

# Groupe d'échange régional des référents qualité en ESMS

1<sup>ère</sup> réunion – Présentation du projet

18/11/2024 14h-16h





# Intervenants

Logo

- **Agence régionale de santé** : Direction de l'autonomie
  - **Marguerite Pouzet**, responsable pôle qualité
  - **Martial Dangin**, chargé de mission

# Accompagnement régional : contexte et enjeux

- Convention 2024/2028 ARS et CEPPRAAL
- Axe 1 : L'amélioration de la stratégie de gestion des risques :
  - *Poursuivre et optimiser la démarche qualité de gestion des EI.*
  - *Approfondir des thématiques identifiées et récurrentes dans les ESMS.*
  - *Mettre en place et consolider l'identitovigilance (secteurs PA et PH).*
- Axe 2 : La démarche continue d'amélioration de la qualité :
  - *Accompagner méthodologiquement les ESMS dans la démarche de l'évaluation.*
  - *Identifier et animer un réseau de « référents qualité » en ESMS.*
  - *Accompagner les ESMS sur les 18 critères impératifs du référentiel de la HAS.*
  - *Accompagner les ESMS dans l'appropriation des attendus de la HAS.*

# Accompagnement régional : contexte et enjeux

## ■ Mission d'accompagnement et de soutien des ESMS

- *Organisation de webinaires et/ou réunions d'informations en présentiel.*
- *Thématiques gestion des risques et démarche qualité.*
- *Animation d'un groupe régional d'échanges de référents qualité (= plus large que les adhérents du CEPPRAAL) : 1<sup>ère</sup> réunion d'échanges le 18/11.*

## ■ Enjeux

- *Mobilisation des ESMS : ≈ 2300 ESMS PA et PH (dont 933 EHPAD).*
- *Accompagnement régulier sur les thématiques définies annuellement, suivi dans le cadre retour expérience.*
- *En fonction de l'actualité, intervention de l'ARS.*



# Intervenants CEPPRAAL

- **Anaïs Gautheron**, chargée de mission
- **Perrine Van Straaten**, directrice

**Structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients en Auvergne-Rhône-Alpes depuis octobre 2018 (décret 25/11/2016)**

- L'association CEPPRAAL accompagne professionnels et acteurs des secteurs sanitaire et médico-social dans l'amélioration continue de leur démarche qualité
- 19 ans d'expérience
- 11 ans auprès des professionnels du secteur médico-social
- 1 500 professionnels bénéficient chaque année de nos activités



# SOMMAIRE

**PARTIE**  
**1**

Objectifs et fonctionnement de ce groupe d'échange

**PARTIE**  
**2**

Actualités institutionnelles

**PARTIE**  
**3**

Apports méthodologiques

Le rôle et les missions du référent qualité en ESMS





# Objectifs et fonctionnement du groupe d'échange





# Objectifs

- Permettre de mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité
  - Apporter de la méthodologie et des connaissances
- Créer du lien entre les référents qualité
  - Favoriser le retour d'expérience
- Structurer le réseau sur la région





# Fonctionnement

- Intégrer le groupe régional et participer aux prochaines réunions : questionnaire sous 15 jours
- 3 réunions annuelles
  - Mars
  - Juin
  - Novembre
- Déroulé
  - Echanges sur la mise en œuvre de la thématique précédente dans votre structure
  - Actualités institutionnelles
  - Apports méthodologiques : nouvelle thématique à déployer (en lien avec un webinaire plus générique)





# Actualités



## **LES ÉVALUATIONS EN ESMS**

- **L'EXEMPLE PRATIQUE DE L'IMPORTANCE D'ÉTABLIR UNE VÉRITABLE POLITIQUE **QUALITÉ & GESTION DES RISQUES** PÉRENNE**
- **ILLUSTRATION DE L'INTÉRÊT D'ACCOMPAGNER ET SOUTENIR LA MISE EN ŒUVRE DE CETTE POLITIQUE**

## Réforme du processus des évaluations (Processus finalisé par la HAS en avril 2022)

### ✓ Un objectif clair: L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

**L312-8 CASF** : « *Dans un **objectif d'amélioration continue de la qualité**, les ESMS 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...* »

**Référentiel HAS** : « *levier de mobilisation des professionnels, dans une **dynamique d'amélioration continue de la qualité** des accompagnements délivrés aux personnes accueillies* »

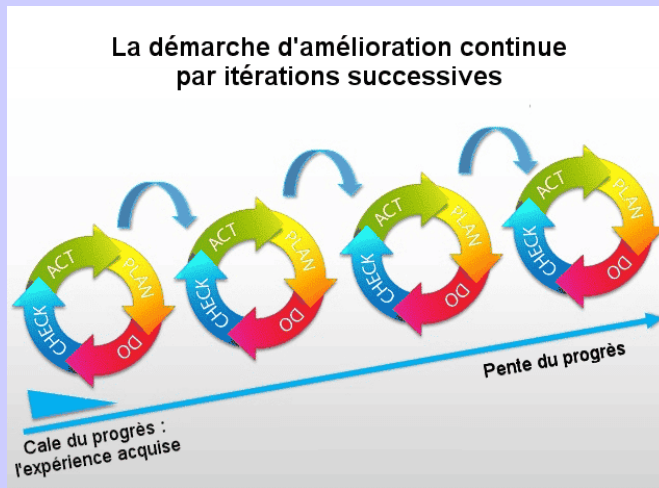
### ✓ L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ :

- Faire évoluer les pratiques pour mieux **satisfaire les besoins / attentes** des personnes et leur entourage tout en respectant le **cadre réglementaire et légal** qui structure l'accompagnement, **les recommandations des bonnes pratiques**, les **référentiels d'accompagnement**...
- **Méthode** : un processus au long cours reposant sur des cycles **itératifs d'analyse des pratiques** (identification forces et faiblesses) **et de correction des faiblesses**

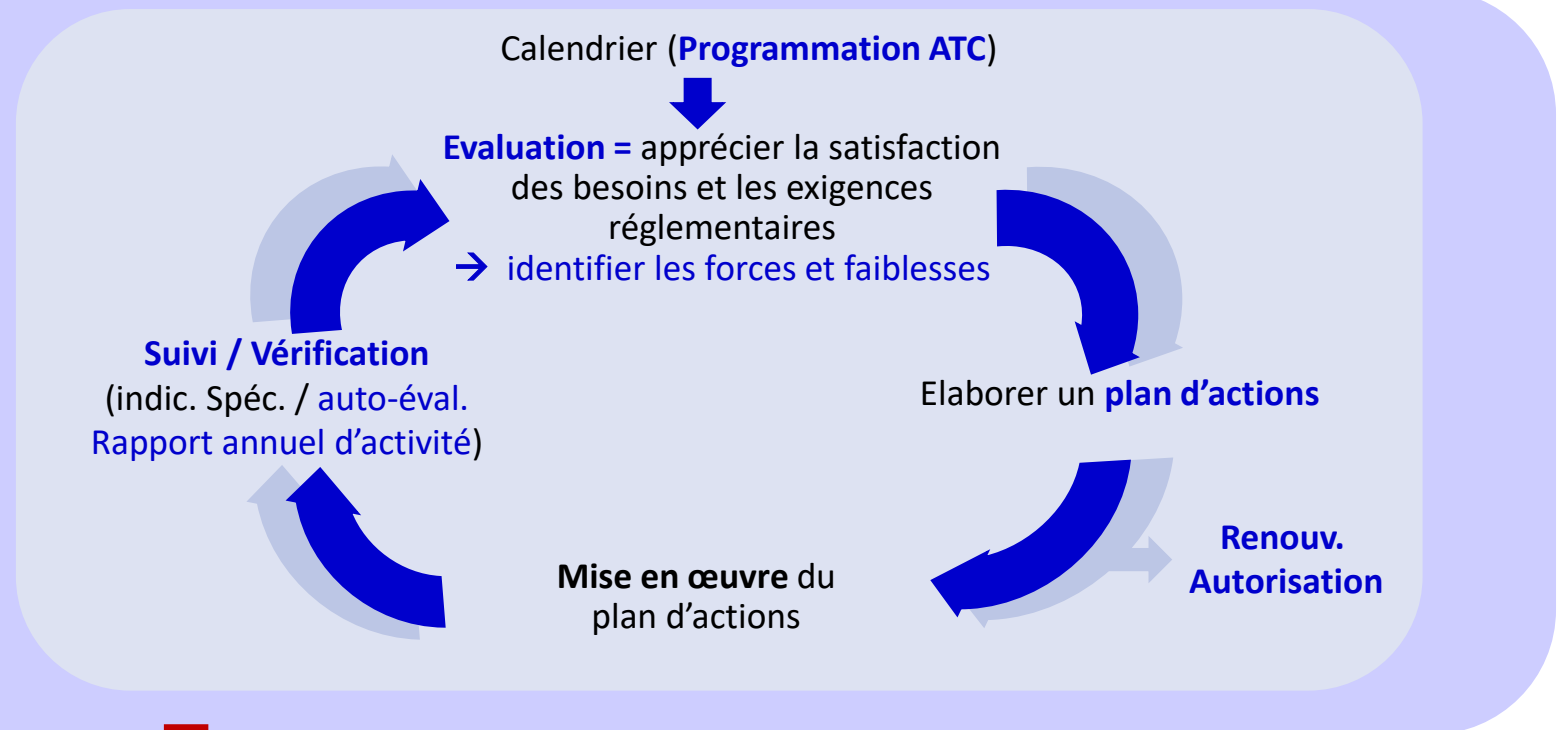
## LE PROCESSUS DES ÉVALUATIONS VISE À UNE AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ-2

### L'amélioration continue de la Qualité et le processus des Evaluations en ESMS

#### Adaptation de la Roue de Deming



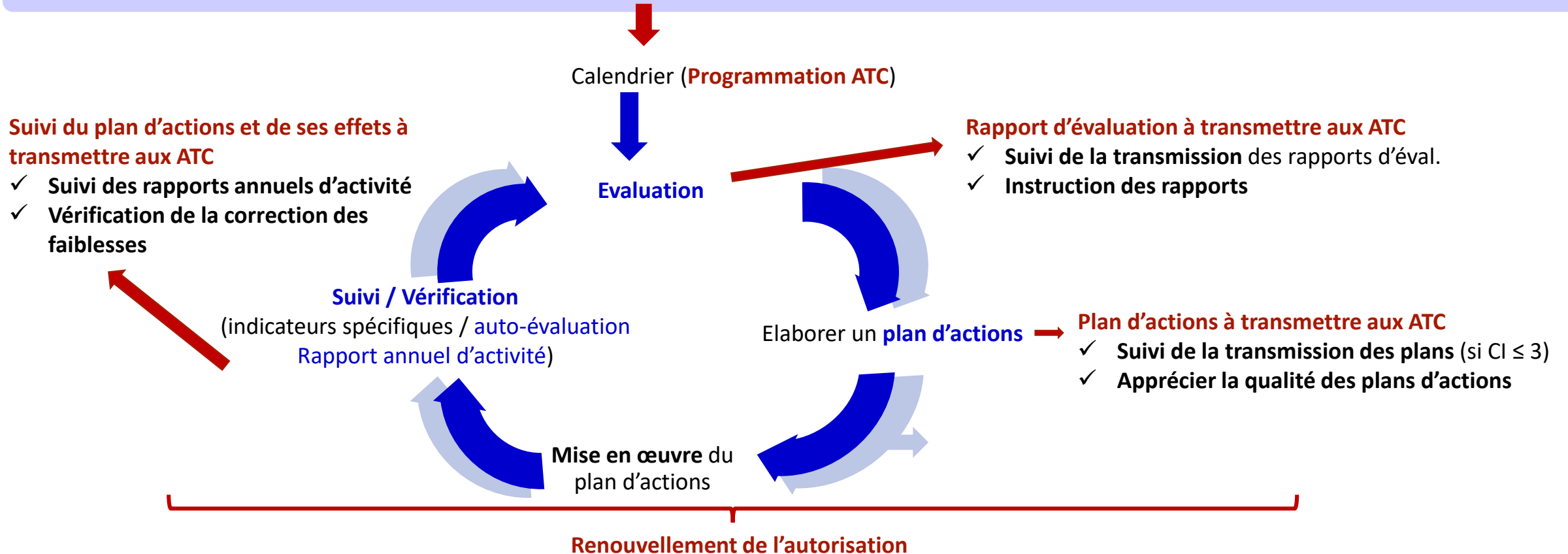
=



#### Enjeux :

- ✓ Le **renouvellement de l'autorisation** (L313-1 CASF: « *Le renouvellement est notamment subordonné aux résultats des Évaluations...* »)
- ✓ **L'attractivité de l'ESMS** (décret à venir rendant disponible au « grand public » une synthèse des résultats des évaluations)

La réglementation prévoit la transmission des informations aux ATC à chaque étape du processus



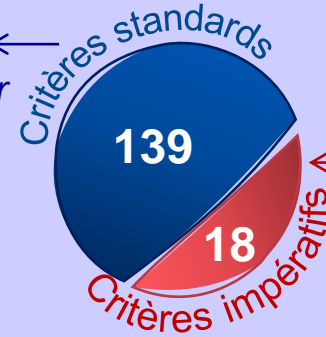
- Engagement fort de l'ARS ARA dans ce processus
- Utilisation de l'ensemble de ces éléments pour définir les actions à conduire auprès des ESMS (webinaire «HAS» du 26/06/2024)

## ARS ARA : UN SI DEDIE A L'INSTRUCTION DES RAPPORTS OPERATIONNEL

### Processus HAS :

- Un référentiel national commun à tous les ESMS
- 157 critères avec 2 niveaux d'exigences
- Chaque critère reçoit une cotation de 1 à \* (5 dans notre SI)

Seuil HAS = cotation  $\leq$  2, pas d'obligation d'élaborer un plan d'actions



Doivent être totalement satisfaits = **Obligation de transmettre un plan d'actions** (avec le rapport) si cotation  $\leq$  3



### En ARA, un Système d'Information dédié à l'instruction des rapports d'évaluation opérationnel depuis mi-mai 2024

#### 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

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

Niveau d'exigence (Impératif, standard)		Cotation	Élément évalué
Impératif		Plusieurs sélections	Tout
Cotation - 2023		Élément 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  $\leq 3$

#### 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 ( $\leq 12$  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)

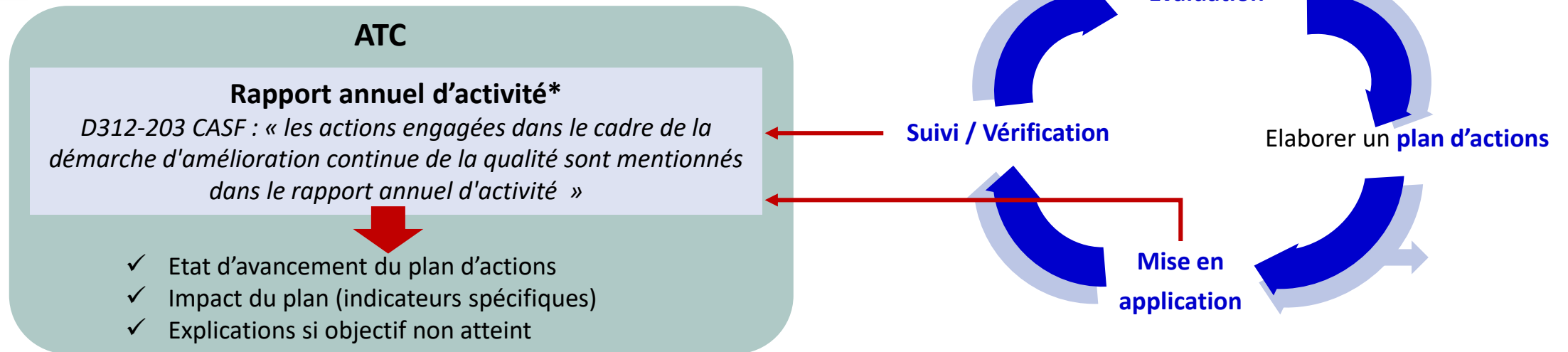
##### Demande ARS :

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

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

#### Mise en application





**L'atteinte des objectifs spécifiques ou les avancées dans le rapport annuel d'activité sont prises en compte dans les décisions des actions à conduire par les ATC (ex: renouv. d'autorisation)**

Ex : une évaluation réalisée 4-5 ans avant le renouvellement → les améliorations **effectives** réalisées avant l'échéance d'autorisation ne sont plus à considérer comme « déficientes » pour le renouvellement

#### 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'analyse des 76 premiers rapports reçus a servi de base pour définir l'approche et notamment les seuils permettant de différencier les ESMS en groupes.
- ✓ Approche confirmée par une analyse complémentaire réalisée sur 158 rapports

**Différenciation en 4 groupes sur la base de :**

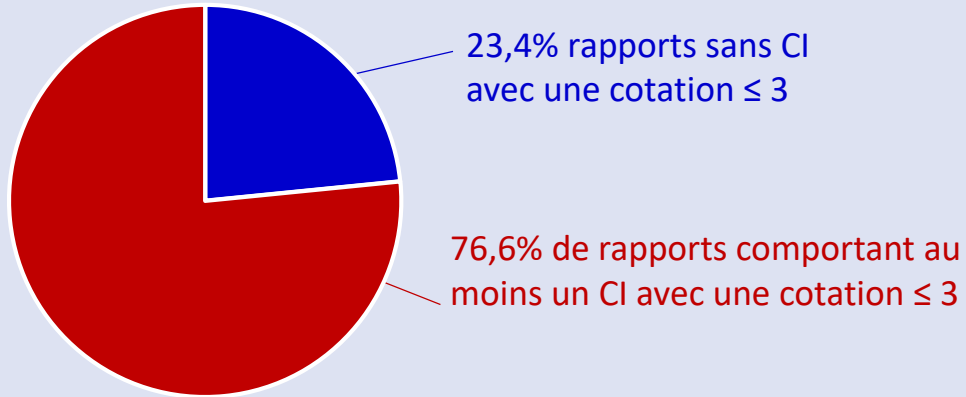
- ✓ L'analyse du rapport d'évaluation
- ✓ L'appréciation de la Qualité du plan d'actions (demande de l'ARS de disposer d'un plan d'actions de qualité « satisfaisant »)
- ✓ L'avancée du plan d'actions (atteinte de l'objectif du plan d'actions sur 1 critère = amélioration effective de la qualité sur ce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



Qualité des prises en charge	% des rapports	ESMS <i>sans</i> renouv. autorisation proche	ESMS <i>avec</i> renouv. autorisation proche
Qualité très satisfaisante et satisfaisante	60	Attente prochaine évaluation	Renouv. autorisation
Qualité moyennement satisfaisante	25	Suivi	Renouv. Auto. + Suivi
Qualité plutôt <b>PEU</b> satisfaisante	4-7	Suivi rapproché	Renouv. Auto. + Suivi rapproché
Qualité <b>NON Satisfaisante</b>	4-7	<b>Concertation DA/DD (CD) → Décision ATC</b>	

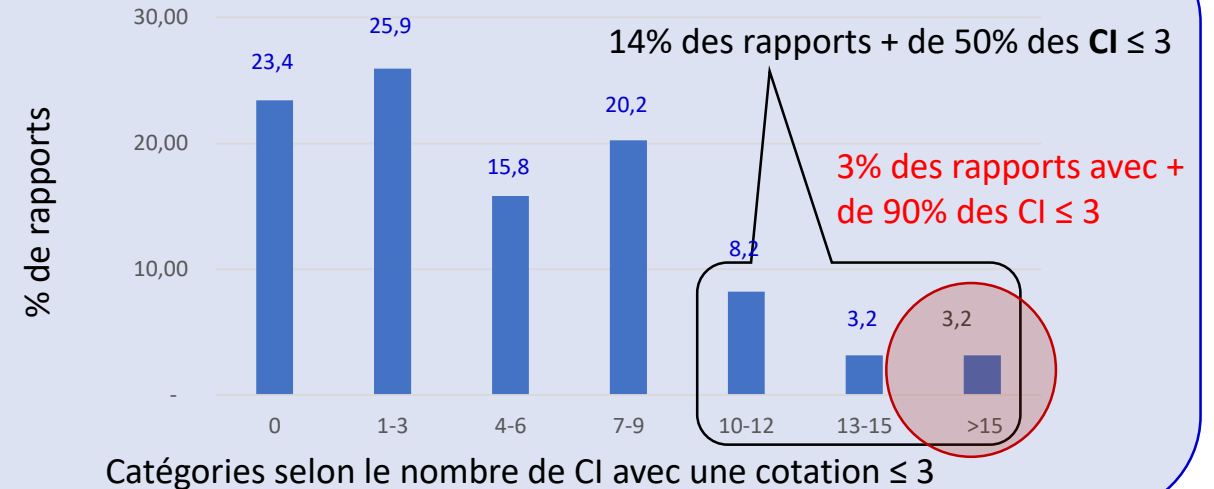
Focus sur les Critères impératifs (CI)

Nombre de rapports avec ou sans CI avec cotation  $\leq 3$



Médiane = 4 CI  $\leq 3$

% de rapports selon le nb de critères impératifs avec cotation  $\leq 3$



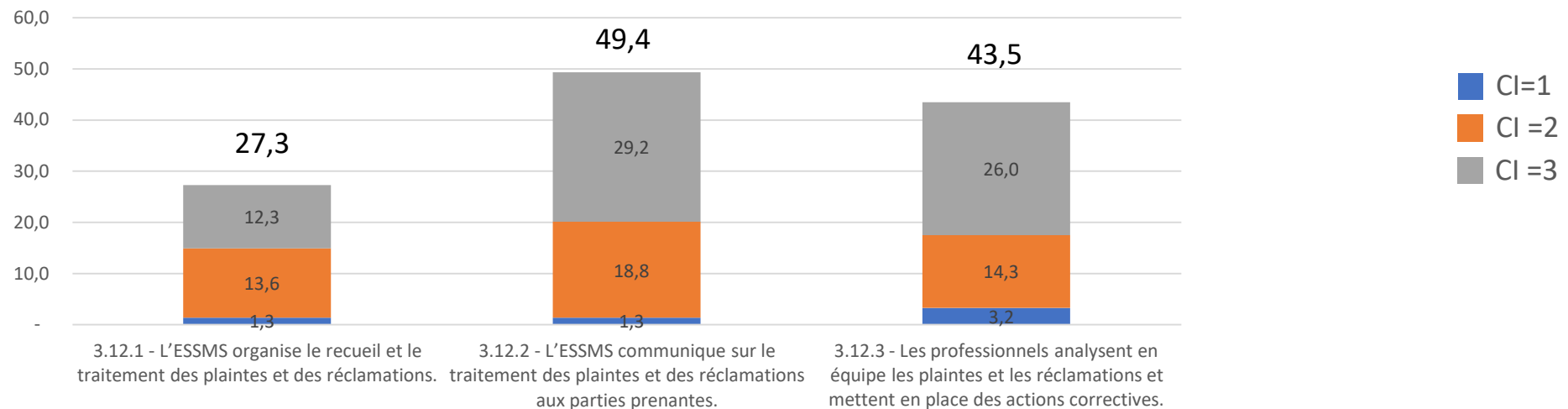
- ✓ Environ  $\frac{3}{4}$  des rapports comportent au moins un CI avec une cotation  $\leq 3$  (% similaire aux données HAS)
- ✓ 50 % des rapports ont plus de 4 CI avec une cotation  $\leq 3$
- ✓ 3% des rapports avec la quasi-totalité des CI avec une cotation  $\leq 3$

- ➔ Les rapports avec un grand nombre de CI  $\leq 3$  interrogent quant à la qualité et la sécurité des prises en charges.
- ➔ **DOCTRINE ARS : Priorité à l'amélioration des CI « déficients »** (pour ce 1<sup>er</sup> cycle d'évaluation), **avant élargissement des exigences.**
- ➔ Un fois les déficiences sur les CI résolues, un travail sur les critères standards avec une cotation  $\leq 2$  est à engager (en anticipation de l'élargissement de ces exigences)

Résultats issus de l'analyse des 158 premiers rapports intégrés dans le SI

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

% des rapports avec au moins 1 des 3 Critères Impératif  $\leq 3$  : **56,3**

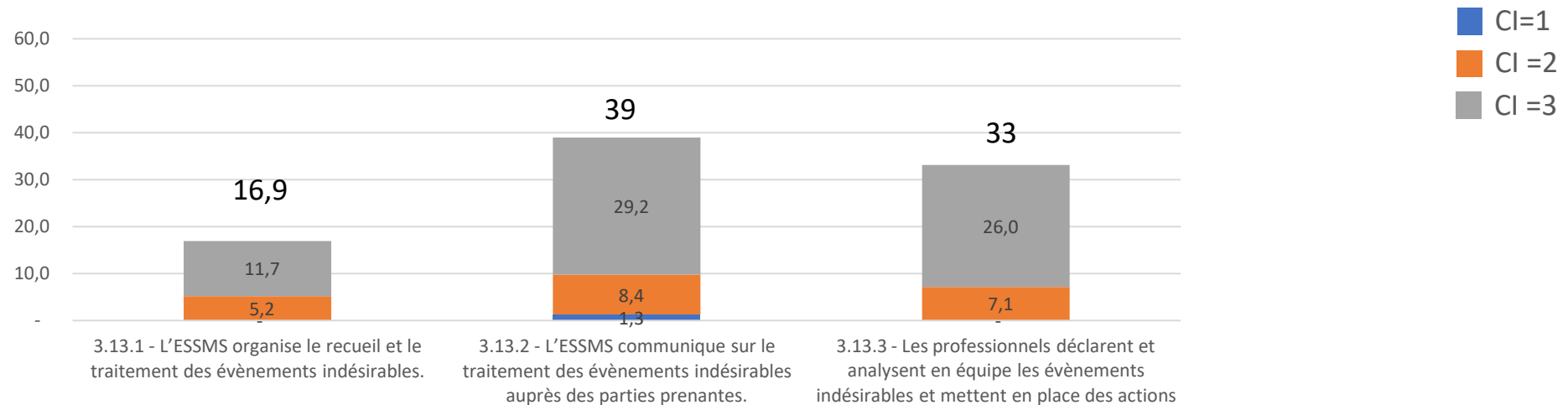


- **22,2%** des rapports ont les 3 CI de cet Objectif  $\leq 3$  (16,5% pour 2 CI)

Résultats issus de l'analyse des 158 premiers rapports intégrés dans le SI

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

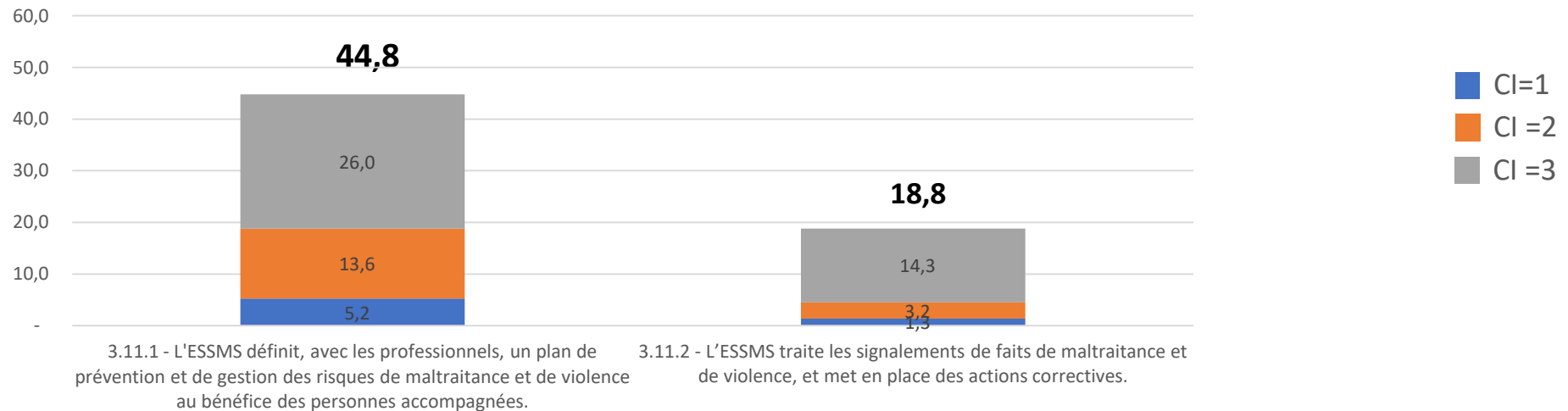
% des rapports avec au moins 1 des 3 Critères Impératif  $\leq 3$  : **49,4**



- **11% des rapports ont les 3 CI de cet Objectif  $\leq 3$  (14,6% pour 2 CI)**

### Objectif 3.11 : L'ESSMS définit et déploie son plan de prévention des risques de maltraitance et de violence.

% des rapports avec au moins 1 des 2 Critères Impératif  $\leq 3$  : **46,8**



- **Objectif avec les taux les plus élevés de critères impératifs à 1**
- **15,2% des rapports ont les 2 CI de cet Objectif  $\leq 3$**

Le processus des évaluations en ESMS est l'exemple pratique de l'importance d'établir une **véritable politique qualité & gestion des risques pérenne**

- ✓ La mise en œuvre par les ESMS d'une **démarche d'amélioration continue de la qualité est l'objectif du processus des évaluations**
- ✓ **Enjeux / apports pour l'ESMS :**
  - Le **renouvellement de l'autorisation** (L313-1 : « Le renouvellement est notamment subordonné aux résultats des Évaluations... »)
  - **L'image de marque / l'attractivité** de l'ESMS (décret à venir rendant disponible au « grand public » une synthèse des résultats des évaluations)
  - Outil d'amélioration des **relations entre l'ESMS et les personnes accompagnées** (+ entourage) et ses partenaires
  - Outil de management : **levier de mobilisation des professionnels** autour d'un objectif global porteur de sens



- ✓ **Une démarche sur le long terme** (rappel 157 critères évalués...) qui doit s'envisager de manière progressive :
  - Se concentrer sur quelques priorités plutôt que de se fixer des objectifs trop ambitieux au risque de ne pas pouvoir les atteindre.
  - Priorité pour ce 1<sup>er</sup> cycle d'évaluation : **les critères impératifs**
  - Dans les prochains cycles d'évaluation, les **attendus seront élargis à des critères standards**.



Requiert une bonne organisation et une animation de la démarche  
→ **Intérêt du référent Qualité**

Les résultats obtenus témoignent de difficultés des ESMS pour atteindre un niveau « suffisamment satisfaisant » (cotation  $\leq 3$ ) sur l'ensemble de critères impératifs (la priorité pour ce 1<sup>er</sup> cycle d'évaluation).

→ Un travail à réaliser dans une large majorité d'ESMS pour améliorer ces critères

→ Pour aider les ESMS dans ce travail, **une mission de soutien aux ESMS de la région a été confié au CEPPRAAL :**

- **Webinaires d'information** sur des thématiques de la démarche qualité-gestion des risques (décryptage des critères et des attendus, méthodologie...)
- **Animation d'un groupe régional d'échanges des référents qualité** en ESMS (apport de connaissances, d'outils, favoriser les retours d'expérience et les échanges entre référents permettant d'identifier de « bonnes pratiques » et les transposer...)



### Site de la HAS :

- [Comprendre la nouvelle évaluation](#)
- [Mettre en œuvre l'évaluation](#)
- [Le référentiel d'évaluation de la qualité](#)
- [Le manuel d'évaluation de la qualité](#)
- [Le cahier des charges des organismes évaluateurs](#)
- Un système d'information spécifique : SYNAE :
  - [Synaé - conduite d'une évaluation](#)
  - [Synaé - création de comptes](#)
  - [Synaé - autoévaluation](#)
  - [Synaé - dépôt d'un document par les organismes accrédités](#)
  - [Liste des organismes autorisés pour réaliser l'évaluation des ESSMS](#)
- [Evaluation de la Qualité des ESSMS : 1<sup>er</sup> bilan 2023](#)

### Site du CEPPRAAL :

- [La réglementation](#)
- [Les ressources HAS](#)
- [Les outils](#) dont en libre accès la fiche mémo "[circuit du médicament](#)" – (3.6.2), co-rédigée Resomedit / Forap
- [Notre accompagnement](#)

### Site de L'ARS ARA :

- [Évaluation de la qualité dans les Établissements et services sociaux et médico-sociaux \(ESSMS\)](#)
- Webinaire « Evaluations en ESMS » co-organisé par la HAS, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, le CREA Auvergne-Rhône-Alpes et le CEPPRAAL
  - [le programme du webinaire](#)
  - [le support de présentation.](#)
  - [le replay du webinaire "Evaluation en ESSMS" du 26 juin 2024](#)
- Arrêtés de programmation des évaluations par département
  - Secteur personnes âgées
  - Secteur personnes en situation de handicap
- [Procédure de transmission des rapports d'évaluation à l'ARS ARA](#)

# Rapport HAS sur les EIGS (septembre 2024)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

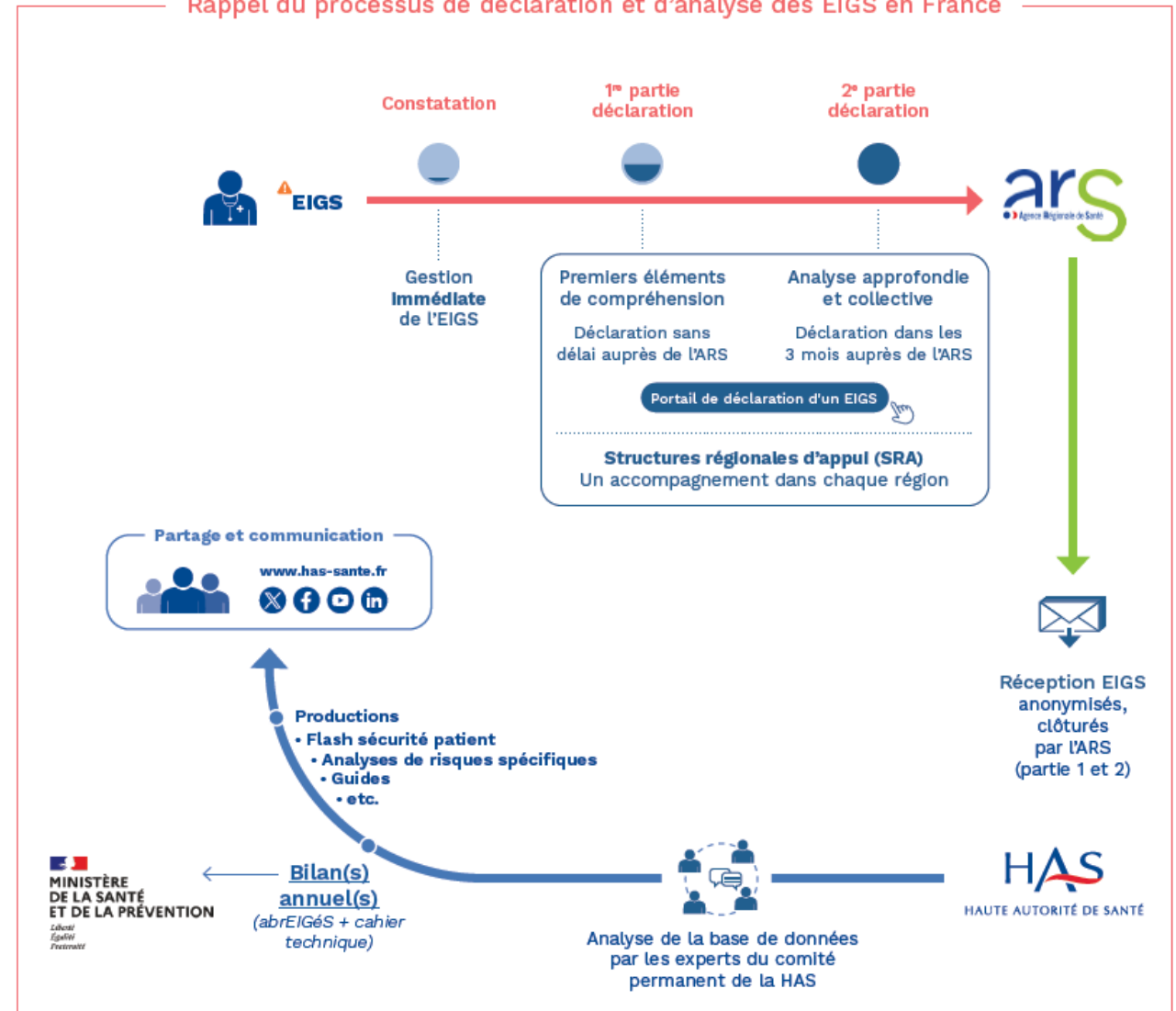
**MESURER**  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT**      **Cahier technique**

Annexe du rapport des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) 2023

## Rappel du processus de déclaration et d'analyse des EIGS en France



# Rapport HAS sur les EIGS (septembre 2024)

- **Lien :** [Haute Autorité de Santé - Évènements indésirables graves associés aux soins \(EIGS\) : rapport annuel 2023](#). (EIGS = 2023).
  
- **Chiffres marquants : origines, secteurs d'activité, déclarants**
  - National : 4083 (+71%, N-1).
  - 648 en **Auvergne-Rhône-Alpes** (+47%, N-1). La région ARA représente **16% des EIGS**.
  - 77% en établissement de santé (75%, N-1).
  - **17,5% en ESMS (secteur PA : 15% et secteur PH : 2,4%)**.
  - Personnes déclarantes : structures (58,6%), professionnels de santé (18,4%), autres professionnels (17,3%), paramédicaux (5,6%).
  - Délais de traitement : stabilité (9 jours <survenue EIGS et volet 1> ; 91 jours <analyse entre volets 1 et 2> ; 35 jours <volet 2 et clôture ARS>). Temps total 195 jours (191 jours, N-1) : <constat EIGS et clôture ARS>.
  
- **Caractéristiques :**
  - Décès : 49% des EIGS.
  - Population : 58% des personnes ont +60 ans (56%, N-1).
  - Nature des soins impliqués : 81% à but thérapeutique (79%, N-1).
  - Prise en charge programmée : 45% des EIGS (43%, N-1).
  - Complexité de prise en charge : 61% des EIGS.
  - Évitable : 48% des EIGS (51%, N-1).

# Rapport HAS sur les EIGS (septembre 2024)

## ■ Qualité des analyses :

- Effectuées majoritairement en interne, mais : 9% des déclarants ont besoin d'une analyse externe et 33% des déclarants font appel à un appui externe.
- Méthodologie : 75% des déclarations font appel à la méthodologie ALARM ou RMM (72%, N-1).
- Analyse approfondie correctement réalisée : 54% (48%, N-1), et pour région ARA : 53%. Seules 4 régions ont >60% (Guadeloupe, Pays de la Loire, Normandie, Bretagne).
- Pertinence des déclarations : 88% (86%, N-1).

## ■ Qualité de la gestion :

- Gestion immédiate : 89% des EIGS.
- Causes de l'EIGS immédiates identifiées : 78% (76%, N-1).
- Causes identifiées dans volet 2 (méthode ALARM) : par ordre décroissant : facteurs liés au patient/résident, tâches à accomplir, environnement du travail, équipe, organisation et management, contexte institutionnel.
- Barrières immédiates identifiées qui ont fonctionné : 51,5% (48,5%, N-1).
- Maîtrise de l'EIGS lors déclaration volet 1 : 95% des EIGS.
- Plans d'actions : 96% des EIGS, et suivi dans le temps du plan d'actions pour 90% des EIGS.



# Fiche pratique CVS

- 1 des 7 outils de la loi 2002-2
- Réforme par le décret 2022-688 du 25 avril 2022

MESURER & AMÉLIORER LA QUALITÉ

FICHE

## L'obligation de mise en place d'un conseil de la vie sociale (CVS)

Précisions réglementaires et méthodologiques

Cible : Organismes - ESSMS

Validée par la CSMS le 27 juin 2024

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/fiche\\_pratique\\_-\\_obligation\\_de\\_mise\\_en\\_place\\_dun\\_cvs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/fiche_pratique_-_obligation_de_mise_en_place_dun_cvs.pdf)

- Publiée dans le cadre du dispositif d'évaluation
- Vise à préciser
  - la liste des catégories d'ESSMS concernées par l'obligation de mettre en place un CVS
  - les modalités d'évaluation lorsqu'une structure n'a pas satisfait à cette obligation





# Fiche pratique CVS



- Le CVS est la forme de participation permettant de garantir au mieux le droit à la participation des personnes accompagnées
- Le non-respect d'une obligation réglementaire, telle que la mise en place d'un CVS, doit systématiquement figurer dans les éléments commentés par l'évaluateur
- Les ESMS sont soumis à la réglementation relative à la composition, au fonctionnement et aux attributions du CVS (décret 25 avril 2022)

Contexte	Cotation des critères de l'objectif 1.5	Cotation des éléments d'évaluation de la grille CVS
L'ESSMS n'a pas mis en place de CVS et a fourni un PV de carence. Une autre forme de participation collective a été mise en place.	Cotation réalisée sur la base de la démarche participative mise en place (cotation à 2 en cas de PV de carence datant de plus de 3 ans)	Cotation réalisée sur la base des éléments de réponse des membres de l'instance de participation mise en place (impossibilité de coter « étoile »)
L'ESSMS n'a pas mis en place de CVS et a fourni un PV de carence. Aucune autre forme de participation collective n'a été mise en place.	Cotation à 2 du fait de la non mise en place d'une démarche participative (cotation à 1 en cas de PV de carence datant de plus de 3 ans)	Cotation à 1 en l'absence d'interlocuteurs
L'ESSMS n'a pas mis en place de CVS et n'a pas fourni de PV de carence. Une autre forme de participation collective a été mise en place.	Cotation à 1	Cotation réalisée sur la base des éléments de réponse des membres de l'instance de participation mise en place (impossibilité de coter « étoile »)
L'ESSMS n'a pas mis en place de CVS et n'a pas fourni de PV de carence. Aucune autre forme de participation collective n'a été mise en place	Cotation à 1	Cotation à 1 en l'absence d'interlocuteurs

*Indication relative à la cotation d'une évaluation portant sur un ESSMS n'ayant pas satisfait à son obligation de création d'un CVS*



# Fiche pratique cotation

MESURER & AMÉLIORER LA QUALITÉ

FICHE

## Le système de cotation du dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS

Précisions méthodologiques

9 octobre 2024

- Publiée dans le cadre du dispositif d'évaluation
- Vise à préciser les modalités de mise en application du système de cotation
- Vise à harmoniser les pratiques des organismes évaluateurs

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-10/fiche\\_pratique\\_-\\_le\\_systeme\\_de\\_cotation\\_du\\_dispositif\\_devaluation\\_de\\_la\\_qualite\\_des\\_essms.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-10/fiche_pratique_-_le_systeme_de_cotation_du_dispositif_devaluation_de_la_qualite_des_essms.pdf)





Tableau 2 : Grille d'évaluation du chapitre 2 - Les professionnels

Cotation	Situation par rapport aux attendus (cumulatifs) <sup>3</sup>	Éléments de preuve	Illustration <sup>4</sup> <i>Critère 2.1.3 – Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au questionnement éthique</i>
<b>1</b> Pas du tout satisfaisant	Les professionnels ne connaissent pas, ne peuvent pas définir et n'ont pas déployé le critère évalué.	Aucun élément de preuve n'est présenté par les professionnels.	Les professionnels ne sont pas sensibilisés et/ou formés aux questionnements éthiques, ils n'ont pas la capacité d'en donner une définition ou un exemple.
<b>2</b> Plutôt pas satisfaisant	Les professionnels connaissent, définissent, et déploient partiellement le critère évalué. Les pratiques sont spontanées, individuelles et/ou empiriques (absence de traçabilité d'une organisation structurée). Les actions déployées sont tracées de manière irrégulières et/ou partielles (compte-rendu de réunions, transmissions, dossier de la personne accompagnée ou du salarié etc.).	Les éléments de preuve présentés sont : - obsolètes (non prise en compte de l'évolution des besoins du public, de la réglementation ou des bonnes pratiques) ; - à jour et diffusés, mais ne sont pas mis en application par les professionnels.	Plusieurs professionnels sont informés des enjeux liés aux questionnements éthiques, quelques-uns ont la capacité d'en donner une définition ou un exemple.  Aucun élément n'atteste d'un processus généralisé de sensibilisation et/ou formation aux questionnements éthiques.
<b>3</b> Plutôt satisfaisant	Les professionnels connaissent, définissent, planifient et déploient le critère évalué. Les pratiques sont collectives (organisation structurée). Les actions déployées sont tracées (compte-rendu de réunions, transmissions, dossier de la personne accompagnée ou du salarié etc.).	Les éléments de preuve présentés sont : - à jour, diffusés, appropriés et partiellement mis en application ; - réévalués de manière irrégulière et/ou non ou partiellement adaptés le cas échéant.	L'ensemble des professionnels sont formés et sensibilisés aux questionnements éthiques, ils ont la capacité d'en donner une définition commune ; Des éléments de preuve attestent de la mise en place du processus de sensibilisation et/ou formation (plan de formation, feuilles d'émergence signées etc.).
<b>4</b> Tout à fait satisfaisant	Les professionnels connaissent, définissent, planifient et déploient le critère évalué. Les pratiques sont collectives (organisation structurée), systématisées, évaluées et réajustées sur la base d'indicateurs pertinents dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Les actions déployées sont systématiquement tracées (compte-rendu de réunions, transmissions, etc.).	Les éléments de preuve présentés sont : - à jour, diffusés, appropriés et systématiquement mis en application ; - régulièrement réévalués et adaptés le cas échéant.	Les professionnels sont systématiquement sensibilisés et/ou formés aux questionnements éthiques ils ont la capacité d'en donner une définition commune. Des éléments de preuve attestent de la mise en place du processus de sensibilisation et/ou formation (plan de formation, analyse des pratiques, colloques, partenariat avec centres éthiques régionaux feuilles d'émergence signées, etc.). Les actions sont suivies dans le plan d'action qualité.
<b>Etoile (*)</b> Optimisé	Les actions mises en place vont au-delà des attendus réglementaires et de bonnes pratiques professionnelles selon le type d'ESSMS. Et/ou démarche innovante, actions remarquables reconnues sur le territoire présentant une plus-value pour l'accompagnement de la personne, valorisation de l'exercice de l'autodétermination etc. Et/ou développement d'une culture apprenante (formations, sensibilisation plus importante sur un sujet), identification d'un référent, etc.	Tout élément de preuve permettant de justifier la mise en œuvre de l'action conduisant à une cotation étoile.	Les professionnels sont par exemple associés aux travaux des comités locaux du travail social et du développement social (CLTSDS) sur la question de l'éthique dans le travail social. Des professionnels participent à la publication d'un article sur un sujet sous le prisme de l'éthique.



# Fiche pratique cotation

## Zoom sur le Plan d'Action Qualité (PAQ)

La formalisation d'un plan d'action qualité à l'issue du processus d'évaluation permet à l'ESSMS de :

- 1 – **Planifier** les actions à mettre en place à court, moyen et long terme ;
- 2 – Identifier des pilotes pour **déployer** les actions au sein de l'ESSMS ;
- 3 – **Contrôler** l'atteinte des objectifs pour chaque action réalisée, selon une temporalité et des indicateurs définis a priori ;
- 4 – Définir et mettre en place des actions **d'amélioration** si les objectifs ou effets attendus ne sont pas atteints ;
- 5 – Réactualiser le PAQ dans une démarche **d'amélioration continue**.



# Fiche pratique cotation

## **Zoom sur la phase d'observations de l'ESSMS**

La procédure d'évaluation prévoit que l'ESSMS dispose, à compter de la réception du pré-rapport d'évaluation, d'un mois pour formuler ses observations via la plateforme Synaé et les retourner à l'organisme. Il s'agit d'une phase très importante qui permet la mise en application du principe du contradictoire. Toutes les observations renseignées par l'ESSMS figurent dans les rapports d'évaluation et sont visibles des autorités de tarification et de contrôle (ATC).

Les évaluateurs doivent traiter et analyser l'ensemble des observations et faire mention dans le rapport des raisons pour lesquelles les observations ont conduit ou non à une évolution de la cotation, et ce en modifiant les commentaires.

Seules les observations faites par l'ESSMS peuvent faire l'objet d'une modification du rapport. Le pré-rapport doit donc être relu attentivement avant envoi. De plus, l'analyse documentaire ne peut prendre en compte des documents produits après la visite sur site.



# Temps d'échanges





# Apports méthodologiques

Rôle et missions du référent qualité en ESMS



# CHECK-LIST DES RÔLES ET MISSIONS PRINCIPALES DU REFERENT QUALITE EN ESSMS



Ce document est une aide à la définition des missions d'un référent qualité\*.  
Il est à destination des Directions lors de son embauche ou de sa désignation.  
\* Référent Qualité ou Chargé de mission Qualité ou Responsable Qualité

Cette liste est non exhaustive ; vous avez bien entendu la possibilité :

- ✓ de cocher les rôles et missions retenus,
- ✓ d'ajouter les missions supplémentaires confiées au référent qualité,
- ✓ d'adapter les missions aux ressources et à l'organisation de l'établissement / la structure.

Outil conçu par le groupe de travail « Médico-social » de la FORAP





## 6 missions principales

- Participe à la mise en place de la politique qualité & gestion des risques au sein de la structure
- Est un relais d'informations entre les professionnels du terrain et la direction de l'établissement et inversement.
- Coordonne la démarche d'évaluation HAS des ESSMS
- Est garant des outils mis en œuvre en lien avec la démarche qualité et gestion des risques
- Contribue à la gestion des risques de l'établissement
- Contribue à assurer une démarche qualité et gestion des risques pérenne et conforme

# Participe à la mise en place de la politique qualité & gestion des risques au sein de la structure :


- Contribue à la définition et à la rédaction de la politique qualité



- Contribue à l'élaboration du Programme de l'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ)

- Participe aux différentes instances





# Est un relais d'informations entre les professionnels du terrain et la direction de l'établissement et inversement

- Anime des groupes de travail sur différentes thématiques en lien avec la qualité ou les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP)
- Participe avec les professionnels à la mise en place d'évaluations des pratiques professionnelles
- Forme / sensibilise les professionnels à la démarche qualité
- Communique sur la démarche qualité aux professionnels



# Coordonne la démarche d'évaluation HAS des ESSMS

- Met en place une démarche d'Auto-évaluation
- Sensibilise les équipes / professionnels à l'évaluation
- Communique auprès des professionnels, des membres du CVS, des personnes accompagnées ...
- Appuie la sélection de l'organisme accrédité (document de mise en concurrence, commission de sélection, interlocuteur privilégié...)
- Participe à l'évaluation



# Est garant des outils mis en œuvre en lien avec la démarche qualité et gestion des risques

- Met en place des audits/évaluations – amélioration des pratiques et en assure le suivi
- Contribue à la réalisation des enquêtes de satisfaction et en assure le suivi
- Assure un suivi des plaintes et réclamations
- Est en charge de la gestion documentaire (GED)





# Contribue à la gestion des risques de l'établissement

- Met en place une analyse de la gestion des risques à priori (en équipe pluridisciplinaire)
- Contribue au suivi de la gestion des risques à postériori



# Contribue à assurer une démarche qualité et gestion des risques pérenne et conforme

- Réalise une veille réglementaire et une veille médico-sociale



# Le référent qualité en ESSMS

**Afin de pouvoir accomplir ses missions,  
il doit nécessairement être soutenu par la gouvernance.**





# Temps d'échanges





# Les prochains rendez-vous

- Webinaire « Mettre en œuvre une démarche qualité-gestion des risques en ESMS »
  - 19/12/2024 10h-12h
  
- Calendrier 2025 du groupe d'échanges des référents qualité
  - 17 Mars 2025 14h-16h
  - 16 Juin 2025 14h-16h
  - Novembre 2025 – date à définir



# Contacter le CEPPRAAL

[www.ceppraal-sante.fr](http://www.ceppraal-sante.fr)

[contact@ceppraal-sante.fr](mailto:contact@ceppraal-sante.fr)

04 72 11 54 60

## EIGS

[eigs.aura@ceppraal-sante.fr](mailto:eigs.aura@ceppraal-sante.fr)

 @ceppraal

 @ceppraal

