



Quelques consignes avant de démarrer

- *Le webinaire commencera à 14h et se terminera à 17h30. Un replay sera disponible*
- *Vos micros et caméras sont coupés pour limiter les interférences*
- *Pour poser vos questions, utilisez le bouton « Q et R »*



Journée régionale Auvergne- Rhône-Alpes

*Évaluation de la qualité dans les établissements
et services sociaux et médico-sociaux*



Quelques consignes avant de démarrer

- *Le webinaire commencera à 14h et se terminera à 17h30. Un replay sera disponible*
- *Vos micros et caméras sont coupés pour limiter les interférences*
- *Pour poser vos questions, utilisez le bouton « Q et R »*



Introduction

Mme Angélique KHALED, Directrice de la qualité sociale et médico-sociale (DIQASM) – Haute Autorité de santé

Mme Frédérique Chavagneux, Directrice déléguée qualité et performance, Direction de l'autonomie – ARS Auvergne-Rhône-Alpes



1. La mise en œuvre de la réforme de l'évaluation menée au sein des ESSMS

Nathalie VALERO, Chargée de mission « innovation – qualité – financement » - Sous-direction des affaires financières et de la modernisation

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Hélène LUSSIER, Cheffe du service évaluation

Audrey HANNE, Cheffe de projet

Audrey COLINART, Cheffe de projet

Direction de la qualité sociale et médico-sociale (DiQASM) - Haute Autorité de santé



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale de la cohésion sociale

Journée régionale HAS – ARS – CREA

Auvergne-Rhône-Alpes

La mise en œuvre de la réforme de l'évaluation menée au sein des ESSMS

26 juin 2024

La mise en œuvre de la réforme de l'évaluation menée au sein des ESSMS

1. L'esprit de la réforme en cours

2. Le processus d'évaluation

4. Le pilotage de la réforme

3. Où en sommes-nous de la mise en œuvre de la réforme ?

1. L'esprit de la réforme en cours

1. L'esprit de la réforme en cours

La **démarche qualité** (art. L.312-8 du CASF) engagée au sein de chaque ESSMS a été :

- ☞ **initiée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale
- ☞ **consolidée par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Elle vise l'ensemble des ESSMS mentionnés à l'article L312-1 du CASF, sauf dérogations prévues par le même code

1. L'esprit de la réforme en cours

La réforme en cours est issue du décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 **relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESSMS** et de son décret modificatif n° 2022-695 du 26 avril 2022.

L'objectif de la réforme est de **fixer un cycle quinquennal d'évaluation établi par des arrêtés de programmation des autorités de tarification et de contrôle (ATC)** permettant aussi **de lisser le flux des rapports**.

1. L'esprit de la réforme en cours

Désormais **le référentiel d'évaluation HAS est appliqué par des organismes évaluateurs accrédités par le COFRAC** en s'appuyant sur une **plateforme** collaborative sécurisée dédiée qu'est **SYNAE**.

A partir des évaluations réalisées au sein de l'ESSMS (auto-évaluations, évaluation par organisme accrédité COFRAC, gestion des risques) **se décline un plan d'amélioration de la qualité qui doit être tracé dans un rapport annuel d'activité** (art. D. 312-203 du CASF).

Enfin, **la démarche qualité est également développée par le projet d'établissement** ou de service de chaque structure (art. L. 311-8 du CASF).

1. L'esprit de la réforme en cours

Concernant l'accréditation des organismes évaluateurs par le COFRAC, **le décret n°2024-422 du 10 mai 2024 modifie la période de recevabilité opérationnelle qui passe à 24 mois** (contre 18 mois précédemment). Cette période permet à un organisme évaluateur de réaliser des évaluations pendant l'instruction de sa demande d'accréditation auprès du COFRAC.

Ce décret a été pris pour sécuriser le nouveau processus d'accréditation par le COFRAC. Or en **début d'année, un certain nombre d'organismes évaluateurs autorisés dès juillet 2022** au titre de leur « recevabilité opérationnelle » **sont arrivés au terme des 18 mois sans décision définitive d'accréditation du COFRAC.**

Cette situation s'explique notamment en raison :

- Du décalage de six mois entre l'octroi des premières recevabilités et le démarrage effectif du dispositif d'évaluation en janvier 2023 ;
- Du manque de préparation d'un certain nombre d'organismes évaluateurs au regard de la complexité des attendus de la procédure mise en œuvre par le COFRAC sur la base de la norme EN ISO/IEC 17020 ;
- D'un nombre plus élevé de demandes d'accréditation que le volume initialement estimé.

Un **échange mensuel COFRAC/HAS/DGCS** permet de faire un **point sur la fluidité de traitement des demandes d'accréditation**. A ce jour, le COFRAC n'a refusé aucune accréditation et en 2025, tous les organismes devraient être accrédités pour 4 ans.

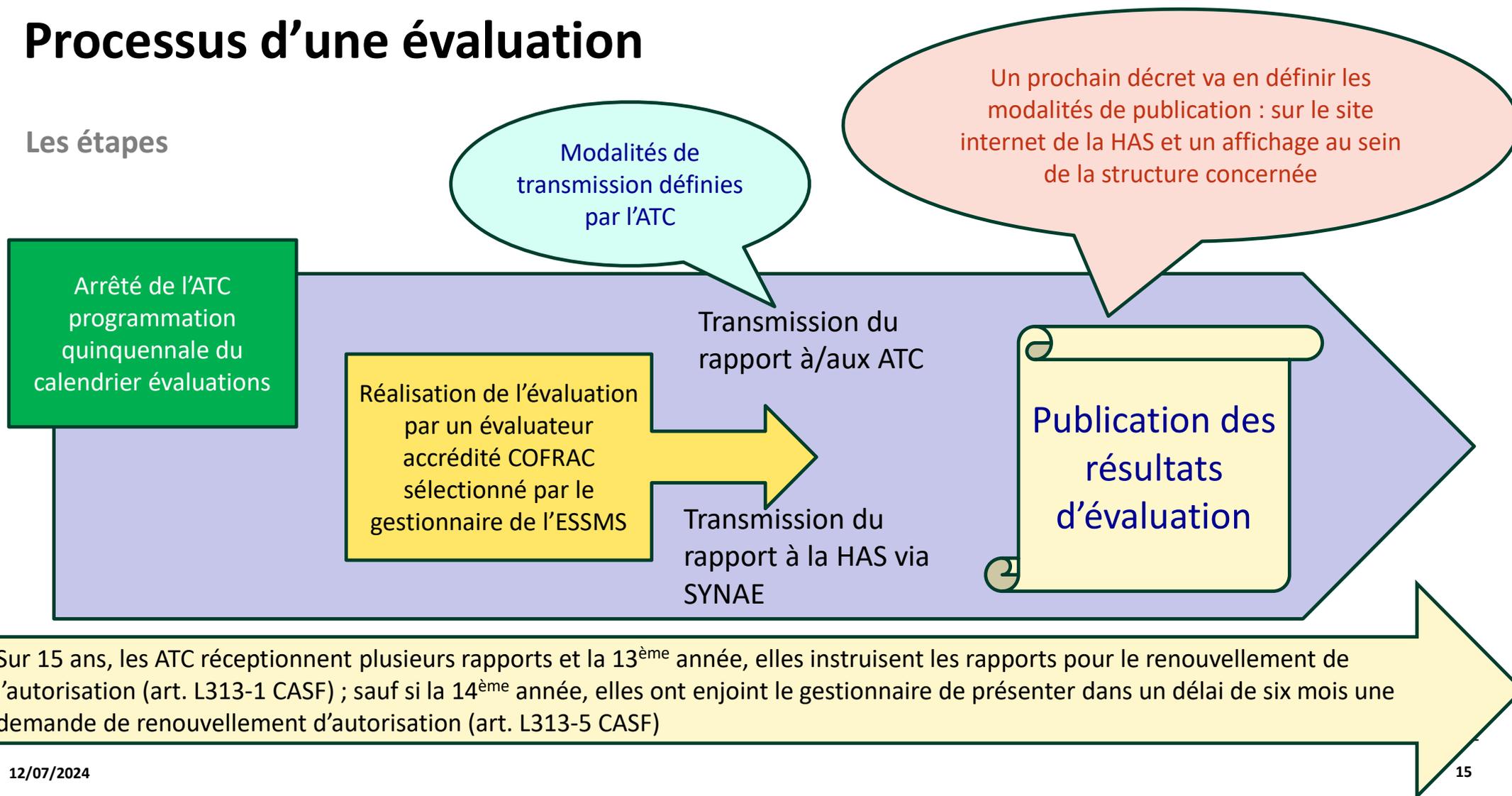
Tableau comparatif entre l'ancien dispositif et le nouveau dispositif

Sujet	Ancien dispositif	Nouveau dispositif
Lien entre rythme des évaluations et date du renouvellement de l'autorisation	En application de l'article L.313-1 du CASF, le renouvellement, total ou partiel de l'autorisation initiale était exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L.312-8 du même code.	Le lien prévu à l'article L. 313-1 du CASF est maintenu entre évaluations et renouvellement d'autorisation. Ce sont désormais les rapports d'évaluation transmis au cours des 13 premières années de l'évaluation qui sont pris en compte pour le renouvellement de l'autorisation.
Rythme des évaluations	Il était prévu deux évaluations externes respectivement à 7 ans et 13 ans à compter de la date d'autorisation et des évaluations internes tous les 5 ans.	Le rythme des évaluations réalisées par des organismes évaluateurs tiers est quinquennal et fixé par des arrêtés de programmation des ATC (cf. article D. 312-204 CASF).
Impact sur la charge de travail des acteurs (ESSMS, autorités...)	La majorité des ESSMS ont été autorisés avant la date de publication de la loi de 2002, instaurant le principe des évaluations. Les échéances calendaires de leurs évaluations étant de ce fait les mêmes, cela engendré des pics difficiles à gérer dans la réalisation des évaluations par les ESSMS et pour l'examen des rapports par les autorités en 2015.	Il n'y a plus de focalisation sur la seule 13^{ème} année d'autorisation avec un lissage équilibré du travail d'évaluation sur toute la durée de l'autorisation. La programmation des échéances quinquennales de transmission des rapports d'évaluation par les autorités compétentes permet à ces dernières de répartir leur travail d'examen des rapports, et aux ESSMS d'anticiper la réalisation de leurs évaluations. Elle favorise l'instauration de dialogues entre ces acteurs à l'occasion des rendus d'évaluations.

2. Le processus d'une évaluation

Processus d'une évaluation

Les étapes



3. Où en sommes-nous de la mise en œuvre de la réforme ?

Où en sommes-nous de la réforme ?

La nouvelle rédaction de l'article L312-8 al. 1 du CASF, issue de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, prévoit :

« Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. Les organismes pouvant procéder à cette évaluation sont habilités par la Haute Autorité de santé, qui définit le cahier des charges auquel ils sont soumis. ***Les résultats de cette évaluation sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ainsi qu'à la Haute Autorité de santé. Un décret détermine les modalités de leur publication ainsi que le rythme des évaluations.*** »

Où en sommes-nous de la réforme ?

La rédaction du décret est en cours et s'appuie sur la consultation des acteurs via des groupes de travail animés par la DGCS (été 2023 et printemps 2024).

Le calendrier prévisionnel de publication du décret vise le second semestre 2024.

Ce décret détaillera ce qui sera publié : où, quand et comment.

4. Le pilotage de la réforme

Pilotage de la réforme : les outils

- Une instruction à l'attention des autorités ayant accordé les autorisations de création d'ESSMS publiée au BO Santé n° 2023/13 du 17 juillet 2023

<https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2023/2023.13.sante.pdf>

- Une foire aux questions sur le site du Ministère :

<https://solidarites.gouv.fr/evaluation-de-la-qualite-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-presentation-de>

- Une boîte de dialogue dédiée via le courriel

DGCS-5C-EVALUATIONS@social.gouv.fr

Pilotage de la réforme : la gouvernance

La DGCS prévoit d'instituer un « *comité de suivi de la réforme* » en lien avec la Haute autorité de santé (HAS).

Ce comité permettra la remontée d'informations de l'ensemble des acteurs engagés dans la réforme et d'identifier les freins ou les leviers pour conforter son déploiement.

Son installation doit intervenir d'ici la fin de l'année 2024, une fois l'ensemble des textes réglementaires pris.

Merci de votre attention

Pour toute question :
dgcs-5C-evaluations@social.gouv.fr



Journée régionale Auvergne-Rhône-Alpes

Dispositif d'évaluation des ESSMS

26/06/2024



La qualité en ESSMS

L'évaluation des ESSMS repose désormais sur un référentiel national commun car les personnes en situation de vulnérabilité, où qu'elles se trouvent et quelle que soit la nature de l'accompagnement qui leur est proposé, doivent bénéficier de la **même qualité d'accompagnement**.

L'accompagnement proposé par un ESSMS peut être considéré comme « de qualité » s'il répond aux **valeurs** suivantes :

- le pouvoir d'agir de la personne ;
- le respect des droits fondamentaux ;
- l'approche inclusive des accompagnements ;
- la réflexion éthique des professionnels.

La qualité en ESSMS

Le référentiel n'a pas pour finalité de standardiser les modalités d'accompagnement des personnes, mais **évalue le niveau de qualité des prestations proposées par les ESSMS**. Les éléments d'évaluation sont formalisés sous forme d'affirmation, afin de permettre à l'évaluateur, selon les situations, de formuler les modalités de questionnement de la manière la plus adaptée.

Renforcer la qualité, c'est **améliorer la capacité de réponse à ces exigences, et aux attentes des personnes accompagnées, grâce à une organisation stabilisée et appropriée** par l'ensemble des professionnels

Les outils de la qualité permettent de s'assurer de cette maîtrise et de son réajustement permanent à travers **le plan d'action**.

Sommaire



1. Les outils de l'évaluation

- Le référentiel d'évaluation
- Le manuel d'évaluation
- Les méthodes d'évaluation



2. Les étapes de l'évaluation

- La démarche d'amélioration continue de la qualité
- Le cycle de l'évaluation
- L'auto-évaluation par les ESSMS
- Le rapport de visite d'évaluation



3. Le bilan 2023 du dispositif d'évaluation

- L'objectif du bilan
- Le niveau moyen des cotations



1

Les outils de l'évaluation

Le référentiel d'évaluation

La structure

3

Chapitres

9

Thématiques

42

Objectifs

157

Critères

Le référentiel d'évaluation

3
Chapitres

9
Thématiques

42
Objectifs

157
Critères

3 chapitres



Chap. 1
La personne



Chap. 2
Les professionnels



Chap. 3
L'ESSMS

Le référentiel d'évaluation

3
Chapitres

9
Thématiques

42
Objectifs

157
Critères

9 thématiques

- Bientraitance et éthique
 - Droits de la personne accompagnée
- Expression et participation de la personne accompagnée
- Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement
 - Accompagnement à l'autonomie
 - Accompagnement à la santé

Communes aux 3 chapitres

- Chap. 1 (La personne)
- Chap. 2 (Les professionnels)
- Chap. 3 (L'ESSMS)

- Continuité et fluidité des parcours

Commune aux 2 chapitres

- Chap. 1 (La personne)
- Chap. 2 (Les professionnels)

- Politique ressources humaines
- Démarche qualité et gestion des risques

Spécifiques au chapitre 3 (L'ESSMS)

Le référentiel d'évaluation

157 critères



Applicables à :

- Tous ESSMS
- Toutes structures
- Tous publics

Applicables selon :

- Secteur : Social / Médico-social
- Structure : Établissement / Service
- Public : PA / PHA / PHE / PDS / AHI / PE-PJJ

Le référentiel d'évaluation

3
Chapitres

9
Thématiques

42
Objectifs

157
Critères

157 critères



Le niveau attendu

Qui doivent être **totalemt**
satisfaits !

Récapitulatif du référentiel HAS



Méthodes	Objectifs	Personnes rencontrées			
		Personne	Professionnels	Gouvernance	CVS
Accompagné traceur	Croisement des regards	28 critères	40 critères		3 critères
Traceur ciblé	Du terrain vers les processus		35 critères	3 critères	
Audit système	Des processus vers le terrain		17 critères	34 critères	7 critères
Total critères	157	28	92	37	(10)

Le manuel d'évaluation

Description de la fiche critère

Thématique
Objectif
Critère

● **Thématique : Accompagnement à la santé**

● **OBJECTIF 1.14 – La personne bénéficie d'un accompagnement en matière de prévention et d'éducation à la santé.**

● **CRITÈRE 1.14.4 – Les professionnels facilitent la compréhension des messages de prévention et d'éducation à la santé de la personne accompagnée.**

Niveau d'exigence : Standard / Impératif

Champ d'application : Tous ESSMS / Social / Médico-social
Toutes structures / Etablissement / Service
Tous publics / PA / PHA / PHE / PDS / AHI / PE-PJJ

Cible concernée
en gras

Éléments d'évaluation

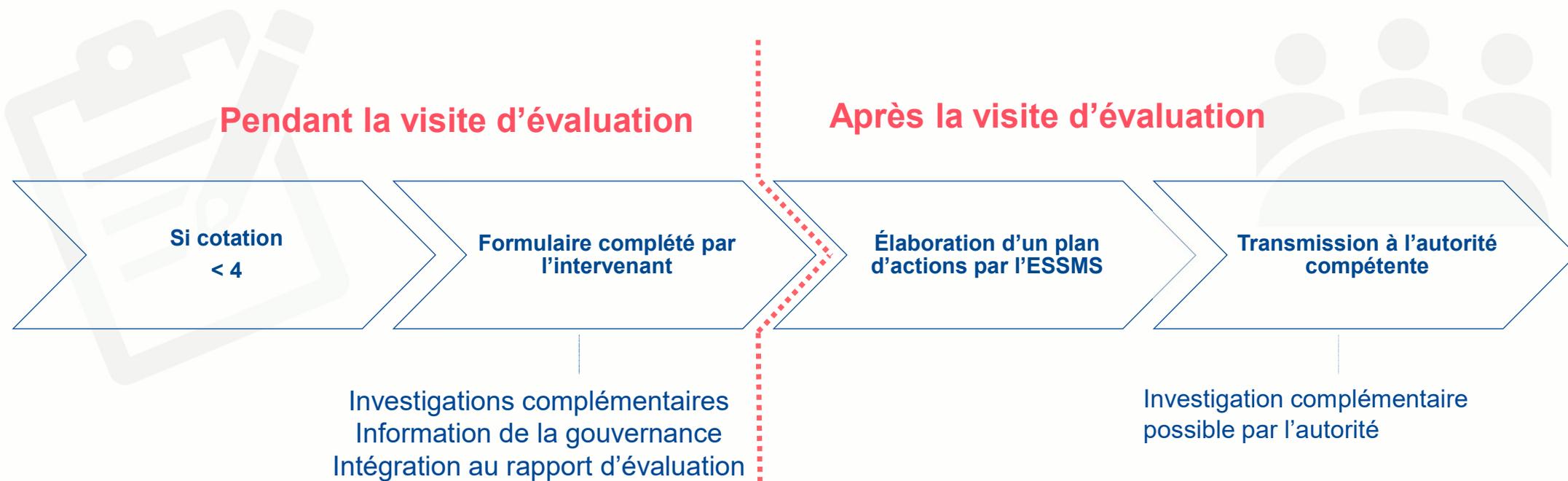
Éléments d'évaluation
Entretien avec les professionnels <ul style="list-style-type: none">Les professionnels adaptent les messages de prévention et d'éducation à la santé à la personne accompagnée.Les professionnels s'appuient sur des supports de communication adaptés pour faciliter sa compréhension des messages de prévention et d'éducation à la santé.
Consultation documentaire <ul style="list-style-type: none">Tous supports et outils d'information et de communication utilisés par les professionnels pour faciliter la compréhension des messages de prévention et d'éducation à la santé par la personne accompagnée.
Observation <ul style="list-style-type: none">Tous affichages permettant d'informer la personne

Références

Références

- HAS – Spécifiques**
- RBPP Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives, 2015.
 - RBPP Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), 2020.
- Références légales et réglementaires**
- Article L214-1-1 CASF
 - Arrêté du 23 septembre 2021 portant création d'une charte nationale pour l'accueil du jeune enfant

Les critères impératifs



Point d'attention : la cotation NC n'est pas applicable (sauf critère 3.6.2).

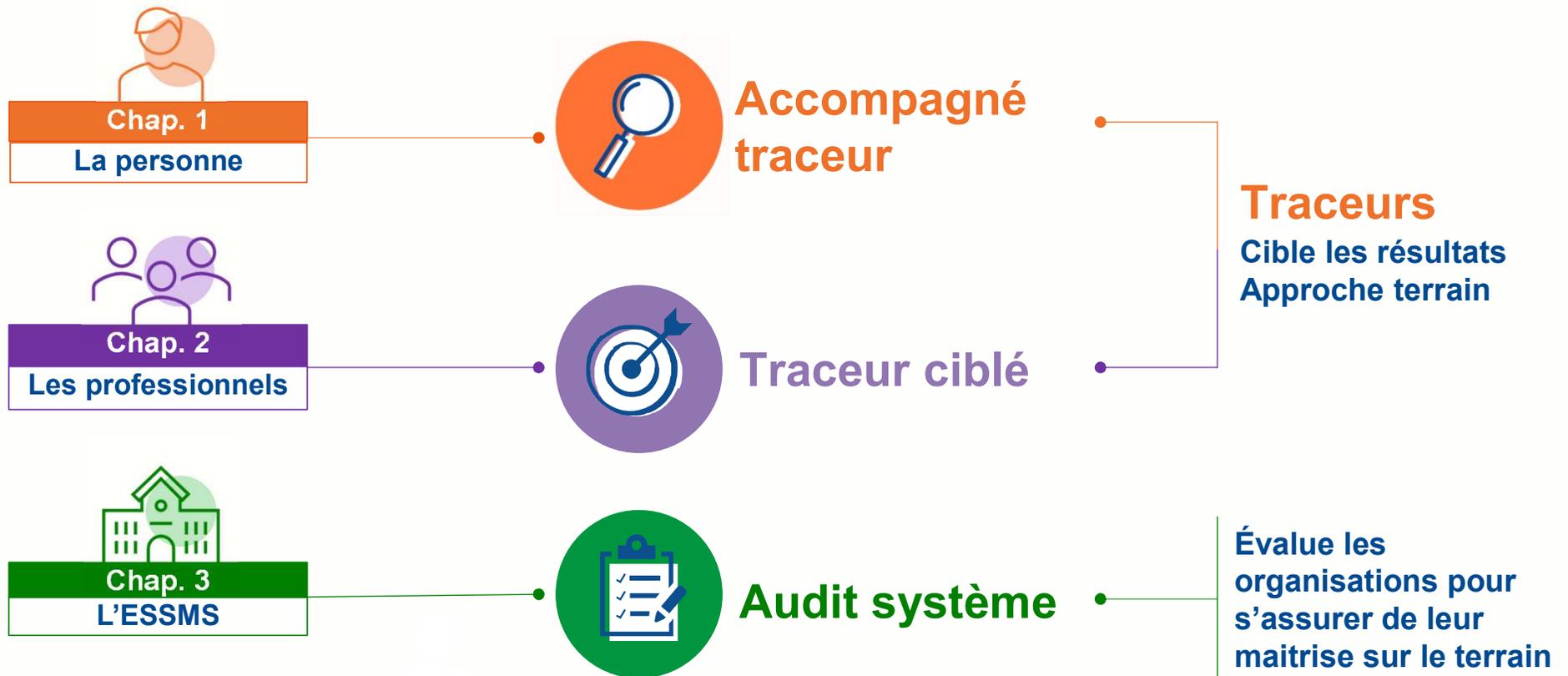
(fiche pratique n°8 « Comment prendre en compte les résultats de l'évaluation des critères impératifs ? » - p. 200 du manuel d'évaluation de la qualité)

Action liée aux critères impératifs

Formulaire critère impératif
Critère XXX et cotation
Éléments de justification de la cotation par l'intervenant
Investigations complémentaires menées par l'intervenant
<ul style="list-style-type: none">- La gouvernance a-t-elle connaissance de la situation et des éléments ayant conduit à la cotation à 1, 2 ou 3 ?- La gouvernance a-t-elle analysé les causes de cette situation ?- La gouvernance a-t-elle déjà identifié la/les mesure(s) d'amélioration nécessaire(s) ?- Un plan d'action a-t-il été défini avec la désignation d'un pilote et la fixation d'échéances ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré ?- Des évaluations et/ou un suivi sont-ils prévus afin de s'assurer de l'efficacité des actions ?

Les méthodes d'évaluation

Un chapitre = une méthode



Focus sur la méthode de l'accompagné traceur

Quelques rappels

- La méthode de l'accompagné traceur permet à la personne accompagnée d'être associée pleinement à la démarche d'amélioration de la qualité. **Sa place est centrale.**
- L'ESSMS identifie en amont de l'évaluation une liste de personnes accompagnées présentant des profils et des parcours diversifiés afin d'évaluer les différentes modalités d'intervention proposées par la structure. Le nombre de personnes doit être au moins égal au double du nombre d'accompagnés traceurs prévus et ne peut être inférieur à 3.
- Le nombre d'accompagnés traceurs réalisés doit être adapté à la taille de l'ESSMS et aux différents profils existants

(fiche pratique n°3 « Comment conduire un accompagné traceur ? » - p. 181 du manuel d'évaluation de la qualité)

Focus sur la méthode de l'accompagné traceur

Conseils et bonnes pratiques

La HAS recommande :

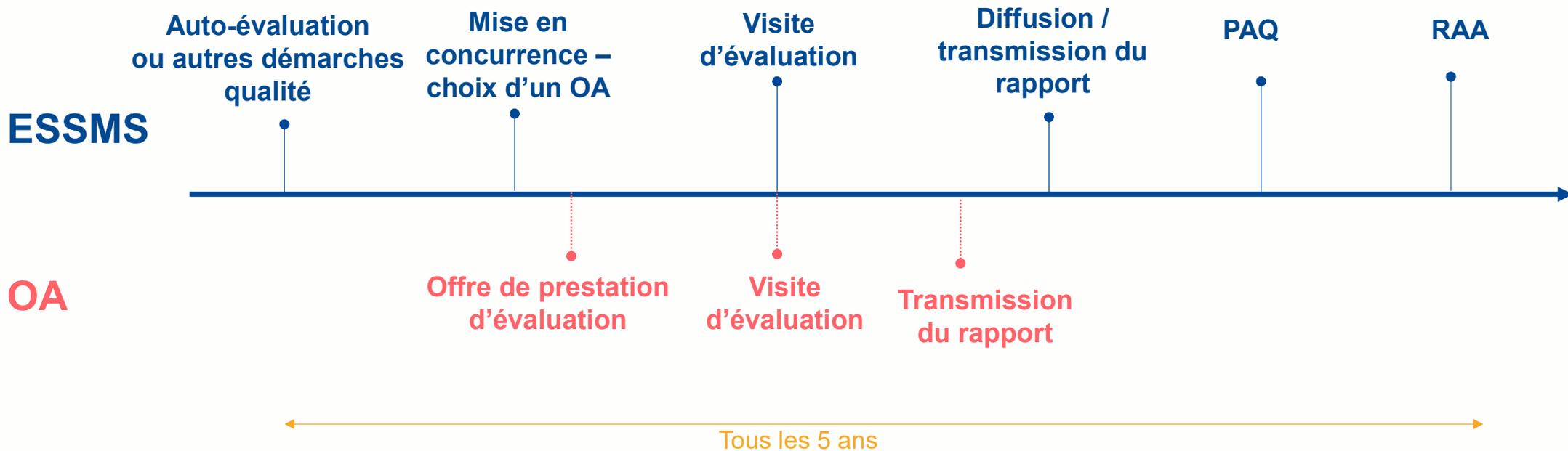
- D'anticiper la visite d'évaluation en amorçant un réel travail auprès des personnes accompagnées pour leur expliquer le sens de la démarche et les inviter à s'y associer.
- De transmettre aux organismes évaluateurs la liste des accompagnés traceurs ayant donné leur consentement en amont de la visite d'évaluation. Le choix est opéré par les évaluateurs le jour J sur site.
- Rechercher des personnes pouvant être présentes lors des entretiens afin de soutenir la personne accompagnée et favoriser le recueil de sa parole.



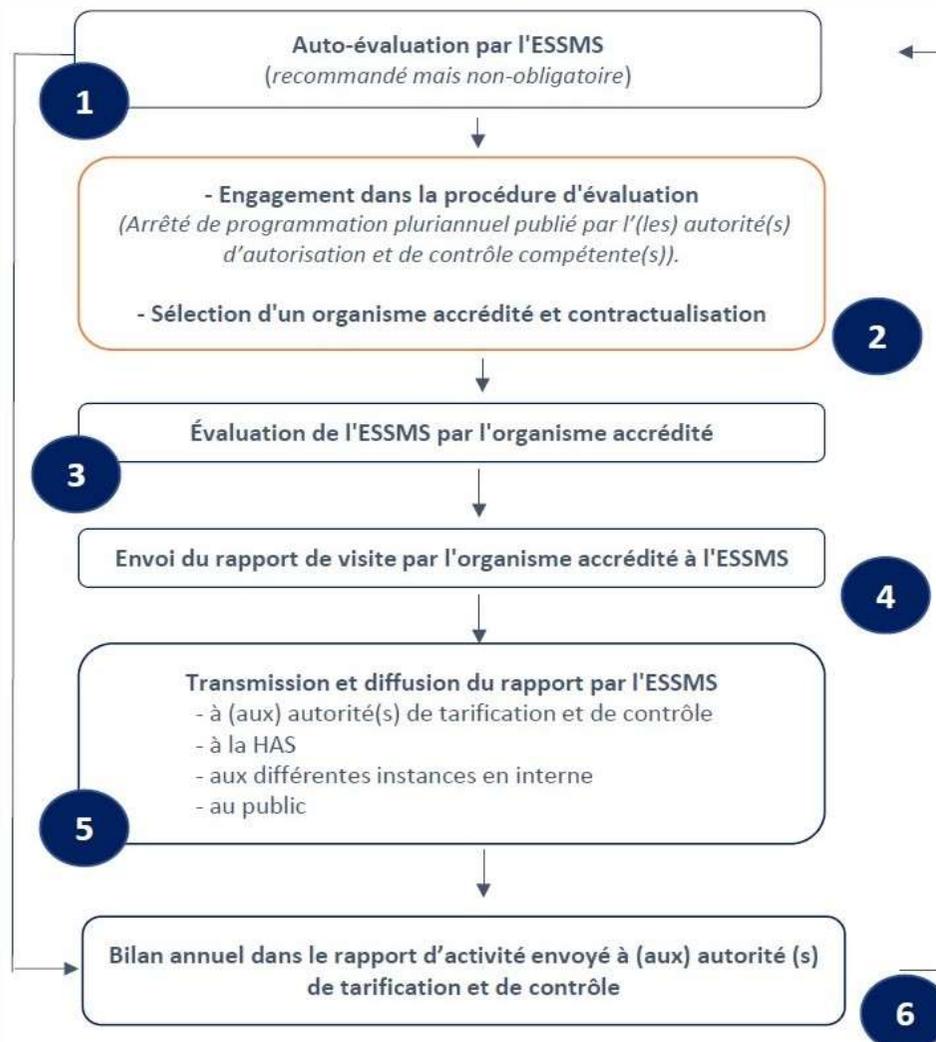
2

Les étapes de l'évaluation

La démarche d'amélioration continue de la qualité



Le cycle de l'évaluation



L'auto-évaluation par les ESSMS

Une démarche volontaire

Chaque ESSMS est encouragé à réaliser une auto-évaluation.

Objectifs

- Impulser une démarche collective et participative
- Engager une dynamique d'amélioration continue de la qualité
- S'appropriier les exigences attendues
- Définir des actions d'amélioration de la qualité des accompagnements

L'auto-évaluation par les ESSMS

Lien auto-évaluation / visite d'évaluation

Une démarche volontaire à la main de l'ESSMS, qu'il pourra valoriser lors de la visite d'évaluation, via :

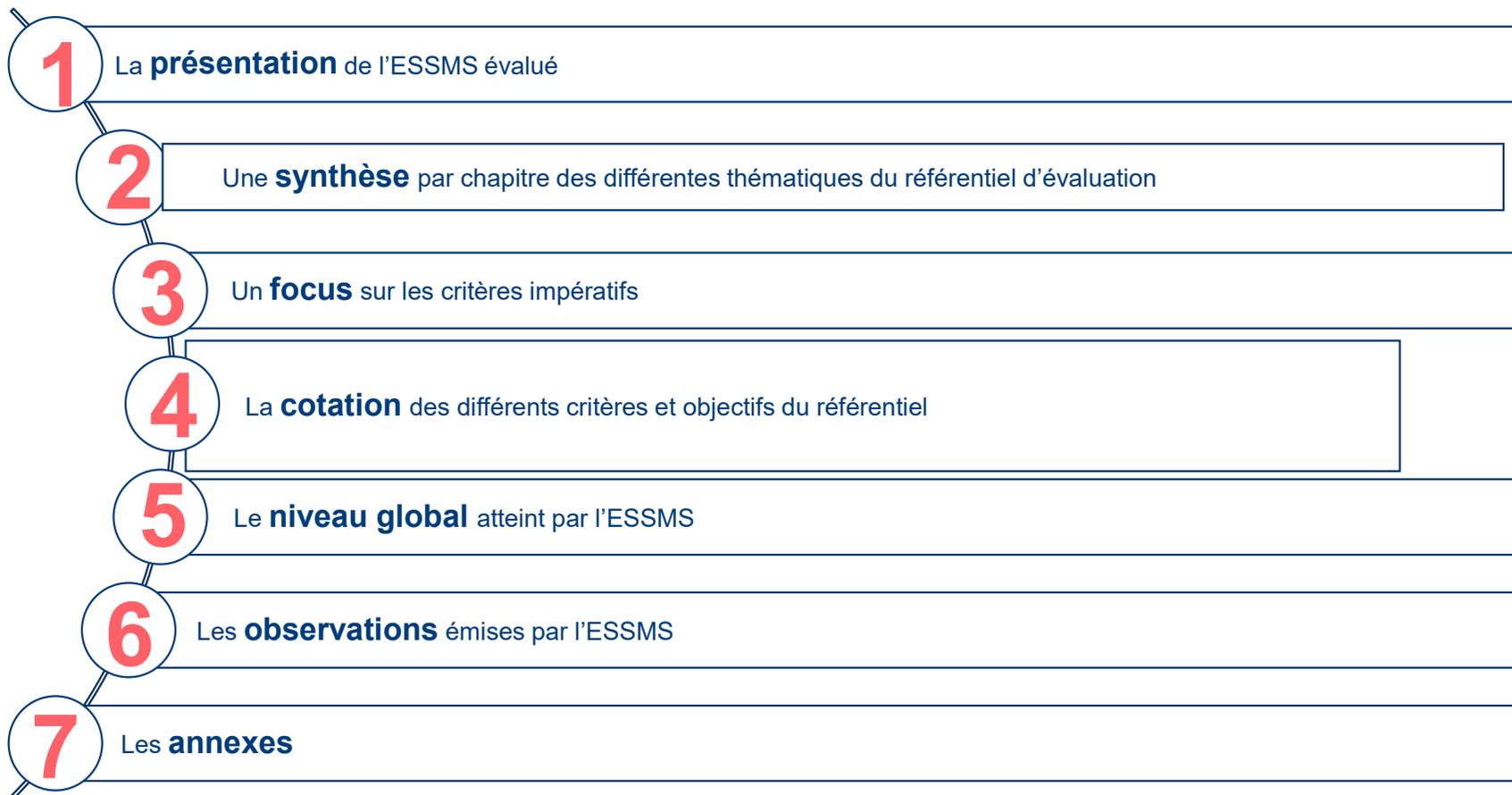
- Les actions d'amélioration mises en œuvre après auto-évaluation,
- Et toutes autres actions spécifiques engagées en lien avec l'activité de la structure et le public accueilli.

Objectif 3.10 – L'ESSMS définit et déploie sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques

- Critère 3.10.1 – L'ESSMS définit sa politique qualité et gestion des risques.
- Critère 3.10.2 – L'ESSMS met en œuvre sa démarche qualité et gestion des risques.

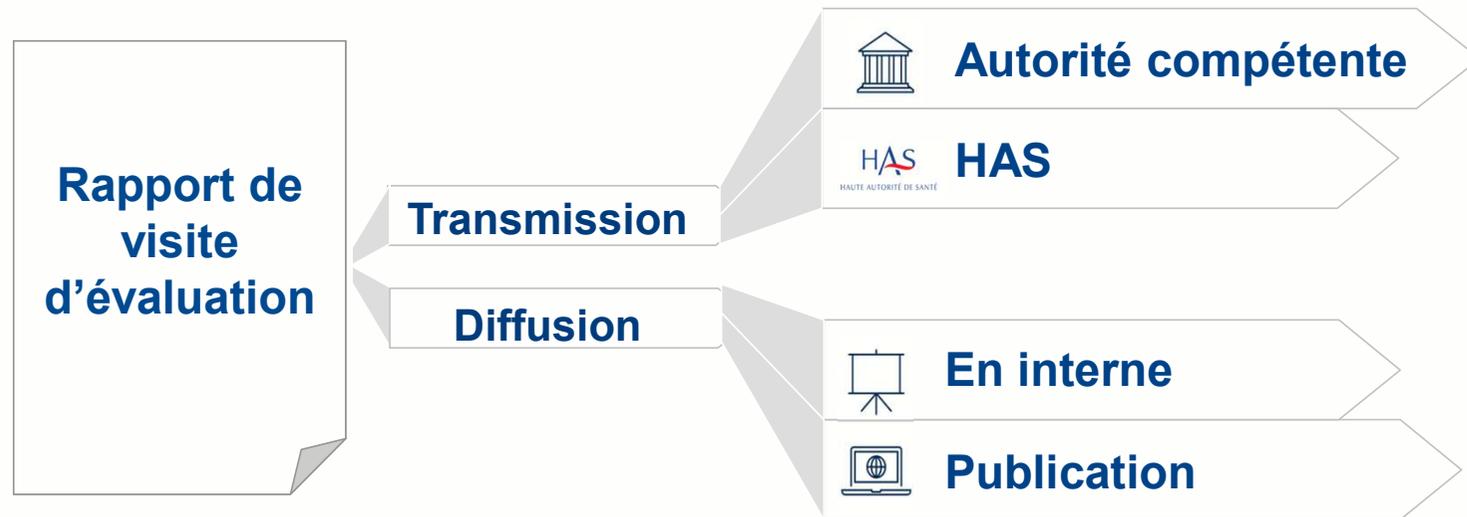
Toutes ces actions sont complémentaires et visent à élever le niveau de qualité.

Le rapport de visite d'évaluation



Le rapport de visite d'évaluation

Publication et diffusion du rapport d'évaluation



Le rapport d'activité annuel



Suivi du plan d'actions
issu des résultats de
l'évaluation (article D312-203 du
CASF)



**Valorisation des actions
engagées** dans le cadre de la
démarche d'amélioration
continue de la qualité



**Envoi annuel à votre
(vos) autorité(s)** de
tarification et de contrôle



3

Bilan 2023 du dispositif d'évaluation

Le premier bilan du dispositif d'évaluation

Elaboration par la HAS du premier bilan annuel, fondée sur l'analyse quantitative de **3028 évaluations réalisées sur Synaé**, dans l'objectif de :

- Communiquer les premières tendances du niveau de qualité des ESSMS
- Consolider le déploiement et **identifier les axes d'amélioration du dispositif**



Le niveau moyen des cotations

- Des cotations moyennes encourageante attestant d'une dynamique d'appropriation
 - Chapitre 1 (la personne / accompagné traceur) coté en moyenne à **3,74**
 - Chapitre 2 (les professionnels / traceur ciblé) coté en moyenne à **3,68**
 - Chapitre 3 (la gouvernance / audit système) coté en moyenne à **3,61**
- Une fragilité globale sur **l'élaboration d'une politique de démarche qualité et de gestion des risques** qui constitue un axe de progrès pour l'ensemble des ESSMS.
- **Un bilan qui laisse entrevoir un décalage entre la maîtrise réelle de l'organisation pour répondre aux exigences et le niveau global de qualité au sein des ESSMS.**

Quelques liens utiles

- [Foire aux questions](#)
- [Référentiel d'évaluation de la qualité ESSMS](#)
- [Manuel d'évaluation de la qualité ESSMS](#)
- [Procédure d'évaluation des ESSMS](#)
- [SYNAE - Guide d'utilisation](#)
- [Cahier des charges accréditation](#)
- [Liste des organismes autorisés pour l'évaluation des ESSMS](#)
- [Bilan 2023 du dispositif d'évaluation de la qualité de l'accompagnement dans les ESSMS](#)

Pour nous contacter : contact.evaluation-sms@has-sante.fr

Retrouvez nos travaux sur

www.has-sante.fr





Questions / Réponses

2. Retours d'expérience d'ESSMS

- *Christelle OKMEKLER, Directrice de territoire et Sarah KOUAMELAN, Coordinatrice qualité et gestion des risques*

SESSAD Marie Curie – Fondation OVE

- *Camille LLORET-LINARES, Directrice amélioration continue et qualité*

CHRS Feydel-Liotard – Association LE MAS

- *Isabelle DEBAIS, Directrice adjointe qualité*

EHPAD Michel Philibert – Mutualité Française de l'Isère (MFI)



Partage d'expérience

SESSAD MARIE – CURIE

FONDATION OVE

Christelle OKMEKLER, Directrice de territoire

Sarah KOUAMELAN, Coordinatrice qualité et gestion des risques



- Ouverture en 2016
- Situé au cœur de Villeurbanne



- TSA sans TDI 12-20 ans
- 14 places
- **File active 2023 : 22**



- 5,5 ETP
- Médecin, psy/neuropsy, ergo, psychomot, éducateurs spécialisés



- **Liste d'attente : 170 dont 75 pour lesquels nous avons eu un contact avec les familles**
- **Date de l'évaluation : 10 et 11 Octobre 2023**
- **Réception du rapport final : Décembre 2023**

SESSAD Marie - Curie



Préparation de la visite d'évaluation

PRÉPARATION A L'ÉVALUATION



1. Retroplanning (pilotage de la préparation)



2. Information des familles et lien avec les accompagnés traceurs

3. Préparation des équipes (éducatives, paramédicales, administratives, généraux)



4. Préparation de la gouvernance (DT, DA, Médecin, CS, CQGR)



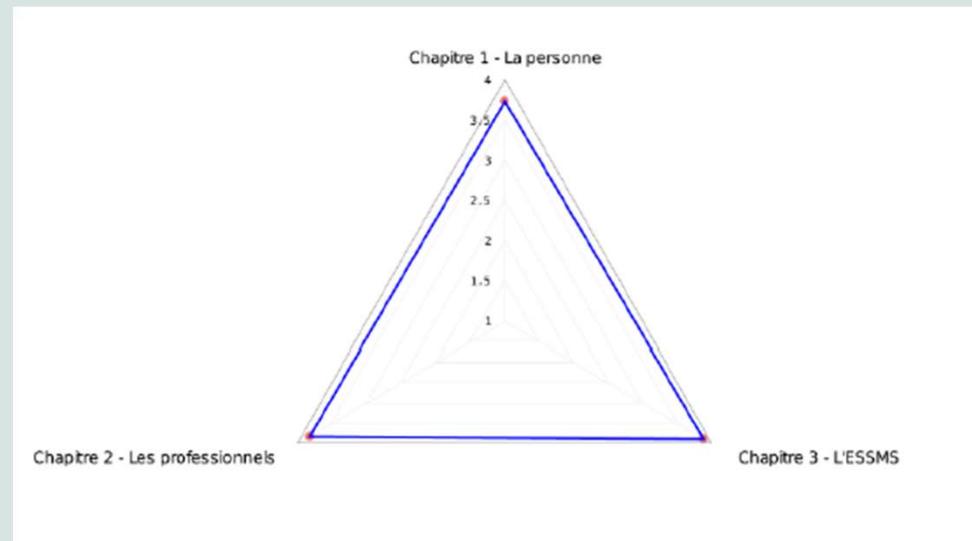
5. Auto-évaluations ciblées (18 critères impératifs et autres critères ciblés de chaque chapitre) / contrainte de temps



6. Lien avec les évaluateurs (dates, planning, accès à la plateforme Synaé, etc)

7. Vérifications documentaires (à envoyer en amont et à consulter sur site)

Déroulé de la visite d'évaluation



Organisation de la visite

1,5 jours sur site ; 3 accompagnés traceurs (AT) 

Calendrier proposé par l'organisme ==> ajustement selon les disponibilités des familles (mercredi après-midi) et des équipes (professionnels à temps partiel).

- AT : professionnels éducatifs et paramédicaux (intervention en binôme)
- Traceurs Ciblés : Accompagnement à la santé : présence du médecin dans l'équipe
- 2 évaluateurs : fonctions de direction d'ESSMS dont SESSAD.

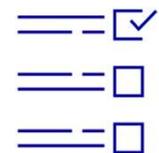
Difficultés rencontrées lors de la visite

- Arrêt d'un professionnel référent d'un jeune volontaire.
- Changement jusqu'à la veille de la sélection des accompagnés traceurs : désistements ou impossibilités organisationnelles.

Rapport d'évaluation

Pré rapport reçu sur Synaé ==> Lecture par la gouvernance* ==> Echanges contradictoires avec le cabinet ==> Validation et réception du rapport définitif ==> Envoi à l'ARS + HAS via les canaux.

Et après ?



Remerciement des familles.

Diffusion des résultats à l'équipe :

Valorisation des étoiles et des 17 critères impératifs obtenus ; mise en évidence des pistes d'amélioration.
==> intégration des axes de progrès dans le plan d'action.



Apports et points d'attention à partager

Apports et points d'attention à partager

- ❖ Permet de capitaliser sur les bonnes pratiques acquises et en cours de construction (co-construction du projet, traçabilité, protection des données des personnes accompagnées, etc.)
- ❖ Donne plus d'importance et accélère parfois le processus d'accompagnement au changement de certaines pratiques (ex : objectifs SMART)
- ❖ Entraîne un beau mouvement d'équipe autour de la démarche qualité. Meilleure compréhension de son utilité, acceptation et implication dans la démarche
- ❖ Permet de valoriser les fonctions de chacun et entraîne une meilleure compréhension globale des processus du service par chaque professionnel

Principales difficultés rencontrées ?

- ❖ Difficultés organisationnelles avec les familles (choix des AT définitifs - ce qu'impose le référentiel)

Apports et points d'attention à partager

Les éléments qui ont favorisé le bon déroulé de l'évaluation.

- ❖ Instances de travail : CODIR, COPIL qualité, temps pluriprofessionnels, ...
- ❖ Ressources : le manuel d'évaluation avec les précisions sur les attendus et les observations, l'implication des professionnels, le volontariat des familles (suffisant pour absorber les imprévus de dernières minutes, l'implication de l'équipe de direction, les ressources de la fondation OVE (logiciel qualité, manuel de procédure, ...)
- ❖ La préparation documentaire (liste des documents à envoyer avant et à consulter sur place)
- ❖ Implication de l'équipe dès le début de la préparation.



Apports et points d'attention à partager

- Vérification des affichages obligatoires et pratiques (personnes accueillies et professionnels)
=> Et rappel de la présence de ceux-ci aux professionnels.
- Rappels des familles pour confirmer leurs présences aux bons horaires.
- Temps d'échanges relativement courts (les notes à titre de rappel sont les bienvenues)
- Tout peut faire élément de preuve (Il ne s'agit pas uniquement de procédures et documents institutionnels : un envoi de mail, une trace écrite dans le système documentaire , etc.)
- Et après : prendre le retour de l'équipe
- La démarche ne doit pas s'essouffler après l'évaluation.

Amélioration dans l'organisation de la démarche qualité

=> Des temps repérés annuellement en équipe pour la démarche qualité et gestion des risques (la place de la démarche d'amélioration au bout de la programmation). Calendrier annuel.



Partage d'expérience

*Association Le MAS
Exemple du CHRS FEYDEL-LIOTARD*

Camille LLORET-LINARES,

Directrice amélioration continue et Qualité, c.lloretlinares@mas-asso.fr

Association Le MAS

- 200 salariés.
- 3 domaines d'action :
 - Aides aux victimes et accès au Droit
 - Aide aux personnes en précarité et vulnérabilité
 - Aide aux personnes en situation d'addiction
- 26 services, dont 8 concernés par les évaluations HAS :
 - 4 structures d'hébergement d'insertion (CHRS)
 - 1 AAVA 1 Accueil de jour 1 CAARUD
 - 1 accueil mère-enfant (évaluation prévue 2^e semestre 2025)



1 direction Amélioration continue et Qualité (DACQ) commune à l'ensemble de l'Association et rattachée au Siège (membre du CODIR).

← Évaluations sept-déc 2023



Préparation de la visite d'évaluation

Focus sur 12 mois de préparation

- ✓ 09/2022 : prise de connaissance du **calendrier** d'évaluation
- ✓ 10 à 11/2022 : familiarisation avec le **nouveau référentiel**
 - ✓ Sensibilisation des équipes au nouveau référentiel par la DACQ
 - ✓ Autoévaluation des services sur les critères impératifs
 - ✓ Appropriation du référentiel et identification de 3 critères standards « critiques » par chaque service
- ✓ 12/2022 : élaboration de **plans d'action** sur la base du référentiel puis déploiement
- ✓ 01/2023 : choix d'un **organisme** d'évaluation par la DACQ
- ✓ 03 à 07/23 : échanges DACQ – organisme (plannings, centralisation documents ...)
- ✓ Mai et juillet 2023 : 2 temps consacrés à la **préparation des visites** (logistique, préparation des éléments de preuve, FAQ...), adressés aux cadres.
- ✓ Juin 2023 : autoévaluation chapitre 3 par Siège
- ✓ Septembre 2023 – Décembre 2023 : tenue des 7 visites d'évaluation



Déroulé de la visite d'évaluation

L'exemple du CHRS FEYDEL-LIOTARD

Focus sur l'exemple du CHRS FEYDEL-LIOTARD (78 places dont 18 en collectif et 60 en diffus)

- 3 accompagnés traceurs réalisés
- 2 jours de visite
- 2 évaluateurs
- Présence DACQ en fil rouge + en entretien sur chapitre 3
- Contraintes logistiques et difficultés rencontrées :
 - Pas de croisement des 2 publics du CHRS → entretiens sur 2 sites distincts
 - Impossibilité de réunir tous les professionnels simultanément
 - La rencontre avec le CVS n'a pu se tenir malgré travail de mobilisation



Apports et points d'attention à partager

Du sens, du collectif, de la sincérité et de la persévérance !

Les apports / enseignements de la démarche

- **Mise en valeur** de la qualité du travail conduit (sur l'exemple du CHRS FEYDEL-LIOTARD, moyennes par chapitre comprises entre 3,8 et 4 ; plusieurs * obtenues)
- Globalement, des évaluations bien vécues voire très appréciées
- **Coup d'accélérateur** pré-visites : mise en conformité affichage, amélioration des outils loi 2002-2 ...
- Familiarisation avec les notions clé → progrès dans la **culture qualité**
- Mise en exergue de l'étendue de l'accompagnement global (ex : douleur)
- **Production facilitée de plans d'action** : des priorités évidentes



Quelques conseils (1/2)

- Cibler le **collectif** (les équipes en direct) autant que possible pour la préparation
- Donner du **sens** dans la préparation, resituer dans un contexte, une finalité « noble » (celle de la bientraitance et du respect des droits) pour mobiliser
- Décharger autant que possible les services des aspects **logistiques** et adapter autant que possible les visites aux contraintes des services pour favoriser la qualité de l'accueil et des échanges le jour J
- Encourager à la **sincérité** et la **transparence** → **rassurer**, « évaluation \neq contrôle »



Quelques conseils (2/2)

- **Autoévaluer** pour s'imprégner des thématiques et de la logique, identifier ce qu'il ne faudrait pas oublier de valoriser, et repérer les éléments de preuve (notation = secondaire)
- NB : être à niveau sur la conformité et avoir déjà rassemblé les preuves permet - de stress en direct et + d'interactions sur le fond du travail → évaluations mieux vécues**
- Importance autoévaluation sur chapitre 3 par la « gouvernance » → avoir un plan d'action en cours avec priorités identifiées, démontre une **dynamique à l'œuvre** même si tout n'est pas encore achevé au moment de la visite + renforce le « **portage** »

- Anticiper la question des FINESS 
- Identifier qui est la « gouvernance »
- Privilégier des évaluateurs qui ont une approche globale plutôt que « critère par critère », et une approche qui soutient l'amélioration continue (vs contrôle)
- **Préparer ... mais pas trop !** Au risque sinon d'une notation artificiellement bonne et qui ne va pas réellement permettre d'identifier les améliorations souhaitables
- Éviter surproduction de contenus sur une courte période pré-évaluation, contenus qui n'auraient alors pas le temps « d'atterrir » réellement → risque de **déconnection** manifeste lors de la visite (chap 2 vs chap 3)
- **Poursuivre la dynamique après les visites, malgré l'absence d'échéance et malgré un rapport définitif assez difficile à prendre en main → « un traducteur » et des « pilotes »**
- Notation = art imparfait → ne pas être « scolaire », considérer les « grandes tendances ».

Quelques points de vigilance



Partage d'expérience

*EHPAD Michel PHILIBERT Mutualité
Française Isère (MFI)*

Isabelle DEBAIS, Directrice adjointe qualité

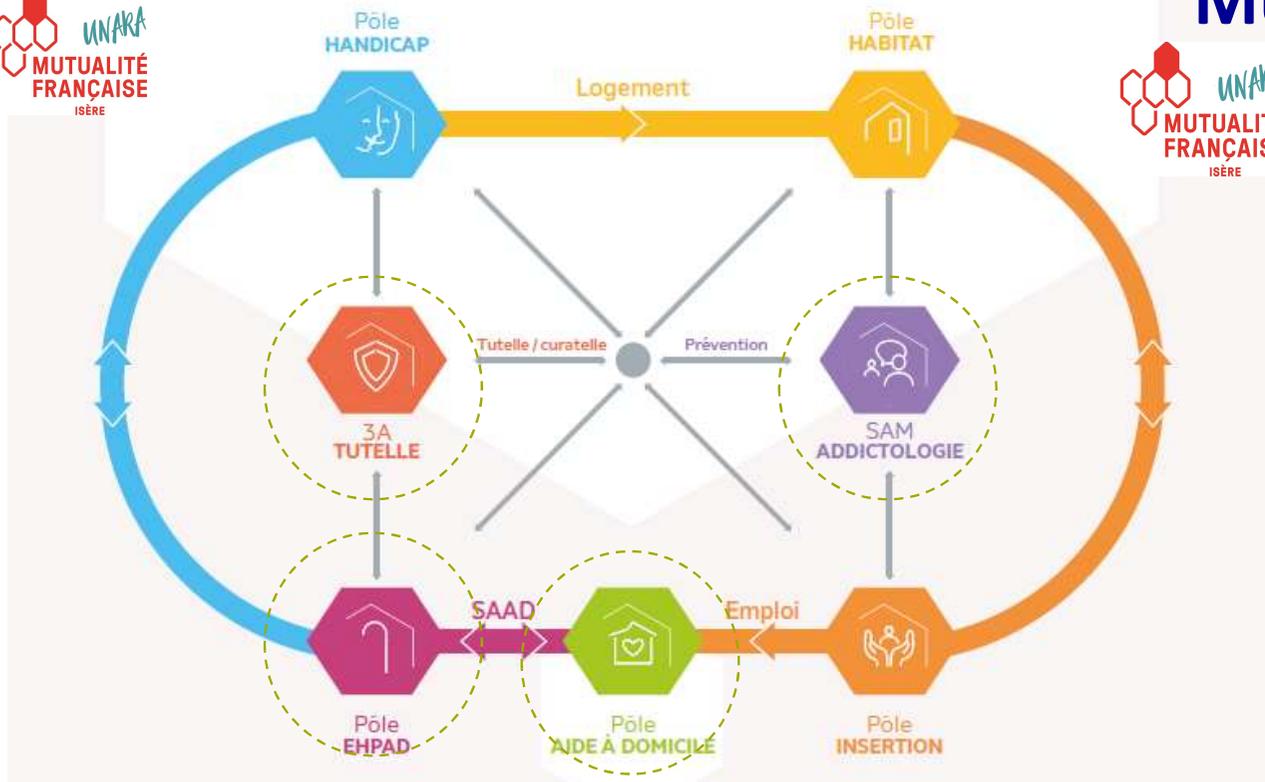


Mutualité Française Isère

La Mutualité Française Isère (MFI) est une union Territoriale de la Mutualité Française. Elle représente l'ensemble des mutuelles actives sur le département.

C'est un organisme à but non lucratif qui porte des valeurs humanistes et des principes éthiques qui encadrent l'ensemble de ses activités. Son but est d'apporter aux plus vulnérables les moyens de vivre autonome et accompagné, activement et dignement.





Mutualité Française Isère

6 secteurs d'activités qui relèvent de la loi 2002-2 donc soumis à l'évaluation HAS

En 2023 : 5 EHPAD évalués dont le Centre Michel Philibert + SAAD + Tutelle + SAM

En 2024 : 3 FJT + Certification USLD

En 2025 : Pôle HANDICAP (3 DiME et 1 DITEP)



Centre Michel PHILIBERT



- 80 places en Hébergement permanent : 35 EHPAD et 45 USLD
- 62 ETP, 20% absentéisme
- Évaluation HAS début Mai 2023



Préparation de la visite d'évaluation

Pour la 1^{ère} visite : se faire accompagner

1^{er} établissement MFI à se faire évaluer avec le nouveau référentiel HAS pour les ESSMS

- ➔ *Choix d'être accompagné 8 mois avant la date de visite par 2 consultants pour accélérer notre compréhension de la nouvelle méthode d'évaluation (Accompagné Traceur, Traceur Ciblé et Audit Système) et de ses attendus :
2 journées avec 2 consultants au sein de l'EHPAD avec le service Qualité Siège*

Décision de se focaliser sur les critères impératifs

- *Droits des personnes accompagnées :*
 - Travail avec les équipes sur la façon dont les droits de la charte de la personne accueillie sont appliqués dans l'établissement. Ateliers animés par la psychologue*
- *Auto-évaluation du circuit du médicament avec l'outil de diagnostic OMEDIT (Med-co + Cadre de Santé + IDE) pour identifier les écarts et les corriger en amont de la visite*
- *MAJ/création des procédures liés aux critères impératifs (Service qualité Siège)*
 - *Procédure de recueil et de traitement des EI/EIG/EIGS*
 - *Procédure de recueil et de traitement des Plaintes et Réclamations*
 - *Procédure de signalement des faits de maltraitance*
 - *Gestion des risques : Revue des contenus du Plan Bleu*
- *Déploiement des nouvelles procédures dans les équipes à partir de fiches synthétiques*



Parcourir les éléments évaluatifs avec la gouvernance

- *A partir d'un excell créé par un des groupements mutualistes*
- *Permet de réfléchir aux éléments de preuve à préparer*
- *Permet d'identifier les domaines de sensibilisation complémentaire pour les professionnels : RBPP, éthique, plan d'action qualité, la gestion des risques, ...*

Préparation documentaire

- *Revue des outils de la loi 2002-2 car ils garantissent l'effectivité des droits des personnes accompagnées*
 - S'assurer que la Charte des Droits et Libertés et la liste des personnes qualifiées est affichée, une version simplifiée est un plus
 - S'assurer que le livret d'accueil et les règlements de fonctionnement des établissements et services sont à jour conformément aux articles R311-33 à R311-37-1 du CASF
 - S'assurer que les Contrats de séjour contiennent le formulaire de droit à l'image + formulaire concernant la liberté d'aller et venir
 - CVS : se mettre en conformité par rapport au décret n°2022-688 du 25 avril 2022 qui en a modifié la composition et le rôle
 - Revoir les actions d'améliorations issues de la dernière enquête de satisfaction

- *Revue des affichages obligatoires avec le service RH*

- *Revue des dossiers des résidents*

Sensibilisation des équipes

- 1. Lancement de la démarche en réunion institutionnelle + dédramatisation : rappel que tout ne doit pas être parfait à la date de l'évaluation mais que l'on doit montrer que l'on est dans une dynamique d'amélioration continue*
- 2. 1h par semaine pendant 4 mois réservée dans les plannings (14h-15h) : réunions des professionnels avec l'encadrement ou la direction sur les droits des personnes accompagnées, les thématiques du référentiel, des auto-évaluations (cf slides précédentes)*



Déroulé de la visite d'évaluation



La visite

1. 2 mois avant la visite : Réunion de cadrage avec la coordinatrice : présentation du planning et du déroulé de la visite, liste des documents demandés en amont, nombre d'accompagné traceur
2. Travail avec la Direction pour positionner les professionnels sur le planning
3. Durée de la visite : 2 jours, 3 AT, 2 évaluateurs pour tous les EHPAD que nous avons évalués
4. Organisation : On s'est assuré que les CDI étaient présents + on a pris une AS et une IDE en plus + Importance d'avoir la psychologue positionnée avec les professionnels plutôt qu'avec la gouvernance
5. Rapport reçu 3 semaines plus tard

Planning jour 1

9h00 - 9h30 Réunion d'ouverture Ensemble du personnel concerné							
9h30 - 10h30 Visite de l'établissement							
ÉVALUATEUR 1 : M. A.				ÉVALUATEUR 2 : MAM.			
HORAIRES	CH	THÉMATIQUES	PERSONNES RENCONTRÉES	HORAIRES	CH	THÉMATIQUES	PERSONNES RENCONTRÉES
10h30 11h15	1	Accompagné traceur Entretien Personne 1		10h30 11h15	1	Accompagné traceur Entretien Personne 2	
11h30 12h30	1	Accompagné traceur Professionnel d'accompagnement de la Personne 1	AS/AV + IDE qui accompagnent AT1	11h30 12h30	1	Accompagné traceur Professionnel d'accompagnement de la Personne 2	AS/AV + IDE qui accompagnent AT2
12h30 - 14h00 Déjeuner (plateaux repas) Concertation des évaluateurs							
14h00 14h45	1	Accompagné traceur Entretien Personne 3		14h00 15h00	1 3	Conseil à la Vie Sociale Entretien avec des membres du CVS	Président du CVS + Résidents élus au CVS
15h00 16h00	1	Accompagné traceur Professionnel d'accompagnement de la Personne 3	AS/AV + IDE qui accompagnent AT3	15h30 17h30	3	Audit système Entretien avec la Gouvernance <i>Bienveillance et éthique</i> <i>Droits de la Personne</i> <i>accompagnée</i> <i>Expression et participation</i> <i>de la personne</i> <i>accompagnée</i> <i>Accompagnement à</i> <i>l'autonomie</i>	Directeur Med-co IDEC Psychologue Gouvernante
16h00 17h30	2	Traceur ciblé Entretien avec les Professionnels <i>Bienveillance et</i> <i>éthique</i> <i>Expression et</i> <i>participation...</i> <i>Accompagnement à</i> <i>l'autonomie</i> <i>Co-construction du</i> <i>projet...</i>	ASH AS AV Psychologue Animatrice 2 IDE Secrétaire d'accueil				
17h30 Fin de la 1 ^{ère} journée							

Planning jour 2

9h00 - 9h30 Debriefing avec la Gouvernance							
ÉVALUATEUR 1 : M. A.				ÉVALUATEUR 2 : MA M.			
HORAIRES	CH	THÉMATIQUES	PERSONNES RENCONTRÉES	HORAIRES	CH	THÉMATIQUES	PERSONNES RENCONTRÉES
9h30 10h00	2	Traceur ciblé Entretien avec les Professionnels <i>Accompagnement à la santé</i>	2 IDE 2 AS 1 AV	9h30 10h30	3	Audit système Entretien avec la Gouvernance <i>Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement</i>	Directeur Med-co Psychologue IDEC Gouvernante
10h00 11h00	3	Audit système Entretien avec les Professionnels <i>Accompagnement à la santé</i>					
11h00 12h30	2	Traceur ciblé Entretien avec les Professionnels <i>Droits de la personne... Continuité et fluidité des parcours</i>	ASH AS AV Animatrice 2 IDE Secrétaire d'accueil	10h30 12h30	3	Audit système Entretien avec la Gouvernance <i>Politique RH Démarche qualité et gestion des risques</i>	Directeur IDEC Directrice Adj Qualité MFI Pharmacienne PUI (réfèrente Qualité) Préventeur MFI Gouvernante
12h30 - 13h30 Déjeuner (plateaux repas)							
13h30 14h30	2	Traceur ciblé Entretien avec la Gouvernance <i>Bienveillance et éthique Droits de la personne accompagnée</i>	Directeur Med-co Psychologue	13h30 15h00	3	Audit système Entretien avec les Professionnels <i>Bienveillance et éthique Accompagnement à l'autonomie Politique RH Démarche qualité et gestion des risques</i>	ASH AS AV Animatrice 2 IDE
14h30 15h00	3	Audit système Entretien avec la Gouvernance <i>Accompagnement à la santé</i>	Directeur IDEC Med-co Psychologue Pharmacienne PUI				
15h00 - 16h00 Concertation des évaluateurs Synthèse de l'évaluation							
16h00 - 16h30 Debriefing avec la Gouvernance							
16h30 - 17h00 Réunion de clôture Ensemble du personnel concerné							

Le rapport

1. Conforme aux points d'étapes et clôture de fin de visite
2. Des pratiques remarquables identifiées :
 1. Les moyens et outils sur la bientraitance (en particulier la charte CMP travaillée avec les équipes, le créneau mensuel sur la Bientraitance et l'éthique)
 2. Le travail d'animation (en particulier auprès de chaque résident)
 3. Des partenariats nombreux et diversifiés
 4. Une stratégie de préservation de l'autonomie et de prévention du risque d'isolement
 5. + Point fort : les personnes ressource de l'USLD qui bénéficient à l'EHPAD
3. Des axes d'améliorations qui sont venus nourrir notre PAQ
 1. La protection du lanceur d'alerte qui n'était pas assez précise dans le RI (corrigé)
 2. Présenter une synthèse des EI et Plaintes en CVS (corrigé)
 3. Pas assez de référence aux RBPP sur le terrain (corrigé)
 4. Pas assez d'affichage de prévention en santé publique et sur les dispositifs de pair-aidance du territoire



Apports et points d'attention à partager

Apports /retours des équipes

1. Quels ont été les apports / enseignements de la démarche ?

Démarche d'évaluation plus tournée vers la personne accompagnée que vers les procédures : elles doivent exister bien sûr mais ce qui est évalué c'est qu'elles sont comprises par le terrain et intégrées dans les pratiques.

→ importance de trouver des espaces de temps pour former/échanger avec les professionnels sur les notions essentielles du référentiel (bienveillance, prévention de la maltraitance, éthique, droits du résident, sécurité du médicament)

2. Quelle réception / quels retours de la démarche par les équipes ?

Ce dispositif est tellement centré sur la personne accompagnée, ses droits et sa sécurité, que nous avons constaté une vraie dynamique de remotivation des équipes autant pendant la préparation qu'après la visite

Difficultés rencontrées

1. Quelles ont été les principales difficultés rencontrées ?

Toucher l'ensemble des professionnels lors des groupes de travail / sensibilisation
Fatigue des professionnels

2. A l'inverse, quels sont les éléments qui vous ont aidé ?

Un référentiel tourné vers la personne accompagnée, actrice de son parcours : cœur du métier en médico-social

Un service qualité au Siège qui a pu travailler sur les procédures nécessaires

Un Cabinet de consultant avec une posture bienveillante qui a su identifier les forces de la structure en plus de ses axes de progrès. Et qui voit la qualité comme un outil au service du management de l'organisation

Apports et Point d'attention

1. Qu'est-ce que ce processus vous a apporté pour votre démarche d'amélioration continue ?
 - Nous a aidé à redynamiser la démarche d'amélioration continue dans nos EHPAD et les axes d'améliorations identifiés vont compléter les PAQ de chaque structure
 - A permis d'identifier des pratiques remarquables pour le bénéfice de toutes les structures de la MFI
 - Les attendus du référentiel vont désormais nourrir la mise à jour de nos Projets d'établissements
2. Points d'attention
 - Il y a vraiment un focus des évaluateurs sur la déclaration et le traitement des EI / EIG, Plaintes et réclamations, leur analyse en équipe pluridisciplinaire, le retour aux déclarants, puis leur présentation en CVS et en équipe élargie pour améliorer les pratiques de l'ensemble des services
 - Importance de maintenir un plan de formation complet contenant les formations payantes mais également toutes les formations flash ou gratuites (RIPIN, Équipes de soins palliatifs, ...)



Questions / Réponses

3. Évaluation des ESMS : analyse des rapports par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, focus sur les premiers résultats

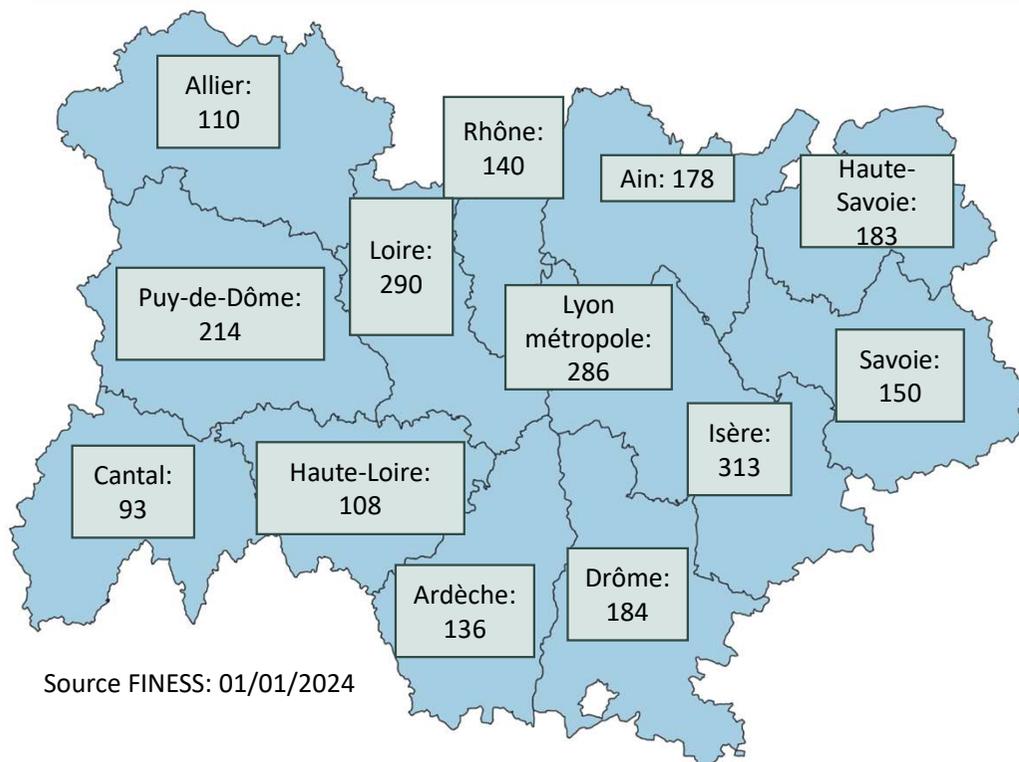
- *Frédérique CHAVAGNEUX, Directrice déléguée qualité et performance*
- *Martial DANGIN, Chargé de mission au pôle qualité des prestations médicosociales*

Direction de l'autonomie – ARS Auvergne Rhône-Alpes

ÉVALUATION DES ESMS

ANALYSE DES RAPPORTS PAR L'ARS ARA

FOCUS SUR LES PREMIERS RÉSULTATS



Source FINESS: 01/01/2024



- 12 départements
- 13 collectivités territoriales

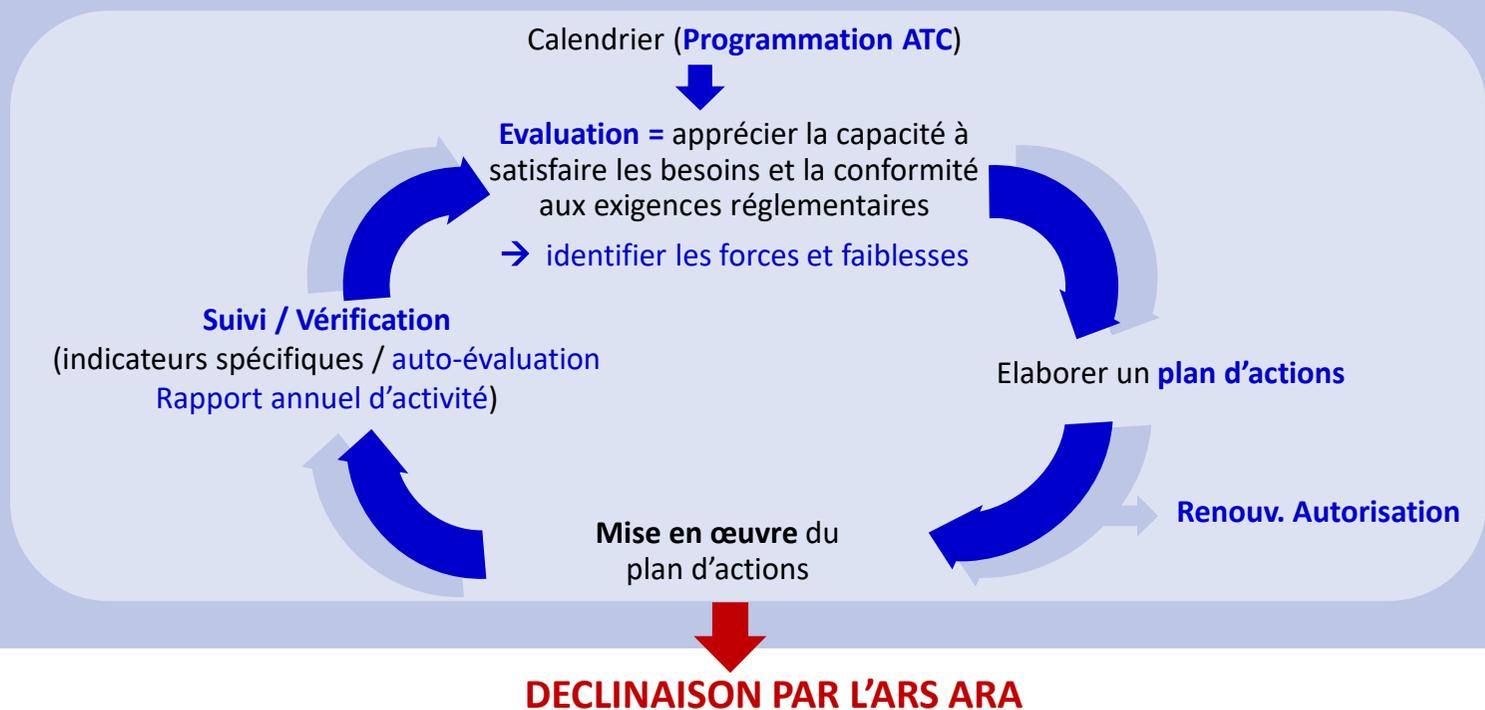
Région avec le plus grand nombre (≈ 2400) d'établissements et services **médico-sociaux** (ESMS) relevant de la compétence (exclusive ou conjointe) de l'ARS, dont :

- ✓ ≈ 2300 ESMS pour les secteurs des **personnes âgées** et des **personnes en situation de handicap**
- ✓ ≈ 100 ESMS pour le secteur des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (**addictologie, précarité**)

Réforme du processus des évaluations

Objectif « levier de mobilisation des professionnels, dans **une dynamique d'amélioration continue de la qualité** des accompagnements délivrés aux personnes accueillies » (cf. référentiel HAS).

→ Processus qui apporte un cadre à toutes les étapes de la dynamique d'amélioration continue et/ou qui modifie le précédent cadre



✓ 1^{ère} programmation effectuée sur la période 2023-2027 via arrêtés

✓ Programmation ajustée chaque année pour :

- tenir compte de **l'évolution des situations** (cf. instruction DGCS/SD5B/2023/91) :
 - Modifications des ESMS (ouverture, fermeture, fusion, changement OG, de dénominations...)
 - Souhais d'organismes gestionnaires de disposer d'un même calendrier d'évaluations pour plusieurs structures
 - Programmation d'une négociation de CPOM afin d'articuler l'évaluation avec le diagnostic CPOM
 - Autres cas : difficulté spécifique pour respecter calendrier, réforme des services autonomie à domicile...
- Donner une visibilité aux ESMS sur **la période des 5 ans à venir** (programmation sur 5 ans « glissants »)

Arrêtés transmis à tous les ESMS concernés, consultables sur le site internet de l'ARS ARA et publiés au Recueil des Actes Administratifs au fur et à mesure de l'actualisation

(Lien : [Évaluation de la qualité dans les Établissements et services sociaux et médico-sociaux \(ESSMS\) : calendriers de programmation par département | Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes \(sante.fr\)](#))

TRANSMISSION HARMONISÉE DES RAPPORTS / PLANS D' ACTIONS

Pour les **ESMS PA et PH** qui relèvent de la compétence de L'ARS ARA : une **procédure unique de transmission des rapports d'évaluation** (+ plans d'actions) par voie dématérialisée.

Principaux intérêts :

- **lieu de dépôt unique et sécurisé** (traçabilité des dépôts : horodatage, opposable), pérenne
- format dématérialisé : **un prérequis pour créer une base de données et automatiser l'instruction**

Point d'attention :

- Cette procédure ne concerne que les rapports d'évaluation et plans d'actions des ESMS PA et PH à transmettre à l'ARS ARA.
→ **Transmission des rapports destinés aux autres ATC selon les procédures que ces dernières auront pu fixer**

- ✓ e-mail de votre délégation départementale de l'ARS de janvier 2024 comportant le **lien de connexion** et une **fiche d'aide** en pièce jointe.
- ✓ Éléments également accessibles sur le site internet de l'ARS ARA, rubrique « [Évaluation de la qualité dans les ESMS](#) ».
- ✓ Lien de connexion rappelé ci-dessous :

Transmettez vos rapports d'évaluation et vos plans d'actions
Via « [démarches-simplifiées](#) »
<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/rapports-d-evaluation-des-esms>



→ 98 rapports reçus via cet outil depuis sa mise en place (aucune difficulté d'ESMS remontée)

UN SYSTÈME D'INFORMATION OPERATIONNEL DEDIE A L'INSTRUCTION DES RAPPORTS

Un Système d'Information dédié à l'instruction des rapports d'évaluation est **opérationnel depuis mi-mai 2024 en ARA**

Principe / Intérêts :

- ✓ Extraction des données contenues dans les rapports et **stockage dans une base de données.**
- ✓ Des tableaux de bord dynamiques **permettent de :**
 - Effectuer un **suivi de la réception** des rapports
 - **Consulter une synthèse et de visualiser les forces et les faiblesses d'un ESMS**
 - **Suivre les évolutions des résultats** au cours du temps pour un même ESMS
 - **Consulter un critère donné sur un ensemble d'ESMS** (à l'échelon régional, départemental, par catégorie d'ESMS...)
- ✓ Outil partagé au sein de l'ARS ARA (filière autonomie, personnes en difficultés spécifiques, mission Inspection/contrôle)

Limite principale :

- ✓ **Outil ARS ARA** (pas de possibilité d'intégrer les CD car pas de droits d'utilisation des logiciels utilisés par le SI)

UN SI OPERATIONNEL DEDIE A L'INSTRUCTION DES RAPPORTS

Exemple : Extractions d'éléments des **Tableaux de bord** permettant de visualiser les forces et faiblesses d'un ESMS

Synthèse du rapport

0	15	2	1	0
Critères impératifs avec cotation = 5	Critères impératifs avec cotation = 4	Critères impératifs avec cotation = 3	Critères impératifs avec cotation = 2	Critères impératifs avec cotation = 1
0	75	38	12	1
Critères standards avec cotation = 5	Critères standards avec cotation = 4	Critères standards avec cotation = 3	Critères standards avec cotation = 2	Critères standards avec cotation = 1

Niveau d'exigence (Impératif, standard)		Cotation	Elément évalué
Impératif		Plusieurs sélections	Tout
Cotation - 2023	Elément évalué		
2	Critère 3.13.2 - L'ESSMS communique sur le traitement des événements indésirables auprès des parties prenantes.		
3	Critère 2.2.5 - Les professionnels respectent le droit à l'image de la personne accompagnée.		
3	Critère 3.14.1 - L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité et le réactualise régulièrement.		

Le plan d'actions = l'engagement de l'ESMS à s'améliorer

ESMS

Evaluation

Rappel : **Obligation de transmettre un plan d'actions** (avec le rapport d'évaluation) pour chaque critère impératif ≤ 3

Elaborer un plan d'actions

ATTENDUS → Actions :

- **Spécifiques** (claires et précises)
- **Mesurables** (atteinte ou non de l'objectif de l'action)
- Atteignables et réalistes
- **Temporellement** définies (≤ 12 mois)
- **Responsable(s)** identifié(s)

Le plan d'actions = une composante essentielle analysée spécifiquement

Appréciation de la Qualité du plan :

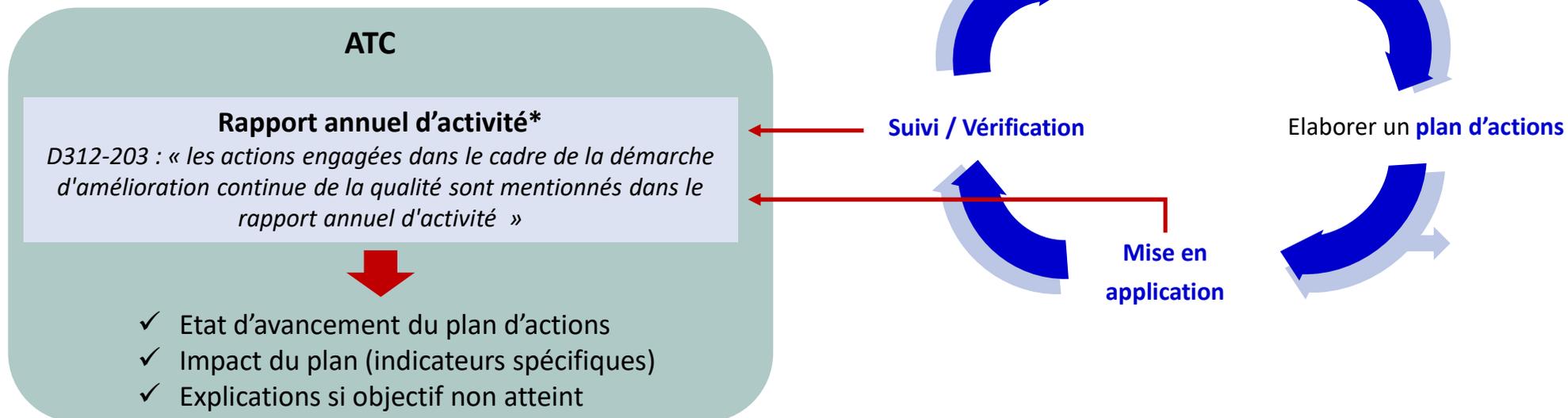
- Capacité à **résoudre** les problèmes identifiés
- **Echéancier** compatible avec « l'urgence »
- **Pilote(s)** de(s) action(s)

Demande ARS :

- si plan **non transmis** quand il existe au moins 1 critère impératif ≤ 3
- d'apporter des **compléments / modifier** le plan si **qualité « insuffisante »**

Suivi / Vérification
indicateurs spécifiques
auto-évaluation
Rapport annuel d'activité

Mise en application



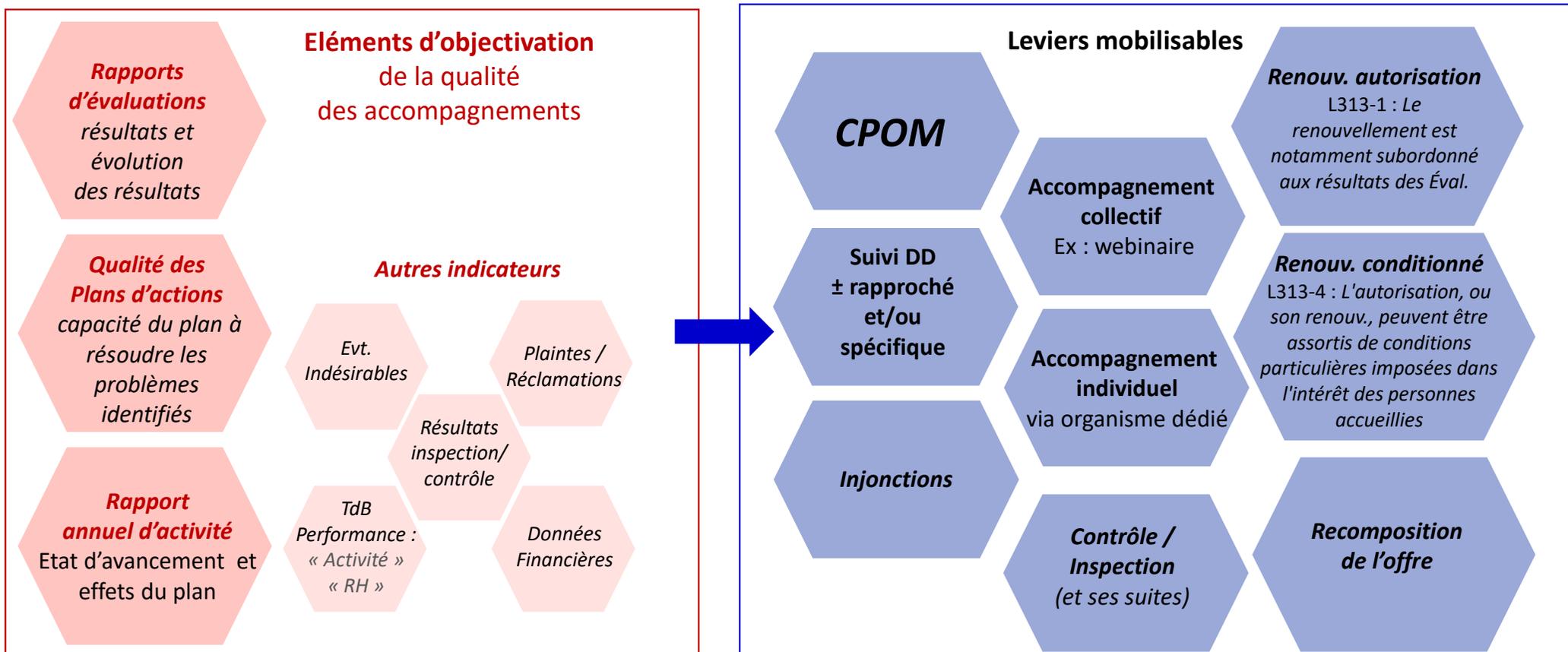
Faire état de **l'atteinte des objectifs spécifiques** ou **des avancées dans le rapport annuel d'activité** témoigne de la **dynamique d'amélioration engagée** → Élément pris en compte dans les décisions des actions à conduire par les ATC (ex: renouv. d'autorisation)

Rapport annuel d'activité* :

- ✓ **ESMS soumis à CPOM : Article R314-232 (CASF) :** « I.-A la clôture de l'exercice, il est établi un état réalisé des recettes et des dépenses qui comporte : ... **Un rapport financier et d'activité** qui porte sur :... b) **L'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs du** » CPOM. « III.-L'état réalisé des recettes et des dépenses est transmis à l'autorité de tarification **au plus tard le 30 avril** de l'année qui suit l'exercice auquel il se rapporte. »
- ✓ **ESMS hors CPOM :** rapport d'activité mentionné dans les **articles R314-50 et R314-49 (CASF).**

L'approche engagée par l'ARS

- Instruction harmonisée des rapports
- À partir de l'analyse des 1ers rapports reçus



Différenciation en 4 groupes sur la base de :

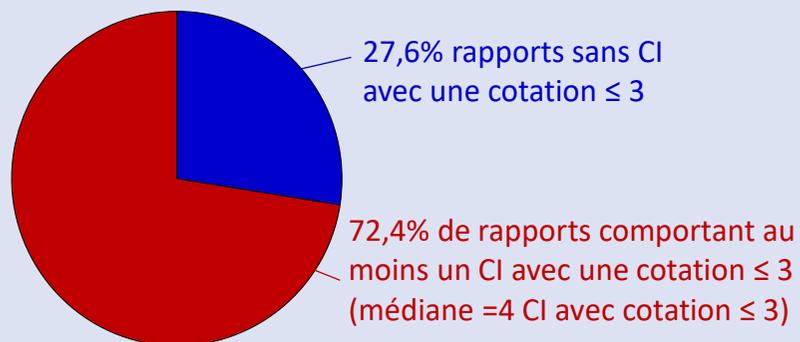
- ✓ L'analyse du rapport d'évaluation
- ✓ L'appréciation de la Qualité du plan d'actions (demande de l'ARS de disposer d'un plan d'actions de qualité « satisfaisant »)
- ✓ L'avancée du plan d'actions (atteinte de l'objectif du plan d'actions sur 1 critère = amélioration effective de la qualité sur ce critère)



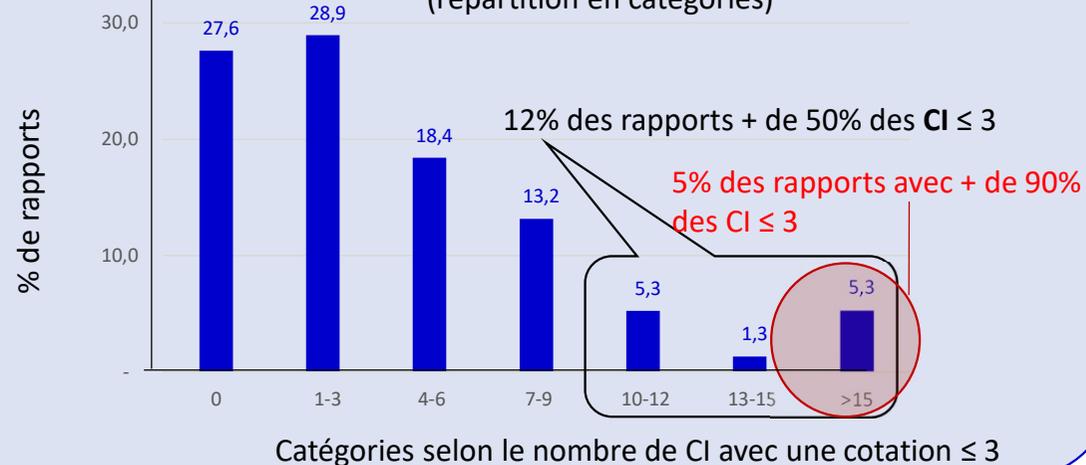
Qualité des prises en charge	% des rapports	<i>ESMS sans renouv. autorisation proche</i>	<i>ESMS avec renouv. autorisation proche</i>
Qualité très satisfaisante et satisfaisante	70	Attente prochaine évaluation	Renouv. autorisation
Qualité moyennement satisfaisante	20	Suivi	Renouv. Auto. + Suivi
Qualité plutôt PEU satisfaisante	4-6	Suivi rapproché	Renouv. Auto. + Suivi rapproché
Qualité NON Satisfaisante	4-6	Concertation DA/DD (CD) → Décision ATC	

Focus sur les Critères Impératifs (CI)

Nombre de rapports avec ou sans CI avec cotation ≤ 3



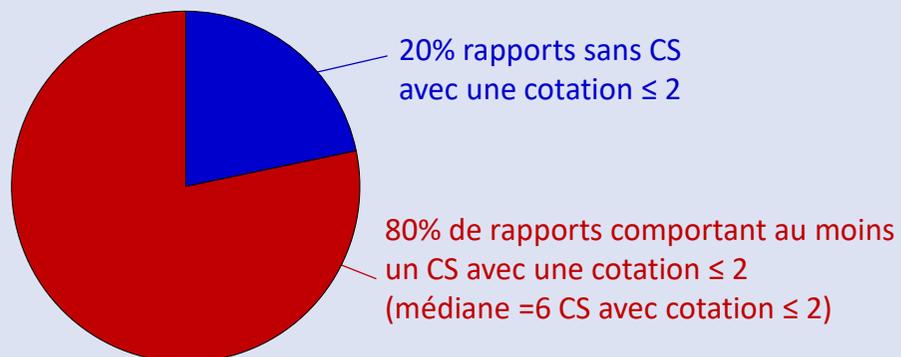
% de rapports selon le nb de critères impératifs avec cotation ≤ 3 (répartition en catégories)



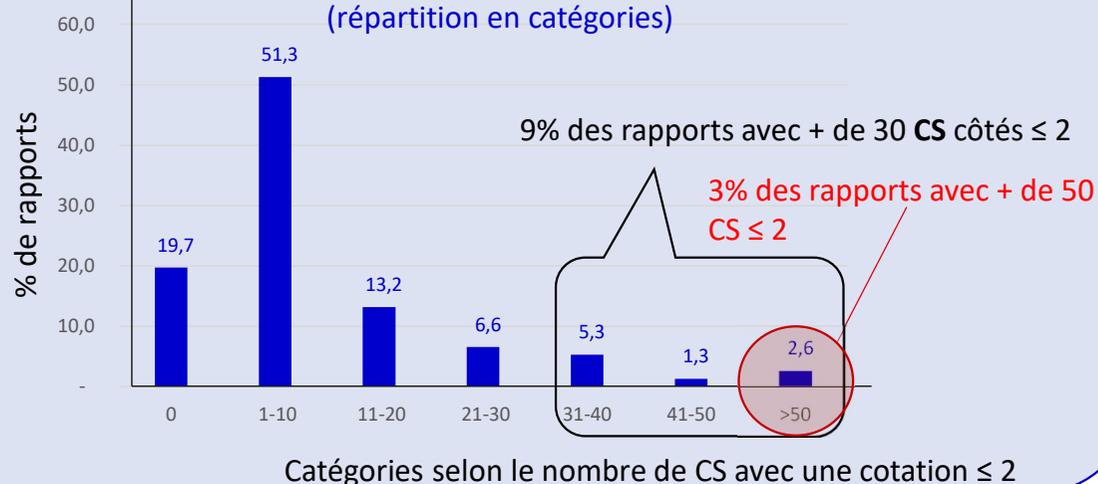
- ✓ Près des 3/4 des rapports comportent au moins un critère impératif avec une cotation ≤ 3 (% similaire aux données HAS)
- ✓ Les rapports qui comportent un grand nombre de critères impératifs avec cotation ≤ 3 interrogent **quant à la qualité et la sécurité** des prises en charges
- ✓ **Priorité à l'amélioration des critères impératifs défaillants** (pour cette 1ère évaluation réalisée avec ce nouveau processus), avant élargissement des exigences

Focus sur les Critères Standards (CS)

Nombre de rapports avec ou sans CS avec cotation ≤ 2



% de rapports selon le nb de critères standards avec cotation ≤ 2 (répartition en catégories)



- ✓ **9% des rapports comportant plus de 30 critères standards avec une cotation ≤ 2** (soit $\approx \frac{1}{4}$ des critères évalués) et 3% des rapports ont plus de 40% des critères standards avec une cotation ≤ 2
- ✓ Les rapports comportant le plus critères standards avec une cotation ≤ 2 sont, en général, ceux qui comportent le plus de critères impératifs ≤ 3 .

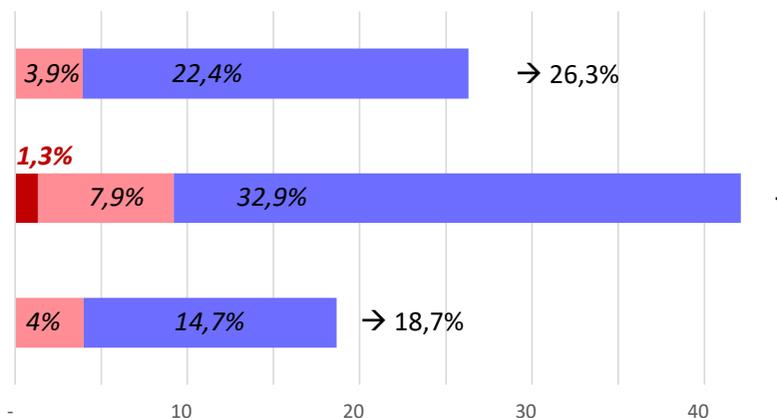
Analyse des 76 premiers rapports intégrés dans le SI : focus sur des objectifs particuliers

Objectif 3.13. : L'ESSMS assure le recueil et le traitement des événements indésirables.

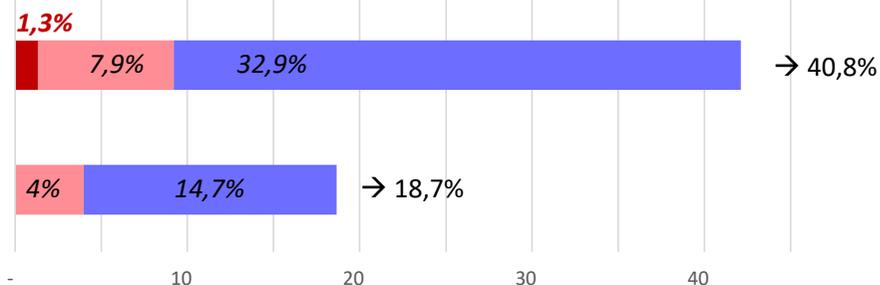
→ 53,9% des rapports avec au moins une cotation ≤3 sur l'un des 3 CI (soit 41 rapports)



Critère 3.13.3 - Les professionnels déclarent et analysent en équipe les **événements indésirables** et mettent en place des actions correctives



Critère 3.13.2 - L'ESSMS communique sur le traitement des **événements indésirables** auprès des parties prenantes



Critère 3.13.1 - L'ESSMS organise le recueil et le traitement des **évts indésirables**



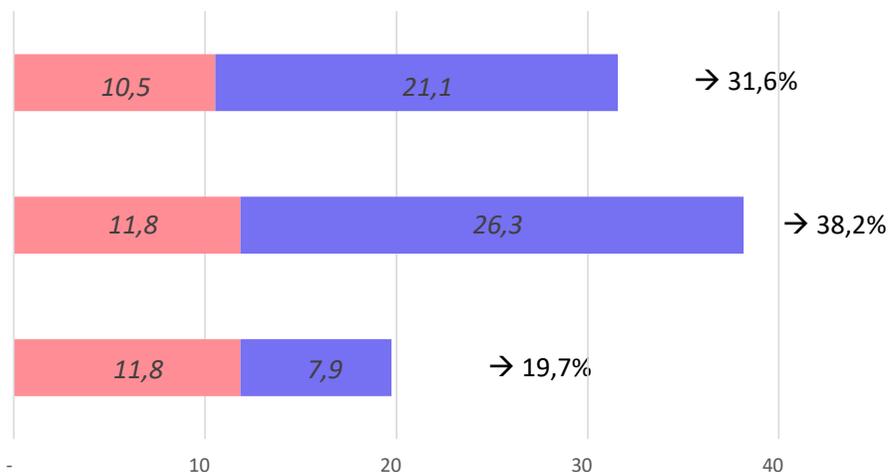
Analyse des 76 premiers rapports intégrés dans le SI : focus sur des objectifs particuliers

Objectif 3.12. : L'ESSMS assure le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations



→ 47,4% des rapports avec au moins une cotation ≤ 3 (soit 36 rapports)

Critère 3.12.3 - Les professionnels analysent en équipe les **plaintes et les réclamations** et mettent en place des actions correctives



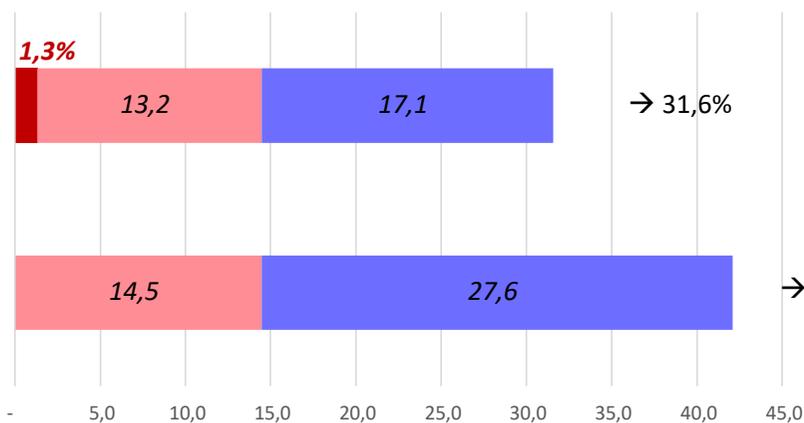
Analyse des 76 premiers rapports intégrés dans le SI : focus sur des objectifs particuliers

Objectif 3.14. : L'ESSMS est doté d'un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité.



→ 44,7% des rapports avec au moins une cotation ≤3 sur l'un des 2 CI (soit 34 rapports)

Critère 3.14.2 - L'ESSMS communique son **plan de gestion de crise** en interne et en externe



Démarche pluriannuelle pour l'ARS ARA :

- Identification de critères ou d'objectifs défaillants, suivi de leur évolution
- Proposition d'actions spécifiques → ex : webinaires pour soutenir la démarche d'amélioration de la qualité

Amélioration continue des organisations / prestations par l'analyse systématique et la correction des faiblesses

=

Faire évoluer les pratiques pour mieux **satisfaire les besoins et les attentes** des usagers (+ exigences réglementaires)



Engagement fort de l'ARS ARA dans ce processus :

Pour chaque ESMS :

- ✓ **Instruction de rapports d'évaluations** (un SI dédié créé) et de l'évolution des résultats au cours du temps (Eval₁ vs. Eval₂)
 - ✓ **Appréciation** de la qualité du **plan d'actions** → objectif : plans d'actions de qualité « satisfaisante »
 - ✓ **Suivre l'avancée du plan d'actions via les rapports annuels d'activités**
- } Dev. d'outils en cours
- **Importance** de la dynamique **d'amélioration engagée** par les ESMS pour définir les actions à conduire par l'ARS ARA
 - **Priorité** suite à la première évaluation dans ce nouveau format = **AMELIORATION DES CRITERES IMPERATIFS**

Pour l'ensemble des ESMS :

- ✓ Analyser l'ensemble des rapports pour **identifier les critères où les ESMS sont les plus en difficultés**
- ✓ **Conduire des actions spécifiques** pour aider les ESMS à s'améliorer sur ces critères (ex : webinaires, actions d'accompagnement)
- ✓ **Suivre l'évolution des résultats au cours du temps**
- ✓ Rapprochement avec les ATC pour structuration du partage des constats / résultats des évaluations et des actions à mener



Questions / Réponses

4. Rôle d'accompagnement du CREAI et du CEPPRAAL

- *Christelle BIDAUD, Directrice générale - CREAI Auvergne-Rhône-Alpes*
- *Perrine VAN STRAATEN, Directrice - CEPPRAAL Auvergne-Rhône-Alpes*

Connaître le CEPPRAAL

Structure Régionale d'Appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

Perrine Van Straaten - directrice





Une association

**acteur régional de la qualité et de la sécurité
tout au long du parcours de santé**

- 19 ans d'expérience
- 11 ans auprès des professionnels du secteur médico-social
- déploiement au niveau de la ville

- 170 structures sanitaires et médico-sociales adhérentes
- + 2 500 professionnels bénéficient de nos activités chaque année

**Nommée Structure Régionale d'Appui à la qualité des soins et à la
sécurité des patients
en novembre 2018**

Membre de la FORAP

La FORAP

- 15 SRA
- Près de 2 000 établissements
- Partage/mutualisation
Co-construction

Les SRA

- Organismes à but non lucratif
- Contribuent aux politiques régionales de santé et de soins
- Au service des professionnels pour les usagers



CEPPRAAL





Notre équipe

- 7 professionnels
 - 2 co-directeurs
 - 2 chargées de mission
 - 2 assistantes et 1 chargée de communication
 - Equipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire : médecin, cadre de santé, responsable qualité, directeur
- Issue des secteurs médico-social, sanitaire et ville
- Recours à des personnes ressources : professionnels en activité, experts des thématiques



Notre objectif

Appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients et des personnes accompagnées

- Etre au plus près des équipes (gouvernance, qualité, soins et accompagnements)
- Apporter une expertise et un soutien méthodologique
- Instaurer une culture de sécurité
- Accompagner la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue

=> améliorer la qualité et la sécurité **tout au long du parcours de santé**





Nos thématiques

Gestion des risques



Travail en équipe



Evaluation



Engagement des usagers



Conseil accompagnement

Formation-action



Formations
INTER-ÉTABLISSEMENTS

Formations
INTRA-ÉTABLISSEMENT

CAP QUALITÉ
2h pour comprendre

ROS
RENCONTRE QUALITE SECURITE



Appui aux EIGS



Innovation



Ressources et informations

CEPPRAAL



Outils



RENDEZ-V'OUTIL
45 MINUTES DE DÉCRYPTAGE



Quelques exemples concrets

Formation et accompagnement

■ Thématique « Evaluation »

Objectifs :

- rendre les professionnels autonomes pour se préparer à la visite d'évaluation
- accompagner la mise en place d'une démarche d'amélioration continue



Formations

- pour comprendre les attendus du dispositif
- pour s'approprier la démarche d'amélioration continue de la qualité
- pour s'approprier les méthodes d'évaluation et les utiliser dans sa démarche



Accompagnements

- pour mettre en œuvre les méthodes
- pour aider au diagnostic
- pour accompagner les groupes de travail

CEPPRAAL





Quelques exemples concrets

Mise à disposition d'outils – libre d'accès

- Des outils pour la gestion des EI
 - Structuration de réunions d'analyse <https://www.ceppraal-sante.fr/ressources/outils-2/>
 - Fiches de retour d'expérience
 - Outils pour parler des EI en équipe <https://www.ceppraal-sante.fr/ressources/documentation/semaine-de-la-securite-des-patients-2022/>
- Des outils pour structurer une démarche qualité
 - Posters à destination des professionnels <https://www.ceppraal-sante.fr/les-outils-forap-2/>
- Des outils pour promouvoir une démarche de lutte contre la maltraitance (HAS-FORAP) <https://www.forap.fr/maltraitance-des-temoignages-pour-questionner-les-pratiques/>

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1323996/fr/le-deploiement-de-la-bienveillance

Quelques exemples concrets

Mise à disposition d'outils – pour nos adhérents

- Outils de gestion des risques

- Cartographie des risques en EHPAD
- Outil d'analyse des EI associés aux soins

pour nos adhérents

- Outils pour la démarche d'évaluation

- Document de mise en concurrence
- Grilles d'entretien pour les méthodes traceurs
- Les fiches mémo de la FORAP pour décrypter les critères impératifs
 - Facilitation de l'appropriation des attendus des éléments d'évaluation
 - Proposition de pistes d'action à mettre en œuvre

pour nos adhérents

Fiche mémo sur le circuit du médicament disponible pour tous



Contacter le CEPPRAAL

www.ceppraal-sante.fr

contact@ceppraal-sante.fr

04 72 11 54 60

EIGS

eigs.aura@ceppraal-sante.fr



@ceppraal



@ceppraal





A propos du CREAI

À propos du CREAI Auvergne-Rhône-Alpes

- Le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes est au service des personnes en situation de vulnérabilité pour les accompagner dans leur parcours de vie social, médico-social et sanitaire.
- Son rôle est de contribuer à l'amélioration de l'offre pour les personnes en situation de vulnérabilité, notamment à travers l'accompagnement des professionnels du secteur

La Fédération & les CREAI

- Depuis plus de 50 ans, l'ANCREAI et les CREAI accompagnent les pouvoirs publics, les établissements et services médico-sociaux dans l'évolution des politiques du secteur au service des plus vulnérables.
- **1964** : Naissance des CREAI, Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité.
- **12 CREAI** et une **Fédération des ANCREAI** dont les missions sont définies par un arrêté ministériel.



CREAI Auvergne-Rhône-Alpes

Ses missions

Pour atteindre cette mission fondamentale, le CREAI s'engage dans des champs d'action complémentaires et indissociables les uns des autres

- **Animer le réseau des acteurs** du secteur social et médico-social
- **Réaliser des missions d'études et d'observation**
- **Accompagner les professionnels** avec des prestations de conseil
- **Former les professionnels**

En région, accompagnement à l'évaluation

➤ Mission de conseil

➤ Mission de formation

➤ Outil ARSENE

- Comprendre la nouvelle évaluation des ESMS : enjeux, principes
- S'appropriier le référentiel HAS et les méthodes d'évaluation
- Se préparer à l'évaluation : de l'autoévaluation à la procédure d'évaluation, le rapport d'évaluation et la plateforme Synaé
- Inscrire le nouveau dispositif dans le pilotage et l'animation de sa démarche d'amélioration continue de la qualité

Soyez prêt pour votre évaluation HAS :

OPTEZ POUR ARSENE !



www.arsene-evaluation.fr

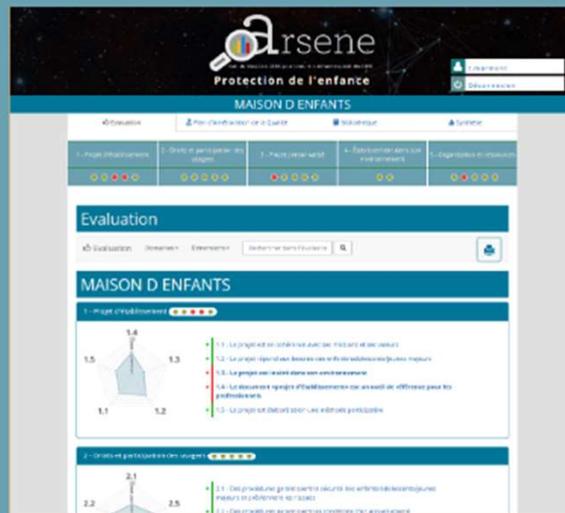


UN OUTIL DE MANAGEMENT PAR LA QUALITÉ POUR :

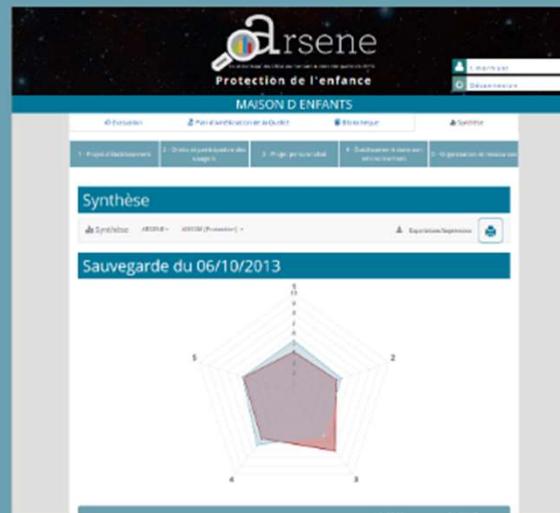
- S'autoévaluer
- Suivre son plan d'amélioration continue de la qualité
- Etre en conformité avec le référentiel HAS



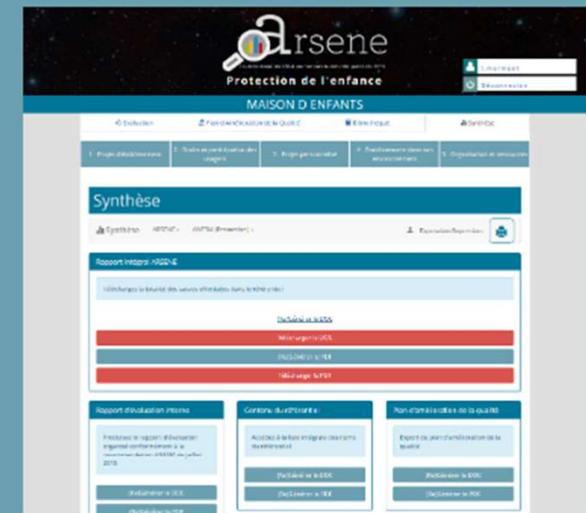
Les fonctionnalités



Conduisez votre autoévaluation à l'aide des questions évaluatives issues des RBPP de la HAS



Elaborez et suivez la mise en œuvre de votre plan d'amélioration continue de la qualité.



Editez vos rapports pour connaître la situation de votre structure au regard du référentiel d'évaluation externe de la HAS

ARSENE ENQUETE QUALITE

Un soutien à la démarche qualité pour soutenir l'accès aux droits des personnes

- Compléter l'outil de gestion des démarches d'amélioration continue de la qualité du réseau des CREAI
- Eclairer la logique de l'accompagné traceur par le recueil du point de vue des personnes accompagnées
- S'appuyer sur le référentiel HAS pour questionner les personnes accompagnées sur la qualité de leur accompagnement et leurs attentes
- Rendre l'outil le plus accessible possible pour permettre un remplissage avec la plus grande autonomie



Nous contacter



Siège

33 cours Albert Thomas

69003 Lyon

04 72 77 60 60

Bureau

15 rue des Frères Lumière

63000 Clermont-Ferrand

04 73 90 60 60

accueil@creai-ara.org | www.creai-ara.org





Conclusion

Mme Frédérique Chavagneux, Directrice déléguée qualité et performance, Direction de l'autonomie – ARS Auvergne-Rhône-Alpes