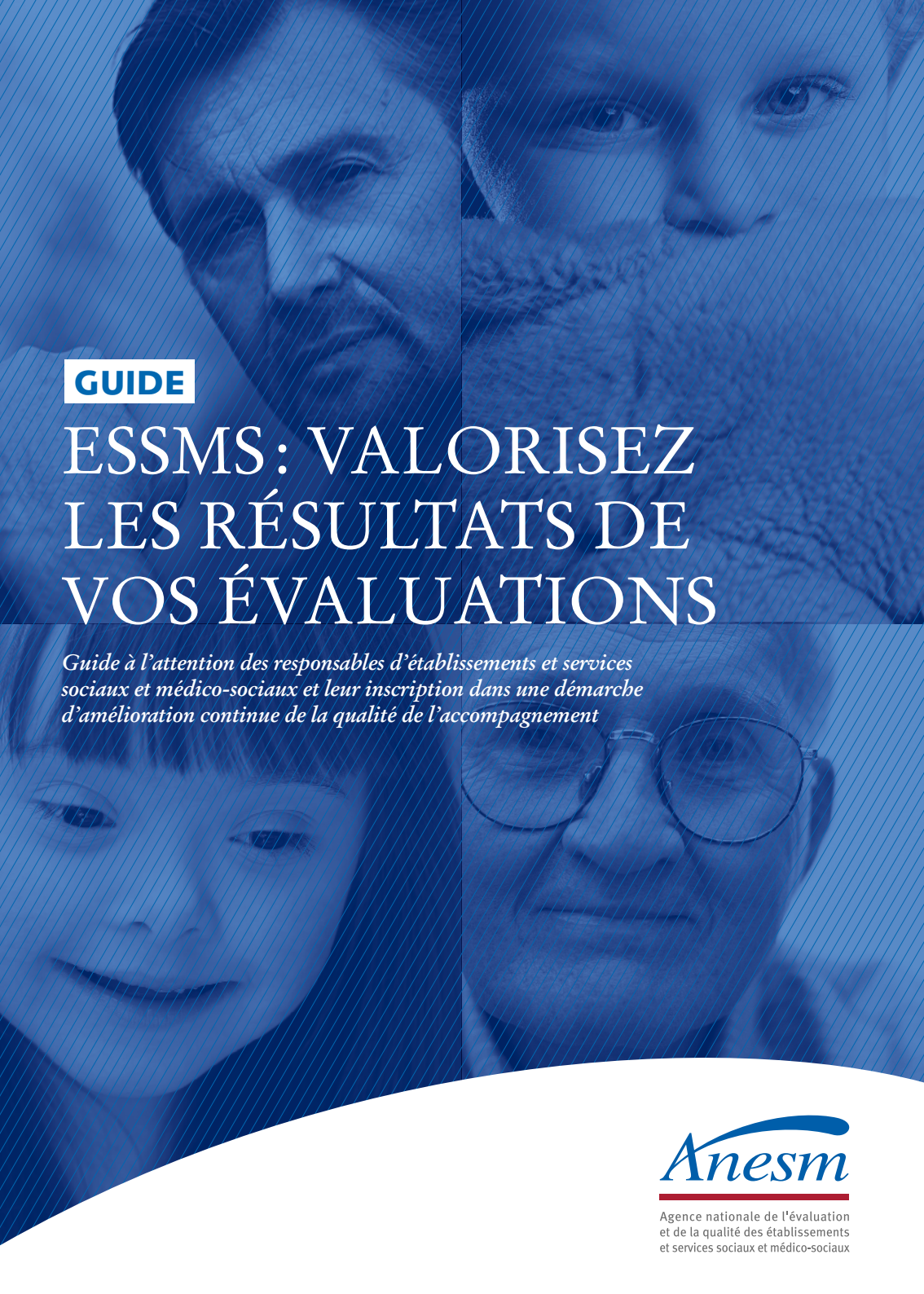




GUIDE

ESSMS : VALORISEZ LES RÉSULTATS DE VOS ÉVALUATIONS

Guide à l'attention des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement

Anesm

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

Ce document a reçu l'avis favorable du Comité d'orientation stratégique
et du Conseil scientifique de l'Anesm. Octobre 2016
Validation et adoption des recommandations, Didier CHARLANNE,
directeur de l'Anesm - Décision d'adoption 2016-56 du 17 novembre 2016



CE GUIDE CONCERNE LES PROFESSIONNELS DES SECTEURS :



INCLUSION
SOCIALE



PROTECTION
DE L'ENFANCE



PERSONNES
HANDICAPÉES



PERSONNES
ÂGÉES

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
1. LES ENJEUX	8
2. LES OBJECTIFS DU GUIDE	8
3. LES DESTINATAIRES DU GUIDE	9
 CHAPITRE 1 : UNE DÉMARCHE AU SERVICE DE LA BIENTRAITANCE ET DE LA STRATÉGIE DES ESSMS	 11
1. DES ÉVALUATIONS POUR ACCOMPAGNER LA BIENTRAITANCE	13
2. DES ÉVALUATIONS POUR SOUTENIR L'ÉVOLUTION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE	13
3. DES ÉVALUATIONS POUR MOBILISER LES ÉQUIPES	14
4. DES ÉVALUATIONS AU SERVICE D'UNE STRATÉGIE D'ENSEMBLE	15
 CHAPITRE 2 : DÉFINIR ET PRIORISER SES OBJECTIFS	 19
1. QU'EST-CE QU'UN OBJECTIF?	21
1.1. Les objectifs stratégiques ou finaux, les buts visés par l'ESSMS	21
1.2. Les objectifs intermédiaires ou opérationnels	21
2. QUELLES SONT LES SOURCES DE LA DÉFINITION OU DE LA RÉVISION DES OBJECTIFS?	22
3. COMMENT HIÉRARCHISER LES OBJECTIFS ET LES ACTIONS PRIORITAIRES?	23
 CHAPITRE 3 : ARTICULER OBJECTIFS ET ACTIONS	 25
1. PASSER AUX ACTIONS	27
2. FORMALISER LES ACTIONS PRÉVUES : LES FICHES-ACTIONS	28
3. LE PLAN D'ACTIONS	29
3.1. Les enjeux du plan d'actions	29
3.2. Construction du plan d'actions	30
3.3. Dimension du plan d'actions : nombre d'objectifs et d'actions	31

CHAPITRE 4: S'ASSURER DE LA PERTINENCE ET DE L'EFFICACITÉ DU PLAN D' ACTIONS.....	33
1. INTERROGER RÉGULIÈREMENT LES PRATIQUES	35
2. SUIVRE RÉGULIÈREMENT L'AVANCEMENT DES ACTIONS ET L'ÉVOLUTION DES BESOINS DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES	36
2.1. Les indicateurs de suivi de la qualité de l'accompagnement	36
2.2. Le suivi des actions	38
CHAPITRE 5: ORGANISER ET MOBILISER L'ENSEMBLE DES ACTEURS.....	41
1. LES DIFFÉRENTES FORMES DE PARTICIPATION	43
1.1. Communiquer et associer les professionnels et les partenaires de l'accompagnement	43
1.2. Communiquer et associer les personnes accompagnées	43
1.3. S'organiser pour soutenir la démarche	44
ANNEXES.....	47
1. CALENDRIER DES ÉVALUATIONS.....	49
2. MODÈLES DE PLAN, DE CALENDRIER ET DE FICHE-ACTION.....	50
3. CONDUITE DES TRAVAUX.....	53
4. RÉFÉRENCES.....	55
LISTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	57

INTRODUCTION

1. Les enjeux 8

**2. Les objectifs
du guide 8**

**3. Les destinataires
du guide 9**

1 LES ENJEUX

La grande majorité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) a transmis ses premiers rapports d'évaluation interne et externe conformément aux obligations définies à l'article L.312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Leurs résultats conditionnent le renouvellement des autorisations (art. L.313-1 du CASF) qui peut être « assorti de conditions particulières imposées dans l'intérêt des personnes accueillies » (article L.313-4 du CASF).

Les évaluations internes et externes ont constitué un investissement humain et financier important pour les établissements et services. Il importe aujourd'hui de le capitaliser et d'inscrire les ESSMS dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement. Cette démarche leur permet de construire des objectifs prioritaires, de planifier et de suivre des actions. Elle est aussi une étape nécessaire à la préparation de la contractualisation avec les autorités de contrôle et de tarification.

L'Anesm accompagne la démarche depuis sa création, notamment en élaborant des recommandations de bonnes pratiques professionnelles – base des évaluations en application de l'article L.312-8 du CASF précité.

L'Agence a été alertée sur la difficulté rencontrée par les ESSMS d'inscrire cette démarche au plus près du fonctionnement des ESSMS. L'élaboration d'un guide sur les suites des évaluations interne et externe et l'inscription des établissements et services dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement a donc été inscrit à son programme de travail 2016.

2 LES OBJECTIFS DU GUIDE

Ce guide est un outil proposé aux responsables et gestionnaires d'ESSMS. Il vise à les soutenir dans leurs missions, dans le respect des moyens dont ils disposent (humains, organisationnels, matériels ou techniques).

Au travers d'outils méthodologiques et d'illustrations, il permet :

- aux équipes de direction d'intégrer les éléments sur la qualité de l'accompagnement dans le pilotage global des structures (Chapitre 1) ;
- d'élaborer et prioriser ses objectifs (Chapitre 2) ;
- de passer des objectifs à la détermination des actions et d'élaborer un plan d'actions (Chapitre 3) ;
- de s'assurer de la pertinence et de l'efficacité du plan d'actions (Chapitre 4) ;
- d'organiser et de mobiliser l'ensemble des acteurs (Chapitre 5) ;

Pour chaque chapitre, une partie est consacrée aux modalités d'information et de participation des professionnels et des personnes accompagnées. Au-delà de son utilité stratégique et prospective, la démarche d'évaluation est un outil de mobilisation des équipes et vise à améliorer l'exercice des droits des personnes accompagnées. L'information et la participation régulières des personnes accompagnées et des professionnels sont une des conditions de la pertinence des actions.

3 LES DESTINATAIRES DU GUIDE

Ce guide est destiné au pilotage et à la stratégie des ESSMS. Ses destinataires représentent la diversité des organisations des secteurs sociaux et médico-sociaux. Mais, ils sont en priorité :

- les responsables d'établissements ou de services (public associatif, privé associatif et commercial), que ces derniers soient autonomes ou rattachés à une personnalité morale, un groupement d'établissements ou de services (association, centre hospitalier, groupe privé commercial, etc.);
- les membres des Conseils d'Administration des organismes gestionnaires;
- les professionnels spécialisés dans les démarches qualité;
- les Présidents de Conseils de la vie sociale (CVS).

Ce guide peut utilement servir aux autorités d'autorisation, de tarification, de financement et de contrôle (ATC) dans le cadre du dialogue avec les ESSMS comme complément du guide d'aide à la contractualisation produit par l'ANAP¹ ainsi qu'aux organismes de formation et aux évaluateurs externes.

¹ L'ANAP propose un kit méthodologique d'appui à la contractualisation afin de favoriser le déploiement des CPOM médico-sociaux. Cet ensemble de document vise à faciliter la conduite d'une démarche de contractualisation pour l'ensemble des parties prenantes du CPOM. Davantage d'informations sur www.anap.fr

CHAPITRE 1

UNE DÉMARCHE AU SERVICE DE LA BIENTRAITANCE ET DE LA STRATÉGIE DES ESSMS

1. Des évaluations pour accompagner
la Bientraitance 13

2. Des évaluations pour soutenir l'évolution
du projet d'établissement ou de service 13

3. Des évaluations pour mobiliser
les équipes 14

4. Des évaluations au service d'une stratégie
d'ensemble 15

1 DES ÉVALUATIONS POUR ACCOMPAGNER LA BIENTRAITANCE

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnent des personnes en situation de vulnérabilité : personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap, enfants placés sous la protection de la justice ou de l'aide sociale à l'enfance, personnes en situation de précarité et sans logement fixe, demandeurs d'asile, personnes confrontées à des difficultés spécifiques, majeurs protégés. **Ils ont notamment pour mission de promouvoir, restaurer ou maintenir leur autonomie.** La Bienveillance² est un des éléments concourant au bien-être et à la qualité de vie des personnes accompagnées, qui par nature sont des éléments singuliers et propres à chacun. Elle inscrit les professionnels dans un questionnement de leurs pratiques. Les modalités d'accompagnement d'une personne n'ont pas vocation à rester figées dans le temps. Elles sont au contraire amenées à s'adapter continuellement aux besoins, aux changements de contexte et d'organisation.

Si l'ajustement des réponses aux besoins se doit d'être permanent, les évaluations de l'ensemble des activités et prestations d'un établissement ou d'un service permettent ponctuellement d'analyser l'évolution des réponses aux besoins et attentes des personnes accompagnées. Elles doivent également permettre aux professionnels d'identifier les effets prévus ou imprévus des actions mises en œuvre, c'est-à-dire d'interroger leur pertinence. Elles ont vocation à réinterroger les objectifs poursuivis.

2 DES ÉVALUATIONS POUR SOUTENIR L'ÉVOLUTION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE

Le calendrier des premières évaluations externes est concomitant avec celui du renouvellement de l'autorisation³. Ceci ne doit pas occulter l'objectif premier de ces évaluations, celui d'aider les établissements ou services à mieux répondre aux besoins et attentes des personnes accompagnées, garantir leurs droits. L'annexe 3-10 du CASF indique à cet effet que l'un des fondements de l'évaluation est de « permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision » (**chap. 1, section 1, art. 1.1 de l'annexe 3-10 du CASF fixant le contenu du cahier des charges de l'évaluation externe**).

La transmission ponctuelle des rapports d'évaluation aux autorités d'autorisation, de tarification, de financement et de contrôle constitue une étape de la démarche globale d'amélioration continue. Elle s'articule avec les autres démarches qui concourent à la bienveillance : renouvellement du projet d'établissement ou de service, CPOM, démarche qualité ou de certification, démarche de Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE), bilan social, etc.

² « La bienveillance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. » Anesm. *La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre*. 2008. p14. S'il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, de déterminer les modalités de mise en œuvre de la bienveillance dans le cadre du projet d'établissement ou de service, pour rappel ses fondamentaux sont :

- Une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, et de sa singularité
- Une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes
- Une valorisation de l'expression des usagers
- Un aller-retour permanent entre penser et agir
- Une démarche continue d'adaptation à une situation donnée

Toute évaluation, qu'elle soit interne ou externe, permet d'aboutir à la définition d'objectifs d'amélioration. Il est par conséquent **« recommandé d'intégrer lors de l'élaboration du projet d'établissement ou de service les résultats de l'évaluation antérieure (interne/externe), notamment en termes d'objectifs d'amélioration de la qualité des interventions et des services rendus aux usagers »**.⁴

3 DES ÉVALUATIONS POUR MOBILISER LES ÉQUIPES

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

Le changement peut être difficile. Il est essentiel de pointer la nécessité d'un engagement fort des dirigeants. L'appropriation de la démarche par les professionnels passe par une information sur les décisions prises à l'issue des évaluations et par une communication régulière sur l'avancement du plan d'actions. Elle nécessite également que le personnel d'encadrement ait assimilé en amont le sens de la démarche et la méthode à suivre.

L'information régulière sur l'avancement du plan d'actions participe à la (re)mobilisation et à la cohésion des équipes. Au sein d'un même établissement ou service, les professionnels sont issus de culture, de formation, de métiers différents. Ils peuvent aussi exercer dans des lieux ou des temporalités différentes (équipe de jour/équipe de nuit). Cette diversité doit être appréhendée comme un atout au service de l'accompagnement des personnes. Néanmoins, l'interdépendance de tous les professionnels doit être rappelée régulièrement. Les évaluations et la démarche d'amélioration continue qui s'en suit permettent à chacun de se sentir impliqué et de participer à un projet global qui redonne du sens.

Les évaluations, au même titre que le renouvellement d'un projet d'établissement ou de service, sont l'occasion de mettre en avant la cohérence. Elles permettent de valoriser des pratiques et des actions. Les évaluations mettent aussi en avant des leviers pour les futures actions.

ILLUSTRATION - PAROLES DE PROFESSIONNELS

« Lors de la présentation des résultats de l'évaluation externe, les équipes étaient un peu anxieuses. Il y avait de l'appréhension. Nous connaissons nos difficultés, nos dysfonctionnements; ils ont d'ailleurs été pointés par les évaluateurs. Mais les évaluateurs ont aussi su mettre en avant ce qui fonctionnait et ça a vraiment permis de remobiliser tout le monde. C'est un vrai plus pour l'équipe. »

³ L'article L312-8 du CASF dispose que les ESSMS sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a introduit une dérogation pour les établissements et services autorisés et ouverts avant sa date de promulgation. Aussi, les quelque 25.000 ESSMS détenteurs des autorisations les plus anciennes, délivrées avant la loi n°2002-2, devaient transmettre au plus tard le 2 janvier 2015 un rapport d'évaluation externe, en vue du renouvellement de leur autorisation pour le 3 janvier 2017.

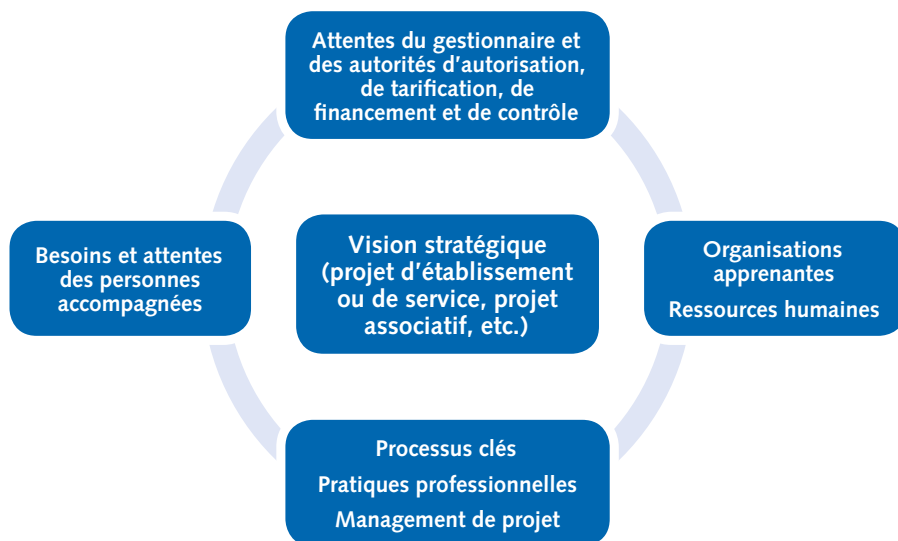
⁴ Anesm. *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service*. Saint-Denis: Anesm, 2010.

4 DES ÉVALUATIONS AU SERVICE D'UNE STRATÉGIE D'ENSEMBLE

La stratégie des organisations sociales et médico-sociales repose sur **un équilibre** à trouver entre :

- les attentes du gestionnaire et les autorités d'autorisation, de tarification, de financement et de contrôle ;
- l'organisation et les ressources humaines ;
- les processus clés à mettre en œuvre ;
- les besoins des personnes accompagnées.

Éléments concourant à la définition d'une stratégie des organisations sociales et médico-sociales.



POUR ALLER PLUS LOIN

Il peut être opportun pour les gestionnaires d'utiliser le tableau de bord prospectif (*Balanced Scorecard* ou *BSC*) proposé par R. Kaplan et D. Norton⁵ pour identifier le point d'équilibre.

⁵ KAPLAN, R., NORTON, D. *Le tableau de bord prospectif*. Paris : Éditions d'Organisation, 2003.

Les évaluations concourent au développement de l'organisation, du fonctionnement et du management d'un ESSMS car elles interrogent les procédures, les moyens et les actions mises en œuvre. Elles mobilisent des équipes autour d'un même projet (dynamique collective et participative). Elles fournissent des éléments pour définir une stratégie et des priorités. L'intérêt des évaluations réside dans le fait d'utiliser au mieux les constats et de les convertir en actions concrètes. L'interface entre les phases réflexives et opérationnelles se traduit dans la formalisation du plan d'actions. Il est recommandé d'actualiser le projet d'établissement ou de service à l'issue de l'évaluation externe et d'y intégrer le plan d'actions.

L'enjeu aujourd'hui est de passer d'une évaluation qui vient justifier des actions et des pratiques susceptibles de figer l'engagement et la pratique des professionnels (schématiquement : un état des lieux ponctuel, formalisé tous les cinq ans par un rapport) à une utilisation des résultats par la structure, pour élaborer et conduire un plan d'actions dynamique dans le temps et qui puisse aussi laisser place au savoir, à la créativité et à l'innovation.⁶

Il est une fantastique opportunité au service de la stratégie des établissements et services. Il leur permet de documenter les propositions effectuées dans le cadre des négociations préalables à la contractualisation.

FOCUS

Les résultats des évaluations, la démarche d'amélioration continue : des supports utiles pour la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM)

Les CPOM sont prévus à l'article L.313-11⁷ du CASF. Ils sont rendus obligatoires, d'une part pour les Ehpad par l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁸, d'autre part pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les établissements et services du secteur du handicap par l'article 75 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016⁹. Leur conclusion est un outil à la disposition du gestionnaire et des autorités de tarification. Il est un appui pour structurer l'offre sur le territoire pour répondre aux besoins identifiés et priorisés dans le cadre des différents schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

⁶ RICHARD, S. Mesures et indicateurs de la performance en travail social : l'impossible évaluation des pratiques professionnelles : entrevue avec Vincent Meyer. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 2013, Vol. 19, n°2. 2013. pp. 26-42 et MEYER, V. La méthode des scénarios : un outil d'analyse et d'expertise des formes de communication dans les organisations. *Études de communication*, 2008, n°31, pp. 133-156.

⁷ « Des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales. Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle prévue aux II et III de l'article L.314-7. Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements et services. »

⁸ L'article réforme en profondeur la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cet article prévoit une contractualisation renouvelée à travers la substitution d'un CPOM à l'actuelle convention tripartite (CTP). Ce CPOM est obligatoire pour tous les Ehpad et remplace la CTP.

⁹ Les établissements et services concernés par cette mesure sont les instituts médico-éducatifs (IME), les instituts thérapeutiques éducatifs-pédagogiques (ITEP), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les centres médico-psychologiques (CMPP), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de pré-orientation (CPO), les SSIAD, les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Quelques structures d'accompagnement des personnes handicapées ne sont pas concernées par l'obligation de signer un CPOM : il s'agit des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres de ressources et des unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS).

Le rapport d'évaluation externe: support au diagnostic partagé

La signature d'un CPOM s'appuie au préalable sur un diagnostic partagé permettant d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services faisant partie du contrat. Le diagnostic partagé sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM. Lorsque l'évaluation externe est réalisée avant la conclusion du CPOM, le rapport d'évaluation externe est un support particulièrement utile pour cet état des lieux, sous réserve de calendriers proches. L'abrégé et la synthèse (communs à l'ensemble des rapports, selon le modèle dressé par l'Anesm) peuvent faciliter la réalisation de ce diagnostic.

Le rapport d'évaluation externe: support à la définition d'objectifs prioritaires

L'abrégé annexé au rapport d'évaluation externe présente les forces, les axes d'amélioration de l'établissement ou du service et en déduit des préconisations. Elles participent à la définition d'objectifs prioritaires. (voir chapitre 2)

Le plan d'actions: support au suivi du CPOM

Le plan d'actions suit la mise en œuvre opérationnelle des objectifs d'accompagnement. Le suivi du CPOM s'appuie sur l'état d'avancement et la réactualisation du plan d'actions. Le suivi du plan d'actions et la démarche d'amélioration continue sont retracés chaque année dans le rapport d'activité¹⁰. (voir chapitre 4)

L'évaluation interne: support à la révision du CPOM

L'article D312-203 du CASF dispose que les résultats des évaluations internes soient communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation tous les cinq ans ou, pour les établissements et services ayant conclu un contrat pluriannuel, lors de la révision du contrat.

Ces documents sont ainsi des supports utiles à la démarche méthodologique de contractualisation. Ils sont recensés dans le kit méthodologique d'appui à la contractualisation produit par l'ANAP.

¹⁰ Article D312-203 du CASF. Les évaluations internes prévues au premier alinéa de l'article L312-8 reposent sur une démarche continue retracée chaque année dans le rapport d'activité des établissements et services concernés, mentionné à l'article R314-50.

CHAPITRE 2

DÉFINIR ET PRIORISER SES OBJECTIFS

1. Qu'est-ce qu'un objectif ? 21

**2. Quelles sont les sources de la
définition ou de la révision des
objectifs ? 22**

**3. Comment hiérarchiser
les objectifs et les actions
prioritaires ? 23**

1 QU'EST-CE QU'UN OBJECTIF ?

Les objectifs correspondent aux buts et orientations souhaités et recherchés, aux activités et prestations. Ils doivent être adaptés aux besoins des publics accompagnés, aux priorités définies par les politiques publiques, aux objectifs du CPOM ou de l'organisme gestionnaire. Ils doivent être formulés clairement pour être compréhensibles par le plus grand nombre et formulés par un verbe à l'indicatif (action). Ils ne doivent pas être confondus avec les moyens.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'OBJECTIF

La rédaction du livret d'accueil n'est pas un objectif, car il représente seulement un outil, un moyen pour **informer les personnes accompagnées sur les modalités d'intervention de l'établissement ou du service (objectif)**.

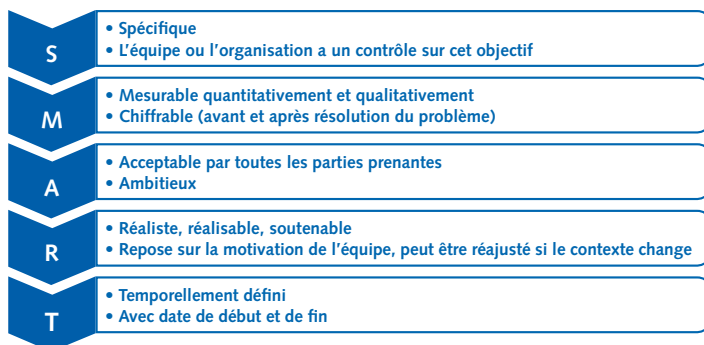
1.1 LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES OU FINAUX, LES BUTS VISÉS PAR L'ESSMS

Objectifs stratégiques, finaux ou généraux : objectifs globaux à moyen/long terme (5 ans). Ils indiquent l'orientation générale que l'organisation souhaite prendre. Ils décrivent la finalité ou les effets recherchés, les grandes lignes directrices. Ils sont en lien étroit avec des orientations politiques (des instances dirigeantes d'un ESSMS, politique nationale du territoire). Leur nombre est limité. Il peut s'agir par exemple des objectifs du CPOM, du projet associatif.

1.2 LES OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES OU OPÉRATIONNELS

Objectifs intermédiaires, opérationnels ou spécifiques : traduction concrète et opérationnelle des objectifs stratégiques, un objectif opérationnel peut être immédiatement traduit en un ensemble d'activités, d'actions, de prestations. Dans sa formulation, il peut être très proche des préconisations. Il est également formulé à l'aide d'un verbe à l'infinitif. Il est spécifique à une cible donnée (secteur, infrastructure, organisation, catégorie de public ou de professionnels, typologie de moyens, etc).

Pour être opérationnel, un objectif doit être S.M.A.R.T.¹¹



¹¹ La méthode S.M.A.R.T. est un moyen mnémotechnique pour se souvenir des propriétés d'un objectif.

2 QUELLES SONT LES SOURCES DE LA DÉFINITION OU DE LA RÉVISION DES OBJECTIFS ?

- Les **obligations législatives et réglementaires**, les **modifications de l'autorisation** et les **injonctions** faites par les autorités suite à une inspection, un contrôle, etc. ;
- Les **recommandations de bonnes pratiques professionnelles** : elles servent de base aux évaluations en application de l'article L.312-8 du CASF mais également de supports pour l'action. (Exemple : développer des modalités d'intervention permettant aux personnes accompagnées de mieux appréhender leur santé, reconnaître la place des proches aidants dans l'accompagnement, offrir des conditions d'hébergement respectueuses de la dignité et de l'intégrité, etc.).
- Les **préconisations ou propositions** formulées dans les rapports d'évaluation. Elles correspondent à des acquis à conforter, des lacunes à combler, des orientations nouvelles. Elles peuvent être élaborées par un groupe de travail lors de l'évaluation externe ou par l'évaluateur externe. Dans les rapports d'évaluation externe, elles sont regroupées dans l'abrégé. Des propositions peuvent aussi avoir été formulées par l'équipe de direction, les professionnels, les personnes accompagnées.
- Les **remarques et contributions des personnes accompagnées, l'évolution de leurs caractéristiques, leurs besoins et attentes** sont une source pour définir des objectifs. Différents supports permettent de les recueillir : comptes-rendus du CVS, groupes d'expression, analyses des réclamations, évaluations des projets personnalisés, échanges réguliers avec les personnes accueillies, etc.
- Les **orientations des schémas d'organisation sociale et médico-sociale**. Les objectifs des ESSMS doivent s'inscrire dans les orientations des politiques nationales et territoriales. (Exemple des plans de santé publique : plan autisme, handicap rare, maladies neurodégénératives.)
- Les **objectifs du CPOM**. Dans le cadre de contractualisation, il importe que les objectifs et le plan d'actions des ESSMS soient en adéquation avec ceux définis dans le contrat.
- Les **besoins du territoire**. Des objectifs peuvent être définis à partir de besoins identifiés sur le territoire mais non encore couverts. Ils concerneront le volet « innovation et développement » de l'établissement ou du service.
- Les **actions correctives mises en place à l'issue du repérage d'événements indésirables ou de toute autre anomalie**. Si les établissements et services sont inscrits dans un processus de certification ou de labellisation, il importe que les actions correctives issues de ces audits soient cohérentes et puissent s'intégrer dans le même plan d'actions.
- La **politique d'amélioration ou d'innovation impulsée par un organisme gestionnaire ou un groupement sur un territoire (orientations associatives, etc.)**.
- Etc.

3 COMMENT HIÉRARCHISER LES OBJECTIFS ET LES ACTIONS PRIORITAIRES ?

Les décisions incombent à l'équipe de direction de l'établissement ou du service qui élabore le plan d'actions en priorisant les objectifs d'amélioration et les actions à conduire. Elles peuvent s'appuyer entre autres sur les préconisations formulées par l'évaluateur externe et/ou par des groupes de travail (professionnels, personnes accompagnées). Lorsque des injonctions ont été formulées par les autorités, elles sont prioritaires et il est nécessaire de se conforter aux délais de réalisation impartis.

Les données à intégrer pour la priorisation peuvent être :

- le respect des obligations réglementaires et éventuellement des injonctions ;
- la santé et la sécurité des personnes accompagnées et des salariés, la gestion de situations à risque ou de dysfonctionnements ;
- le calendrier de la vie de l'établissement ou du service (renouvellement du projet d'établissement ou de service, fusion avec un autre établissement, etc.).

La hiérarchisation des objectifs et des actions repose sur la gravité, la réalisation d'un risque ou la probabilité de sa réalisation¹².

gravité x fréquence = criticité

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

À l'issue des évaluations, les professionnels de ce groupe d'établissements – fortement mobilisé et force de propositions – ont identifié plus d'une cinquantaine d'actions à réaliser pour améliorer la réponse aux besoins des personnes accueillies. Pour ne pas décourager les professionnels face à l'impossibilité de tout réaliser dans un temps court, un travail de regroupement par thématiques et par objectifs a été effectué par la direction et communiqué aux professionnels. Cette étape a permis de hiérarchiser les objectifs et de répartir les actions dans le temps.

¹² Pour aller plus loin : se reporter aux références bibliographiques concernant le management du changement.

OUTIL

La **matrice d'Eisenhower** est un outil pour hiérarchiser les priorités et aider à la prise de décision. Elle permet de classer les priorités, d'apprécier les urgences, de gérer et réguler les activités.

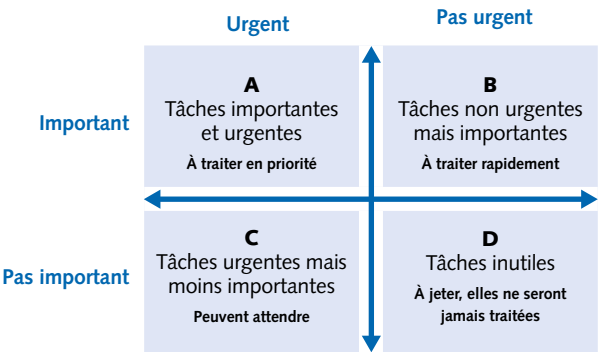


ILLUSTRATION - PAROLES DE PROFESSIONNELS

« Quel que soit le sujet ou l'action, si on voit que les professionnels sont motivés par une action, c'est une action que l'on mettra comme prioritaire. Car cela veut dire que les professionnels ont identifié un manque dans les pratiques et/ou la finalité n'est pas celle attendue. Derrière, on s'en sert comme des leviers pour mettre en place d'autres actions qui fédèrent moins. »

CHAPITRE 3

ARTICULER OBJECTIFS ET ACTIONS

1. Passer aux actions 27

**2. Formaliser
les actions prévues :
les fiches-actions 28**

3. Le plan d'actions 29

1 PASSER AUX ACTIONS

Pour passer à l'action, les ESSMS disposent de plusieurs leviers d'action. Ils sont de trois ordres :

- **Humains** : les moyens humains et la prédisposition des équipes à s'engager dans l'action.
- **Organisationnels** : les temps dédiés pour mettre en place l'action.
- **Matériels** : les moyens spécifiques dédiés à l'action (y compris les ressources mobilisables en externe : partenariats, ressources documentaires, moyens techniques).

La délivrance de prestations fait de plus en plus intervenir des partenaires et des fournisseurs. Il est recommandé de les associer aux parties qui les concernent.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Ce service s'est défini comme objectif de diminuer les ruptures de prise en charge et de passer de 40 à 15 demandes d'admissions sur la liste d'attente. L'adjointe de direction et l'assistante sociale ont travaillé ensemble pour proposer des réorientations à chaque situation.

Il arrive souvent de confondre objectifs et actions. Les actions décrivent les moyens et méthodes mis en œuvre pour atteindre l'objectif. L'objectif est la destination à atteindre, les actions sont le chemin pour y parvenir.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

La rédaction du projet de soins personnalisé est l'une des actions pour informer les personnes accompagnées sur les modalités d'intervention de l'établissement ou du service.



TRUCS ET ASTUCES

- Utiliser un logigramme pour décliner et offrir une meilleure lisibilité des objectifs et des actions et de leur interdépendance.
- Formuler l'objectif par un verbe et l'action par une réalisation (voir illustration ci-dessous).



2 FORMALISER LES ACTIONS PRÉVUES: LES FICHES-ACTIONS

Chaque action est formalisée par une fiche-action. Pour élaborer une fiche-action, la méthode du questionnement est utile (cf. tableau ci-dessous). En effet, cet outil permet d'intégrer ce qui donne sens à l'action. On retrouve alors les objectifs stratégiques et opérationnels, voire les interfaces qui existent avec d'autres fiches-actions.

La méthode de questionnement.

QUOI ?	Description de l'action : quelle est l'action (objectifs stratégiques et opérationnels qui motivent sa mise en œuvre). Origine de l'action (injonction, préconisations de l'évaluateur externe, proposition d'un groupe de professionnels, d'un groupe de personnes accompagnées, etc.). À quel objectif se rapporte-t-elle ?
QUI ?	Personne chargée de la mise en œuvre de l'action.
COMMENT ?	Moyens mis à disposition, partenariat, budget éventuellement.
QUAND ?	Dates de début et de fin.
OÙ ?	Si nécessaire, localisation de l'action (nom de l'établissement ou de service concerné).
COMBIEN ?	Critères de réussite de l'action/effets attendus/indicateurs de suivi.
POURQUOI ?	Ce qui justifie l'objectif et qui donne du sens.

Une fiche-action est utile et complète lorsqu'elle répond à l'ensemble des questions présentées ci-dessus¹³.

¹³ Un modèle de fiche-action est disponible en annexe.

3 LE PLAN D'ACTIONS

3.1. LES ENJEUX DU PLAN D'ACTIONS

Le plan d'actions est l'interface entre les phases d'analyse et de mise en œuvre des décisions. Il permet de transformer les réflexions en éléments concrets et opérationnels. Ses enjeux sont de définir, organiser, planifier et mettre en place l'ensemble des moyens et méthodes pour atteindre les objectifs fixés.

La formalisation du plan d'actions permet aux responsables des établissements et services ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de disposer d'une vision globale et exhaustive sur la charge de travail à venir. Il offre **une lisibilité sur les moyens et méthodes nécessaires** et leur utilisation.

Le plan d'actions est un **outil de planification**, il permet une meilleure maîtrise des temps de mise en œuvre. Les calendriers des actions et les échéances sont connus, l'état d'avancement des actions peut être suivi à tout moment, ce qui évite aux structures de « naviguer à vue ». Pour rendre la démarche dynamique et réaliste, il est recommandé de planifier actions rapides et actions à plus long terme.

ILLUSTRATION - PAROLES DE PROFESSIONNELS

« La qualité reste bien vivante dans les esprits grâce à la nouvelle organisation et le calendrier que l'on a mis en place. Il faut avoir un regard d'ensemble sur la progression des objectifs sur l'année, voire sur plusieurs années. »

Pour chaque action, l'établissement ou le service identifie un responsable (pilote de l'action) et des intervenants (collaborateurs internes et/ou partenaires). Le rôle de chacun est ainsi défini et communiqué. Cela permet **d'impliquer et de motiver les équipes et, le cas échéant, toutes les parties prenantes**.

Enfin, le plan d'actions est un levier pour **une meilleure coordination des interventions** puisqu'il met en évidence l'interdépendance des actions. Une action pourra avoir des effets sur un ou plusieurs objectifs, et un objectif peut entraîner une ou plusieurs actions.



TRUCS ET ASTUCES

Privilégier une présentation sur tableur permet d'effectuer des filtres sur les objectifs, les responsables d'actions, de trier par dates, etc. (voir exemples en annexe 2).

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Dans cette association, l'ensemble des établissements et services a utilisé le même référentiel pour conduire leur évaluation interne. Les plans d'actions ont été définis au niveau de chaque établissement ou service pour prendre en compte les spécificités et priorités propres à chaque structure. Ceci a permis de planifier des actions communes, de laisser place à l'innovation et de définir des objectifs réalistes et atteignables pour chaque établissement ou service.

3.2. CONSTRUCTION DU PLAN D'ACTIONS

Idéalement, la définition et la formalisation des objectifs devraient précéder les actions. Mais il n'est pas rare cependant que les structures se lancent dans des actions avant d'avoir explicitement définis les objectifs. Ces réactions sont inévitables mais peuvent créer à terme de la confusion et des tensions parce que les objectifs ne sont pas énoncés clairement. Pour éviter ces problèmes, il convient de réactualiser et de clarifier tous les objectifs lors du suivi du plan d'actions pour redonner du sens aux actions.



TRUCS ET ASTUCES

Ne pas passer trop de temps à construire le plan d'actions, au détriment de sa mise en œuvre.

L'élaboration du plan d'actions est l'occasion de mettre en cohérence la vision stratégique de l'organisme gestionnaire avec les priorités des politiques publiques, établies notamment dans les documents de programmation régionaux et/ou départementaux (schéma régional d'organisation médico-sociale SROMS). Pour partager avec les autorités, et être utile dans la contractualisation et le dialogue de gestion, il est aussi important d'utiliser un langage commun (même vocabulaire/mêmes regroupements).

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Tous les établissements et services de cette association ont organisé leur plan d'actions à partir des thématiques de l'abrégé du rapport d'évaluation externe. Cette présentation commune est très utile à la direction de l'association ainsi qu'aux services de l'ARS et du Conseil départemental dans le cadre du suivi du CPOM.

Les thèmes sont :

- la garantie et le respect des droits des usagers : l'accès et le respect des droits fondamentaux d'une part, l'expression et la participation collective des personnes accompagnées d'autre part ;
- la prévention, la sécurité des usagers et la gestion des risques liés à la situation de vulnérabilité des personnes accompagnées ;
- la personnalisation de l'accompagnement : accueil, évaluation des besoins, élaboration et mise en œuvre des projets personnalisés ;
- la promotion/le maintien de l'autonomie : les missions des ESSMS ;
- l'ouverture et l'inscription de l'ESSMS dans le territoire : les modalités de partenariats ;
- les deux thèmes de l'abrégé relatifs au projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre, ainsi que la démarche d'amélioration continue de la qualité et la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, n'apparaissent pas dans le plan d'actions comme des objectifs de l'accompagnement. Ils sont des supports pour la mise en œuvre.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Ce directeur d'Ehpad a organisé le fonctionnement de son établissement et la démarche d'amélioration continue sur les quatre valeurs du projet d'établissement. Il s'attache à ce que ces principes se retrouvent au quotidien :

- le résident est au cœur de l'accompagnement et du fonctionnement de l'établissement;
- écoute: quelle que soit la demande du résident ou de la famille, on la prend en considération et l'équipe apporte une réponse;
- droits et devoirs des résidents;
- traçabilité et suivi des événements indésirables.

3.3. DIMENSION DU PLAN D'ACTIONS : NOMBRE D'OBJECTIFS ET D'ACTIONS —

Le nombre d'actions varie selon les enjeux stratégiques et les objectifs poursuivis, la taille de l'établissement ou du service, les ressources disponibles, etc. Certaines actions peuvent se décliner en plusieurs sous-actions. Par exemple, l'action « renouvellement du projet d'établissement » peut donner lieu à plusieurs sous-actions : animation de groupes de travail, enquêtes pour recueillir le point de vue des personnes accompagnées, rédaction du document et d'une synthèse, etc.

Le plan d'actions ne peut pas tout définir précisément. Il importe de prévoir les principales étapes sans se perdre dans les détails. Le suivi et la planification d'étapes intermédiaires permettront d'alimenter le plan d'actions.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Une responsable qualité en lien avec plusieurs établissements d'un groupe rappelle aux Directeurs d'établissement qu'« il faut se limiter à 5 actions et se mettre tout de suite dans l'action sinon les équipes n'ont pas l'impression de servir à quelque chose » ; une autre responsable qualité au sein d'une association insiste sur le fait qu'il faut hiérarchiser les actions et « essayer de déceler le détail signifiant et le détail insignifiant », distinguer ce qui est à la portée et qui est important de ce qui l'est moins.

Il est important de proposer un calendrier qui ait du sens et de la pertinence pour avoir une bonne visibilité et une efficacité sur le long terme.

CHAPITRE 4

S'ASSURER DE LA PERTINENCE ET DE L'EFFICACITÉ DU PLAN D' ACTIONS

**1. Interroger régulièrement
les pratiques 35**

**2. Suivre régulièrement
l'avancement des actions et
l'évolution des besoins des
personnes accompagnées 36**

La pertinence des objectifs et la mise en œuvre des orientations stratégiques du projet d'établissement ou de service **sont réinterrogées** en tant que besoin, notamment au regard de l'avancement des actions et de l'évolution des besoins des personnes accompagnées. Cette actualisation est communiquée aux professionnels, aux personnes accompagnées et aux autorités. Elle doit figurer dans le rapport annuel d'activités¹⁴ (ou dans le cadre du suivi du CPOM).

Faire vivre la démarche, c'est s'assurer régulièrement de l'avancement et de la réalisation des tâches. Il s'agit de solliciter les personnes chargées des différentes actions pour organiser une communication régulière. Cet espace d'information permet de redonner du sens aux éléments du quotidien, il facilite la communication interne et la compréhension de la stratégie à tous les niveaux.

1 INTERROGER RÉGULIÈREMENT LES PRATIQUES

Pour que la démarche d'amélioration continue soit favorable et bénéfique, il est opportun d'établir un calendrier permettant d'interroger les objectifs d'accompagnement de manière progressive. À ce titre, il est tout à fait intéressant de prévoir une évaluation des axes d'accompagnement sur 5 ans. Pour exemple, évaluer un axe chaque année et non l'ensemble des axes une fois tous les 5 ans.

La démarche d'amélioration continue s'inscrit dans le fonctionnement quotidien de l'établissement ou du service. Elle s'intègre dans les temps d'échanges et de réflexions des professionnels sur leurs pratiques (analyse de pratique, échanges autour des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, etc.).

POINT DE VIGILANCE

Le premier usage des recommandations de bonnes pratiques professionnelles est l'évaluation des activités et de la qualité des prestations. Leur appropriation est nécessaire mais ne passe pas nécessairement par une lecture individuelle et isolée. Elles doivent permettre aux bonnes pratiques d'exister (quelle que soit leur voie d'application). Le travail régulier en équipe des RBPP permet aux professionnels de s'approprier les bonnes pratiques. Cela suppose que la direction et l'équipe d'encadrement aient identifié en amont les éléments sur lesquels ils souhaitent conduire la réflexion. Ils utiliseront à cet effet la table des matières des RBPP, la synthèse, les éléments d'appropriation.

¹⁴ Article D312-203 du CASF. Les évaluations internes prévues au premier alinéa de l'article L312-8 reposent sur une démarche continue retracée chaque année dans le rapport d'activité des établissements et services concernés, mentionné à l'article R314-50.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Cet établissement consacre une fois par trimestre une réunion d'équipe à l'appropriation d'un thème traité dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en lien avec l'axe prioritaire de l'année.

Ce groupe d'Ehpad a traduit les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sous forme de questionnaire : « on encourage les établissements à les intégrer dans leur plan d'actions, à organiser des temps d'échange formalisés et qui se mettent en place de plus en plus souvent. L'objectif est d'intégrer les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) au quotidien ».

2 SUIVRE RÉGULIÈREMENT L'AVANCEMENT DES ACTIONS ET L'ÉVOLUTION DES BESOINS DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

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

À ce titre, la structure sera attentive à ce qui peut déclencher un questionnement :

- une action prévue n'a pas été mise en place ;
- une action a produit des effets imprévus, qu'ils soient positifs ou négatifs ;
- une évolution des caractéristiques ou des besoins des personnes accompagnées doit engendrer une modification des pratiques ;
- une évolution du cadre d'intervention et/ou des moyens mis en œuvre par l'établissement/service a été constaté ;
- du retard a été pris sur la réalisation d'une action (manque de suivi, ressources insuffisantes, manque de méthode, etc.).

2.1. LES INDICATEURS DE SUIVI DE LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT

Les indicateurs sont des outils nécessaires et utiles à l'objectivation de la mesure d'un objectif. « Ils peuvent permettre de repérer, à partir de constats simples et factuels, et compte tenu du contexte, si les objectifs de qualité de l'accompagnement sont bien présents et maîtrisés dans l'établissement ou le service. »¹⁵

¹⁵ Avis du Conseil scientifique de l'Anesm du 12 mars 2015.

Selon l'avis du Conseil scientifique de l'Anesm du 12 mars 2015 sur les indicateurs de suivi de la qualité de l'accompagnement :

« L'indicateur [de suivi de la qualité de l'accompagnement] peut permettre de repérer, à partir de constats simples et compte tenu du contexte, si les objectifs de qualité de l'accompagnement sont bien présents et maîtrisés dans l'établissement ou le service. (...) »

Un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution du point de vue quantitatif. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre.¹⁶ (...) »

Pour être utiles et aider à la prise de décisions, les indicateurs doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- la simplicité et l'acceptabilité : les indicateurs doivent être faciles à élaborer, à recueillir et à calculer ;
- la validité et la pertinence : ils fournissent des repères nécessaires à l'appréciation de l'évolution de ce que l'on veut mesurer ;
- la fiabilité : ils sont aptes à effectuer une mesure précise et reproductible ;
- la sensibilité et la spécificité : ils varient dès que le phénomène étudié est modifié. (...) »

« L'utilisation d'indicateurs s'inscrit dans un processus et le choix des indicateurs dépend des objectifs poursuivis. (...) Aussi, les indicateurs de suivi de la qualité de l'accompagnement sont construits à partir d'éléments permettant d'identifier la manière dont l'établissement ou le service vise les objectifs poursuivis. Par conséquent, **les indicateurs retenus sont indissociables du contexte auquel ils se rapportent**. (...) »

« Le suivi de la qualité des prestations et des activités des ESSMS repose sur l'association de trois types d'indicateurs :

- des indicateurs de contexte reposant sur les caractéristiques des publics et l'environnement de l'établissement ou du service (âge, niveau de dépendance, caractéristique de l'environnement, etc.) ;
- des indicateurs de conduite de l'action : mise en œuvre, processus, moyens, réalisations ;
- des indicateurs de résultats (intermédiaires ou finaux reposant sur un constat objectif à partir d'une mesure).

¹⁶ ANAES. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux. Saint-Denis : Anaes, 2002.

L'indicateur est donc un instrument de mesure à un instant T qui permet, si la mesure est répétée, de suivre une progression vers une cible visée (en l'occurrence un objectif ou une action). La cible retenue devra être objectivement atteignable et les règles d'exploitation des indicateurs préalablement définies sur une période considérée.

Dans le domaine social et médico-social, divers critères et indicateurs sont déjà disponibles et peuvent être repris par les établissements et services. Dans tous les cas, ils doivent être impérativement déterminés en fonction de l'objet et des spécificités de l'établissement ou du service. Leur choix doit être discuté et approprié par l'ensemble des acteurs. Les ESSMS peuvent se rapporter aux références moyennes produites par l'Anesm dans le cadre des enquêtes nationales bientraitance¹⁷ pour analyser les résultats qu'ils observent.

2.2. LE SUIVI DES ACTIONS

L'analyse de l'évolution des indicateurs de suivi de la qualité de l'accompagnement, associée à l'analyse des actions mises en œuvre, permet aux établissements et services d'ajuster leurs réponses. C'est en ce sens qu'ils sont au service de la stratégie.

Il convient d'identifier en amont le moment opportun pour suivre la mise en œuvre du plan d'actions et de procéder au moins annuellement à une analyse des données récoltées pour suivre régulièrement les démarches engagées. Il importe que les supports mobilisés à cet effet puissent servir au fonctionnement général de l'établissement/service. À cet effet, le suivi du plan d'actions doit figurer dans le rapport annuel d'activités ou dans les bilans transmis aux autorités dans le cadre du suivi des CPOM et du dialogue de gestion.

¹⁷ Anesm. *Enquête relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie (bientraitance) dans les Ehpad*. Saint-Denis : Anesm, 2015.

Anesm. *Résultats de l'étude sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux recueil des pratiques et témoignages des acteurs*. Saint-Denis : Anesm, 2014.

Anesm. *Résultats du volet 1 de l'enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile*. Saint-Denis : Anesm, 2014.

Anesm. *Résultats de l'analyse nationale 2012 sur le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les MAS et les FAM*. Saint-Denis : Anesm, 2013.

Anesm. *Résultats de l'enquête nationale 2012 relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS*. Saint-Denis : Anesm, 2013.

Anesm. *Bientraitance. Analyse nationale 2010. Déploiement des pratiques professionnelles en établissements pour personnes âgées dépendantes*. Saint-Denis : Anesm, 2011.

Anesm. *L'accompagnement pluridisciplinaire dans les structures de répit*. Saint-Denis : 2011.

Anesm. *Enquête nationale 2009 auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS*. Saint-Denis : Anesm, 2010.

Anesm. *Enquête nationale 2008 auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS*. Saint-Denis : Anesm, 2009.

Anesm. *Enquête nationale 2008 auprès des Ddass et des conseils généraux. Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS*. Saint-Denis : Anesm, 2009.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Une Association regroupant 10 établissements sociaux et médico-sociaux, organisée en trois pôles métiers, revoit une fois par an l'ensemble des dix plans d'actions. Pour chaque plan d'actions, le référent qualité de l'association fait un bilan d'étape en s'attachant particulièrement à quatre points :

- Par qui le plan d'actions est-il contrôlé en interne (sur l'établissement) ?
 - Quelles sont les preuves matérielles de la réalisation de l'action ?
 - Le cas échéant, pourquoi l'action n'a-t-elle pu être réalisée ?
 - Quels sont les objectifs qui sont devenus « hors champs d'action » et auxquels on doit renoncer ?
- À partir de ces quatre questions, le plan d'actions est actualisé.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Au sein de cette fondation, la mise en place d'un comité de pilotage composé de l'équipe de direction, d'un professionnel par service, d'un représentant des familles et d'un représentant des usagers se réunit deux fois par an.

Les missions du comité de pilotage sont :

- de s'assurer que la mise en place du projet qualité suive bien les règles prédéfinies et que les objectifs initiaux sont bien atteints, et cela pour toutes les étapes de la démarche ;
- de s'assurer que les moyens mis à la disposition de la démarche sont utilisés efficacement et éventuellement de les réajuster en fonction de l'évolution des besoins et du contexte ;
- de servir de facilitateur pour la mise en place de la démarche ;
- de faire des choix et des arbitrages dans la conduite du plan d'amélioration en fonction du contexte.

CHAPITRE 5

ORGANISER ET MOBILISER L'ENSEMBLE DES ACTEURS

(PROFESSIONNELS ET
PERSONNES ACCOMPAGNÉES)

1 LES DIFFÉRENTES FORMES DE PARTICIPATION

Il revient à la direction de décider de la forme selon laquelle elle souhaite organiser la contribution de chaque partie prenante, de manière pragmatique, en fonction des possibilités de la structure et des travaux à conduire. Associer ne veut pas dire co-gérer. Dans tous les cas il importe **a minima de communiquer régulièrement sur l'avancement du plan d'actions**.

1.1. COMMUNIQUER ET ASSOCIER LES PROFESSIONNELS ET LES PARTENAIRES DE L'ACCOMPAGNEMENT

La participation des professionnels et des administrateurs à l'élaboration d'un plan d'actions « post-évaluation » est essentielle et centrale puisqu'elle leur permet, au-delà de leur domaine d'intervention, de porter un regard d'ensemble sur le service global rendu par la structure. Les évaluations ont mobilisé les professionnels. Cette mobilisation nécessite d'être suivie.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Plusieurs établissements de différents secteurs ont fait le constat que la première évaluation interne avait été très mobilisatrice et « fédératrice entre les équipes et les familles, avec un travail sur la démarche très dynamique ». Les équipes ont pris conscience à ce moment qu'il fallait formaliser leurs pratiques, et que « bien-faire au quotidien » ne suffisait plus. Il fallait inscrire leurs pratiques, les asseoir par l'écrit.

1.2. COMMUNIQUER ET ASSOCIER LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

L'avis des personnes accompagnées sur les modalités de l'accueil, de l'hébergement et des prestations, sur la pertinence des actions et de l'organisation matérielle est une source d'informations importante qui permet aux professionnels d'améliorer la qualité des activités et des prestations.

Le dialogue qui s'instaure entre les personnes accompagnées et les professionnels accroît la confiance mutuelle indispensable au bon déroulement des prestations. Quand la participation des personnes accompagnées aboutit à construire des actions avec les professionnels, ce positionnement actif des personnes accompagnées contribue à faciliter l'intervention de l'équipe. Cette participation peut également se traduire par la mise en place d'actions par les personnes elles-mêmes¹⁸.

Les modalités d'expression des personnes accompagnées contribuent à l'élaboration du plan d'actions. À ce titre, les formes d'expression et de participation collective prévues par le législateur (art. L.311-6 du CASF) doivent permettre d'améliorer le fonctionnement de l'établissement ou du service. Les remarques formulées dans le cadre du CVS, des groupes d'expression, des enquêtes de satisfaction, de l'analyse des réclamations figurent dans le plan d'actions.

¹⁸ Pour aller plus loin : Anesm. *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* (2010) et Anesm. *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*. (2008).

Il importe de communiquer régulièrement sur l'existence même du plan d'actions, son avancement et l'organisation mise en œuvre en interne pour améliorer la qualité des activités et des prestations. Les personnes accompagnées sont alors informées et ont la possibilité de s'exprimer pour mieux comprendre l'information qui leur est transmise. Cette communication se matérialise généralement à l'occasion de réunions d'information.

Communiquer sur le plan d'actions et son avancement permet aux personnes accompagnées de mieux comprendre la dynamique engagée dans l'établissement ou le service.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Dans cet établissement, chaque nouveau résident est informé dès son arrivée des thématiques abordées par les professionnels en groupes de travail pour améliorer l'accompagnement.

1.3. S'ORGANISER POUR SOUTENIR LA DÉMARCHE

La direction de l'établissement ou du service est garante de la démarche et argumente les choix. Elle s'assure des bonnes conditions de sa mise en œuvre, affecte les ressources nécessaires (de manière à adapter l'organisation du travail). La démarche doit être épaulée et soutenue par les cadres dirigeants, ce qui est très structurant pour les équipes et les usagers : « Le plan d'actions et toute la démarche qualité sont un incroyable outil de management » (paroles de professionnels). Il nécessite de dédier des moyens utiles à la formalisation des fiches-actions et du plan d'actions (élaboration et suivi) ainsi qu'à l'organisation et l'animation des temps d'échange collectifs.

Le suivi du plan d'actions et sa communication aux équipes s'effectue dans le cadre du fonctionnement de l'établissement ou du service. Il importe que l'établissement ou le service puisse insuffler sa propre dynamique et « ritualiser et sanctuariser » ce moment d'échange privilégié avec l'ensemble des professionnels et des personnes accompagnées. Ce rythme préalablement défini facilite la mise en place de réflexes et d'automatismes dans les pratiques quotidiennes.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Tous les ans, le Directeur général de cette association réunit l'ensemble des professionnels et des familles à l'occasion des vœux. Ce moment convivial permet de présenter les réalisations de l'année passée et les temps forts de l'année à venir.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Cette Directrice indique qu'après les évaluations externes, une mobilisation importante sur l'élaboration d'actions a été nécessaire : procédure d'accueil, projet d'établissement et fiches-actions pour le CPOM.

Dans une logique d'harmonisation, elle a instauré un groupe de travail chargé du suivi du plan d'actions et de sujets thématiques. Ce groupe de travail est composé de la direction, d'un professionnel référent chargé de formaliser la démarche et d'utilisateurs.

En fonction des sujets abordés, la composition du groupe de travail varie, mais en respectant la parité afin qu'il y ait des échanges riches et construits.

ILLUSTRATION - EXEMPLE D'INITIATIVES

Cette responsable qualité exerçant dans une association de 10 établissements donne quelques conseils pour toute structure qui se lance dans la démarche qualité :

- nommer impérativement une personne référente, sur la base du volontariat ;
- former cette personne au maniement des outils (plan d'actions, fiche-action, logiciel, référentiels). S'assurer qu'elle dispose de compétences et d'attitudes pour la rédaction, l'organisation du suivi du plan d'actions et l'animation de réunions.

ANNEXES

**1. Calendrier des
évaluations 49**

**2. Modèles de Plan,
de Calendrier et de
Fiche-action 50**

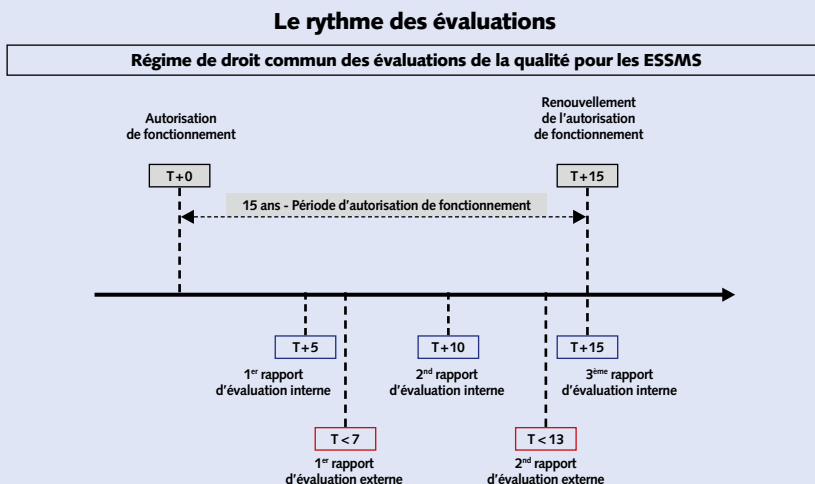
**3. Conduite des
travaux 53**

4. Références 55

1 CALENDRIER DES ÉVALUATIONS

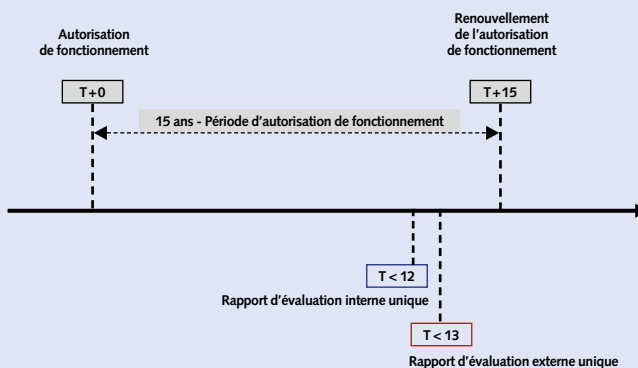
Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Régime de droit commun pour tous les établissements et services autorisés depuis le 21/07/2009 (date de promulgation de la loi HPST) ou dont l'autorisation a été renouvelée.



Les établissements et services autorisés au 02/01/2002 qui auront vu leur autorisation renouvelée au 03/01/2017 devront transmettre leur prochain rapport d'évaluation interne au plus tard 5 ans après le renouvellement de leur autorisation, c'est-à-dire avant le 03/01/2022.

Le cas particulier des établissements et services autorisés et ouverts entre le 2/01/2002 et le 21/07/2009.



2 MODELES DE PLAN, DE CALENDRIER ET DE FICHE-ACTION

Modèle de Plan d'Actions

THÈMES	N°	SOURCE(S)	ÉTABLISSEMENT(S) ET/OU SERVICE(S) CONCERNÉ(S)	OBJECTIF(S) STRATÉGIQUES	OBJECTIF(S) OPÉRATIONNEL(S)	MOYENS ET/OU MÉTHODES	EFFET(S) ATTENDUS	INDICATEUR(S) DE SUIVI	RESPONSABLE	DATE DE RÉALISATION PRÉVUE (ÉCHÉANCE)	FICHE ACTION OUI / NON	SI FICHE ACTION N°
1. La démarche d'évaluation interne	1.1											
	1.2											
	1.3											
2. la prise en compte des RBPP publiées par l'ANESSM relatives à L'ESSMS	2.1											
	2.2											
	2.3											
3.	3.1											
	3.2											
	3.3											
4.	4.1											
	4.2											
	4.3											
5.	5.1											
	5.2											
	5.3											
6.	6.1											
	6.2											
	6.3											
7.	7.1											
	7.2											
	7.3											
8.	8.1											
	8.2											
	8.3											
Etc.	9.1											

Exemple de suivi d'un plan d'actions

Établissements et services :
Date de mise à jour: jj/mm/aaaa

À faire En cours de réalisation Fait

	2015				2016				2017				2018				2019				2020				
N°	OBJECTIF(S) STRATÉGIQUE(S)				OBJECTIF(S) OPÉRATIONNEL(S)																				
	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	4 ^{ème} trimestre	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	4 ^{ème} trimestre	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	4 ^{ème} trimestre	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	4 ^{ème} trimestre	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	4 ^{ème} trimestre	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	4 ^{ème} trimestre	
1.1																									
1.2																									
1.3																									
2.1																									
2.2																									
2.3																									
...																									

Indiquez la période prévue de réalisation de l'action.
Dans cet exemple, elle débute dans le 3^{ème} trimestre
de l'année 2014 pour se terminer conformément au
Plan d'Action Qualité, fin juin 2015

L'indication par une couleur rouge, précise que l'action
est prévue, mais n'est pas encore réalisée. Celle-ci
reste à réaliser (à faire). L'indication en vert, que
celle-ci est en cours de réalisation et en vert qu'elle
est réalisée (faite). Ainsi ces indications mises à
jour régulièrement, permettent un suivi de l'état
d'avancement de l'action.

Exemple de fiche-action

FICHE ACTION N°:	ÉTABLISSEMENT OU SERVICE CONCERNÉ	DATE DE MISE À JOUR :
1		JJ/MM/AAAA
Établissement(s) et/ou service(s) concerné(s) :		
Objectif(s) opérationnel(s) / Actions:		
Groupe projet:		
Sous la responsabilité de:		
Partie concernée:		
Moyens à mettre en œuvre:		
Résultat(s)/ effet(s) attendu(s):		
Indicateurs :		
Analyse globale :		

L'indicateur(s) quantitatif(s) et/ou qualitatif(s) observables ou chiffrables) qui viendra/vendront préciser que l'on aura atteint totalement ou partiellement l'objectif recherché (indicateurs cibles et/ ou indicateurs variables).

3 CONDUITE DES TRAVAUX

ÉQUIPE PROJET

- Aline MÉTAIS, responsable secteur Évaluation
- Noémie GUITTON, responsable de projet
- Patricia MARIE, documentaliste
- Nageette DERRAZ, assistante coordination de projets

COORDINATION ÉDITORIALE

- Yaba BOUESSE, chargée de communication
- Adrien GIRAULT, chargé de communication

RÉFÉRENT COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

- Emmanuel FAYEMI, Directeur général, ADSEA 29, directeur du service d'action éducative de Brest, représentant la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (La Cnape), président de la section enfance du COS

RÉFÉRENTS CONSEIL SCIENTIFIQUE

- Sandra BERTEZENE, enseignant chercheur, Université Lyon 1
- Sandrine DUFOUR KIPPELEN, maître de conférences en sciences économiques à l'Université Paris Dauphine

ANALYSE JURIDIQUE

- Maître Marion PUISSANT, Montpellier, Hérault

VALIDATION ET ADOPTION

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- Didier ARMAINGAUD, Directeur médical, Korian
- Nathalie CROUZET, Responsable du service des missions d'appui, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)
- Éric FREGONA, conseiller technique, Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)
- Alexis HUBERT, conseiller technique, Association des paralysés de France (APF)
- Suzanne MALISSARD, Conseillère santé social, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)
- Christophe PELLETIER, responsable qualité à l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)
- Guillaume STRAPAZZON, conseiller technique, Association régionale pour la sauvegarde de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte (ARSEAA)

PERSONNES RESSOURCES

- Gérard ASENSIO, directeur-adjoint Pôle Adultes handicap
- Christine BEUVE, responsable soin et qualité, Ehpad
- Virginia BILLON, directrice de Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Marie-Madeleine BOURLEYRE, directrice pôle médico-social domicile
- Jérôme BOUILLET, directeur-adjoint de Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEF) - Service d'accompagnement à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAS) - Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Claire BOURGEOIS, référent qualité Section d'Éducation Motrice
- Cherly CAMILLE, responsable régional soin et qualité, secteur personnes âgées
- Charlotte CESBRON, responsable soin et qualité, secteur personnes âgées
- Stéphanie DENOLF, adjointe de direction, Sessad
- Abdelkabire ESSALHI, directeur d'Ehpad
- Claude GUILLEVIC, responsable qualité, secteur inclusion sociale
- Olivier HART, coordinateur qualité, secteur handicap
- Sandrine HAVET-PETIT, responsable de service d'un accueil de jour, secteur handicap
- Jonathan LAPORTE, responsable soin et qualité régional Ehpad
- Yann LE BERRE, responsable projets évaluation-qualité, Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)
- Annie LELIEVRE, responsable du pôle autonomie, Fédération hospitalière de France (FHF)
- Agnès LIMOUZY, responsable cellule qualité, secteur inclusion sociale, Paris
- Nadia MAINY, adjointe au chef de département Appui au pilotage et à la performance (ARS Bourgogne Franche-Comté)
- Daniel MASSON, directeur Pôle Adultes
- Laurence MAZE, conseiller qualité Fegapei
- Guy MERENS, directeur-adjoint de Pôle Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) et Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)
- Beate MUNSTER, directrice pôle insertion sociale
- Élodie PERIBOIS, responsable de département offre médico-sociale (ARS Pays de la Loire)
- Michel RAMOS, responsable national qualité, APF
- Gabriel SERRANO, chargée de mission qualité, secteur personnes âgées et personnes handicapées
- Hélène SONNTAG, référente qualité Sessad
- Magalie WESTRELIN, qualitiennne départementale secteur personnes âgées et personnes handicapées

AUTRES RESSOURCES

- Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
- Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

4 RÉFÉRENCES

CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Instruction n°DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.
- Circulaire n°DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévus à l'article L.313-11 du code de l'action sociale et des familles.
- Circulaire n°DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.
- Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux du 15 mai 2007.

ARTICLES ET OUVRAGES

- ANAP. Piloter les projets de système d'information par la valeur – *Méthode et expérimentations*. Paris : Anap, 2012.
- ARGYRIS, C. *Savoir pour agir*. Paris : Dunod, 2003. 336 p.
- BERTEZENE, S., Le pilotage de la performance éthique : résultats de recherches-interventions dans le secteur médico-social. *Management & Avenir*, 2013, n°64.
- BERTEZENE, S., VALLAT, D. Changement et engagement dans une stratégie RSE le cas des établissements sociaux et médico-sociaux français. *RIMHE - Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 2016, n°21.
- BREHAUX, K. Le management éthique ? *Les Tribunes de la santé*, 2015, n°49.
- CHARLEUX, F. La fonction de direction face à l'évaluation externe. In : BATIFOULIER, F. *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2011.
- CHAUVIERE, M. Esquisse d'une sociologie critique de la nouvelle norme d'évaluation. *Revue Française d'Administration Publique*, 2013, n°148.
- CHIAPELLO, E., BOURGUIGNON, A. The role of criticism in the dynamics of performance evaluation systems. *Critical perspectives on Accounting*, 2005, Vol. 16, n°6, pp. 665-700.
- CHIAPELLO, E., DELMOND, M.H. Les tableaux de bord de gestion, outils d'introduction au changement. *Revue française de gestion*, 1994, n°97, pp.49-58.
- CHIVA, R., ALEGRE, J. Organizational Learning and Organizational Knowledge: Towards the Integration of Two Approaches. *Management Learning*, 2005, vol. 36, n°1, pp. 47-66.
- DUBOST, N. Culture professionnelle et démarche qualité dans le secteur médico-social français. *Gestion*, 2014, Vol.39.
- GODENER, A., FORNERINO, M. Pour une meilleure participation des managers au contrôle de gestion. *Comptabilité – Contrôle – Audit*, 2005, Tome II.
- GUILLAUME, A. *Prendre en compte la singularité des acteurs en management, une source d'efficience pour les organisations : cas de recherches-interventions en établissements et services médico-sociaux*. Thèse : Doctorat en Sciences de gestion : Lyon : Université Jean Moulin II, 2015.

- JAEGER, M. L'appropriation de la culture de l'évaluation. In : BATIFOULIER, F. *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2011. 512 p.
- JANVIER, R. L'évaluation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. In : BOUQUET, B., JAEGER, M., SAINSAULIEU, I. *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2011.
- KAPLAN, R., NORTON, D. *Le tableau de bord prospectif*. Paris : Éditions d'Organisation, 2003.
- KPMG. *Évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Bilan et perspectives*. Paris La Défense : KPMG, 2015. Disponible sur : <http://www.kpmg.fr>
- LEMAIRE, C., NOBRE, T. Le rôle des acteurs dans la gestion d'un projet d'implantation d'un tableau de bord dans le secteur médico-social. *Journal de gestion et d'économies médicales*, 2014, Vol. 32, n°7-8.
- LOUBAT, J.R. *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*. 2^{ème}. éd. Paris : Dunod, 2015. 288 p.
- LUX, G. *Adoption et usage(s) des outils de gestion par les directeurs d'Etablissements et Services Médico-Sociaux : état des lieux et facteurs explicatifs*. Thèse : Doctorat en Sciences de Gestion : Rennes : Université Rennes 1, 2013.
- MEYER, V. La méthode des scénarios : un outil d'analyse et d'expertise des formes de communication dans les organisations. *Études de communication*, 2008, n°31, pp. 133-156.
- NONAKA, I., TAKEUCHI, H. *La connaissance créatrice*. 6^{ème} éd. Bruxelles : De Boeck, 2012. 303 p.
- OSORIO MONTOYA, G., TRILLING, L., MONTEIRO, T., et al. Vers une gestion efficiente des établissements et services médico-sociaux : modélisation et suivi des activités. *Logistique et Management*, 2014, Vol. 22, n° 4.
- PAYRE, S. Quand la qualité du management contribue au développement du stress : analyse des défauts de la fonction hiérarchique et des pratiques d'encadrement. *Recherches en Sciences de Gestion*, 2014, n°100.
- PFEFFER, J., SALANCIK, G. *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. Redwood City: Stanford University Press, 2003. 300 p.
- PHANUEL, D., LEMAIRE, I. Concilier éthique et performance dans l'économie sociale et solidaire : quelle contribution de la vision stratégique et de la qualité ? Le cas de « A.I.D.E.R ». *Gestion et management public*, 2015, Vol. 4, n°2.
- PRAX, J.-Y. *Le Manuel du Knowledge Management*. 3^{ème} éd. Paris : Dunod, 2012. 514 p.
- RICHARD, S. Mesures et indicateurs de la performance en travail social : l'impossible évaluation des pratiques professionnelles : entrevue avec Vincent Meyer. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 2013, Vol. 19, n°2, pp. 26-42.
- SAVIGNAT, P. *Conduire l'évaluation externe dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. 2^e éd. Paris : Dunod, 2014. 256 p.
- SENGE, P. *The Fifth Discipline – The Art and Practice of The Learning Organization*. London : Random House, 1990. 445 p.
- SIMONS, R. *The levers of Control*. Boston : Harvard Business School Press, 1995. 232 p.



LISTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

56 recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur
www.anesm.sante.gouv.fr

TOUS SECTEURS

- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (2015).*
- *Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile (2015).*
- *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (2014).*
- *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (2012).*
- *L'évaluation interne: repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (2012).*
- *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (2010).*
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (2010).*
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (2009).*
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (2009).*
- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles (2009).*
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (2008).*
- *Ouverture de l'établissement (2008).*
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008).*
- *La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre (2008).*

- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents: prévention et réponses* (2008).
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* (2008).
- *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2008).

PERSONNES ÂGÉES

- *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)* (2017).
- *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en unité d'hébergement renforcé (UHR)* (2017).
- *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées.* Volet Ehpad (2016).
- *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées.* Volet résidences autonomie (2016).
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées.* Volet résidences autonomie (2016).
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées.* Volet Ehpad (2016).
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées.* Volet domicile (2016).
- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée: prévention, repérage et accompagnement* (2014).
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4): L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (2012)
- *L'évaluation interne: repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (2012).
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 3): La vie sociale des résidents en Ehpad* (2012).
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2): Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* (2011).
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1): De l'accueil de la personne à son accompagnement* (2011).
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* (2009).

PERSONNES HANDICAPÉES

- « *Les comportements-problèmes* »: *Prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés* (2016).
- *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMPSP)* (2015).
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3): « Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement »* (2014).
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – la vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs* (2013).
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté* (2013).
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* (2013).
- *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat* (2013).
- *Autisme et autres TED: interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* (2012).

- *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad* (2011).
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement* (2010).

PROTECTION DE L'ENFANCE

- *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* (2016).
- *Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur* (2016).
- *L'évaluation interne: repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives* (2015).
- *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance* (2014).
- *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure* (2013).
- *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance* (2011).
- *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement* (2010).

INCLUSION SOCIALE

- *Évaluation interne: repères pour les établissements et services relevant du secteur de l'inclusion sociale* (2016).
- *La prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale* (2016).
- *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)* (2015).
- *La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile* (2014).
- *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du code de l'action sociale et des familles* (2012).
- *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* (2010).
- *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* (2008).

LES ENQUÊTES

- *Quatre enquêtes nationales relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.*
- *Deux rapports d'analyse nationale concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de la vie sociale.*
- *Un rapport d'analyse nationale concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé.*

LES GUIDES

- *Guide «ESSMS: valorisez les résultats de vos évaluations»* (2016).
- *Guide d'aide à la contractualisation* (2014).

L'AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Anesm est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002. Installée en mai 2007, l'Agence a succédé au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

SES MISSIONS

Les missions de l'Anesm sont directement issues des obligations faites aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

La première consiste à valider ou produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, références et procédures à partir desquelles les ESSMS doivent légalement procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. La seconde consiste à habiliter les organismes auxquels les ESSMS doivent faire appel afin qu'ils procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité de leurs prestations notamment en vue du renouvellement de leur autorisation de fonctionnement (cf. annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles).

L'AGENCE, UN ACTEUR NATIONAL

L'Anesm est ainsi un acteur public national du dispositif administratif de décision de renouvellement des autorisations de fonctionnement par les autorités compétentes (Agences régionales de santé, conseils généraux, etc.). Elle concourt directement, par ses missions, à la réalisation de ce processus.

ANESM

5, avenue du stade de France
Immeuble Green Corner
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
tél. 01 48 13 91 00

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables sur
www.anesm.sante.gouv.fr

Décembre 2016