

EVALUATION H.A.S.  
DANS LES ESSMS  
Une année pour se préparer



Le  
Constituer un COP

PLAN D'

A court

Identifier des ax

ÉLÉ  
DE

La

Les identifier,  
prévoir la mise

POLITIQUE Q  
& GESTION

Le suivi  
Identif  
sur c

MAI

JUIN

JUIL

LUATION  
R SITE

n  
on du pré-  
s, la communication  
ux autorités de tutelle

PRÈS  
TION

sable  
aluation  
gement

TION  
ION

es  
ar le cahier des charges,  
les critères de choix, SYNAE


# BIENVENUE !

Je suis ravie de partager ce document avec vous ! Il recense des informations et astuces pour vous aider à préparer l'évaluation H.A.S.

Je vous propose ce document, fruit de mon expérience en tant que responsable qualité, évaluatrice au sein d'un cabinet accrédité et accompagnatrice de directions et de professionnels d'ESSMS.



**Vous souhaitez en savoir plus** [www.coccl-coaching.fr](http://www.coccl-coaching.fr)

**contactez-moi :** 07 66 52 87 16 - [cecile@coccl-coaching.fr](mailto:cecile@coccl-coaching.fr) -  Cécile BRIALIX

PARTIE 1

# ÉTAPE PAR ÉTAPE





# S'INFORMER, SE PRÉPARER

## SE PRÉPARER

Réunir les informations auprès des différents réseaux professionnels auxquels vous appartenez

Profitez des retours d'expériences de ceux qui ont "essuyé les plâtres"

Identifier les défis et les opportunités pour la ou les structures concernées par le périmètre de l'évaluation : CPOM, Dispositif, Politique qualité et gestion des risques, participation des personnes accompagnées, ...

Identifier les enjeux managériaux de la démarche d'évaluation

Consulter les sites internet des cabinets d'évaluation et notamment leurs références dans votre secteur (liste des cabinets accrédités sur le site de la H.A.S.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/liste\\_des\\_organismes\\_autorises\\_pour\\_l\\_evaluation\\_des\\_essms.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/liste_des_organismes_autorises_pour_l_evaluation_des_essms.pdf)

## PRÉPARER LES ÉQUIPES

Expliciter la démarche d'évaluation auprès de tous

Intégrer la politique qualité de la structure

Communiquer avec le COPIL qualité, en constituer un éventuellement

Octroyer/ planifier des temps pour que les professionnels s'approprient le référentiel, se familiarisent avec le vocabulaire (par exemple le jeu « la boîte de l'éval »)

Identifier les éléments de preuve, les mettre à jour, les partager

Réaliser l'auto-diagnostic

Informar toutes les étapes

## PRÉPARER LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

Présenter la démarche à tous, personnes accompagnées comme proches

Former les personnes accompagnées, et tout particulièrement les membres du C.V.S., (par exemple avec le jeu J'EVAL)

Réaliser l'auto-diagnostic

Informar à toutes les étapes

Être familier du vocabulaire permettra à chacun d'être réellement acteur



# CHOISIR LE CABINET ACCRÉDITÉ & L'ÉQUIPE D'ÉVALUATEURS

ÉTAPE  
2

La liste des cabinets accrédités par le COFRAC est disponible sur le site de la H.A.S. ou sur la plateforme SYNAE.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/liste\\_des\\_organismes\\_autorises\\_pour\\_l\\_evaluation\\_des\\_essms.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/liste_des_organismes_autorises_pour_l_evaluation_des_essms.pdf)

## DES MARQUEURS- CLÉS À VALIDER

en fonction des besoins et de  
la stratégie managériale de  
l'ESSMS

L'évaluation : un « **cran** » de la Dé-  
marche d'Amélioration Continue de  
la Qualité de la structure

Relation **partenariale**, une **posture  
d'écoute**, de **bienveillance**

L'**expertise-métier** et l'**expert-quali-  
té** : des équipes d'évaluateurs mixtes

Une **formation continue** des évalua-  
teurs

La **co-construction** de la préparation  
(organisation sur site, construction  
des plannings en fonction de l'orga-  
nisation du service, ...)

## ÉLABORER LE CAHIER DES CHARGES

Présentation de l'**organisme ges-  
tionnaire**

Présentation de la **structure**, le **péri-  
mètre de l'évaluation**

Les **enjeux** pour la structure :  
C.P.O.M., transformation de l'offre,  
création de dispositif

Les **enjeux internes de management**

Le calendrier, la ou les **date(s) d'éva-  
luation souhaitée(s)**

## **Idéal est de communiquer sur les critères de choix !**

Il est possible d'organiser des visios  
avec la « short list » pour questionner  
les propositions et prendre un pre-  
mier contact avec l'équipe suscep-  
tible d'intervenir dans la structure.

Les phases suivantes après le choix  
sont la **contractualisation** et de  
confier la mission sur SYNAE au ca-  
binet choisi.



# COMMUNIQUER SUR L'ÉVALUATION POUR ENGAGER LA PARTICIPATION !

Communiquer à tous, plusieurs fois, de différentes manières et de manière différenciée, c'est-à-dire communiquer avec toutes les parties prenantes de l'évaluation : les professionnels, leurs représentants, les personnes accompagnées et leurs aidants et l'ensemble des personnes concernées dans la structure (les fonctions-support, les professionnels libéraux) et aussi les professionnels qui sont présents sur « un tout petit » ETP ! Les partenaires pourquoi pas !



## POUR COMMUNIQUER

utiliser tous les moyens à disposition

Newsletter, site Internet, flyer

Réunions en présence des personnes accompagnées : le CVS, les différentes commissions de la structure (repas, travaux,...), les moments conviviaux, les activités,...

Les réunions avec les professionnels : CSE, réunions d'équipes, réunions institutionnelles

Les réunions de bureau, de Conseil d'Administration, l'Assemblée Générale

## COMMENT COMMUNIQUER

Communiquer en entonnoir : il n'est pas pertinent de tout dire à tout le monde, en même temps !

Progressivité de l'information : une nouvelle formule d'évaluation

**1. les informations générales** : les leviers sur lesquels s'appuie le référentiel : pouvoir d'agir de la personne, la réflexion éthique des professionnels, le respect des droits fondamentaux, l'approche inclusive des accompagnements...

**2. la temporalité**, tous les 5 ans

**3. avec un référentiel unique**, pour croiser les regards de la personne accompagnée, les professionnels et la gouvernance, les différentes méthodologies

**4. des critères spécifiques**, standards et impératifs et la traçabilité avec les éléments de preuve

**5.** Rencontrer les professionnels et partager des illustrations des attendus du référentiel, avec des pratiques vertueuses de la structure (ex : dans une MECS, un travail a été réalisé sur la liberté d'aller et venir et les enfants peuvent se rendre seuls, à pied, à l'école du village. D'autres exemples sur le droit à la dignité, à l'intégrité, ...).

**6.** Formation, information des personnes accompagnées en expliquant leurs rôles, les questions qui leur seront posées et l'objectif de l'évaluation : améliorer la qualité des prestations de l'établissement ou du service. La rencontre individuelle avec la personne accompagnée lors de l'évaluation dure de 30 à 45 minutes. Elle peut être accompagnée par un aidant ou une autre personne de son entourage.

L'enjeu principal est de communiquer et d'identifier les éventuels freins et incompréhensions, pour agir en amont.

**+** Objectif de la démarche : donner une image fidèle de la structure, de ses points forts comme ses points d'amélioration.



# LES CRITÈRES IMPÉRATIFS

Pour se préparer à l'évaluation, faire le point sur les outils, les procédures, qui en a connaissance, qui fait quoi et quand

## 18 CRITÈRES IMPÉRATIFS

qui représentent les attendus fondamentaux

Les droits fondamentaux et les libertés individuelles des personnes accompagnées

La stratégie de gestion du risque médicamenteux

Le plan de prévention et de gestion de la violence et de la maltraitance

Le plan de gestion de crise et de continuité de l'activité

La gestion des événements indésirables

La gestion des plaintes et des réclamations

**La cotation attendue : au minimum 4 !**

## POUR LES PROCÉDURES

Gestion des EI et EIG, y compris EIGAS le cas échéant

Gestion des plaintes et réclamations

Procédure d'accueil : remise des documents, information sur les droits, identification des lieux et des professionnels

Mise à jour des plans

Le circuit du médicament

## POUR LES OUTILS

A minima les outils de la loi 2002 en version accessible et disponibles à tous

Le DPO et les informations sur le RGPD

Le formulaire droit à l'image qui tient compte du RGPD

Le dossier unique de l'utilisateur informatisé

Différentes chartes : sur les données personnelles, la bientraitance, l'éthique ...

Le recueil du consentement : documents, démarche, traçabilité

Des lieux, espaces ou outils d'expression des personnes : CVS, commissions, questionnaires de satisfaction

« C'est où ? », « qui le fait ? » et « quand ? » sont des questions auxquelles les procédures répondent mais il est toujours très pertinent de prendre du temps pour « réviser » régulièrement.

**+** Pour sensibiliser aux **droits fondamentaux et libertés individuelles**, il est pertinent et efficace de proposer des interventions auprès de l'équipe **régulièrement** et travailler ce point avec les personnes accompagnées.  
Le jeu **#j'éval** est un excellent support ou encore le site **[www.capacite.net](http://www.capacite.net)**



# L'AUTODIAGNOSTIC

ÉTAPE  
5

Finie l'évaluation interne dans les ESSMS, mais vous pouvez en amont de l'évaluation sur site, réaliser l'autodiagnostic !  
Il n'est pas obligatoire mais vivement recommandé !

Il peut être réalisé sur SYNAE à partir de votre compte, et aussi sur d'autres supports comme AGEVAL par exemple.

## A QUOI VA VOUS SERVIR L'AUTODIAGNOSTIC ?

À engager, à rassurer les professionnels qui y participent, la gouvernance, voire les personnes accompagnées dans la démarche

À identifier les éléments de preuve, les mettre à jour ou les formaliser le cas échéant

À suivre la démarche d'amélioration continue de la qualité et faire le lien avec le précédent PACQ

Il n'existe pas de délai minimal ou maximal entre l'autodiagnostic et l'évaluation sur site. Il est, toutefois, recommandé de le mener de 6 mois à un an en amont de la première visite d'évaluation. Ce délai permet une prise de recul et du temps d'élaboration. Après cette première évaluation, l'autodiagnostic peut être annuel, par thématique, à mi-parcours, à la discrétion de la Direction.

## COMMENT FAIRE ?

Constituer un COPIL

Le COPIL (COmité de PILotage) est un groupe de travail qui est chargé de piloter l'autodiagnostic. Il peut être composé de représentants de la direction, des professionnels et des usagers de l'ESSMS.

Les séances de travail (5 à 6 demi-journées pour être exhaustifs) vont permettre d'identifier des écarts, les points forts et les éléments de preuve nécessaires et pertinents.

Former les membres du COPIL, notamment au travers d'outils ludo-pédagogiques comme « la boîte de l'éval » ou « j'éval »

À l'issue de l'autodiagnostic établir un plan d'actions, en y incluant les éléments de preuves à mettre à jour, à développer voire à créer. Pour les éléments de preuve en lien avec le chapitre 1, préparer les professionnels à aller rechercher les preuves dans le dossier des usagers (trace du consentement, du refus, du recueil de la douleur, ...)



## Pour aller plus loin

La Haute Autorité de santé (HAS) propose des ressources pour aider les ESSMS à réaliser leur autodiagnostic :

### Référentiel

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel\\_devaluation\\_de\\_la\\_qualite\\_essms.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf)

### Manuel d'évaluation

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/manuel\\_devaluation\\_de\\_la\\_qualite\\_essms.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/manuel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf)

### L'ensemble des outils complémentaires

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3323069/fr/mettre-en-oeuvre-l-evaluation-des-essms](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3323069/fr/mettre-en-oeuvre-l-evaluation-des-essms)

Pour plus d'informations, consulter le site internet de la HAS

<https://www.has-sante.fr/>





# LE PLAN D'ACTION

A l'issue de l'autodiagnostic : des écarts ont été repérés au niveau des critères impératifs, ou encore des éléments de preuve manquants, obsolètes, les professionnels appréhendent l'entretien individuel du chapitre 1 ..... L'évaluation a lieu dans 6 mois, il faut aller vite, donc on priorise et on réalise un plan d'actions à très court terme !

## PETIT RAPPEL

Dans un plan d'action on trouve des objectifs SMART

**Spécifique** : l'objectif doit être clair et précis.

**Mesurable** : il doit être possible de le mesurer.

**Atteignable** : il doit être réalisable avec les ressources disponibles.

**Réaliste** : il doit être conforme à la réalité.

**Temporel** : il doit être fixé dans le temps.

## ON IDENTIFIE D'ÉVENTUELS FREINS OU OBSTACLES

On utilise la méthode **QQOQCP** (Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi) pour son élaboration afin de ne rien oublier !

L'évaluation de ce plan d'action se fera par des indicateurs de réalisation (réalisé, partiellement réalisé, non réalisé). Il sera suivi par le pilote nommé qui assurera le compte-rendu de suivi chaque quinzaine à la direction (par exemple).

 Un exemple pour les critères impératifs page suivante



# EXEMPLE POUR LES CRITÈRES IMPÉRATIFS - FÉVRIER

ÉTAPE  
6

## AXE 1

### du plan d'actions

Mettre à jour les procédures sur ....et sur ... (à personnaliser) pour le 28/02- pilote : le responsable qualité conformément à la procédure des procédures !

Élaborer la procédure sur .....(à personnaliser) pour le 28/02- pilote : le responsable qualité conformément à la procédure des procédures !

Communiquer aux professionnels la procédure sur ....le .....- pilote : la cheffe de service, Mme S lors de la réunion de service du lundi 17/03

Communiquer aux familles, par courrier du chef de service, envoyé par la secrétaire le 20/03

Retrouver, avec le concours de l'ensemble des professionnels des éléments de preuve non identifiés au moment de l'autodiagnostic (courrier secrétariat, mail du chef de service, planning des professionnels ...), avant le 30/03

Conserver ces informations en vue de l'évaluation et les stocker dans un dossier spécifique « évaluation » sur le réseau, avant le 30/03

Elaborer un nouveau mode opératoire garantissant la traçabilité (ex : à partir d'aujourd'hui on trouve l'élément de preuve dans le dossier de l'utilisateur, à la date du courrier de la famille et sur le planning du chef de service ...) avant le 20/02- pilote : le responsable qualité

Communiquer ce nouveau mode opératoire au plus tard lors de la réunion du lundi 26/02 - pilote le chef de service

Tracer cette communication dans le compte-rendu de réunion - pilote : la secrétaire - le jour de la réunion concernée

### AXE 1 : les critères impératifs

Objectifs	Quoi ?	Qui ?	Quand ? Date limite	Comment ?	Indicateurs ?
Mettre à jour les procédures des critères impératifs	Réactualiser la procédure sur le traitement des plaintes et réclamations	Le responsable qualité	28/02/20XX	Conformément à la procédure des procédures : avec le COPIL qualité	Réalisation : oui / non

En 3 mois, il est possible de travailler sur la traçabilité mais difficilement sur des changements de pratiques donc si pour satisfaire à un critère impératif vous devez travailler sur les pratiques des professionnels il est préférable de réfléchir à un plan d'action à moyen terme, que vous communiquerez aux évaluateurs.

Établir un plan d'actions pour d'autres axes (éléments de preuve pour les chapitres 2 et 3, pour le chapitre 1, la préparation des professionnels)

 suite des différents axes page suivante



# EXEMPLE POUR LES CRITÈRES IMPÉRATIFS - FÉVRIER

ÉTAPE  
6

## AXE 2

Actions sur la formalisation des éléments de preuve pour les critères standards ou spécifiques – chapitres 2 & 3

**Les procédures :** mettre à jour ou programmer les réactualisations en fonction des situations

**Les temps de sensibilisation :** identifier les différents temps de sensibilisation existants, repérer où ils sont tracés (comptes-rendus de réunion d'équipe, plannings des professionnels, programmes (PPT, flyer, ...))

**Les différentes politiques :** RH, DACQ, ...

## AXE 3

Pour les éléments de preuve du chapitre 1

Dans le dossier de l'utilisateur, les professionnels vont devoir montrer aux évaluateurs différents recueils (consentement, refus, douleur, recueil des attentes, ...)

## AXE 4

Préparation / engagement de l'ensemble des professionnels

Informier et communiquer auprès des professionnels qui n'ont pas participé au COPIL sur les suites de l'autodiagnostic ...

## AXE 5

La vérification et la mise à jour des affichages

(droits des personnes, affichage de sécurité, risque infectieux, repérage des espaces, ...)



**Pour aider et rassurer les professionnels, préparer un tableau récapitulatif des éléments de preuve par thématique et par chapitre.**

**Il peut être communiqué ou encore mieux coconstruit, avec les professionnels qui seront interrogés sur ces thématiques.**



# LES ÉLÉMENTS DE PREUVE

## DIFFÉRENCIER LES ÉLÉMENTS DE PREUVE

Institutionnels, documents-socles : projet de service ou d'établissement, rapport d'activités, procédures...partagés et connus de tous

Dossiers de suivi des personnels, les plans de formations avec les programmes et la liste des participants

Des procédures spécifiques par type d'activité

Les éléments de preuve liés à la constitution et au suivi du dossier de l'utilisateur : DIPC, formulaires, projets personnalisés, bilans, comptes-rendus d'intervention,...

Ceux relevant de transmissions, de notes retranscrites dans le dossier de l'utilisateur

Les éléments qui peuvent être recueillis lors de la visite : les affichages obligatoires et informatifs, l'aménagement et la sécurité des locaux

## CET INVENTAIRE

Peut être un tableau à 4 colonnes, voire 5 si vous ajoutez votre colonne (check)

Thématique concernée

Chapitre

Nom de l'élément de preuve

Lieu de classement. S'il s'agit d'un dossier informatique, préciser le chemin d'accès



**Pour les critères impératifs, surligner les lignes concernées.**

## POUR METTRE À DISPOSITION

Les éléments de preuve, plusieurs possibilités

En numérique, soit en partageant avec les évaluateurs sur un Drive ou en donnant accès aux logiciels (accès spécifique et temporaire)

En papier (classeurs, dossiers, affichages,...)

En consultation pendant les entretiens, par exemple pour le DUI ou les comptes-rendus de réunions - en intégrant au plan d'évaluation des temps d'observations (ex : temps de réunion, d'activités)

**+ Être familiers du vocabulaire permettra à chacun d'être réellement acteurs**



# LA DÉMARCHE QUALITÉ & LA POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES

Le référentiel H.A.S. fait de la démarche qualité et la politique gestion des risques une thématique vue par la gouvernance et par les professionnels.

La démarche qualité et la politique de gestion des risques sont deux éléments complémentaires et essentiels pour garantir la sécurité et la satisfaction des personnes accompagnées et des professionnels au sein des ESSMS. Elles visent à **identifier, évaluer et prévenir les risques potentiels, à améliorer en continu la qualité des prestations, et à gérer les plaintes et réclamations** de manière efficace.

La **démarche qualité** s'appuie sur un ensemble de principes et de méthodes visant à améliorer en continu la qualité des prestations. Elle implique l'ensemble des professionnels de l'établissement et se base sur une approche participative et proactive.

La **politique de gestion des risques** vise à identifier, évaluer et prévenir les risques potentiels liés aux activités de l'ESSMS. Elle s'appuie sur une analyse des risques et met en place des mesures de prévention et de contrôle pour réduire leur probabilité et leur impact.

Le référentiel s'appuie sur différents jalons pour apprécier la démarche d'amélioration continue de la qualité et la politique de gestion des risques que sont le traitement **des plaintes et réclamations**, la gestion des **événements indésirables** (EI, EIG EIGAS), le **plan de gestion de la violence et de prévention de la maltraitance**, le **plan de gestion de crise** et le **Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels** (DUERP).

La démarche qualité et la politique de gestion des risques sont des outils essentiels pour garantir la sécurité et la satisfaction des patients, des résidents et des professionnels. **Elles permettent d'améliorer en continu la qualité des soins et des services, de prévenir les risques potentiels et de gérer les situations de crise de manière efficace.**

 Zoom sur une thématique du référentiel page suivante

# ZOOM SUR UNE THÉMATIQUE DU RÉFÉRENTIEL

Un zoom sur une thématique du référentiel, la démarche qualité et gestion des risques. Voici un partage de quelques « tips » et de comptes inspirants pour préparer cette thématique, et aussi pour abonder le projet d'établissement :

## LA DÉMARCHE QUALITÉ & GESTION DES RISQUES

= Démarche d'Amélioration Continue de la Qualité, quelles conséquences ?

**Sa définition pour l'ESSMS :** la DACQ se nourrit du recueil de la satisfaction et de l'expression (CVS, questionnaires de satisfaction), des résultats des évaluations précédentes, d'éventuels contrôles de l'autorité de tutelle, des plans d'actions (CPOM, projet d'établissement, évaluations), du traitement et de l'analyse des plaintes et réclamations, des événements indésirables, des EIG, des EIGAS, des différents plans de prévention, de gestion et d'évaluation (maltraitance, violence crise, risques professionnels,...), l'évaluation et la réévaluation des procédures, la mise en actes des RBPP, l'évolution des compétences,...

**Son pilotage :** qui fait quoi ? le référent qualité, le COPIL qualité, l'organisation interne et les outils de pilotage, éventuellement un logiciel

**Son environnement :** L'ESSMS s'inscrit dans des réseaux, s'appuie sur des partenaires, des prestataires.

## L'ÉVALUATEUR QUESTIONNE

les grands marqueurs de la qualité = critères impératifs

**Le plan de prévention des risques de maltraitance et de violence :**

Quels contextes, quelles situations peuvent impacter les professionnels comme les usagers et conduire à des situations de maltraitance et de violence ?

**Les plaintes et réclamations :** l'ESSMS organise le recueil (quel circuit ?), le traitement (qui fait quoi et quand ?), les professionnels sont-ils dans la boucle ? qu'est-ce qui est communiqué aux parties prenantes ?

**Les événements indésirables :** Idem, on y ajoute la déclaration et l'analyse en équipe, ainsi que la sensibilisation régulière des professionnels

**Le plan de gestion de crise et de continuité de l'activité,** défini avec les professionnels, est communiqué en interne, comme en externe. Il est régulièrement réactualisé. Les professionnels participent aux exercices de simulation et aux retours d'expérience.

Dans cette thématique l'ESSMS définit et met en œuvre sa dynamique d'innovation et d'évolution sociétale (politique d'achats, développement durable, stratégie numérique).

## POUR LA STRATÉGIE NUMÉRIQUE

L'évaluateur sera attentif à

**Le schéma directeur du système d'information :** les serveurs, les logiciels, les sauvegardes, les systèmes de sécurité et antivirus, les accès et les règles d'accès (les mots de passe robustes), la maintenance

**La mise en conformité avec le RGPD,** de la nomination d'un DPO à la cartographie des risques et sa réévaluation régulière

**Les sensibilisations :** exercices de simulation cyberattaque, tentative de phishing, sensibilisation au RGPD, les formations logicielles, les « recyclages », les règles de transmission des informations personnelles, ...

 Adaptez ce contenu à votre ESSMS pour compléter votre projet d'établissement



# LE PLAN D'ÉVALUATION

## LA CO-CONSTRUCTION AVEC LE CABINET D'ÉVALUATION

L'évaluation aura lieu dans 2 mois, voici l'étape de la préparation de la visite sur site. Il s'agit d'élaborer le plan d'évaluation. Il est co-construit avec le cabinet que vous avez choisi (souvent proposé par le cabinet).

Ce document permet d'un coup d'œil de repérer « qui fait quoi » et « où ».

Il regroupe les informations suivantes :

La réunion d'ouverture et le bilan de fin de visite

La visite

Les chapitres et thématiques abordés

Les différents participants

Les créneaux : horaires, dates

Les lieux dédiés

### L'ÉLABORATION : NÉCESSITE D'ANTICIPER

**L'organisation des équipes de professionnels :** ceux en poste pour assurer la continuité de l'activité, ceux qui participent aux entretiens, les activités qui peuvent être observées, les professionnels chargés de l'accessibilité

**L'invitation des partenaires,** si l'ESSMS le souhaite

**Le recueil du consentement des participants :** les personnes accompagnées ont été sensibilisées, elles connaissent la démarche, maintenant elles doivent consentir à être auditionnées. Elles peuvent être accompagnées par un proche lors de l'entretien. Leur consentement est formalisé dans un document prévu à cet effet.

**Les espaces d'entretien :** salle d'activités, bureaux d'entretien, ... des lieux repérés et connus par les personnes, respectueux de la confidentialité. Avec une rallonge électrique et une connexion à Internet, c'est le « top » pour les évaluateurs !!!!

Un lieu où seront consignés **les éléments des preuve papier** : classeurs, dossiers, ... qui ferme à clé

### En amont de la visite sur site

Le cabinet peut également vous proposer **un outil de partage des documents administratifs** liés à l'évaluation ainsi que les différents éléments de preuve en format électronique.



**Pour en savoir plus sur les différentes modalités d'entretien, voici le manuel (cf à partir de la p179)**

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/manuel\\_devaluation\\_de\\_la\\_qualite\\_essms.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/manuel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf)



# L'ACCÈS AU DOSSIER DE L'USAGER (INFORMATISÉ OU NON) PENDANT L'ÉVALUATION

Le dossier de l'utilisateur regroupe l'ensemble des éléments-clés de l'accompagnement de la personne, ainsi que son suivi quotidien. Il est constitué des travaux, analyses, recueils réalisés par l'équipe pluridisciplinaire. A ce titre, qu'il soit informatisé ou papier, ce dossier est une mine d'éléments de preuve, comme le meilleur témoin du parcours de la personne.

Les professionnels vont s'y référer, notamment lors de l'entretien pour les chapitres 1 et 2. Ce sont les professionnels qui montrent aux évaluateurs et non à l'inverse, les évaluateurs qui recherchent dans le dossier les éléments de preuve.

## FOCUS SUR LE CHAPITRE 1

la méthode de l'ACCOMPAGNÉ TRACEUR

La personne exprime sa perception et ses observations, aucun élément de preuve n'est sollicité par les évaluateurs. La personne s'exprimera en fonction de ses possibilités. L'évaluateur doit adopter une posture bienveillante, adaptée. Il doit ajuster son discours pour favoriser l'expression.

Avec les professionnels, pour justifier les cotations, l'évaluateur va recueillir des éléments de preuves et décrire en commentaires la ou les bonnes pratiques (celles décrites dans les RBPP).

Les éléments de preuve recueillis dans le dossier de l'utilisateur peuvent être des transmissions, des documents (le projet personnalisé, le DIPIC ou contrat de séjour, les directives anticipées), des relevés (douleur), des vigilances (les risques individuels : chutes, conduites à risque, ...).

C'est le professionnel présent qui donnera les éléments à partir des informations dont il dispose ou auxquelles il a accès ! Il ne pourra rien dire des informations médicales, du suivi, des traitements (critères de 1.15.1 à 1.15.9 par exemple) si elles n'ont pas été partagées, dans le D.U.I. ou d'autres espaces, selon les règles de partage en vigueur.

Ainsi si des informations concernant la santé n'ont pas été partagées (ex : l'impact d'un traitement sur le comportement de la personne, l'association de la personne à son traitement), le professionnel ne pourra pas en témoigner. L'évaluateur appréciera alors que l'information n'est pas partagée, ce qui marquera un écart.

**+** Ainsi pour la visite sur site, mettre à disposition du professionnel référent un ordinateur avec un accès au DUI et aux différents comptes- rendus de réunions pluridisciplinaires, cliniques, ... qui lui permettra d'étayer son propos des différents jalons de l'accompagnement.





# L'ÉVALUATION SUR SITE

ÉTAPE  
11

## LE JOUR J

Tout le monde est bien préparé, mais tous sont un peu stressés.

Coconstruit, avec le cabinet, que vous avez sélectionné, au regard des attendus du manuel (cf les fiches pratiques) et des besoins de l'organisation pendant ce temps d'évaluation, le plan d'évaluation prend en compte :

Le rythme des résidents et de l'organisation de l'établissement

La disponibilité des professionnels pour les entretiens, et également pour la continuité du service

Les exigences des fiches pratiques : la réunion d'ouverture, la visite, la durée des entretiens, le cas échéant, pour les 3 méthodes (accompagnée traceur, traceur ciblé et audit système), les débriefings journaliers, les temps de synthèse, l'entretien avec le CVS, le bilan de fin de visite.



**Vérifier les aspects logistiques : accès à la documentation, au réseau WIFI, des espaces clos et confidentiels pour les entretiens.**

## GARDER À L'ESPRIT

L'évaluation est une photographie à un instant « t » qui a pour but d'identifier les axes de progrès de la structure et ses points d'ancrage ou points forts ;

L'exercice est encadré par le référentiel et le manuel édités par la H.A.S., les évaluateurs que vous avez choisis sont des professionnels, formés et qualifiés par un cabinet accrédité selon une norme (ISO 17020) et un cahier des charges (HAS).

Ce moment n'est en aucun un jugement porté sur les compétences managériales ou sur l'action stratégique. Lorsque les évaluateurs évoquent des écarts, ils font référence à des textes réglementaires et aux RBPP.

Pour les écarts sur les critères impératifs, vous avez déjà réalisé des points d'amélioration et vous avez intégré les autres actions d'amélioration dans le plan d'actions qualité.

**Les évaluateurs doivent « installer les conditions d'un échange constructif » (cf fiches pratiques), ils sauront mettre à l'aise les professionnels et mener les entretiens avec les personnes accompagnées, avec bienveillance. La direction pourra l'apprécier également lors des temps avec vous, la gouvernance.**



# APRÈS L'ÉVALUATION

La visite finie, les managers, les professionnels et les personnes accompagnées apprécient les bienfaits occasionnés par ce temps !  
Une belle page managériale s'ouvre !

## LES DÉLAIS

Le cabinet dispose d'un mois pour adresser à l'ESSMS, via SYNAE, le pré-rapport. À réception il dispose, à son tour, d'un mois pour formuler ses observations.

Le rapport définitif est adressé par l'ESSMS à son autorité de tutelle, avant la date indiquée dans l'arrêté de programmation

## LES OBSERVATIONS

Ces dernières correspondent à des corrections ou informations pour lesquelles l'ESSMS estime que l'équipe d'évaluation ne porte pas, dans les commentaires et/ou cotations, une appréciation correcte. Cette phase ne correspond pas à une phase contradictoire, l'équipe d'évaluation peut maintenir sa position.

Cette phase ne sert pas à communiquer avec son autorité de tutelle. Les observations ne servent pas à justifier des fonctionnements au regard des moyens octroyés, par exemple.

Cette phase n'est pas, pour la gouvernance, un temps de « correction »

de la perception de la personne ou de la compréhension des professionnels.

A réception des observations, le cabinet procédera aux arbitrages et délivrera, toujours via SYNAE, le rapport définitif.

 L'enjeu est de maintenir la dynamique d'amélioration qu'a fait naître la visite d'évaluation.



# APRÈS L'ÉVALUATION

ÉTAPE  
12

## LE RAPPORT DÉFINITIF

Le document à télécharger sur SYNAE est dense. Il est organisé en 4 parties :

Une synthèse des cotations qui comprend cotations et éléments de preuve,

Une partie commentaires par chapitre qui reprend les axes de progrès,

Une partie sur les critères impératifs

Une conclusion globale, nommée « appréciation générale ».

**Les axes de progrès** correspondent à des cotations 1 et 2 pour les critères standards et 1,2 et 3 pour les critères impératifs. Ils sont facilement identifiables. Bien que les évaluateurs aient identifié des axes de progrès, leur rôle n'est pas de conseiller sur les actions à mettre en œuvre mais de permettre d'identifier « la ou les marches » à franchir, au regard des RBPP notamment, pour que l'ESSMS construise son plan d'actions opérationnel.

Ce plan d'actions ne doit pas, mais peut, être adressé à l'autorité de tutelle avec le rapport définitif. Il fera l'objet d'une analyse dans votre rapport d'activités annuel. Toutefois le plan d'actions relatif aux critères impératifs, le cas échéant, lui doit accompagner le rapport définitif.

## TUTO POUR UN PLAN D'ACTIONS PORTEUR DE SENS

Identifier clairement le lien avec les améliorations à apporter et les objectifs stratégiques

Co-construire avec un COPIL ou l'équipe, le plan d'actions

Pour un plan d'actions efficient : des objectifs SMART, des pilotes et des copilotes, des critères et des indicateurs d'évaluation pertinents et exhaustifs et surtout un comité de suivi avec planning arrêté

 L'enjeu est de maintenir la dynamique d'amélioration qu'a fait naître la visite d'évaluation.



PARTIE 2

PLANS, STRATÉGIES, POLITIQUES  
À FORMALISER  
& SENSIBILISATIONS À ORGANISER





# LA RÉDACTION DES DIFFÉRENTS PLANS & SUIVI DES ACTIONS CORRECTIVES

Plan de gestion de crise

Plan de continuité de l'activité

Plan de prévention et de gestion des risques de  
maltraitance et violence

Actions correctives à la suite d'EI, plaintes,  
faits de maltraitance et de violence

Document unique de prévention des risques  
professionnels

Plan d'actions favorisant la qualité de l'environ-  
nement de travail

Circuit du médicament





# LA RÉDACTION DES DIFFÉRENTES STRATÉGIES & POLITIQUES

déjà définies et organisées et celles à définir et à organiser

Politique bientraitance

Stratégie de préservation de l'autonomie

Stratégie de préservation de l'autonomie et  
prévention du risque d'isolement

Stratégie de prise en charge de la douleur

Stratégie d'accompagnement en santé mentale

Stratégie de gestion du risque médicamenteux

Stratégie de prévention et maîtrise du risque  
infectieux

Politique RH

Politique qualité de vie au travail

Politique d'amélioration de la qualité et gestion  
des risques

Politique de développement durable

Politique optimisation des achats et lutte  
contre le gaspillage

Stratégie numérique et actions de sécurisation des  
données





# IDENTIFIER LES DIFFÉRENTS TEMPS & THÈMES DES SENSIBILISATIONS

La bientraitance

Les droits fondamentaux

La perte d'autonomie

Le risque d'isolement social

La prévention et l'éducation à la santé

Le risque médicamenteux

Le risque infectieux

Le repérage, à la prévention et à la gestion des risques de rupture

Les signalements de faits de maltraitance et de violence, les EI, les EIG

La gestion de crise

Les bons usages des outils numériques





CÉCILE BIALIX  
cecile@coccl-coaching.fr - 07 66 52 87 16

SIRET: 88333691900013- TVA: FR63883336919