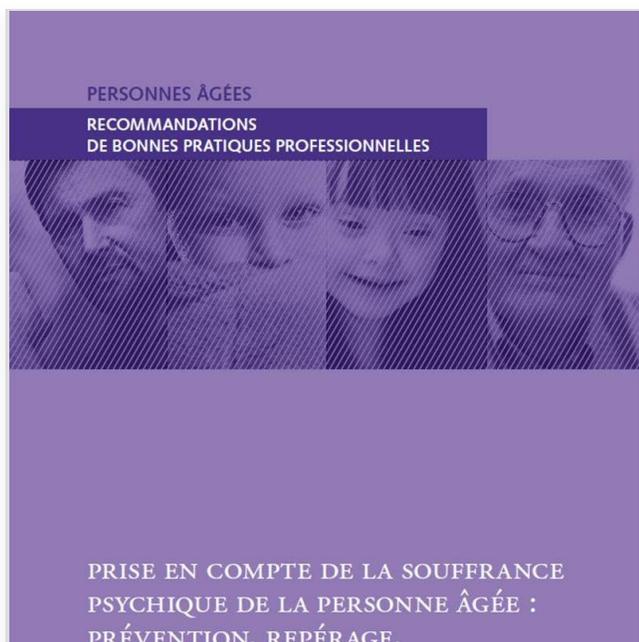
En 2018, l'ANESM est **absorbée** par la Haute Autorité de Santé (**HAS**) qui reprend ses missions.

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 les champs sociaux et médico-sociaux** via la Commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux (**CSMS**).

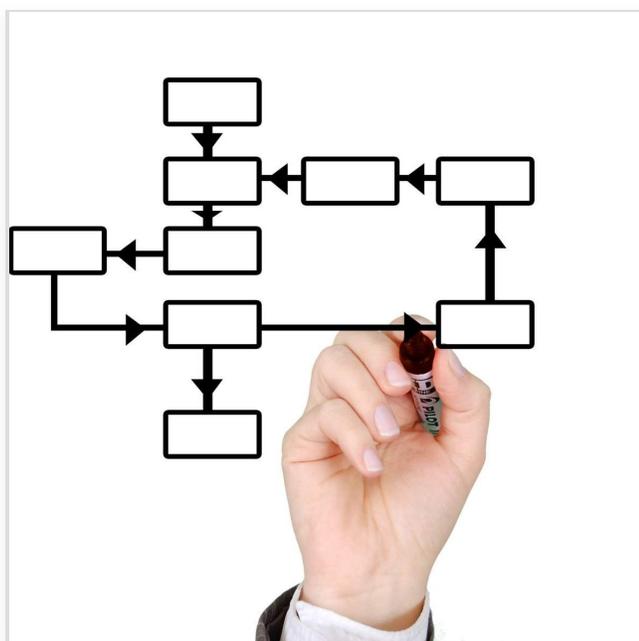
La CSMS a **deux principales missions** :

Cliquez sur chaque carte pour en savoir plus.



Publier des recommandations

Établir et diffuser **les recommandations de bonnes pratiques professionnelles** dans les champs de compétence de



Evaluer les établissements

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

Cette intégration dans le secteur médico-social répond à l'impératif **d'envisager aujourd'hui la santé dans sa globalité, sans se limiter aux**

soins médicaux mais en y intégrant tous les aspects de la vie des personnes, en améliorant les pratiques de l'ensemble des professionnels et des établissements impliqués. L'objectif est de **favoriser des parcours de santé** complets et de qualité, coordonnés et transversaux, répondant aux besoins de soins et aux situations de vie de chaque personne.

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

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 peuvent tendre pour apporter un service de qualité.

Des recommandations non-opposables

Un outil de réflexion évolutif

LA HAS précise que « *les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont **des repères, des***

Les recommandations constituent des outils pour la réflexion, l'action et

orientations, des pistes d'action 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.

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 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

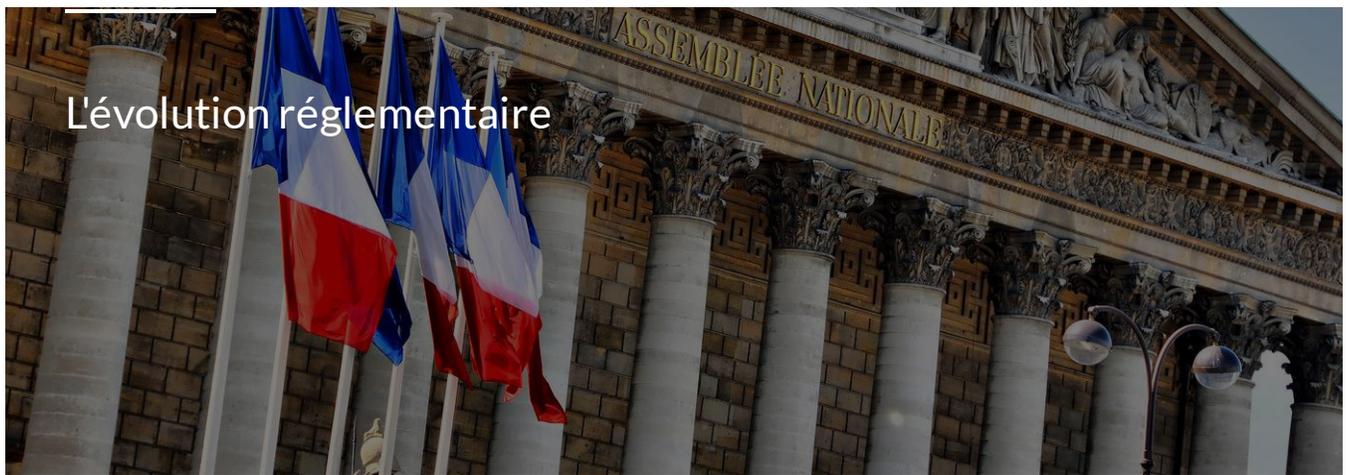
Envie de visiter leur site ?

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

[CLIQUEZ ICI](#)

[CONTINUER](#)





L'évolution réglementaire

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 ».
- Application pour fin 2021.

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'évaluations internes et d'évaluations externes**.

CONTINUER

Les décrets d'application

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, c'est le **décret d'application de la Loi 2002-2**, traitant des **évaluations externes** en date du 15 mai **2007** qui 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 réaffirme 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** aura **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.

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

Annnonce 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 donné à la **Haute Autorité de Santé (HAS) un rôle dans l'évaluation** des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Ainsi, **l'article 75** de cette loi a pour **objectif de réunir sous une même procédure l'évaluation interne et externe** des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), tout en **renforçant le rôle de la HAS** en cette matière.

En conséquence, la HAS doit élaborer cette nouvelle procédure qui prendra tout simplement le nom de **"dispositif d'évaluation"**. En **novembre 2019**, la HAS a engagé **les travaux d'élaboration** du premier **référentiel national de la qualité** des ESSMS en commençant par en définir les enjeux et valeurs.



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



3 ENJEUX

- Permettre à la personne d'être actrice de son parcours.



4 VALEURS

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

- Le pouvoir d'agir de la personne
- Le respect des droits

Pour résumer, **le dispositif d'évaluation** devra permettre :

- 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.

Les effets de la crise sanitaire

Face aux retards pris pendant l'année 2020 du fait de la crise sanitaire, une communication du Ministère des Solidarités et de la Santé a été faite en décembre 2020.

Cliquez sur le cadre ci-dessous pour la lire.



En raison de cette crise sanitaire, **deux nouvelles mesures ont été prises** concernant les évaluations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

- **Allongement du délai de transmission** des rapports d'évaluation pour les évaluations devant être effectuées avant le 31/12/2020 et instauration d'un **moratoire** sur celles devant être effectuées en 2021.
- **Report** de la publication **du référentiel de la HAS** relatif au nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS (cf. calendrier ci dessous).

Le calendrier de déploiement du nouveau dispositif d'évaluation

Lettre Ministre de la santé et des solidarités (27/11/2020) : nouveau calendrier

Elaboration référentiel VO	nov-2019 à déc-2020
Concertation publique	janv - fév-2021
Guide d'évaluation	janv - juin 2021
Consolidation	mars - avril 2021
Expérimentation	juin - septembre
Consolidation	sept - oct 2021
CC - Collège - CSMS	oct-2021
Consolidation	oct-21
Publication	nov-2021
Accompagnement du déploiement	

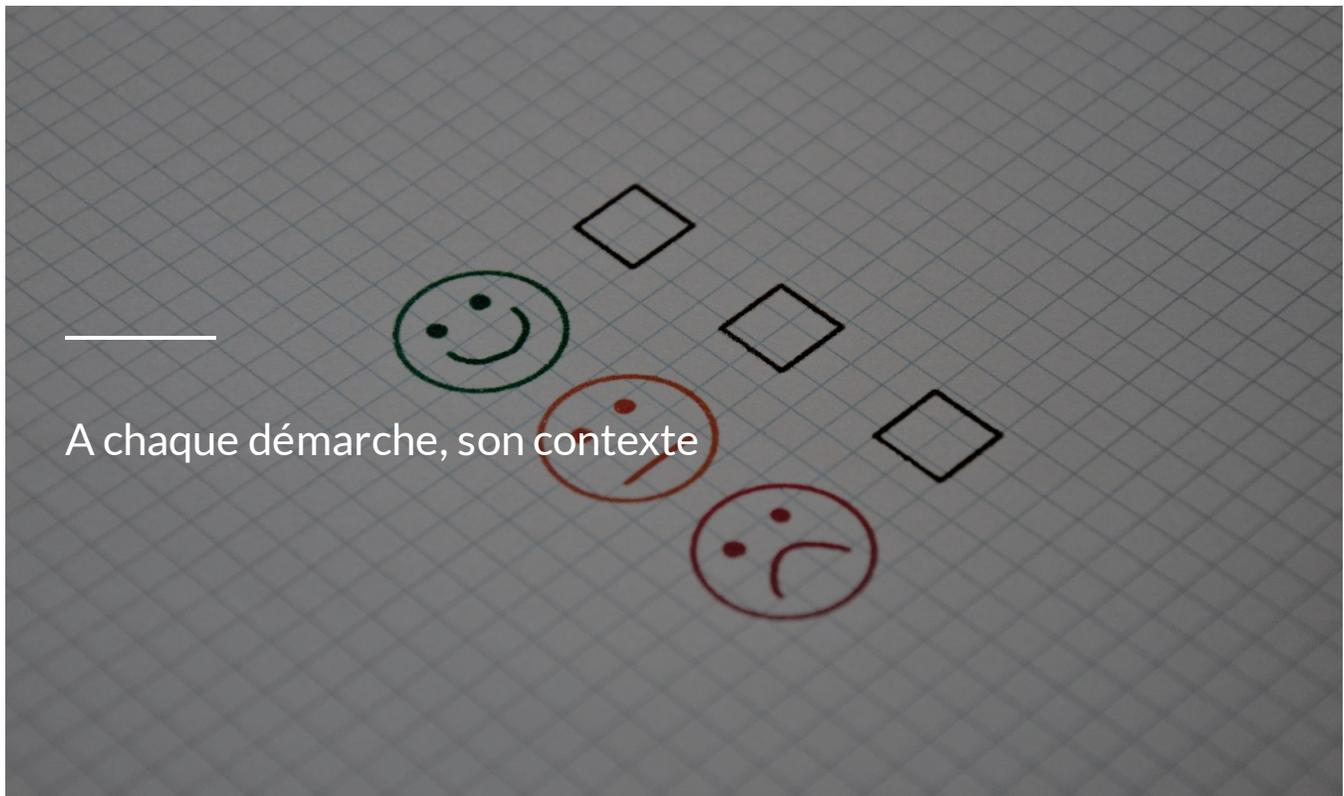
CONTINUER

A vous de jouer !



CHAPITRE SUIVANT

Quelles sont les démarches d'amélioration ?



Le projet d'établissement ou de service

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*.



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**.

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

ORIGINES

DÉFINITION

SES OBJECTIFS

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. Il comportait un projet de prise en charge des patients ainsi qu'un projet psychologique et un projet social.

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.

ORIGINES

DÉFINITION

SES OBJECTIFS

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. C'est l'outil au travers duquel, l'établissement :

- 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.

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.

ORIGINES

DÉFINITION

SES OBJECTIFS

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.

Cette dynamique se retrouve dans les **trois dimensions** du projet :

- **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.



Veillez lire les trois onglets ci-dessus avant de continuer.

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

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

ORIGINES

DÉFINITION

SES OBJECTIFS

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. Le CPOM est ainsi généralisé dans le secteur des personnes handicapées où il était jusque là facultatif.

ORIGINES

DÉFINITION

SES OBJECTIFS

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) est un **contrat** par lequel un organisme gestionnaire d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux **s'engage auprès d'une autorité de tarification** sur une **période pluriannuelle** pour, **en fonction des objectifs** d'activité poursuivis par ses établissements, **bénéficier d'allocations budgétaires** correspondantes.

Le CPOM est guidé par une **logique gestionnaire** et concerne l'ensemble des établissements et services gérés par le même gestionnaire.

Mais, il **n'est pas qu'un outil budgétaire** et comptable, il s'agit :

- 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>		



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

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 2021 :

- 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.

L'évaluation

Avant le nouveau dispositif d'évaluation, **deux évaluations coexistaient**. Il est important d'en connaître les caractéristiques pour mieux appréhender la nouvelle démarche qui verra le jour en 2021.

L'évaluation interne et externe, "mais ça, c'était avant !"

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

ORIGINES	DÉFINITION	OBJECTIFS
<p>La Loi du 2/01/2002 demande aux ESSMS de rendre compte de la qualité des prestations délivrées et de leur efficience au travers de l'évaluation interne et l'évaluation externe.</p>		

ORIGINES	DÉFINITION	OBJECTIFS
<p>L'évaluation interne est conduite par l'établissement ou le service lui-même tous les 5 ans L'évaluation interne analyse les processus mis en œuvre, l'organisation et les effets des actions pour les personnes accompagnées. Elle s'appuie sur une analyse documentaire, l'observation des pratiques et le recueil du point de vue des différents acteurs. Il s'agit d'une démarche collective et participative qui nécessite d'impliquer l'ensemble des professionnels et de confronter leurs paroles à celles des personnes accompagnées.</p> <p>L'évaluation externe est réalisée par un organisme extérieur habilité tous les 7 ans. Ses résultats conditionnent les modalités de renouvellement de l'autorisation tous les 15 ans. L'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies.</p>		



ORIGINES	DÉFINITION	OBJECTIFS
<p>L'évaluation interne procède à un diagnostic à l'issue duquel les points à valoriser sont mis en avant et les éléments d'amélioration précisés. Un plan d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement est élaboré. Il doit être suivi et communiqué régulièrement aux professionnels et aux personnes accompagnées.</p> <p>L'évaluation externe portera une appréciation sur les conditions de la mise en œuvre de l'évaluation interne et les actions d'amélioration déployées.</p> <p>Les champs des évaluations externe et interne sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.</p>		

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

Les difficultés liées à ces deux évaluations

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

La nouvelle procédure mise en place à compter de 2021 doit permettre d'apporter une réponse à ces difficultés et notamment, une meilleure analyse des résultats d'évaluation transmis aux autorités.

Le nouveau dispositif d'évaluation

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
<p>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.</p>		

ORIGINES

DÉFINITION

OBJECTIFS

La nouvelle procédure regroupera l'évaluation interne et l'évaluation externe.

Dans sa mise en œuvre, il s'agira :

1. D'une première phase **d'autoévaluation**
2. D'une seconde phase où **un organisme habilité (OH) par la HAS**, sur la base d'un nouveau cahier des charges, **réalisera l'évaluation.**

L'autoévaluation sera allégée par rapport à l'ancienne procédure, et un **rapport unique** sera envoyé aux organismes compétents (au lieu de deux rapports, pour l'évaluation interne et externe).

Cette nouvelle procédure comporterait un socle commun pour l'ensemble des structures et des volets plus spécifiques en fonction de la catégorie des établissements.

ORIGINES

DÉFINITION

OBJECTIFS

Cette nouvelle procédure cherche à harmoniser les pratiques afin d'atteindre **trois objectifs** principaux.

Homogénéiser le référentiel

L'objectif principal est d'avoir un **référentiel unique, synthétique** et qui fera référence aux recommandations des bonnes pratiques.

Faciliter la gestion des autorités

La forme du rapport d'évaluation sera revue ainsi que le calendrier des évaluations dans le but de faciliter la gestion par les autorités.

Optimiser les outils

Pour la mesure de la qualité des prestations, des outils seront proposés tels que les enquêtes de satisfaction, le plan d'action, les tableaux de bord, la maîtrise des coûts liés à la qualité...



Veillez lire les trois onglets ci-dessus avant de continuer.

Que sait-on, à ce jour, sur le nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS ?

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 définie** (un rythme tous les 5 ans semble se confirmer sans validation définitive toutefois). Les évaluations externes doivent passer d'une périodicité de 7 ans à 5 ans.

3

De nouvelles **méthodes d'évaluation au cœur des accompagnements** seront mises en place.

4

Un **référentiel opposable** est en cours de constitution. Ce nouveau référentiel était en consultation publique jusqu'au 21 février 2021. Sa publication est annoncée pour le **1er novembre 2021**.

5

Le nouveau dispositif d'évaluation serait déployé au sein des ESSMS **à partir de 2022**, une fois la diffusion et l'appropriation du référentiel et des méthodes effectuées. La date de début des nouvelles évaluations **n'est cependant pas encore officielle**.

6

Un rapport d'évaluation sera à rédiger **et à rendre public**, à l'instar des rapports de certification dans le secteur sanitaire. Le support de publication n'est pas encore défini à ce jour.

Qu'en est-il des Organismes Habilités (OH) pour les évaluations externes ?

La loi confie 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.

- 1 Les organismes habilités seront **sélectionnés selon des critères de compétences et de qualification** : ils devront être accrédités **COFRAC** en amont de l'habilitation. Les Organismes Habilités actuels seraient invités à se réhabiliter à partir du 01/11/2021.
- 2 L'habilitation aura une **durée déterminée** et les contrôles des organismes habilités seront renforcés.
- 3 Les Organismes Habilités **s'engageront** à utiliser les méthodes et les outils de la HAS.

CONTINUER

Assurer une veille



“Les informations que nous vous transmettons sur ce nouveau dispositif d'évaluation sont celles connues à ce jour. Elles seront, bien entendu, à compléter au fur et à mesure de l'avancée des travaux de la HAS. Nous vous

recommandons d'effectuer une veille sur le sujet afin d'en suivre l'actualité. ”

- 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

Revue professionnelle

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 CREAI...)
- 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...



Pensez aux flux RSS ! (Cf. tutoriel Module 1)

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.

CONTINUER

En résumé

À vous de jouer !



“Le processus d'amélioration continue n'a plus de secret pour vous ?

Vérifiez-le en répondant à ces **5 questions.**”

- L'équipe MQS

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 ?

Cliquez sur 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

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

3/5

Classer les

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

PROJET D'ÉTABLISSEMENT
OU DE SERVICE

Issu de la Loi 2002-2.

Permet de définir les orientations stratégiques 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.

Définit les objectifs à atteindre pour bénéficier d'allocations budgétaires.

DISPOSITIF D'ÉVALUATION

Issu de la Loi du 24 juillet
2019.

Comprend une
autoévaluation et une
évaluation par un organisme
habilité.

Permet une meilleure analyse
des résultats d'évaluation
transmis aux autorités.

CONTINUER

4/5

Dans toutes démarches d'amélioration continue de la qualité, les axes de progrès passent par plusieurs phases. Quelles sont-elles ?

Procrastination

Réajustement

Annulation

Evaluation

Planification

Action

SUBMIT

CONTINUER

5/5

Le nouveau dispositif d'évaluation s'appuiera sur un référentiel unique. Vrai ou Faux ?

Vrai

Faux

SUBMIT

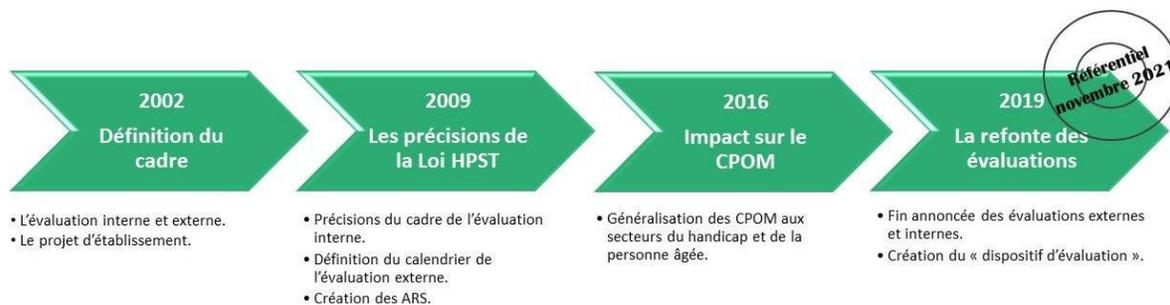
CONTINUER

Ce qu'il faut retenir

4 ÉTAPES LEGISLATIVES

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

2021 Mise en œuvre du dispositif d'évaluation et généralisation des CPOM pour tous.



Cliquez sur l'image pour l'agrandir.

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

CPOM

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

Le projet d'établissement ou de

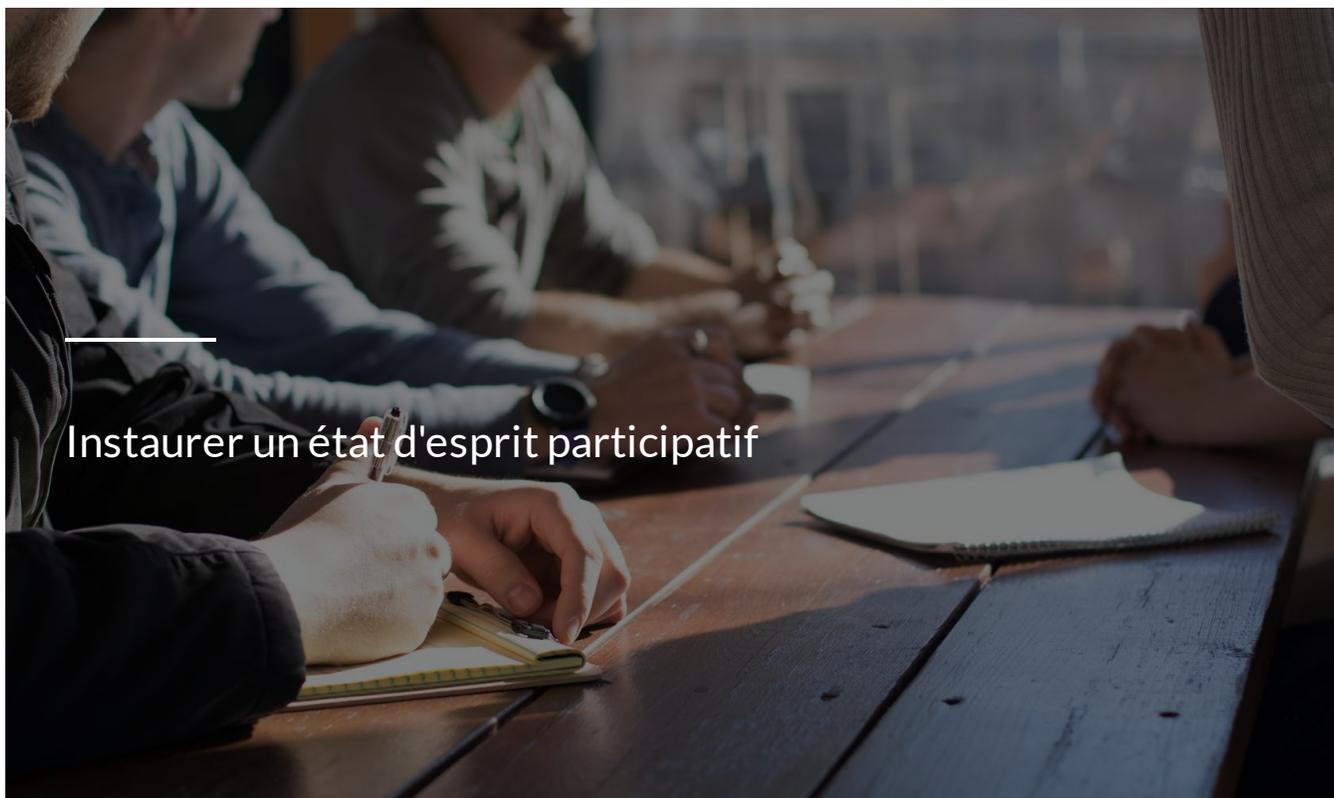
PROJET D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE

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

DISPOSITIF D'ÉVALUATION

Nouveau dispositif qui vise à favoriser une démarche d'amélioration continue de la

Quelles sont les étapes d'une démarche de progrès ?



Instaurer un état d'esprit participatif

Un facteur de réussite de la démarche

Quelque 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.

Les évaluations, au même titre que le renouvellement d'un projet d'établissement ou de service et 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



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



Les professionnels

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





Sans oublier

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

Comment les impliquer ?

Les moyens d'interroger les parties prenantes ne manquent pas. Ainsi, il est possible d'organiser :

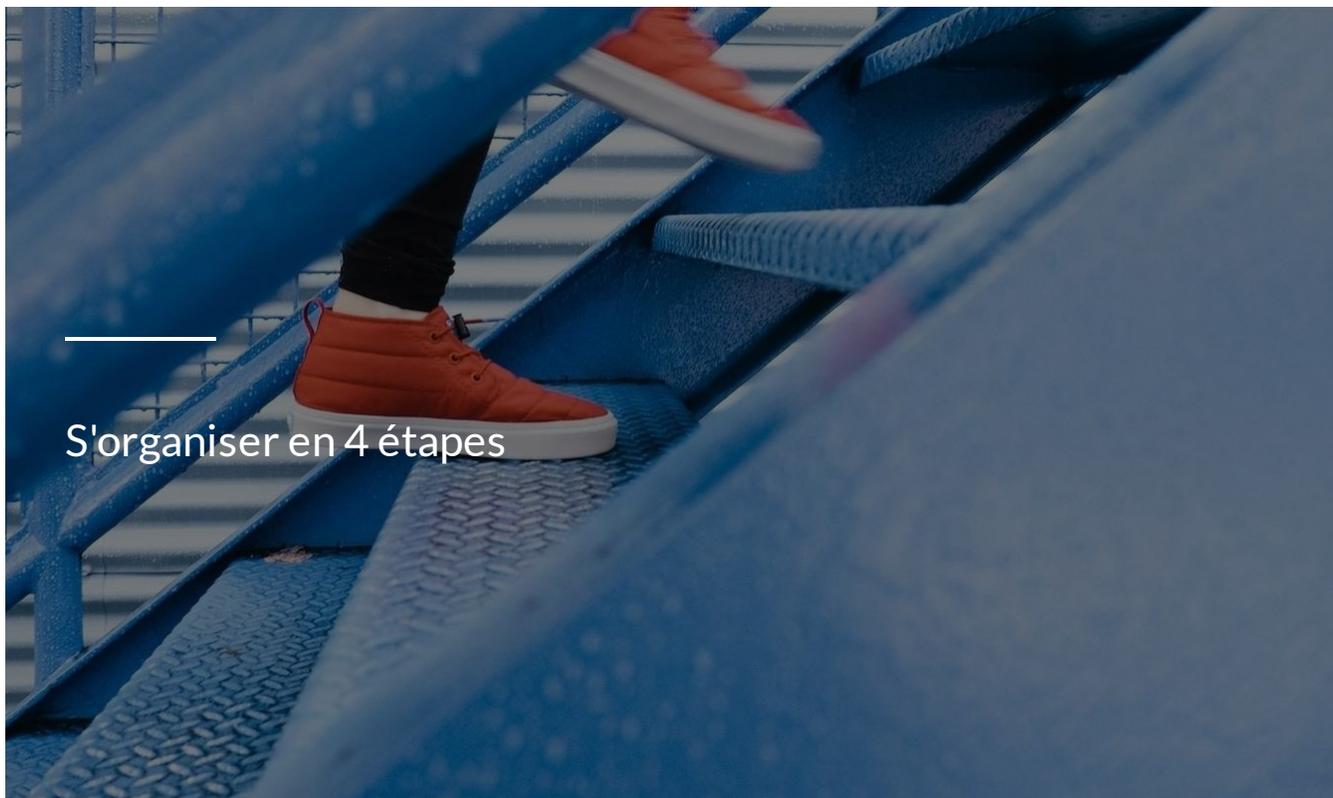
- Des entretiens individuels ou collectifs.
- Des rencontres réflexives en groupes de travail.
- Des rencontres de concertation avec les autorités de tarification.
- Des enquêtes de satisfaction.
- Des enquêtes d'image.
- Des revues de compte-rendu de CVS.
- Des petits groupes de parole.
- ...

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

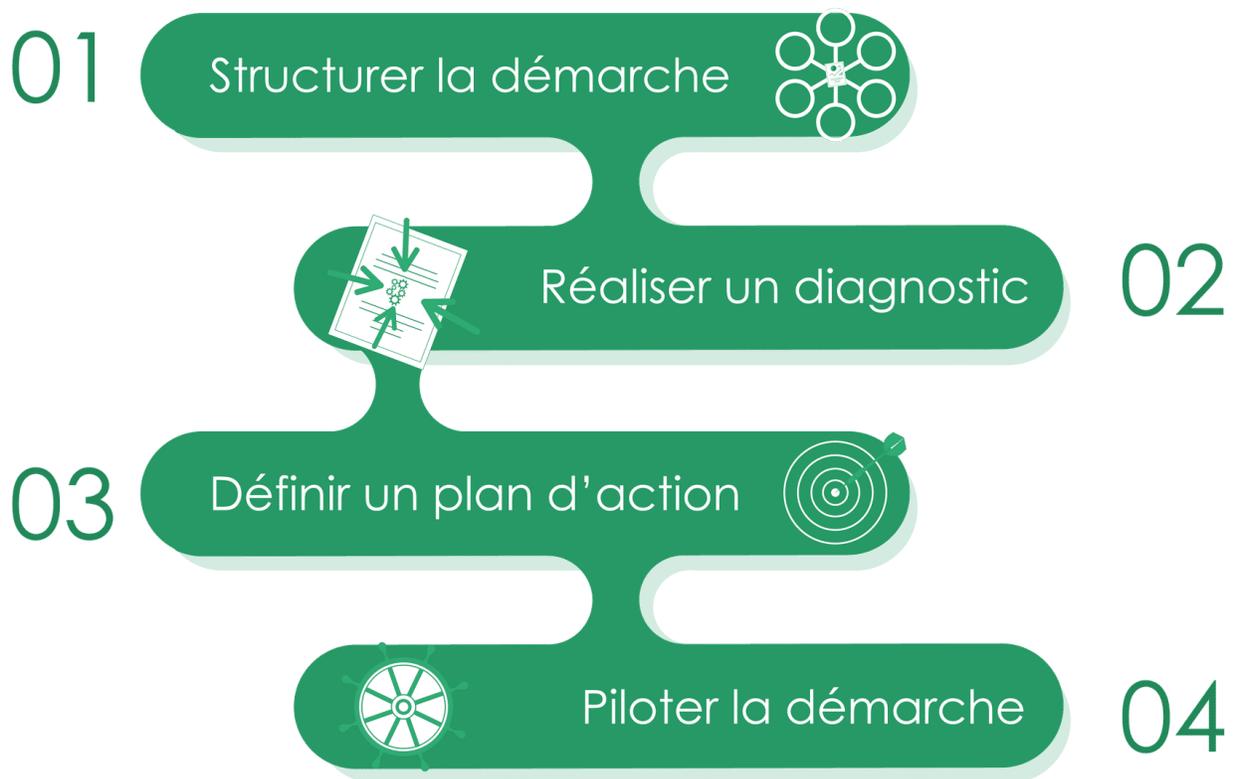
CONTINUER



S'organiser en 4 étapes

La méthodologie d'une démarche de progrès

Quelque soit la démarche d'amélioration de la qualité lancée, une méthodologie doit s'appliquer afin d'organiser, d'impliquer et de 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 ,

— Réaliser un diagnostic

les changements, les écarts.

≡ Définir un plan d'action

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

≡ Piloter la démarche

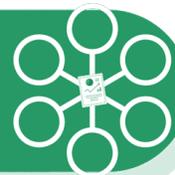
Organiser la conduite du changement, son suivi, sa mise en oeuvre et sa communication.

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.

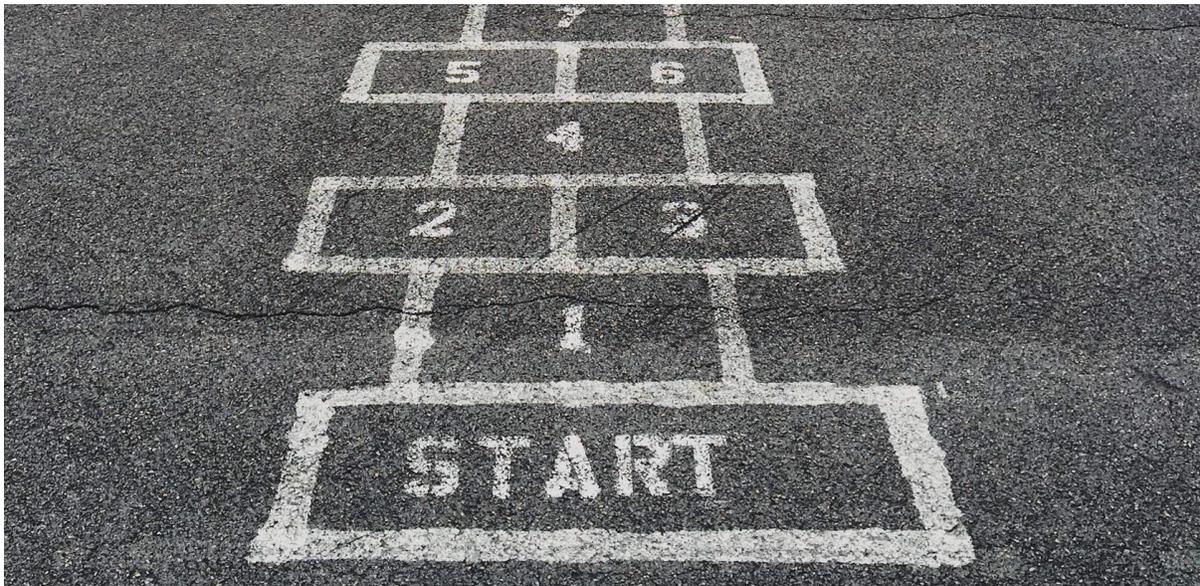
Structurer la démarche passe par :

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.

Constitution d'une instance de pilotage



00:23



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 (CPOM)

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

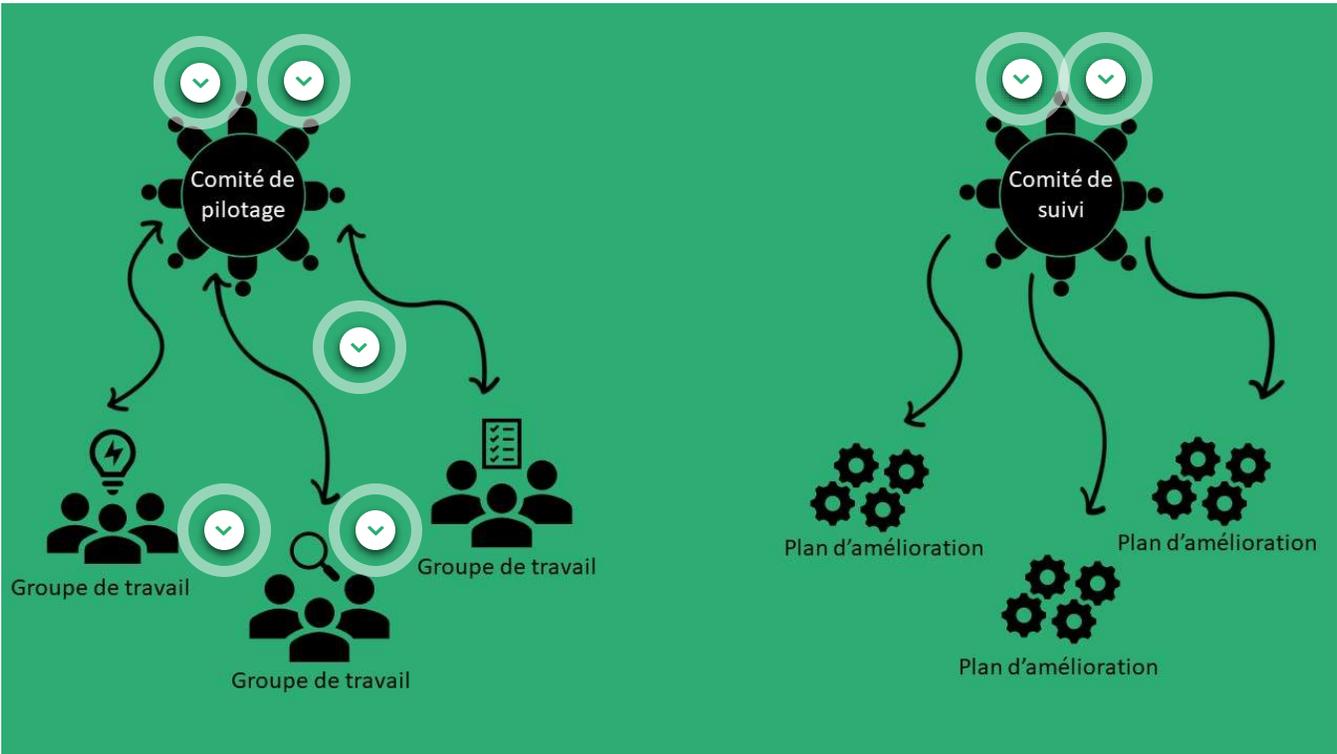


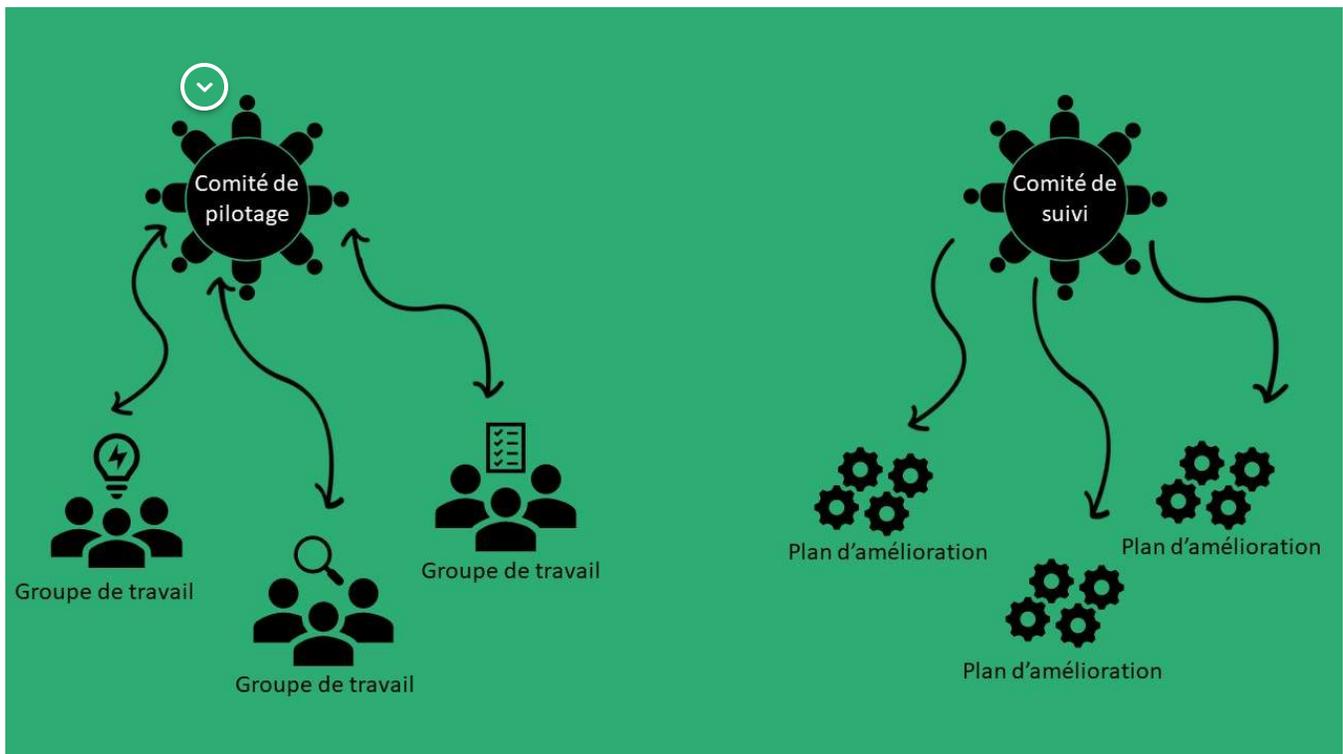
Focus

Les différents groupes opérant dans le processus

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

Cliquez sur chaque marqueurs pour en savoir plus.





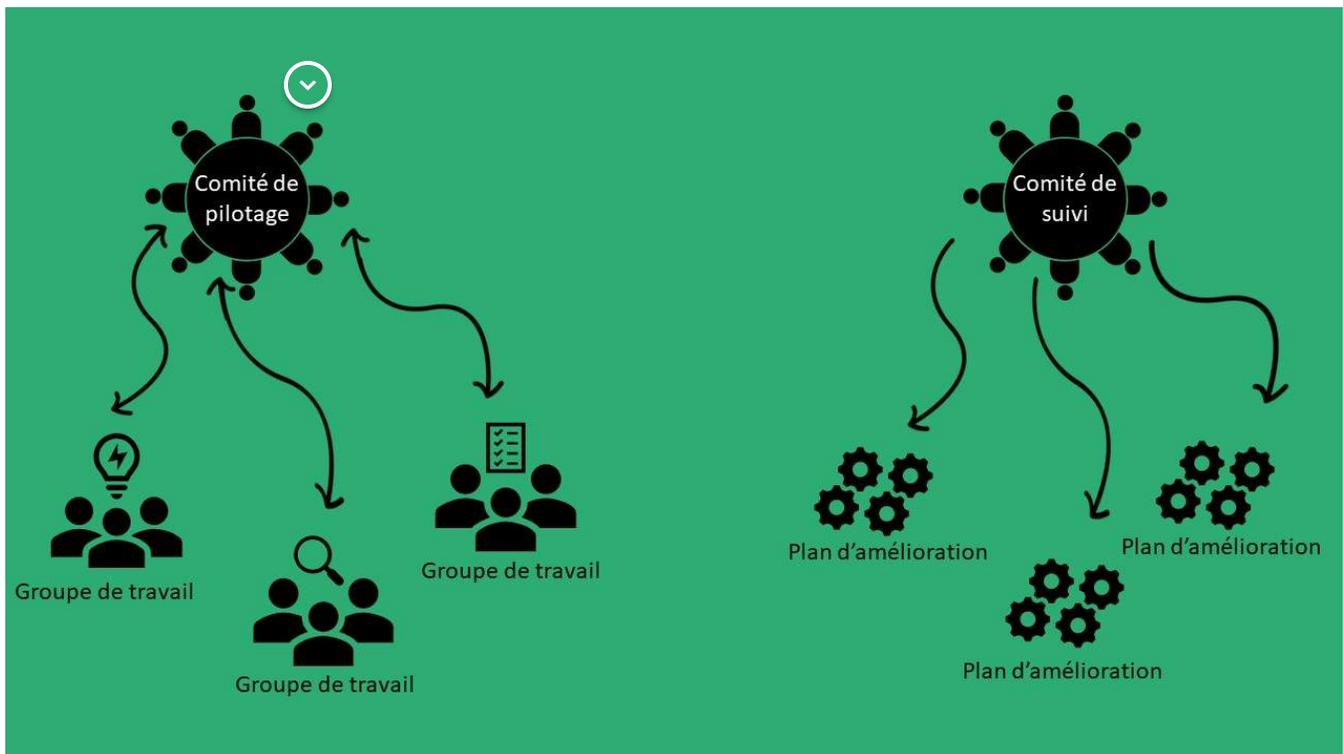
Le comité de pilotage

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).

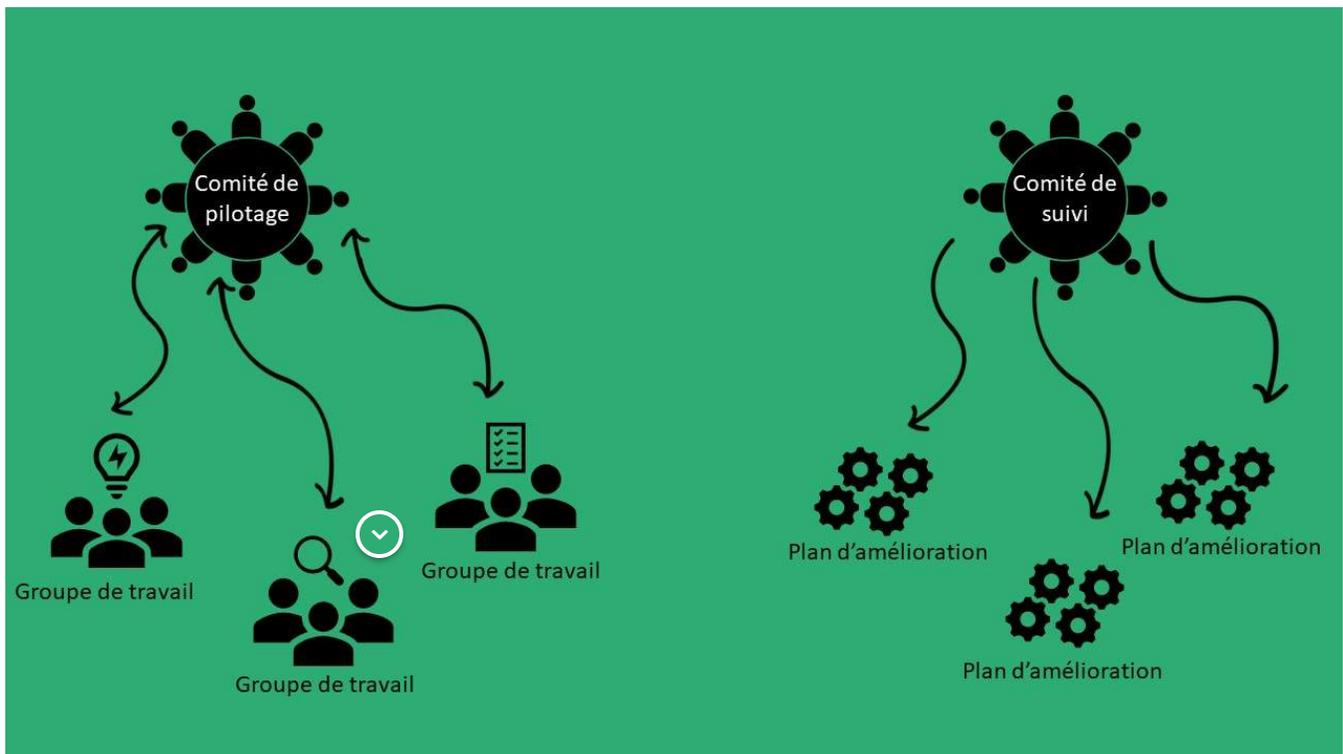


Le comité de pilotage

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.



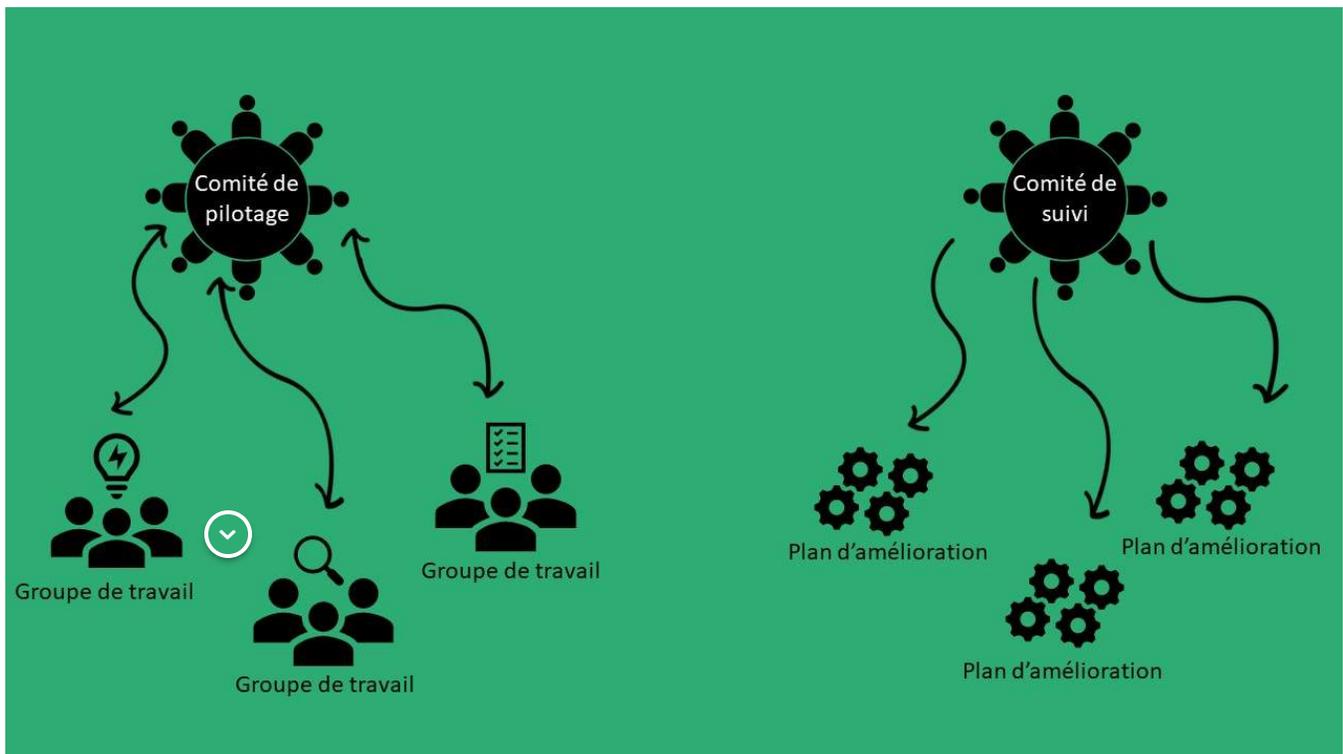
Les groupes de travail

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...**



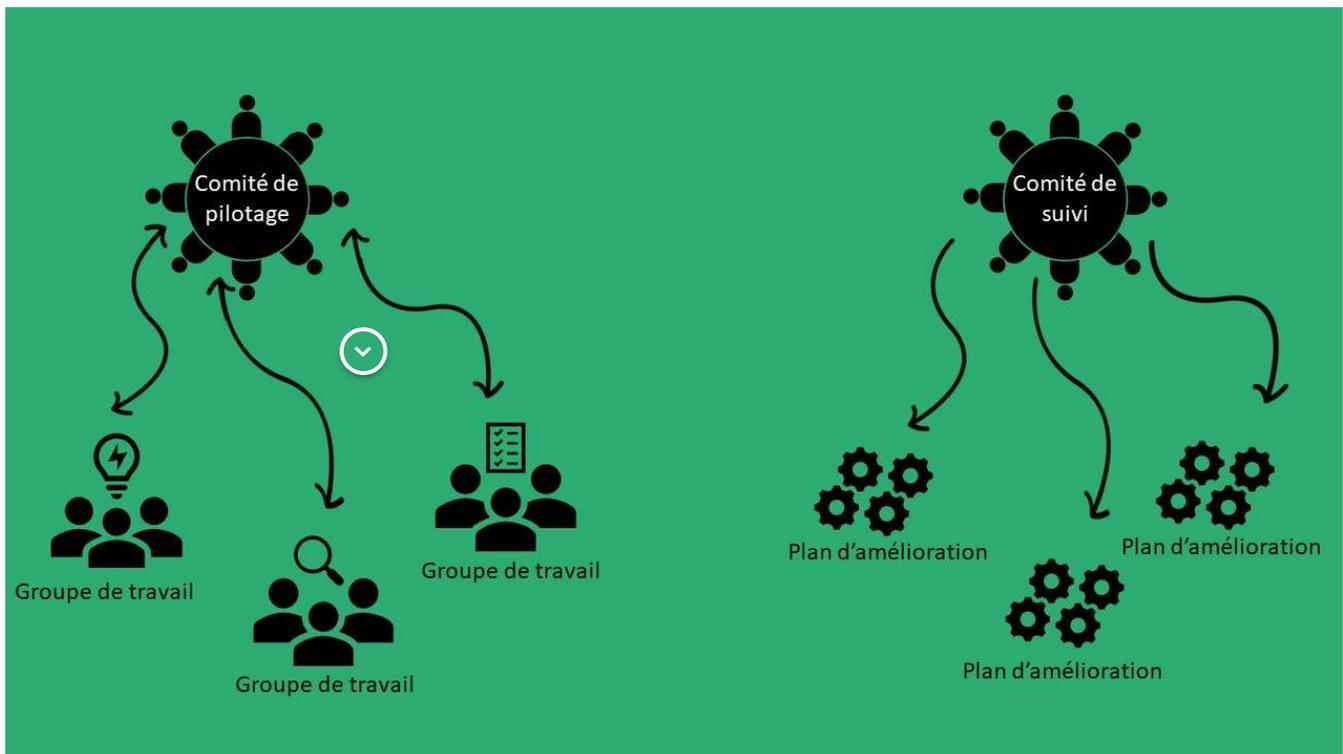
Les groupes de travail

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.

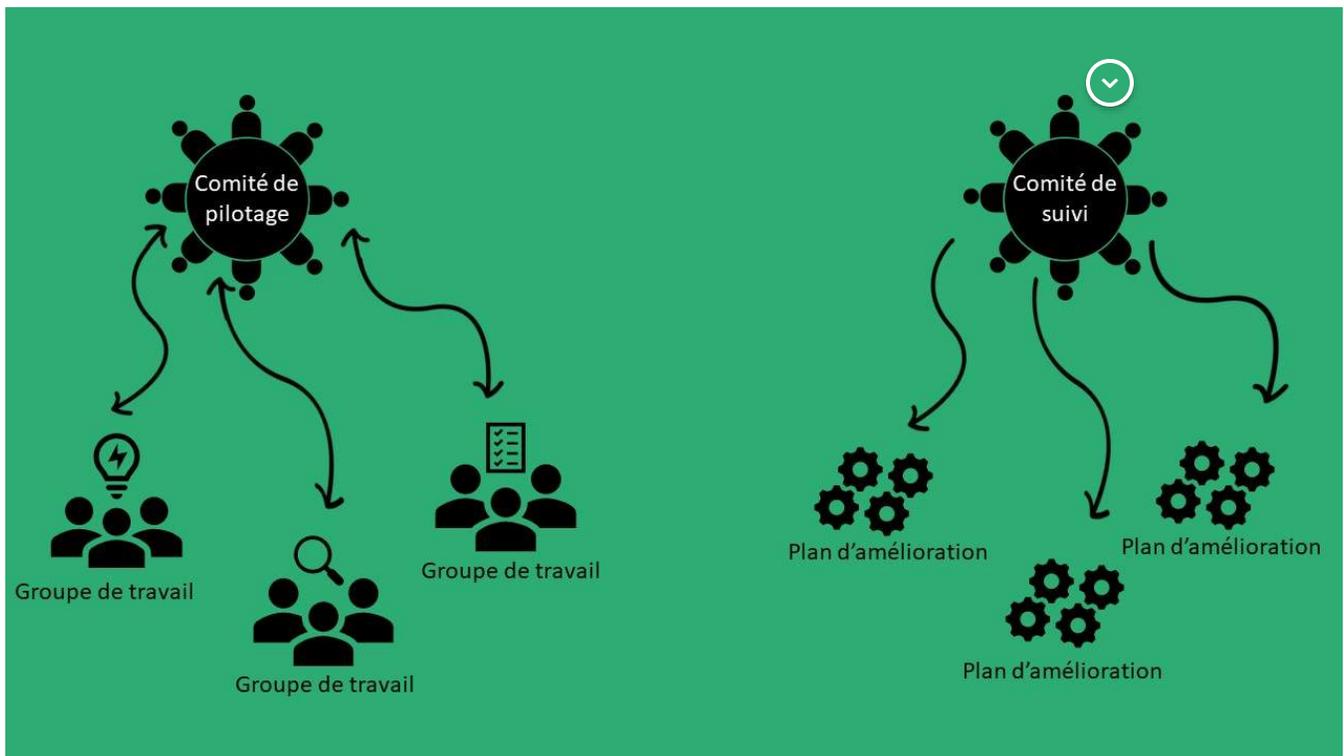
Les groupes de travail sont composés proportionnellement **en fonction de la taille de l'établissement** et du volume des activités.



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.

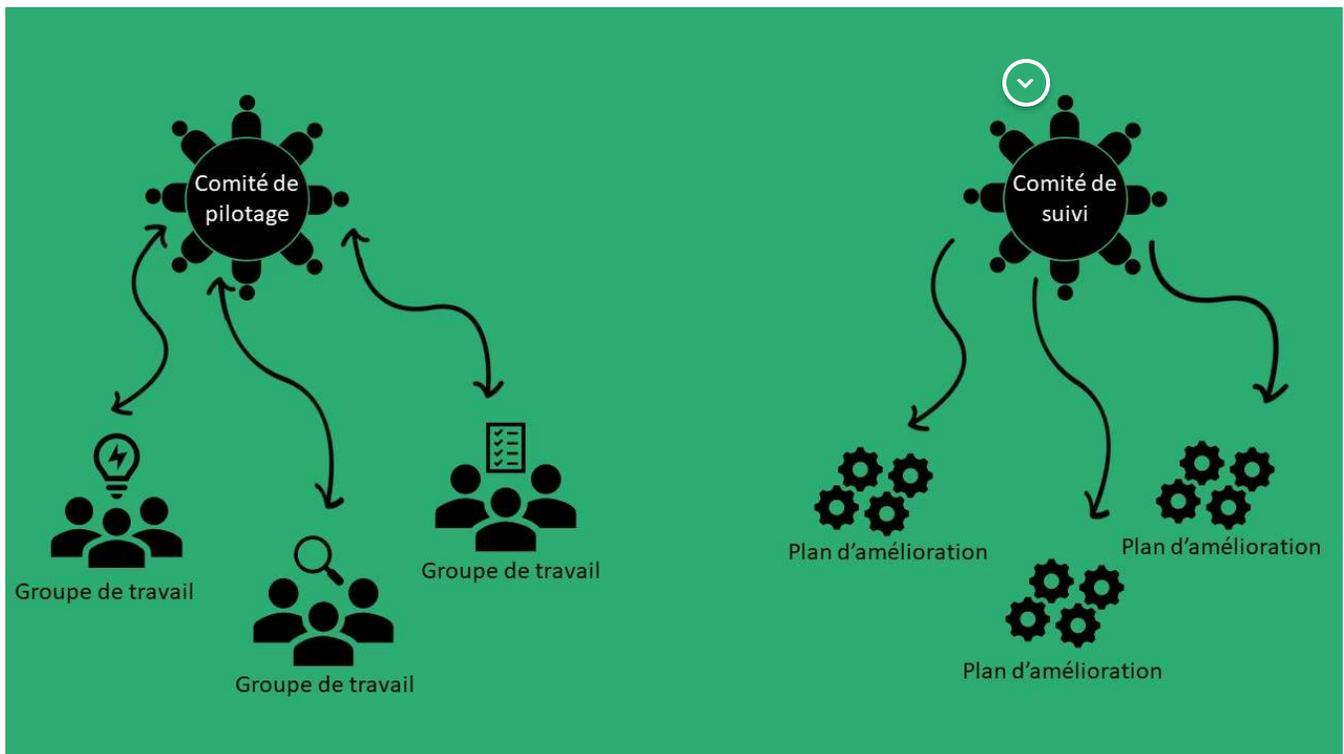
La **nomination de rapporteurs**, chargés de faire cette navette est souvent la plus pertinente, mais d'autres modalités peuvent être mises en place comme **l'affichage, les classeurs...**



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 **démultiplie** 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.



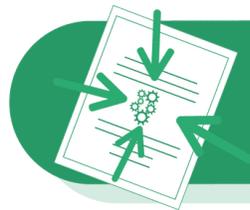
CMQ - Fiche navette PE.pdf

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**.

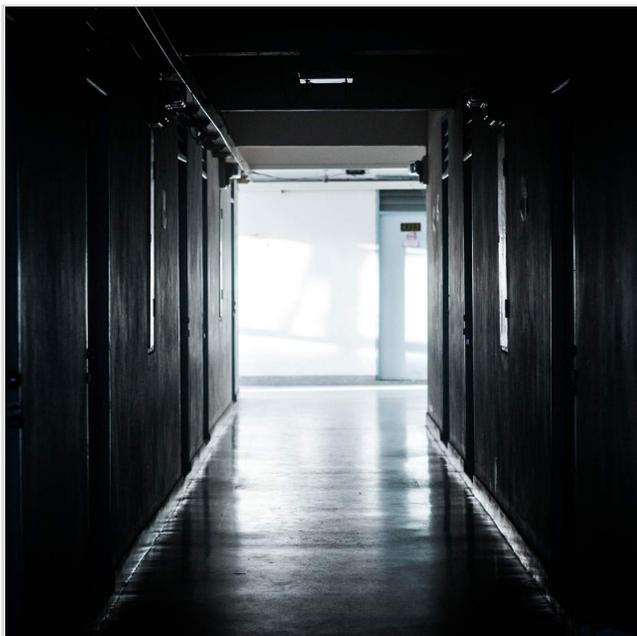
L'utilisateur étant au cœur de toutes les démarches d'amélioration de la qualité, il est bien entendu primordial de recueillir toutes les données utiles permettant d'effectuer **une description précise de la population** mais aussi celles concernant **l'établissement et son ancrage territorial**.



Description de la population

Le recueil des données doit permettre de définir:

- le profil de la population,



Description de la structure

Le recueil des données doit aussi concerner l'établissement :

- son identité,
- ses missions,

Description de l'ancrage territorial

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

- Son positionnement sur

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

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

CMQ - Elements Caractérisation de la population accompagnée

PDF

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 faites aux objectifs d'accompagnement des usagers et à quel niveau d'avancée se situe la démarche d'amélioration.

Un bilan des forces et 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 (les enquêtes et les audits, par exemple). En cas de besoin, reportez-vous au **module 3 "outils de mesure"** de cette formation”

L'équipe MQS

CONTINUER

03

Définir un plan d'action



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

Pour ce faire, plusieurs outils sont disponibles.

Elaborer 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.

THÈMES	N°	SOURCE(S)	ÉTABLISSEMENT(S) ET/OU SERVICE(S) CONCERNÉ(S)	OBJECTIF(S) STRATÉGIQUE(S)	OBJECTIF(S) OPÉRATIONNEL(S)	MOYENS ET/OU MÉTHODES	EFFET(S) ATTENDU(S)	INDICATEUR(S) DE SUIVI	RESPONSABLE	DATE DE RÉALISATION PRÉVU (ÉCHÉANCE)	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.

THÈMES	N°	SOURCE(S)	ÉTABLISSEMENT(S) ET/OU SERVICE(S) CONCERNÉ(S)	OBJECTIF(S) STRATÉGIQUE(S)	OBJECTIF(S) OPÉRATIONNEL(S)	MOYENS ET/OU MÉTHODES	EFFET(S) ATTENDU(S)	INDICATEUR(S) DE SUIVI	RESPONSABLE	DATE DE RÉALISATION PRÉVU (ÉCHEANCE)	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.

THÈMES	N°	SOURCE(S)	ÉTABLISSEMENT(S) ET/OU SERVICE(S) CONCERNÉ(S)	OBJECTIF(S) STRATÉGIQUE(S)	OBJECTIF(S) OPÉRATIONNEL(S)	MOYENS ET/OU MÉTHODES	EFFET(S) ATTENDU(S)	INDICATEUR(S) DE SUIVI	RESPONSABLE	DATE DE RÉALISATION PRÉVU (ÉCHEANCE)	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.

THÈMES	N°	SOURCE(S)	ÉTABLISSEMENT(S) ET/OU SERVICE(S) CONCERNÉ(S)	OBJECTIF(S) STRATÉGIQUE(S)	OBJECTIF(S) OPÉRATIONNEL(S)	MOYENS ET/OU MÉTHODES	EFFET(S) ATTENDU(S)	INDICATEUR(S) DE SUIVI	RESPONSABLE	DATE DE RÉALISATION PRÉVU (ÉCHÉANCE)	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) STRATÉGIQUE(S)	OBJECTIF(S) OPÉRATIONNEL(S)	MOYENS ET/OU MÉTHODES	EFFET(S) ATTENDU(S)	INDICATEUR(S) DE SUIVI	RESPONSABLE	DATE DE RÉALISATION PRÉVU (ÉCHÉANCE)	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**. De ceux-ci **découleront les actions, les programmes d'actions et les projets à mettre en place**



“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 !



 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



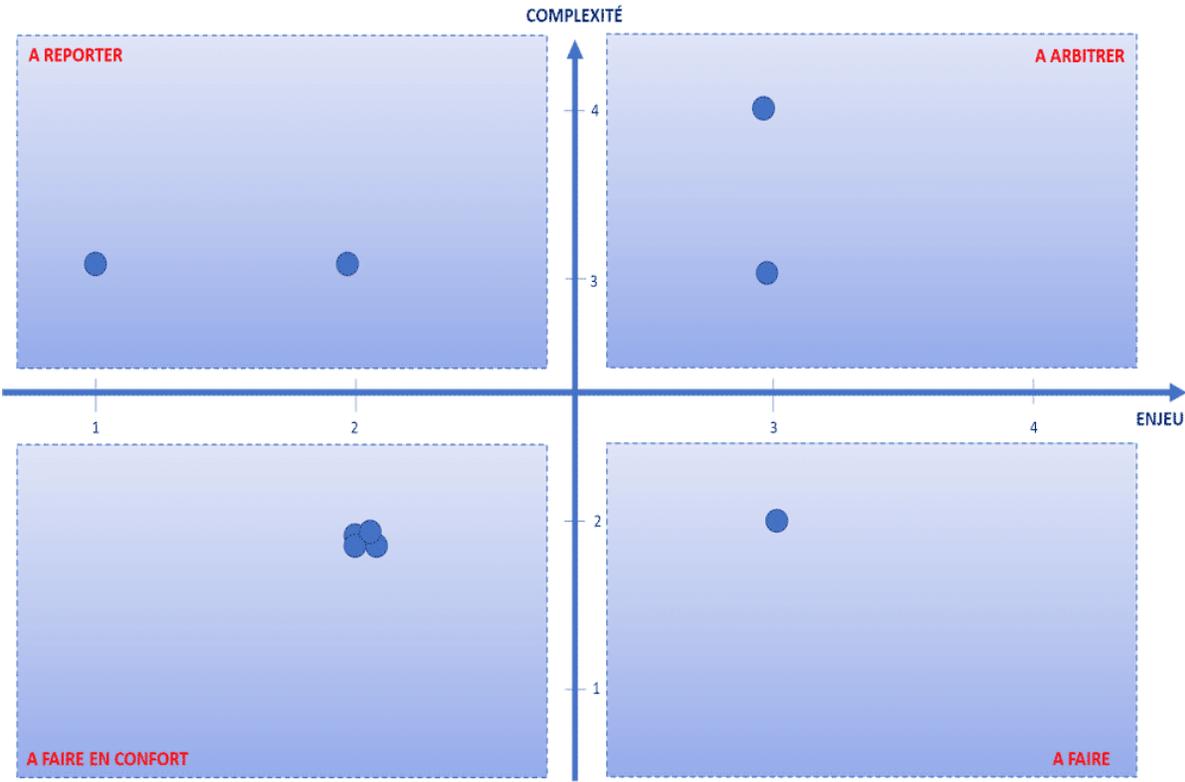
Hiérarchiser les actions

Les décisions incombent à l'équipe de direction de l'établissement ou du service ou au COPIL 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 !





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 "

L'équipe MQS

CONTINUER



Exemple d'initiative

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

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'action 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.**
- 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.

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 :

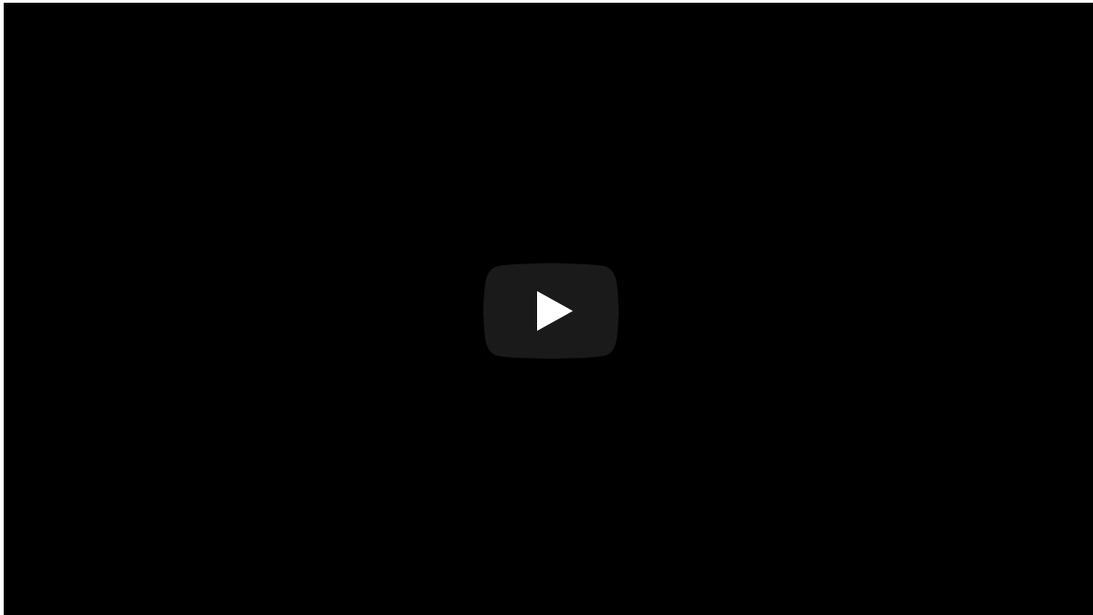
- Réunion d'information
- Publication dans la revue interne
- ...

Certaines démarches, comme le projet d'établissement encore, 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 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

La mise en place du plan d'amélioration implique la réalisation des actions définies. Ces réalisations entrent donc, à leur tour, dans le processus d'évaluation de la qualité.



“ Souvenez-vous de l'engrenage dans la vidéo au début du module :

- Plan / Planification
- Do / Action

- Check / Vérification
- Act / Ajustement

Les nouvelles actions vont devoir de la même manière être évaluées ”

- L'équipe MQS

Lors du suivi de la démarche, il va donc falloir **identifier les effets des actions et déterminer les indicateurs.**

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

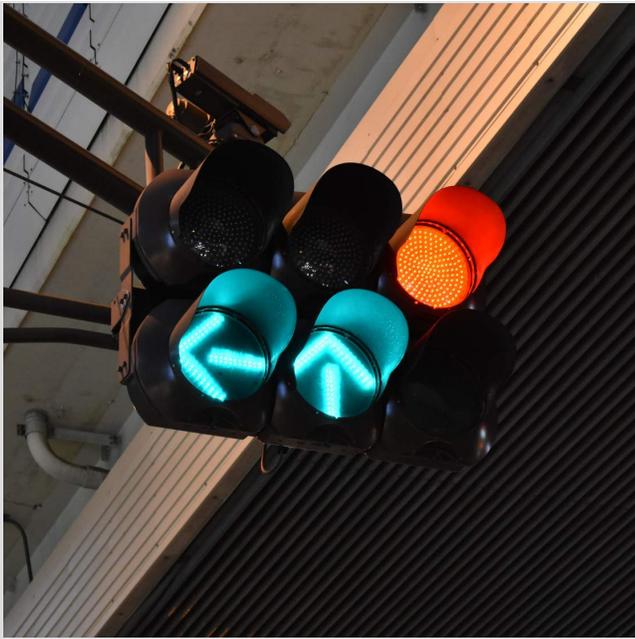
Cliquez sur **chaque photo** pour en savoir plus puis sur la flèche  pour les faire défiler.



Interroger

L'indicateur va
interroger :

- le processus mis en
œuvre pour



Signaler

L'indicateur permet de déclencher un questionnaire évaluatif du thème étudié lorsqu'il signale

2 of 3



Mesurer

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

3 of 3

CHAPITRE SUIVANT

Quelles sont les spécificités des démarches ?



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, 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



CONTINUER

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...

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 handicapés, 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.”

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 EHPAD.



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 aux alentours de six mois et inférieure à un an** pour un premier projet d'établissement.

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

CONTINUER

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
- Efficience 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 efficiente 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'efficience

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**.

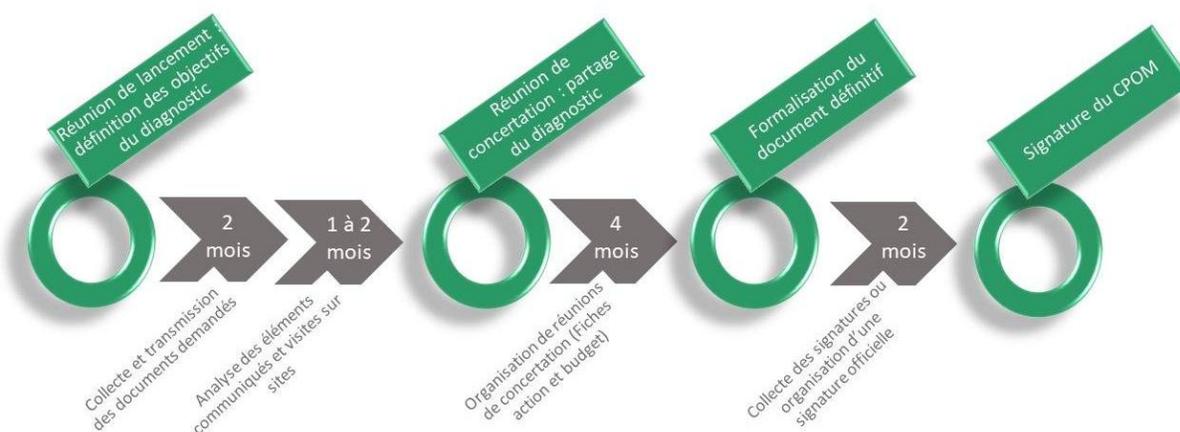
Envie de visiter le Site de l'ANAP ?

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

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**.

CONTINUER

Le dispositif d'évaluation

Les outils d'analyse du diagnostic

Au regard des enjeux et valeurs défendus par la loi de 2019, **un référentiel** est en cours d'élaboration par la HAS qui sera le **socle de l'état des lieux** de ce nouveau dispositif d'évaluation.

Le référentiel, socle du dispositif d'évaluation

Cliquez sur la flèche  pour faire défiler les étapes.

Le référentiel du dispositif d'évaluation

Le référentiel est composé **de 3 chapitres, 38 objectifs et 189 critères.**

Il sera applicable pour une grande partie des types d'établissement (socle commun fort) avec, sans doute, des volets spécifiques.

La personne



La personne est entendue au sens large et vise **la personne elle-même, son représentant légal, le titulaire de l'autorité parentale, ou entourage.**

Ce chapitre concerne directement **le résultat** pour la personne en veillant tout au long de son accompagnement à ce que ses **droits** soient respectés, son **cadre de vie** pris en compte, son **expression**, son **expérience et son entourage** sollicités. Le référentiel assure aussi que la **co-construction et la personnalisation de son projet d'accompagnement** soient recherchés et que la personne bénéficie d'actions de prévention et d'éducation à la santé, ainsi que d'un accompagnement à la santé adapté.

Les professionnels



Les professionnels visés sont les **professionnels de l'ESSMS** et se distinguent des partenaires et autres intervenants.

Dans ce chapitre, l'évaluation vise à apprécier leur capacité à **avoir un questionnement éthique**, à garantir **l'effectivité des droits** des personnes accompagnées, à assurer la **fluidité et la continuité** des parcours et l'accompagnement à la santé des personnes.

L'ESSMS

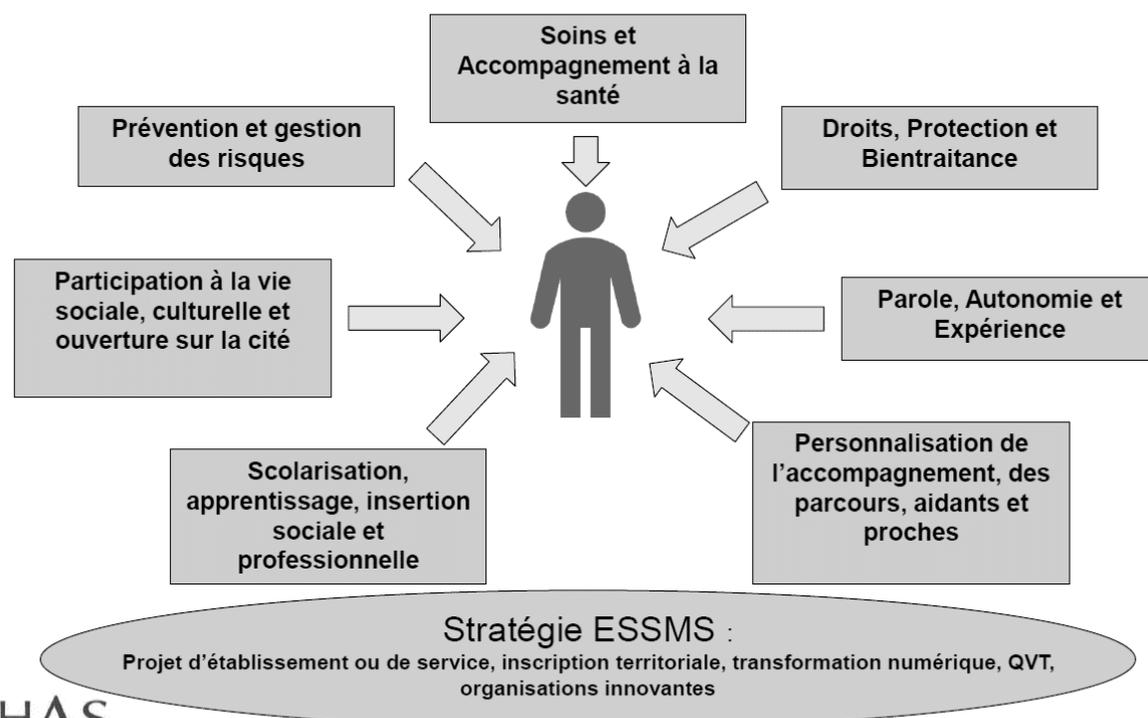


L'ESSMS est entendu au sens des **représentants de la structure sociale et médico-sociale**.

Le chapitre 3 concerne l'ESSMS, et sa gouvernance. Cette dernière impulse une **démarche de bientraitance**, veille au **cadre de vie** de la personne, impulse une **stratégie d'accompagnement** de la personne et une **politique de ressources humaines**, dans une démarche qualité et gestion des risques.

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.

L'intérêt étant de construire une vision intégrée du niveau de qualité des accompagnements proposés par les ESSMS.



Le référentiel est en cours d'analyse et d'aménagements notamment grâce à une **consultation publique** de **6 semaines** qui a généré **8 888 contributions**

et pour laquelle

713 participants individuels ou collectifs ont été recensés.



“Nous vous proposons de lire le référentiel tel qu'il a été soumis à consultation publique. Même s'il ne s'agit pas encore de la version définitive, elle vous permet de comprendre l'essence de chaque chapitre.”

L'équipe MQS

Cliquez ci-dessous pour télécharger et lire le référentiel.



Référentiel Evaluation - Consultation publique-Fév 2021.pdf

210.9 KB



CONTINUER

Des méthodes d'évaluation proche du terrain

De nouvelles méthodes seront utilisées. Celles ci sont très largement inspirées de ce qui se pratique déjà sur le terrain du secteur sanitaire.

Chaque critère sera évalué au travers d'une des 3 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, professionnels, gouvernance),
une **analyse documentaire et/ou l'observation**.

En pratique, chaque méthode se décline dans une ou plusieurs **grilles d'évaluation** qui intègre les
éléments d'évaluation de l'ensemble des critères de la cible évaluée.

Cliquez sur chaque onglet pour en savoir plus.

L'ACCOMPAGNÉ TRACEUR

LE TRACEUR CIBLÉ

L'AUDIT SYSTÈME

L'accompagné traceur évalue **la qualité de l'accompagnement** de la personne dans l'établissement ou le service social ou médico-social.

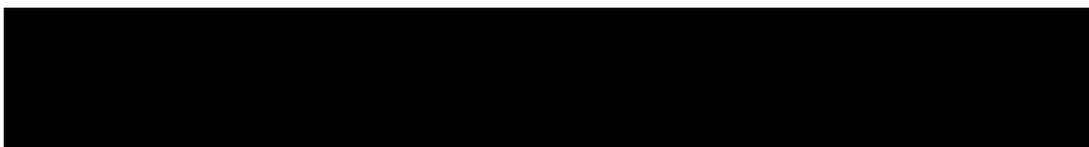
Cette méthode permet le **recueil**, après l'obtention de son consentement, de **l'expérience** de la personne et/ou de ses proches.

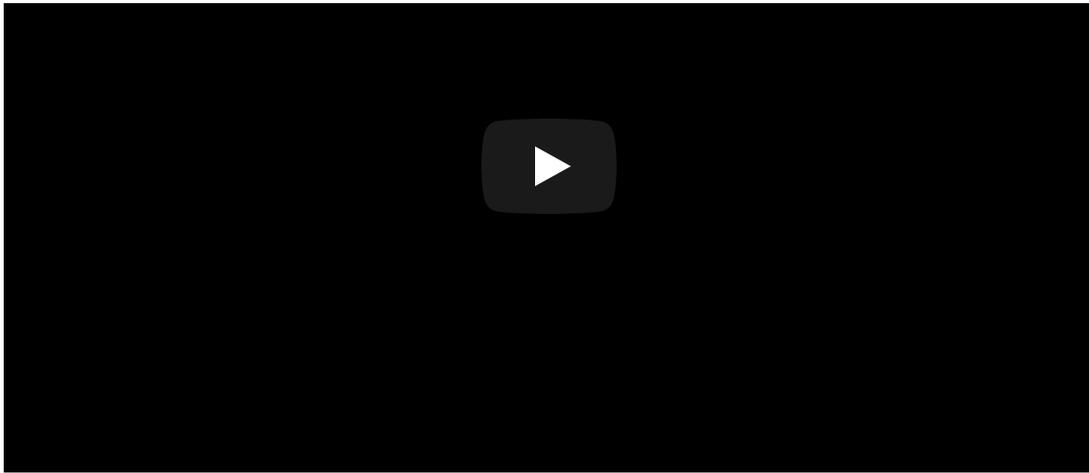
Pour ce faire, l'évaluateur :

- Se fait **présenter** la personne par un membre de l'ESSMS puis **rencontre la personne**.
- S'entretient **ensuite avec l'équipe assurant l'accompagnement** de la personne.

Cette méthode est l'équivalent de la méthode du patient traceur du secteur sanitaire.
Découvrez-la dans la vidéo ci-dessous.

Cliquez sur le bouton lecture au centre de la vidéo





L'ACCOMPAGNÉ TRACEUR

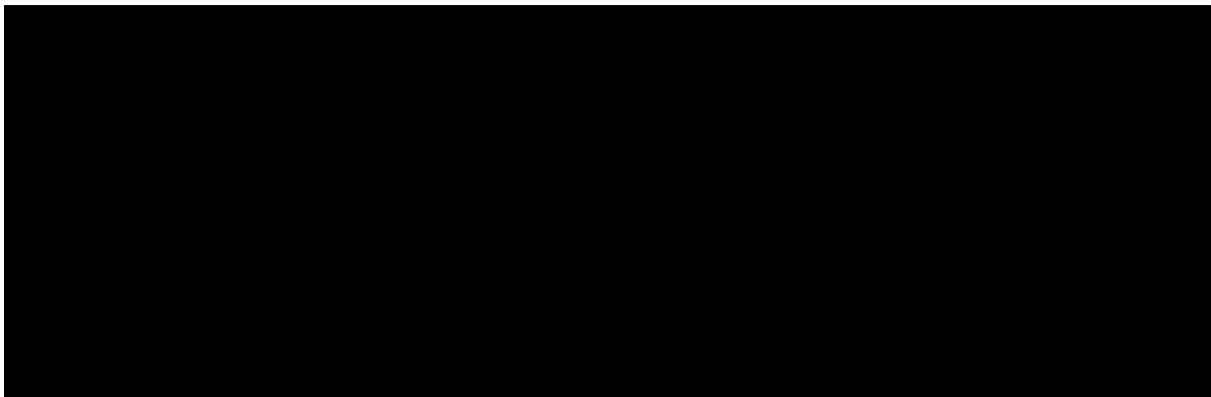
LE TRACEUR CIBLÉ

L'AUDIT SYSTÈME

Le traceur ciblé consiste à **évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus**, sa **maîtrise** et sa capacité à **atteindre les objectifs**.

Pour ce faire, l'évaluateur :

- **Rencontre les équipes.**
- Consulte les **documents** nécessaires.
- Réalise les **observations associées**.





L'ACCOMPAGNÉ TRACEUR

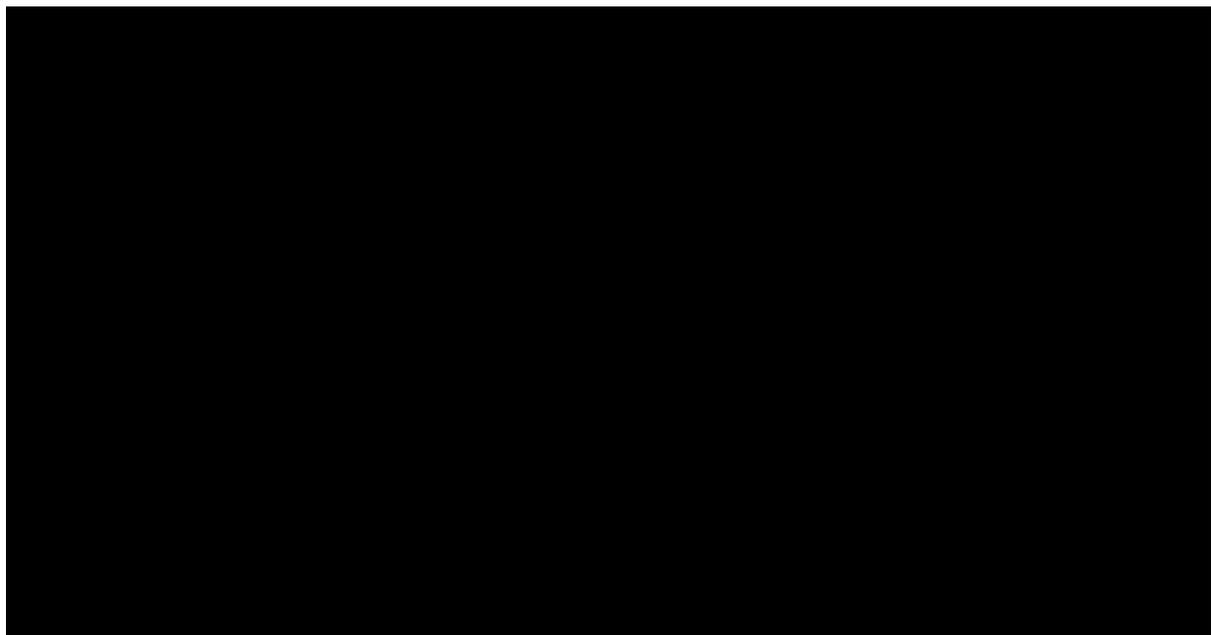
LE TRACEUR CIBLÉ

L'AUDIT SYSTÈME

L'audit système consiste à **évaluer un ensemble de processus** pour s'assurer de leur maîtrise et de leur capacité à atteindre les objectifs.

Pour ce faire :

- Dans un premier temps, l'évaluateur **rencontre la gouvernance et consulte** l'ensemble des **éléments constitutifs du, ou des, processus.**
- Dans un deuxième temps, **il évalue, avec les professionnels,** dans quelle mesure le, ou les processus sont mis en œuvre sur le terrain."



 **Les méthodes d'évaluation de ces critères** seront définies par l'HAS en lien avec le groupe de travail transversal qui va **décliner les critères dans les grilles d'évaluation**, à partir de la version consolidée du référentiel.

La procédure d'évaluation et le guide de l'évaluation viendront compléter le référentiel et constitueront l'ensemble du dispositif d'évaluation issu de la loi de 2019.

Vous trouvez ci-dessous des infographies expliquant les méthodes appliquées à la certification des établissements de santé. Les méthodes appliquées au secteur social et médico-social seront similaires.

Cliquez sur les cadres ci-dessous pour les télécharger



infographies_methode_patient_traceur_certification.pdf
592.9 KB



infographies_methode_traceur_cible_certification(1).pdf
567.3 KB



infographies_methode_audit_systeme_certification(1).pdf
580.8 KB



CONTINUER

La communication

La HAS a, à ce jour, annoncé que le compte rendu du dispositif d'évaluation se ferait dans le cadre **d'un rapport unique**. Ce rapport sera rendu public.

L'amélioration continue de la qualité qui remplacera la démarche d'évaluation interne, sera communiquée dans **le rapport d'activité annuel** et rendu lisible à travers **le plan d'action mis à jour régulièrement**. Le système d'information Qualité (exemple des logiciels qualité) pourra venir soutenir la communication interne.

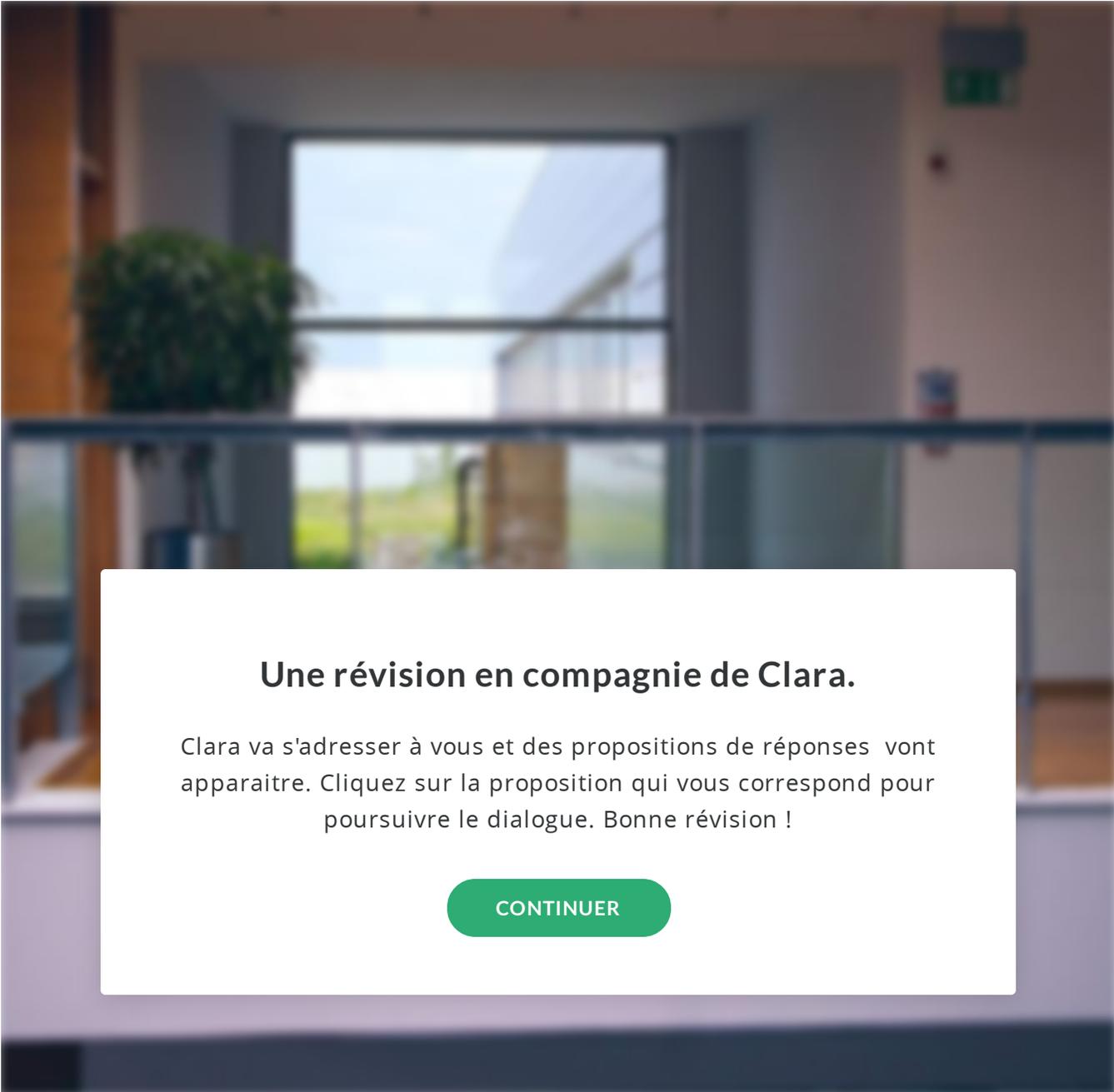
La temporalité

Le rythme de l'évaluation des structures **sera désormais continue complété par un exercice d'évaluation par les organismes habilités qui devrait devenir quinquennal**. A l'occasion de l'adoption d'un décret ces modalités seront précisées.

CHAPITRE SUIVANT

En résumé

À vous de jouer !



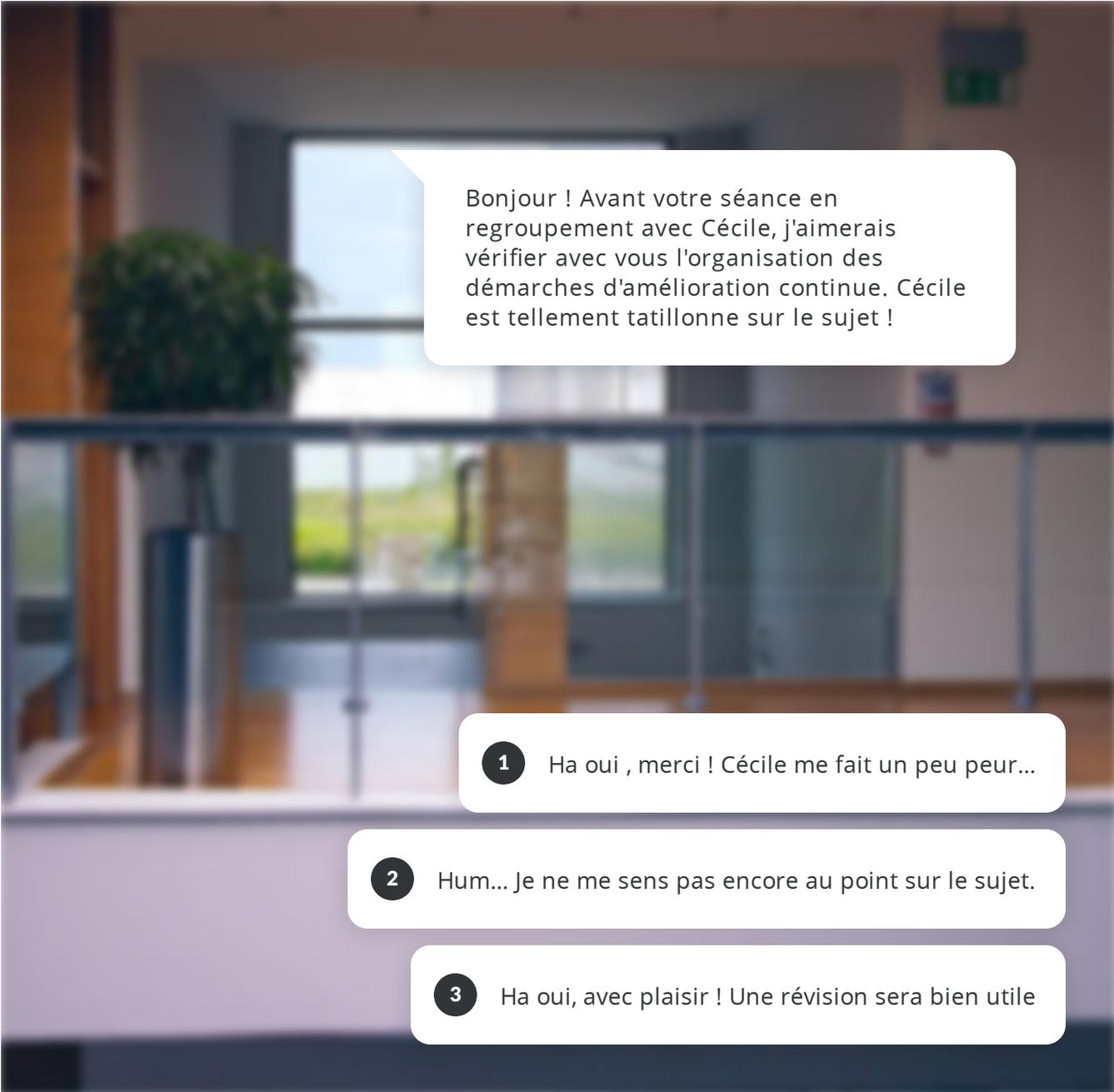
Une révision en compagnie de Clara.

Clara va s'adresser à vous et des propositions de réponses vont apparaître. Cliquez sur la proposition qui vous correspond pour poursuivre le dialogue. Bonne révision !

CONTINUER

Scene 1 Slide 1

Continue → Next Slide



Bonjour ! Avant votre séance en regroupement avec Cécile, j'aimerais vérifier avec vous l'organisation des démarches d'amélioration continue. Cécile est tellement tatillonne sur le sujet !

1 Ha oui , merci ! Cécile me fait un peu peur...

2 Hum... Je ne me sens pas encore au point sur le sujet.

3 Ha oui, avec plaisir ! Une révision sera bien utile

Scene 1 Slide 2

0 → Next Slide

1 → Next Slide

2 → Next Slide



Commençons par votre ressenti. Si on vous parle de démarche d'amélioration, vous imaginez...

1 Un moment de solitude et de la paperasse à traiter.

2 Un moment pour se poser les bonnes questions en faisant participer le plus grand nombre.

3 Un moment privilégié pour les gestionnaires et l'ARS ?

Scene 1 Slide 3

0 → Next Slide

1 → Next Slide

2 → Next Slide

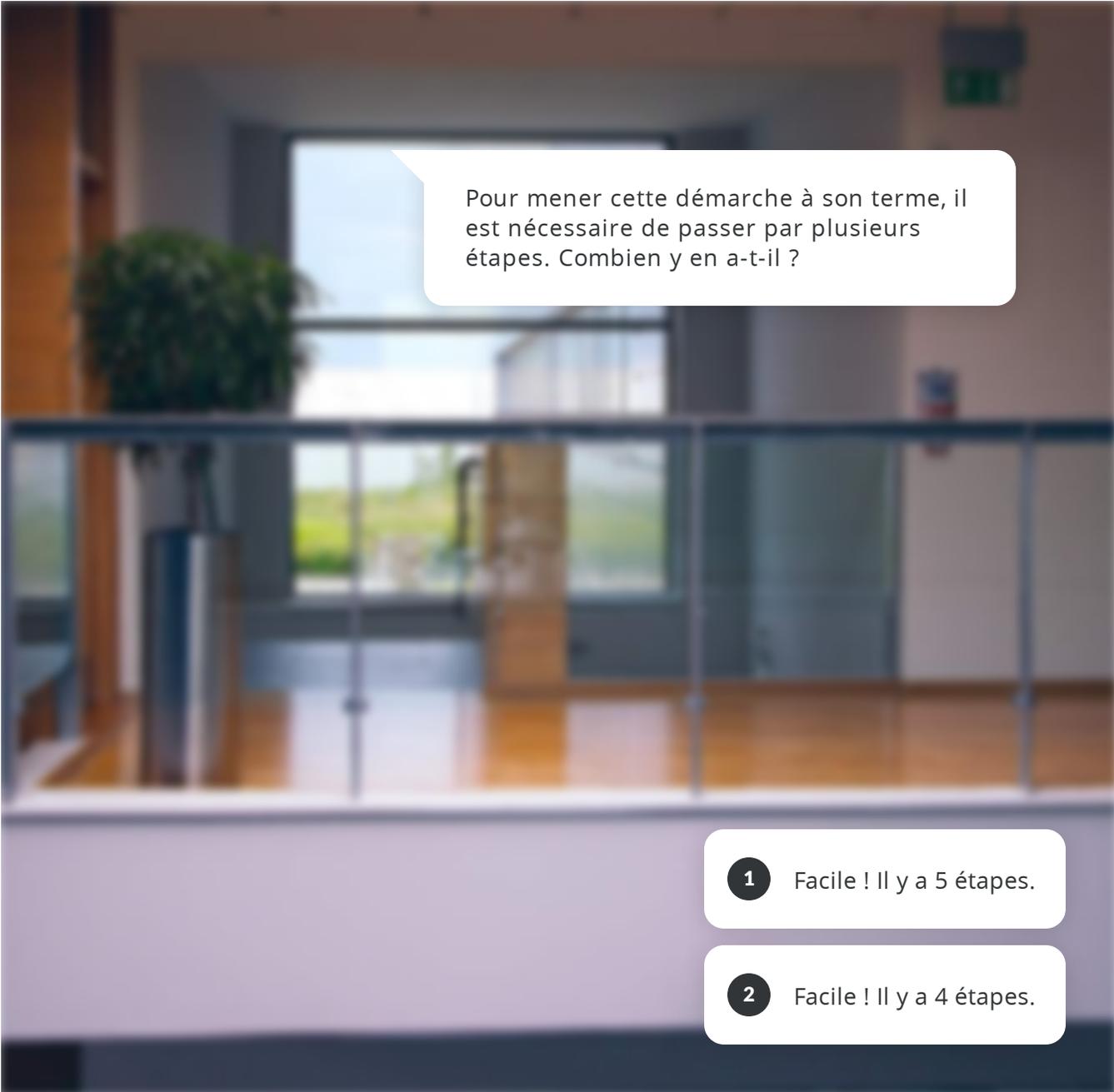
Piloter une démarche

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 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.

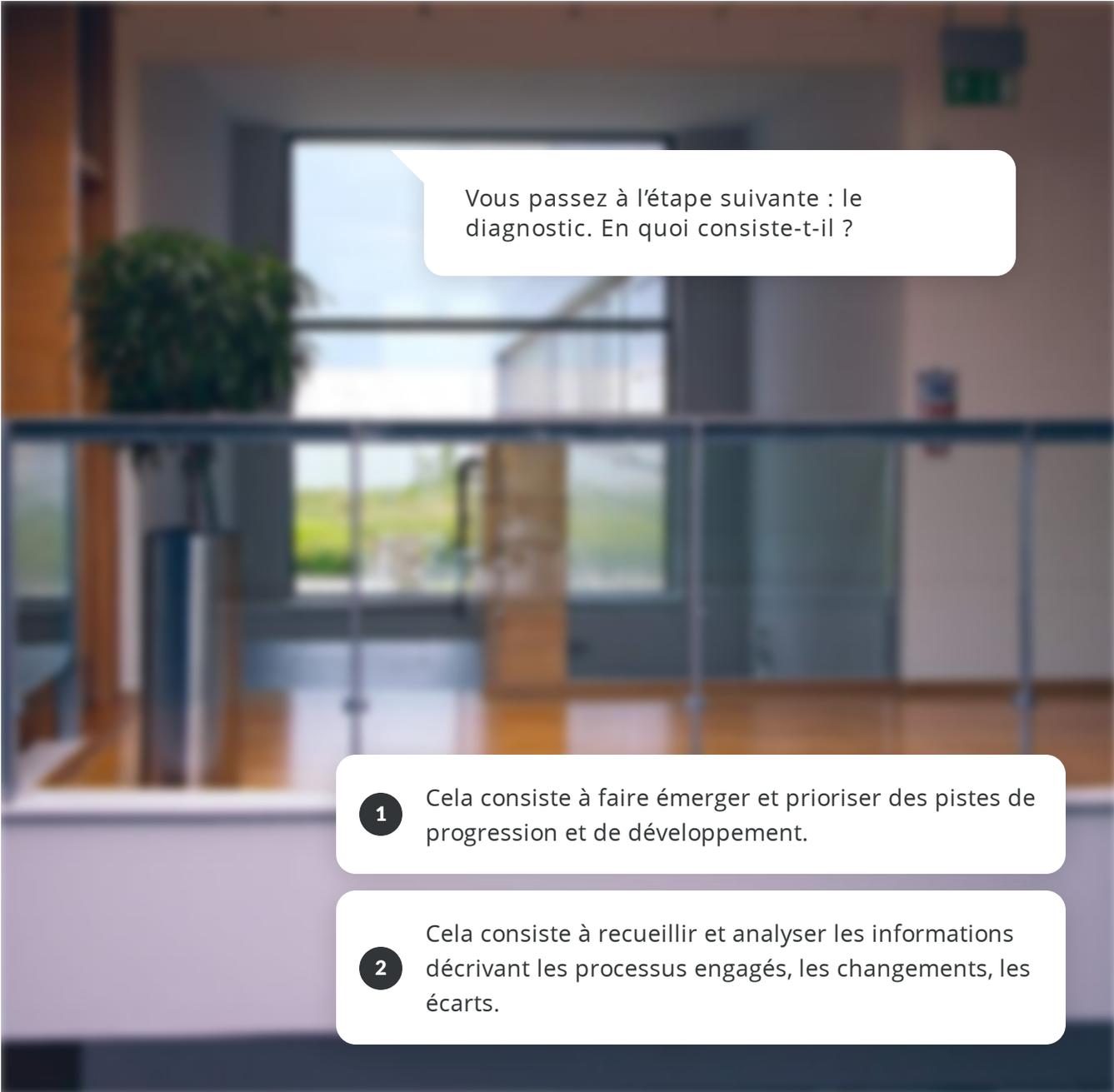
2

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.

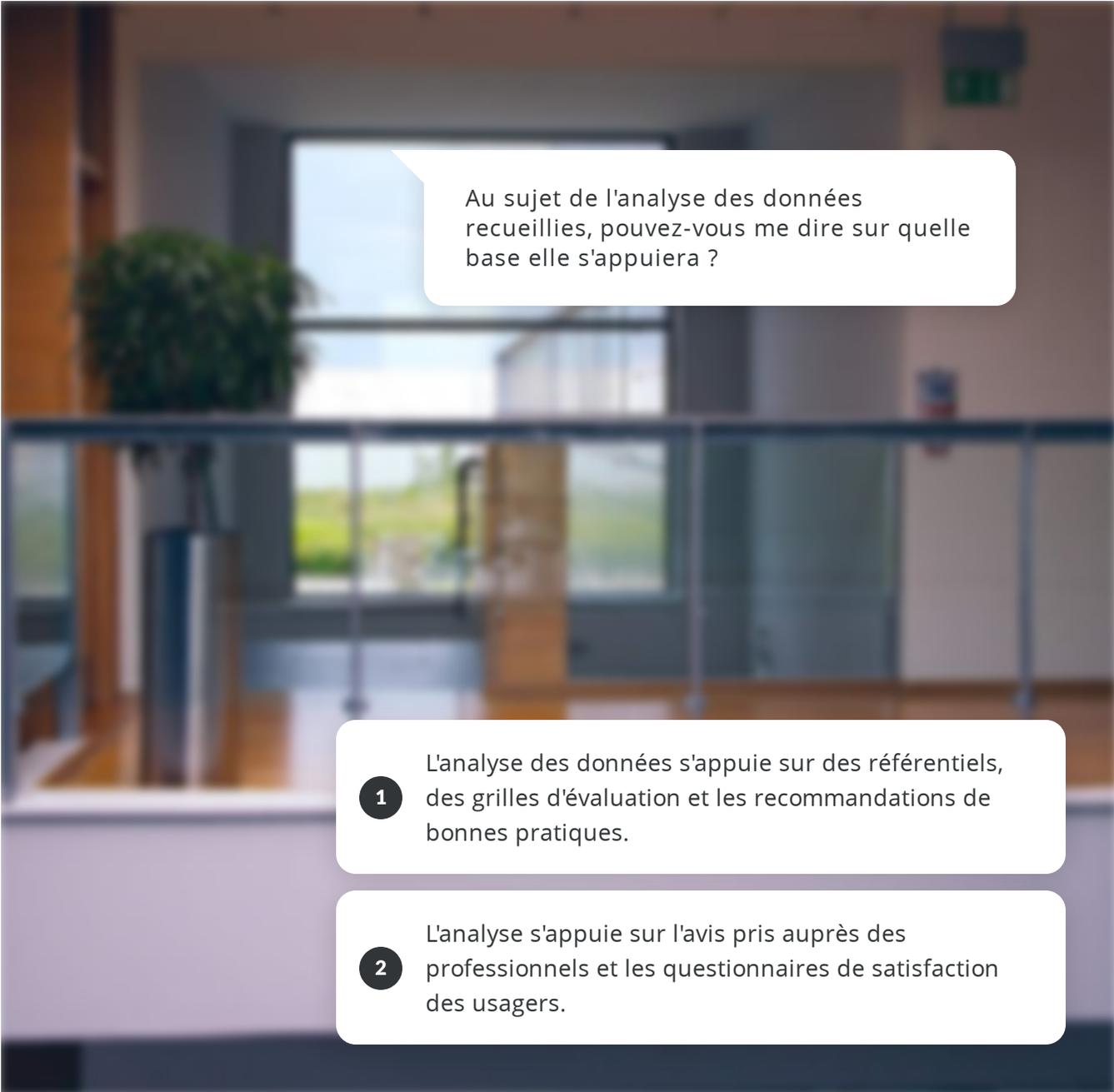
2

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.

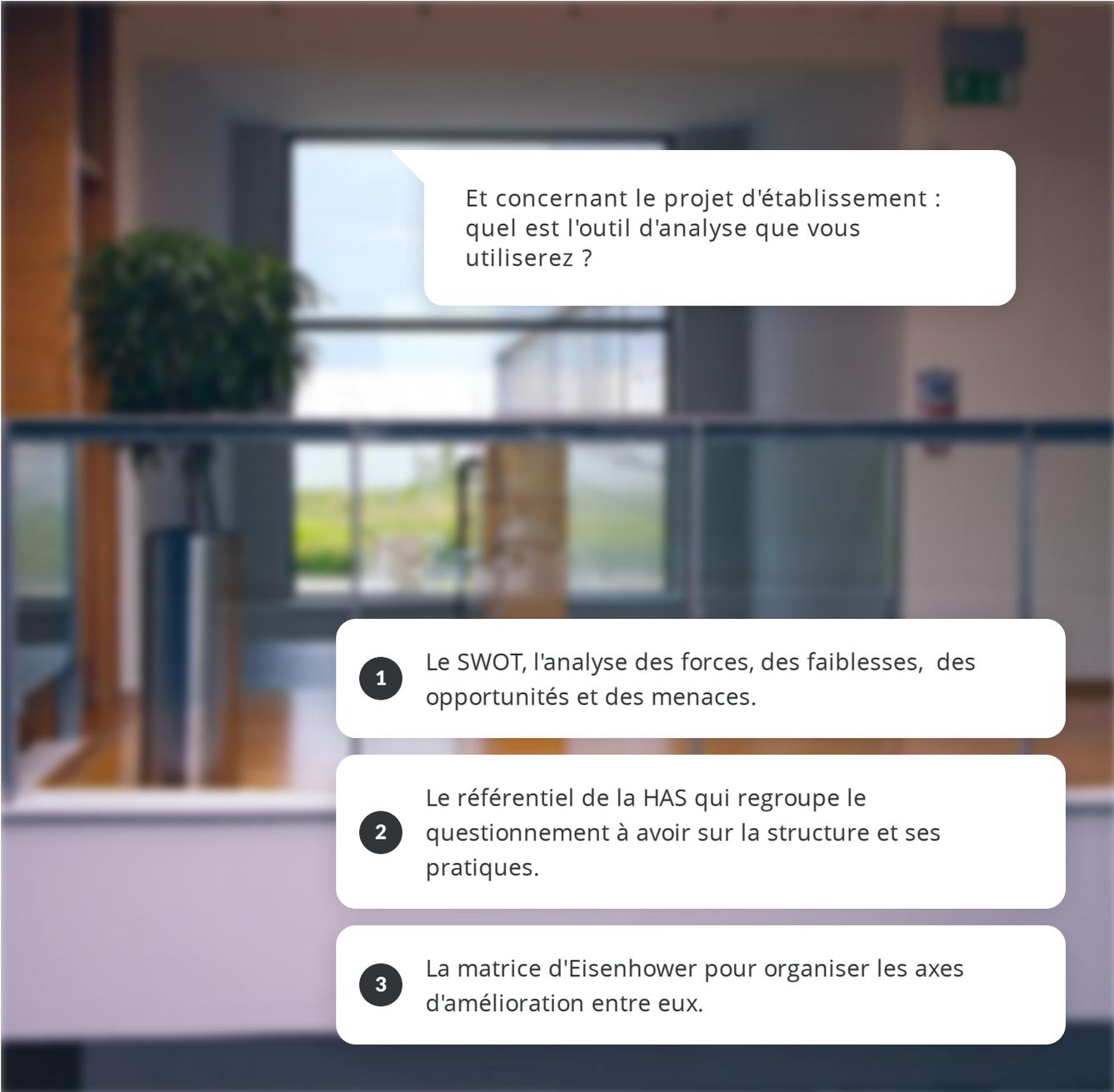
2

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 questionnaire à avoir sur la structure et ses pratiques.

3

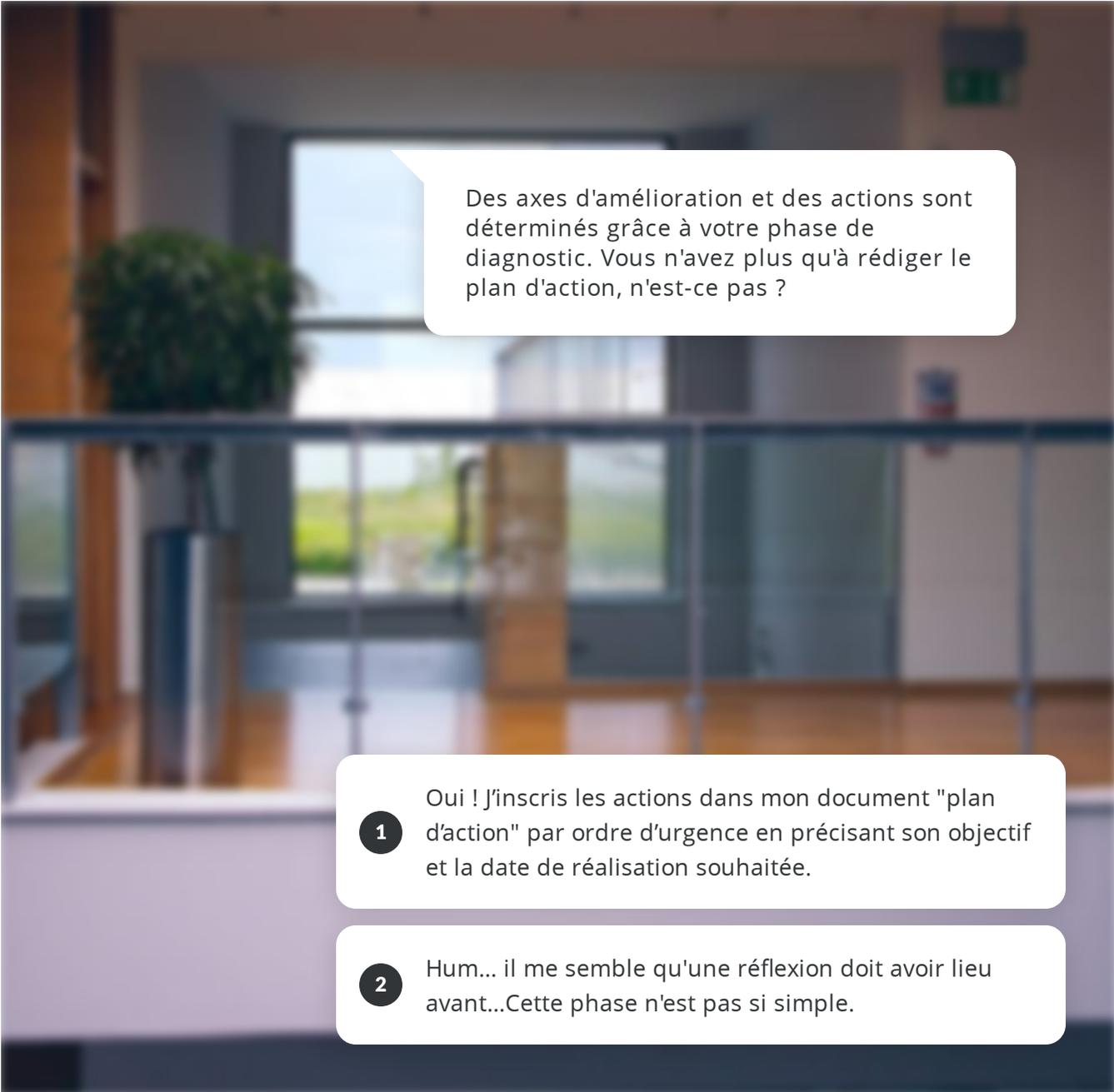
La matrice d'Eisenhower pour organiser les axes d'amélioration entre eux.

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.

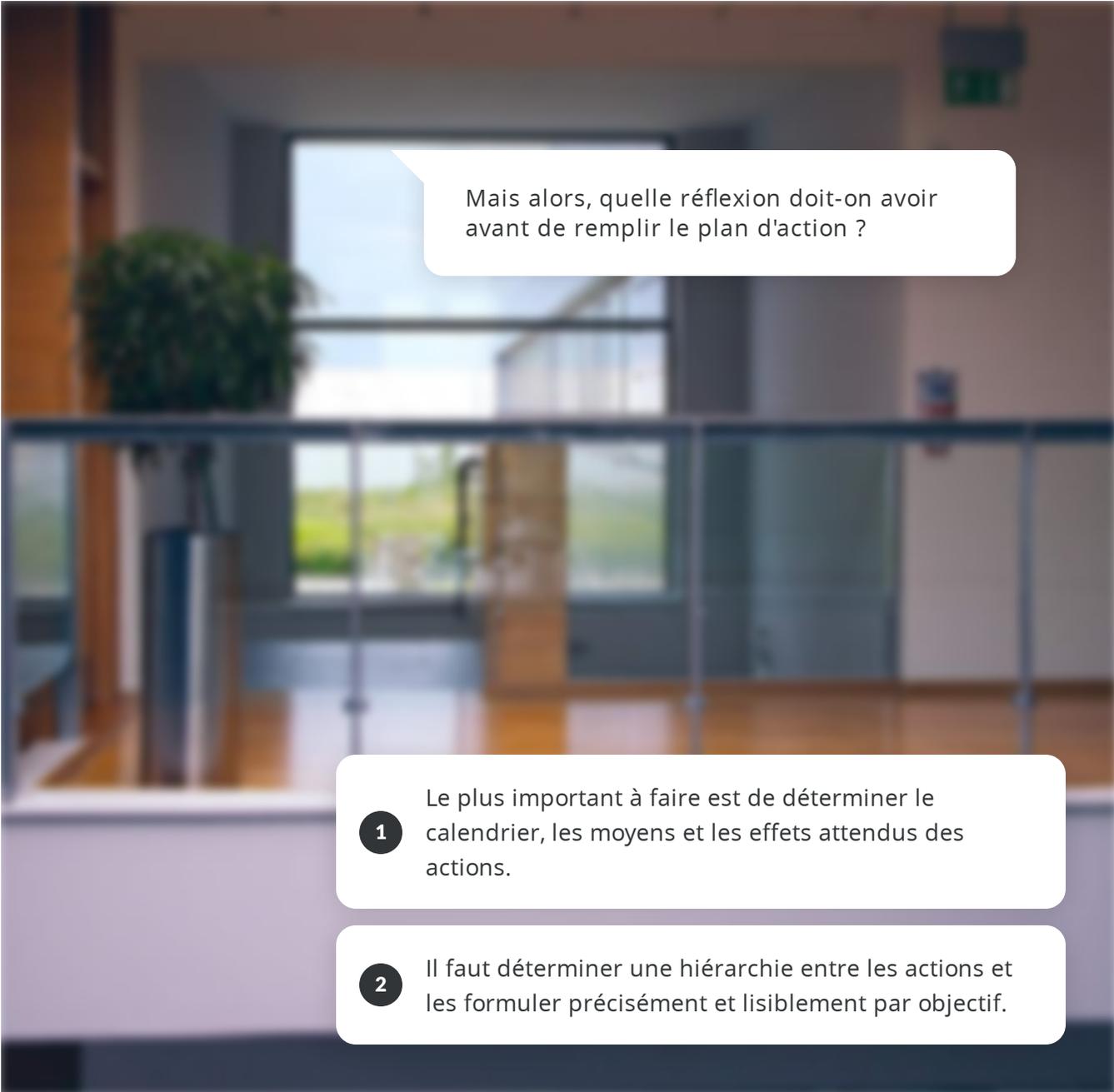
2

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.

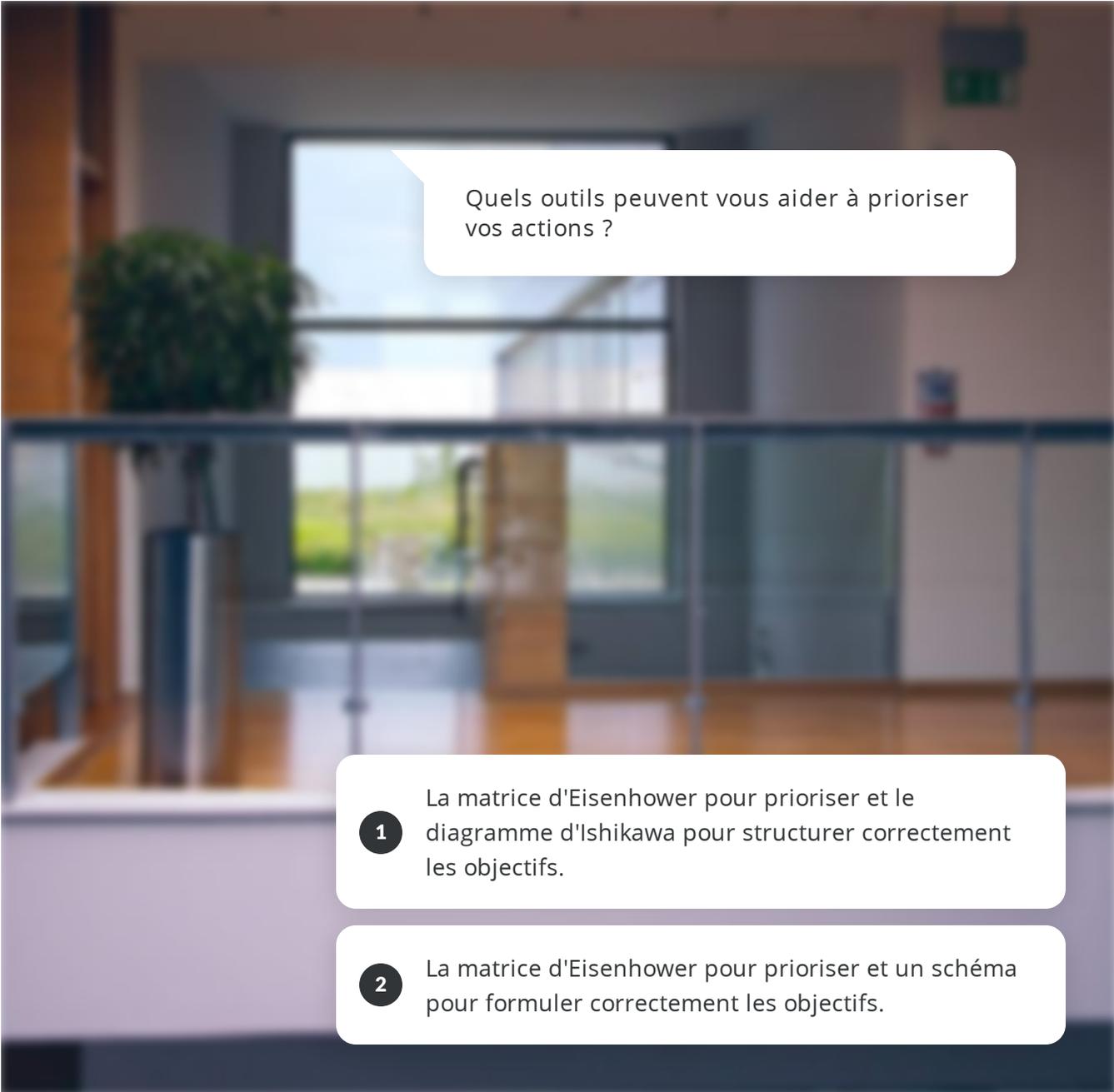
2

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.

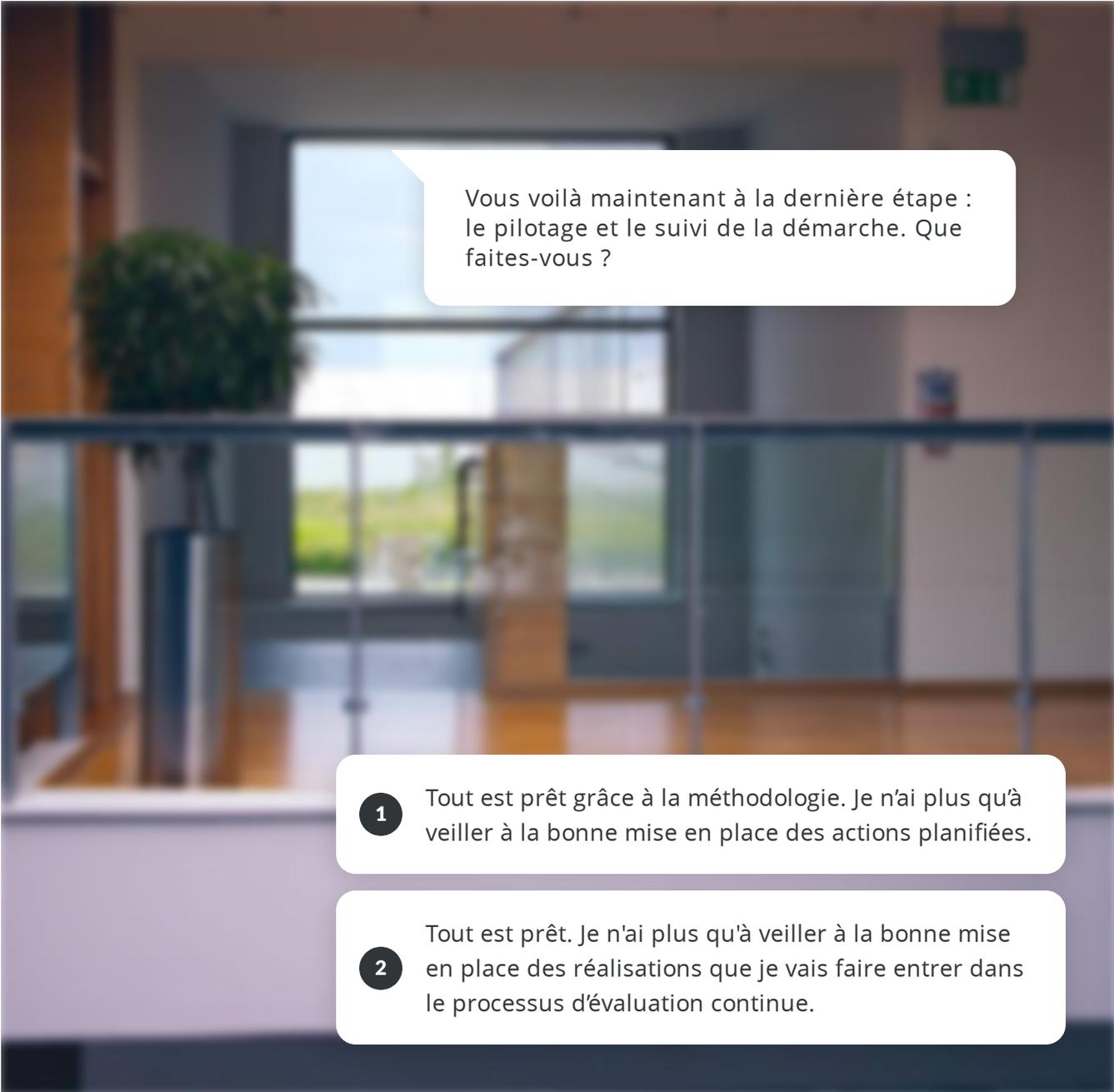
2

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 ?

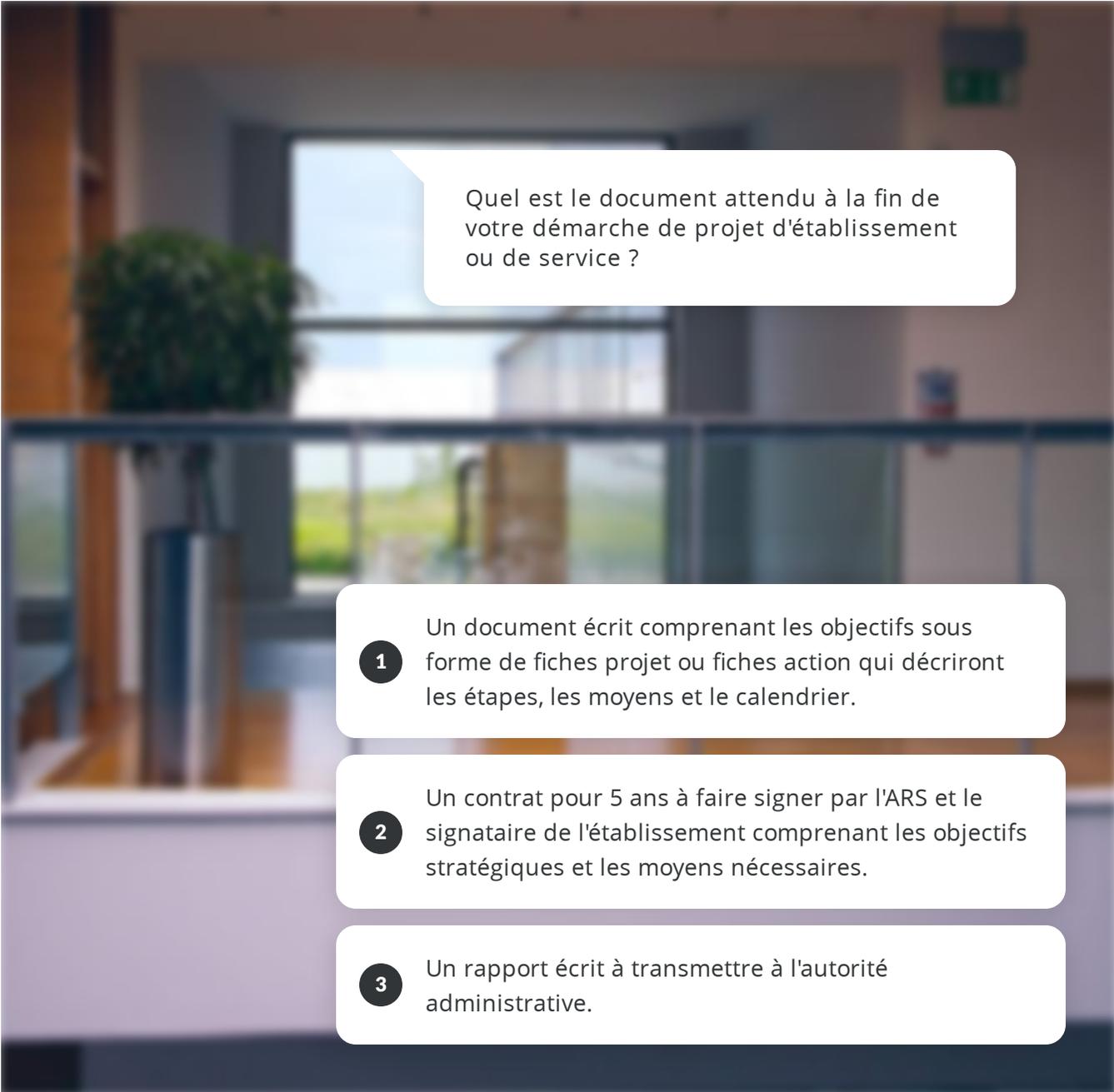
1 Tout est prêt grâce à la méthodologie. Je n'ai plus qu'à veiller à la bonne mise en place des actions planifiées.

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 décriront 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 !

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** vont être applicables au secteur médico-social : audit système, accompagné-traceur et traceur ciblé.
- 5 Un **nouveau référentiel d'évaluation sera disponible fin 2021**.

Quel est le rôle du charge de mission qualité ?



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 l'état d'avancement des plans d'actions.
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.

POUR CONCLURE

Pour aller plus loin...



Espace de ressources pour aller plus loin...



“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

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 

 **CMQ - Extrait Communication évaluation.pdf**
1.3 MB 

Les guides régionaux du CPOM

Pays de la Loire

Guide de la contractualisation CPOM Personnes âgées.

[OBTENIR LE GUIDE](#)

Ile de France

Guide méthodologique d'élaboration et de suivi des CPOM.

OBTENIR LE GUIDE

Bretagne

Guide méthodologique CPOM Médico-sociaux.

OBTENIR LE GUIDE

CONTINUER

Quiz final

Félicitations !

Vous voici arrivé.e en fin de module ! Mais, qu'en avez-vous retenu ?

C'est ce que vous allez vérifier grâce à ce quiz de **10 questions**.

Vous devez atteindre un score d'au moins **80%** pour le valider.

La journée en regroupement sera l'occasion de revenir sur des notions que vous n'avez pas totalement comprises.

A la fin du quiz, pensez à les **consigner dans le formulaire d'auto-positionnement** en fin de module afin d'en parler avec le formateur.

Question

01/10

Les démarches CPOM, projet d'établissement ou de service et dispositif d'évaluation sont cloisonnées ?



Vrai

Faux

Question

02/10

De quand date la généralisation du CPOM aux secteurs de la personne âgée et du handicap ?



- 2002
- 2017
- 2016
- 2019

Question

03/10

Qu'avez-vous retenu sur la Haute Autorité de Santé ?

Cochez les propositions qui vous semblent correctes.



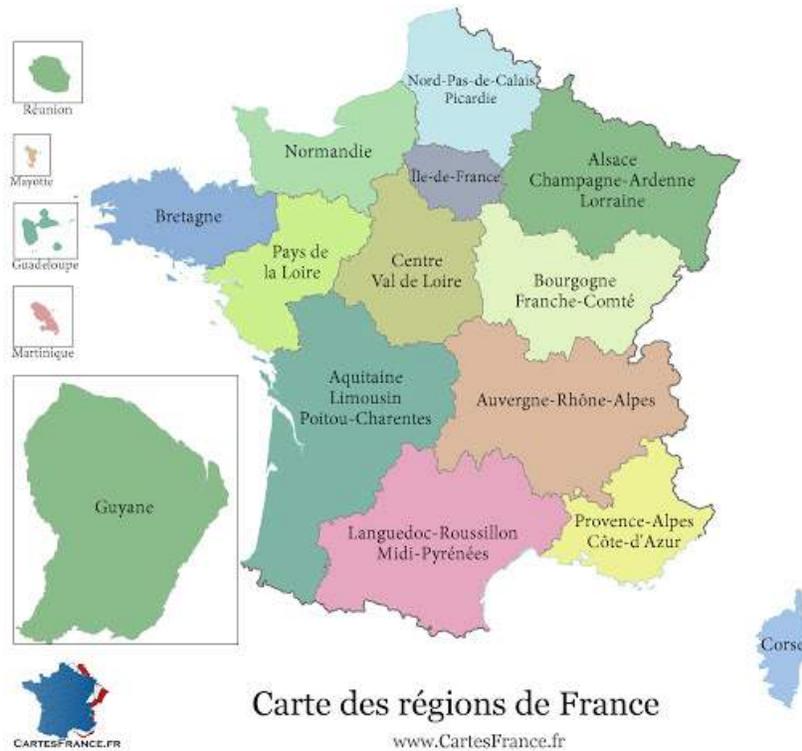
-
- Elle ne concerne que le secteur du sanitaire.
 - Elle évalue les Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux.
 - Elle a absorbé l'ANESM en 2018.
 - Elle élabore et publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
 - Elle formalise les rapports d'évaluation.

Question

04/10

Qu'avez-vous retenu sur l'ARS ?

Cochez les propositions qui vous semblent correctes.



- L'ARS est l'autorité administrative dans le cadre du CPOM.
- L'ARS décline à l'échelon régional les objectifs de la politique nationale de santé.
- L'ARS publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- L'ARS est issue de la Loi 2002-2.

Question

05/10

Qui suis-je ? Un guide définissant les repères, les objectifs vers lesquels les établissements peuvent tendre pour apporter un service de qualité.

- Le référentiel du nouveau dispositif d'évaluation.
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- La grille de diagnostic partagé.

Question

06/10

Quelles sont les dimensions d'un projet d'établissement ou de service ?



-
- Stratégique
 - Réglementaire
 - Descriptive
 - Culturelle



Projective

Question

07/10

Quels sont les outils de diagnostic spécifiques au CPOM ?



-
- La grille SWOT.
 - Le tableau de bord de la performance.
 - La grille de diagnostic partagé.
 - L'audit système.



Les enquêtes de satisfaction.

Question

08/10

Quelles sont les outils et méthodes du nouveau dispositif d'évaluation ?



-
- L'audit système
 - Le traceur ciblé
 - L'accompagné traceur
 - Le référentiel de la HAS

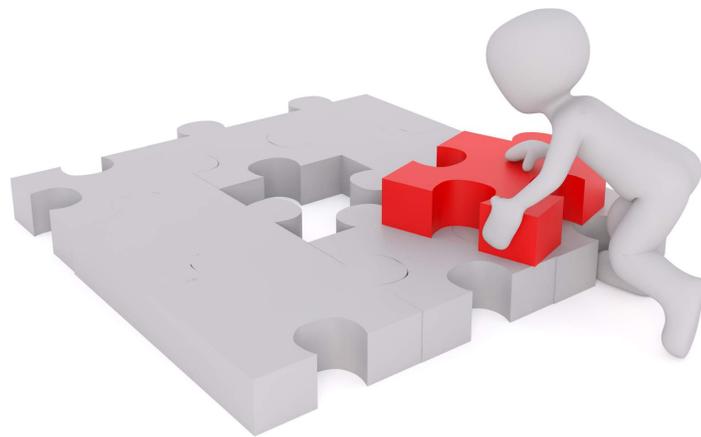
Le SWOT

La matrice enjeu / complexité

Question

09/10

Pouvez-vous associer ces outils de diagnostic à la démarche pour laquelle on les utilise ?



☰ La grille SWOT

Le projet d'établissement ou de service

☰ Le tableau de bord de la performance

Le CPOM

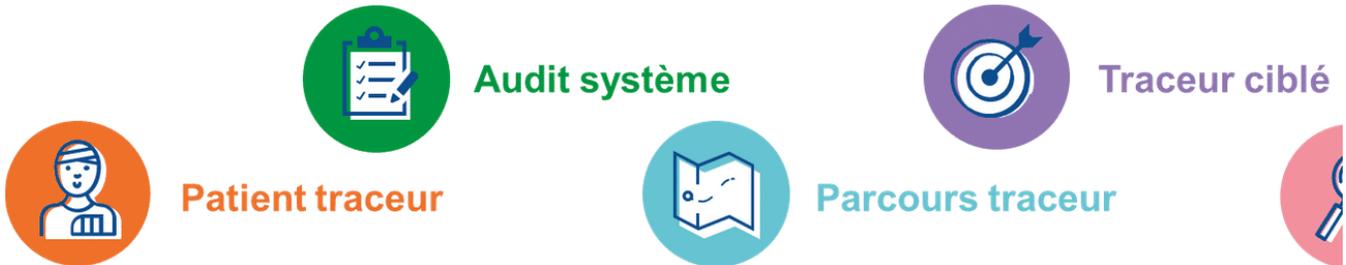
☰ L'audit système

Le dispositif d'évaluation

Question

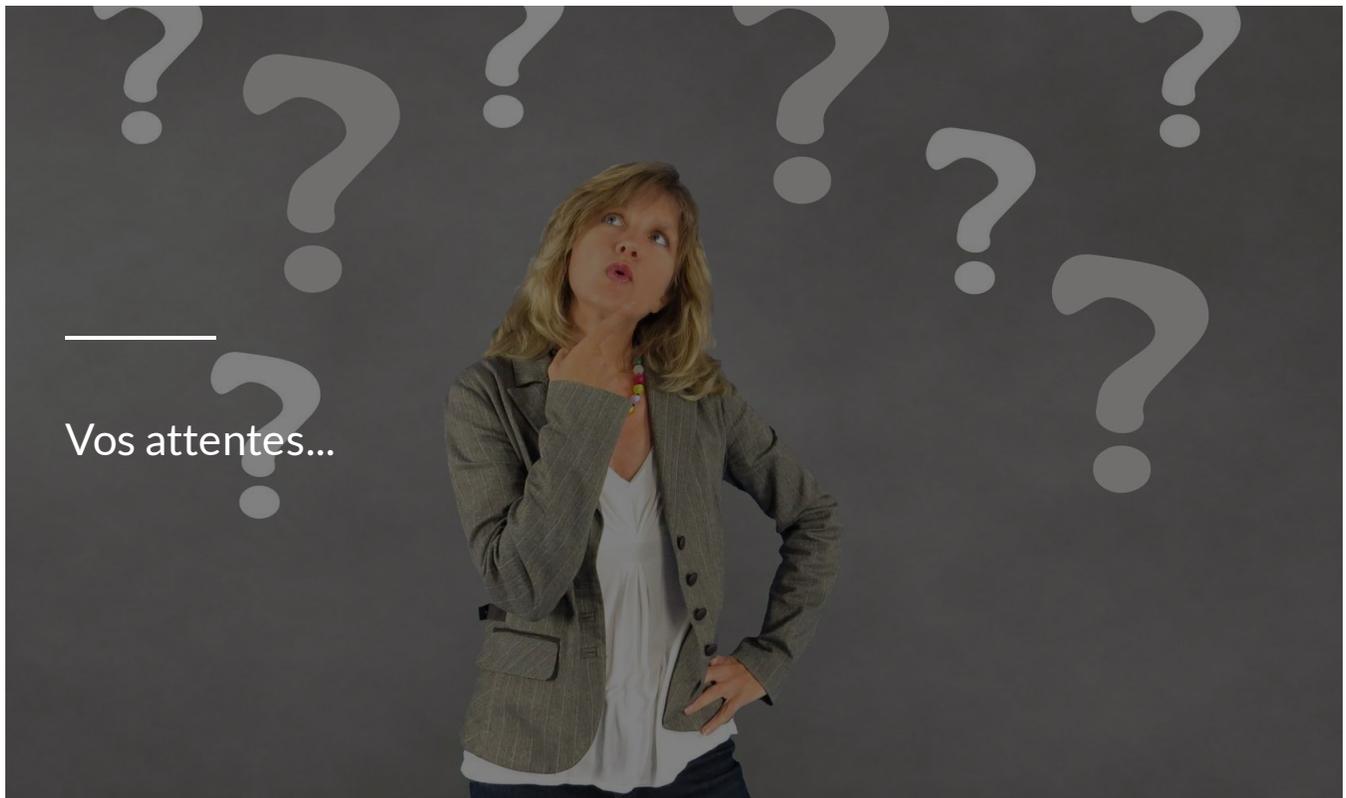
10/10

La méthode du traceur ciblé...



-
- Part de l'évaluation sur le terrain pour aller vers l'évaluation du processus en cas de dysfonctionnement.
 - Part de l'évaluation du processus pour aller vers l'évaluation de son application sur le terrain.

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 11 avril 2021.**"

- **L'équipe MQS.**

Cliquez sur le bouton pour accéder au formulaire.

AUTO-POSITIONNEMENT >>>>>

CLIQUEZ ICI

À BIENTÔT !

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



