



DEPARTEMENT AUTORISATIONS D'EXERCICE
CONCOURS, COACHING

BUREAU DES CONCOURS NATIONAUX

CONCOURS D'ACCES AU CYCLE PREPARANT AUX CONCOURS INTERNES ET TROISIEMES
CONCOURS D'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEUR D'HÔPITAL
ET/OU DE DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.

1^{ère} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

JEUDI 05 MARS 2026

Durée 4 heures – Coefficient 2

Rédaction d'une note de synthèse sur un sujet d'ordre général.

SUJET :

« A l'approche de l'évaluation HAS, la direction de l'établissement souhaite dynamiser la démarche qualité et gestion des risques. Vous devez rédiger une note présentant les obligations légales et réglementaires, et les leviers pour améliorer l'organisation interne »

IMPORTANT – Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages et la numérotation : 46 pages + 2 (sujet + sommaire).

SOMMAIRE

<u>Document n° 1</u>	1 et 2
Section 6 : Déclaration des événements indésirables graves associés à des soins (Articles R1413-67 à R1413-73) - Légifrance	
<u>Document n° 2</u>	3 et 4
Lettre du Gouvernement	
<u>Document n° 3</u>	5 à 17
Référentiel qualité des ESSMS (extrait) Présentation des objectifs et critères ordonnés par thématiques au sein de 3 grands chapitres	
<u>Document n° 4</u>	18 à 21
Fiche 12. Qualité, sécurité et gestion des risques associés aux soins en unités de soins, services et pôles d'activité.	
<u>Document n° 5</u>	22 et 23
Une bande dessinée vulgarise la démarche qualité des Ehpad du CH de Valence	
<u>Document n° 6</u>	24 à 27
Politique qualité et gestion des risques du GCSMS 94	
<u>Document n° 7</u>	28 à 31
Processus de Gestion de la préparation à l'audit d'évaluation du suivi de ses recommandations	
<u>Document n° 8</u>	32 à 38
Kit pratique d'utilisation du manuel d'évaluation HAS ESSMS	
<u>Document n° 9</u>	39 à 46
Procédure d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux	



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

1

Code de la santé publique

Version en vigueur au 17 février 2026

Partie réglementaire (Articles R1110-1 à R6441-2)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles R1110-1 à R1563-1)

Livre IV : Administration générale de la santé (Articles R1411-1 à R1470-11)

Titre Ier : Institutions (Articles R1411-1 à R1418-40)

Chapitre III : Veille sanitaire, urgence sanitaire et promotion de la santé (Articles R1413-1 à D1413-94)

Section 6 : Déclaration des événements indésirables graves associés à des soins (Articles R1413-67 à R1413-73)

Article R1413-67

Création Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 - art. 1

Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Article R1413-68

Modifié par Décret n°2017-885 du 9 mai 2017 - art. 4

Tout professionnel de santé quels que soient son lieu et son mode d'exercice ou tout représentant légal d'établissement de santé, d'établissement de service médico-social ou d'installation autonome de chirurgie esthétique, ou la personne qu'il a désignée à cet effet qui constate un événement indésirable grave associé à des soins le déclare au directeur général de l'agence régionale de santé au moyen du formulaire prévu à l'article R. 1413-70.

Un professionnel de santé qui informe par écrit le représentant légal de l'établissement de santé ou de l'établissement ou du service médico-social dans lequel il exerce de la survenue d'un événement indésirable grave associé à des soins dans cet établissement ou service est réputé avoir satisfait à son obligation de déclaration prévue à l'article L. 1413-14.

Le premier alinéa s'entend sans préjudice des déclarations obligatoires prévues aux articles L. 1123-10, L. 1211-7-1, L. 1221-13, L. 1333-3, L. 1340-4, L. 5121-25, L. 5212-2, L. 5222-3 et R. 1413-79 ainsi que de la déclaration à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé des événements indésirables liés à un produit mentionné à l'article L. 5311-1.

La déclaration des événements indésirables graves vaut déclaration au titre de l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article R1413-69

Modifié par Décret n°2017-885 du 9 mai 2017 - art. 4

I.-La déclaration mentionnée à l'article R. 1413-68 est composée de deux parties.

II.-La première partie est adressée sans délai par l'une des personnes mentionnées à ce même article. Elle comporte :

1° La nature de l'événement et les circonstances de sa survenue ou, à défaut, de sa constatation ;

2° L'énoncé des premières mesures prises localement au bénéfice du patient et en prévention de la répétition d'événements de même nature ;

3° La mention de l'information du patient et, le cas échéant, de sa famille, de ses proches ou de la personne de confiance qu'il a désignée.

III.-La seconde partie est adressée au plus tard dans les trois mois par le représentant légal de l'établissement de santé ou de l'établissement ou du service médico-social où s'est produit l'événement, ou par le professionnel de santé déclarant. Elle comporte :

1° Le descriptif de la gestion de l'événement ;

2° Les éléments de retour d'expérience issus de l'analyse approfondie des causes de l'événement effectuée par les professionnels de santé concernés avec l'aide de la structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients mentionnée à l'article R. 1413-74 ;

3° Un plan d'actions correctrices comprenant les échéances de mise en œuvre et d'évaluation.

Article R1413-70

Création Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 - art. 1

Un arrêté du ministre chargé de la santé précise la forme et le contenu des deux parties du formulaire de déclaration ainsi que les modalités de leur transmission par voie électronique.

Cette déclaration est faite dans des conditions qui garantissent l'anonymat du ou des patients et des professionnels concernés à l'exception du déclarant. Le formulaire ne comporte notamment ni les noms et prénoms des patients, ni leur adresse, ni leur date de naissance, ni les noms et prénoms des professionnels ayant participé à leur prise en charge.

Article R1413-71

Création Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 - art. 1

Le directeur général de l'agence régionale de santé accuse réception au déclarant de la déclaration reçue en application des articles R. 1413-68 et R. 1413-69.

Article R1413-72

Création Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 - art. 1

Les deux parties du formulaire de déclaration de l'événement indésirable grave associé à des soins sont transmises par le directeur général de l'agence régionale de santé à la Haute Autorité de santé, selon les modalités définies par arrêté du ministre chargé de la santé. Cette transmission ne comporte ni les nom et prénoms du déclarant ni l'adresse du lieu de survenue de l'événement.

Article R1413-73

Création Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 - art. 1

La Haute Autorité de santé élabore un bilan annuel des déclarations qu'elle a reçues en application des dispositions de la présente section accompagné des préconisations pour l'amélioration de la sécurité des patients. Ce rapport est transmis au ministre chargé de la santé et est rendu public sur le site de la Haute Autorité de santé.



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

3

Les Ministres

Paris, le 24 MARS 2022

Nos Réf. : D-22-006610

Mesdames, Messieurs les présidents et directeurs des fédérations gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux,

Mesdames, Messieurs les présidents et directeurs d'établissements et services sociaux et médico-sociaux,

Par lettres interministérielles du 16 décembre 2020 et du 25 mai 2021, nous vous avons annoncé l'entrée en vigueur du nouveau dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) au 1er janvier 2022.

Le référentiel d'évaluation prévu par la loi relative à l'organisation et la transformation de notre système de santé du 24 juillet 2019, qui a été élaboré en co-construction avec les acteurs du secteur social et médico-social par la Haute Autorité de santé, est maintenant finalisé. Il a été publié par la Haute Autorité de santé et est entré en vigueur à compter du 10 mars 2022, permettant ainsi l'appropriation par vos structures de la démarche, leur auto-évaluation et l'identification des actions à mettre en place pour améliorer la qualité des accompagnements. Cela leur permettra également de se projeter dans la préparation d'une évaluation par un organisme tiers.

Les nouvelles évaluations seront mises en œuvre à partir de septembre 2022, après une période dédiée à l'appropriation du référentiel et de la nouvelle procédure d'évaluation par l'ensemble des acteurs concernés. Cette mise en œuvre débutera par les établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés depuis le 1^{er} janvier 2021 par une évaluation pour le renouvellement de leur autorisation et n'ayant pas transmis leurs résultats aux autorités. Le décret du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux sera modifié en ce sens.

La reprise des évaluations permettra également la mise en œuvre de la publication de leurs résultats. Ce nouveau levier d'amélioration de l'information du public sur la qualité des ESSMS concernera dans un premier temps les structures intervenant auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dont les résultats d'évaluation seront publiés sur le « portail national d'information pour les personnes âgées et leur proches » et le portail « Mon Parcours Handicap » de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La publication sera progressivement élargie à l'ensemble des secteurs afin que la transparence concernant la qualité de l'accompagnement des ESSMS soit renforcée pour tous les publics. Un décret précisera les modalités de cette publication.

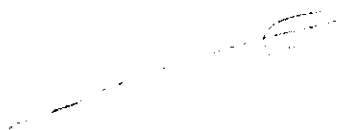
14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse service-social@solidarite.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarite.gouv.fr/mon-projet/mon-projet-personnel/mon-projet-personnel>

La qualité des évaluations sera en outre renforcée par l'obligation d'accréditation pour les organismes évaluateurs. L'accréditation par le Comité français d'accréditation (COFRAC) des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) qui respecteront à la fois la norme d'accréditation prévue (EN ISO/IEC 17020) ainsi que le cahier des charges applicables aux organismes chargés de l'évaluation des ESSMS élaboré par la Haute Autorité de santé permettra de renforcer les exigences d'indépendance et de qualité attendues de ces organismes. Cette accréditation entrera en vigueur au 1^{er} semestre 2022 de manière à permettre la réalisation des évaluations à compter de septembre 2022. Un décret précisera les conditions d'intervention des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les modalités de la procédure d'accréditation de ces organismes.

Nous vous prions de croire Mesdames, Messieurs, les présidents et directeurs, à l'assurance de toute notre considération,

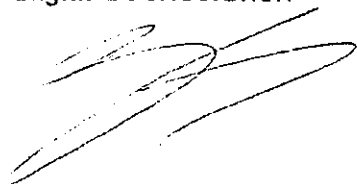
Eric DUPOND-MORETTI



Olivier VERAN



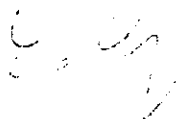
Brigitte BOURGUIGNON



Sophie CLUZEL



Emmanuelle WARGON



Adrien TAQUET





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS

Présentation des objectifs et critères ordonnés par
thématiques au sein de 3 grands chapitres

Chapitre 1 : La personne

Thématiques	Objectifs	Critères
Droits individuels	1.1 - La personne accompagnée est informée sur ses droits individuels, tout au long de son accompagnement	1.1.1 - La personne accompagnée et son entourage sont informés du rôle des professionnels et peuvent les identifier 1.1.2 - La personne peut s'adresser aux professionnels qui l'accompagnent pour être orientée dans l'exercice de ses droits individuels 1.1.3 - Les professionnels sont sensibilisés et/ou formés à la connaissance des droits individuels des personnes accompagnées 1.1.4 - Les professionnels informent la personne accompagnée de ses droits individuels et de leurs modalités d'exercice, tout au long de son accompagnement
	1.2 - La personne accompagnée est associée à l'élaboration des règles de vie collective	1.2.1 - La personne accompagnée est informée de ses droits et des règles de la vie collective 1.2.2 - La personne accompagnée est associée à l'élaboration des règles de vie collective et des outils favorisant leur compréhension 1.2.3 - Les professionnels sont sensibilisés et/ou formés à la connaissance des droits et des règles de la vie collective 1.2.4 - Les professionnels organisent la vie collective dans le respect des droits et libertés individuels des personnes accompagnées
Droits dans le cadre de la vie collective	1.3 - La personne accompagnée est actrice des instances collectives ou de toutes autres formes de participation	1.3.1 - Les personnes accompagnées participent aux instances collectives ou à toutes autres formes de participation 1.3.2 - La personne accompagnée est informée du devenir des demandes qu'elle a formulées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation 1.3.3 - L'ESSMS assure la traçabilité des échanges et réponses apportées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation
	1.4 - La personne accompagnée bénéficie d'un cadre de vie sécurisé, sécurisant et respectueux de son intimité et de sa dignité	1.4.1 - La personne accompagnée est assurée que les choix qu'elle exprime sur son cadre de vie sont pris en compte 1.4.2 - La personne accompagnée bénéficie d'un espace de vie individuel dans l'établissement qu'elle peut personnaliser
Cadre de vie de la personne	1.5 - La personne est accompagnée pour accéder ou se maintenir dans son logement ou son hébergement	1.5.1 - La personne accompagnée a la possibilité d'exprimer ses attentes en matière de logement ou d'hébergement 1.5.2 - La personne accompagnée bénéficie d'information, de conseil et de soutien dans les démarches relatives au logement ou à l'hébergement 1.5.3 - La personne est accompagnée dans ses démarches pour accéder ou se maintenir dans son logement ou hébergement

Thématiques	Objectifs	Critères
Expression et expérience de la personne et place de l'entourage		1.5.4 - Les professionnels recherchent, avec la personne accompagnée, une solution de logement ou d'hébergement, au regard de ses besoins et attentes 1.5.5 - Les professionnels participent à la prévention des situations de transition ou de rupture concernant le logement ou l'hébergement de la personne accompagnée 1.5.6 - Les professionnels accompagnent la personne et mobilisent les partenariats nécessaires en cas de situation de rupture concernant son logement ou son hébergement
	1.6 - L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement	1.6.1 - La personne a la possibilité de s'exprimer sur son accompagnement et son expression est prise en compte 1.6.2 - La personne accompagnée a la possibilité de s'exprimer sur son expérience de la bientraitance 1.6.3 - Les professionnels utilisent des moyens et des outils favorisant le recueil de l'expression de la personne accompagnée 1.6.4 - Les professionnels analysent le recueil de l'expression de la personne accompagnée et en tirent les enseignements
	1.7 - La personne exprime son consentement éclairé (ou son refus) tout au long de son accompagnement	1.7.1 - La personne accompagnée a la possibilité d'exprimer son consentement éclairé, grâce à une information claire et adaptée à son niveau de compréhension 1.7.2 - La personne accompagnée est informée sur sa possibilité de refuser ce qui lui est proposé et sur les conséquences de son refus 1.7.3 - Les professionnels assurent la traçabilité du consentement (ou du refus) exprimé par la personne accompagnée 1.7.4 - Les professionnels réinterrogent le refus de la personne tout au long de son accompagnement et recherchent des alternatives avec elle
	1.8 - L'entourage est associé dans l'accompagnement de la personne, si elle le souhaite	1.8.1 - La personne est associée à la définition de la place de son entourage dans son accompagnement 1.8.2 - Les professionnels s'appuient sur les connaissances de l'entourage pour co-construire le projet d'accompagnement 1.8.3 - Les professionnels orientent l'entourage vers les dispositifs de soutien et de répit existants 1.8.4 - Les professionnels soutiennent et accompagnent les parents dans le suivi du parcours scolaire de leur enfant, en étroite collaboration avec les établissements scolaires
	1.9 - La personne est actrice de la personnalisation de son projet d'accompagnement (incluant les projets d'instruction, de scolarisation et d'insertion socio-professionnelle)	1.9.1 - La personne accompagnée exprime ses attentes sur son projet d'accompagnement (incluant les projets d'instruction, de scolarisation et d'insertion socio-professionnelle) 1.9.2 - La personne, son entourage et les professionnels en équipe pluridisciplinaire, co-construisent le projet d'accompagnement (incluant les projets d'instruction, de scolarisation et d'insertion socio-professionnelle) 1.9.3 - Les professionnels utilisent des moyens et des outils pour garantir la personnalisation des projets d'accompagnement (incluant les projets d'instruction, de scolarisation et d'insertion socio-professionnelle)
Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement		

Thématiques	Objectifs	Critères
		1.9.4 - Les professionnels sont formés à la construction et à la personnalisation des projets d'accompagnement (incluant les projets d'instruction, de scolarisation et d'insertion socio-professionnelle) 1.9.5 - Les professionnels évaluent les besoins de la personne accompagnée pour construire son projet d'accompagnement (incluant les projets d'instruction, de scolarisation et d'insertion socio-professionnelle) 1.9.6 - Les professionnels mobilisent les ressources internes et externes et les outils pour mettre en œuvre des projets d'accompagnement (incluant les projets d'instruction, de scolarisation et d'insertion socio-professionnelle) 1.9.7 - Les professionnels apportent leur(s) expertise(s) en soutien d'autres intervenants dans le projet d'accompagnement de la personne (y compris dans l'instruction, la scolarisation ou l'insertion socio-professionnelle) 1.9.8 - Les professionnels assurent la traçabilité et réévaluent régulièrement le projet d'accompagnement (incluant les projets d'instruction, de scolarisation et d'insertion socio-professionnelle)
	1.10 - La personne accompagnée est actrice de sa vie sociale et de ses loisirs	1.10.1 - La personne accompagnée a la possibilité de maintenir ses liens sociaux et d'en créer de nouveaux, dans et hors l'établissement ou service 1.10.2 - La personne accompagnée peut s'investir dans la vie sociale et culturelle et participer à des événements sur le territoire 1.10.3 - La personne bénéficie d'un accompagnement adapté pour faciliter sa participation à la vie sociale et aux loisirs et tenant compte de son isolement géographique 1.10.4 - La personne accompagnée peut s'appuyer sur la pair-aidance et autre dispositif facilitant sa participation à la vie sociale et aux loisirs 1.10.5 - Les professionnels identifient et mobilisent les ressources nécessaires à la mise en place d'activités sportives, socio-culturelles et de loisirs 1.10.6 - Les professionnels informent la personne accompagnée sur l'offre d'activités sportives, socio-culturelles et de loisirs et recueillent ses attentes 1.10.7 - Les professionnels accompagnent la personne dans la valorisation de ses acquis/acquisitions (capacités, compétences) 1.10.8 - Les professionnels prennent en compte les choix de la personne accompagnée pour sa participation à la vie sociale et aux loisirs et recueillent régulièrement sa satisfaction
	1.11 - La personne accompagnée est actrice dans l'exercice de la citoyenneté	1.11.1 - La personne est accompagnée, selon ses besoins et ses souhaits, dans sa participation à la vie citoyenne 1.11.2 - Les professionnels utilisent des moyens et des outils permettant à la personne accompagnée d'exercer la citoyenneté
	1.12 - La personne bénéficie d'un accompagnement en matière de	1.12.1 - La personne accompagnée bénéficie d'une évaluation individuelle de ses besoins en prévention et en éducation à la santé

Thématiques	Objectifs	Critères
Prévention et éducation à la santé	prévention et d'éducation à la santé	1.12.2 - La personne accompagnée participe à la définition de ses besoins en prévention et en éducation à la santé 1.12.3 - La liberté de choix de la personne accompagnée, en matière de prévention et en éducation à la santé, est respectée. 1.12.4 - Les professionnels sont formés aux risques spécifiques identifiés dans le programme de prévention et d'éducation à la santé 1.12.5 - Les professionnels mettent en œuvre un programme de prévention et d'éducation à la santé adapté aux personnes accompagnées (Hygiène bucco-dentaire, chute, addiction, dénutrition ou malnutrition et troubles de la déglutition, dépression et syndrome de glissement, gestion du risque infectieux, premiers signes de maladies neurodégénératives, déficiences sensorielles, perte de la mobilité...) 1.12.6 - Les professionnels réalisent le repérage précoce des risques en santé pour les personnes accompagnées 1.12.7 - Les professionnels facilitent la compréhension des messages de prévention et d'éducation à la santé par la personne accompagnée 1.12.8 - Les professionnels accompagnent la personne lors des dépistages et des soins de prévention
Accompagnement à la santé	1.13 - La personne accompagnée est actrice de ses choix sur son état de santé, la stratégie thérapeutique et les soins qui lui sont proposés 1.14 - La personne participe à la co-construction de son projet d'accompagnement à la santé	1.13.1 - La personne accompagnée a la possibilité de désigner une personne de confiance pour l'accompagner et l'assister dans ses démarches concernant sa santé 1.13.2 - La personne accompagnée est informée des soins qui lui sont proposés, selon des modalités adaptées 1.13.3 - La personne accompagnée bénéficie de temps d'échange et de soutien autour de son état de santé, des soins possibles et de la stratégie thérapeutique proposée 1.13.4 - La personne bénéficie d'un accompagnement adapté, en cas de refus de soins 1.13.5 - La personne a accès aux informations relatives à son accompagnement à la santé 1.13.6 - La personne accompagnée est associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour en assurer la continuité 1.14.1 - La personne accompagnée exprime ses attentes sur les mesures d'aide et de soutien souhaitées 1.14.2 - Les professionnels évaluent les besoins en santé de la personne accompagnée 1.14.3 - Les professionnels tiennent compte du rapport bénéfice risque pour proposer des modalités d'accompagnement adaptées à la santé de la personne 1.14.4 - Les professionnels co-construisent en équipe pluridisciplinaire et avec la personne, le projet d'accompagnement à la santé 1.14.5 - Les professionnels sont formés aux approches non médicamenteuses de l'accompagnement des personnes

Thématiques	Objectifs	Critères
		1.14.6 - Les professionnels mettent en oeuvre des approches non médicamenteuses de l'accompagnement des personnes 1.14.7 - Les professionnels mobilisent les expertises et partenariats du territoire, nécessaires à l'accompagnement à la santé des personnes accompagnées 1.14.8 - Les professionnels s'inscrivent dans les coordinations locales de prise en charge globale médico-psycho-sociale et graduée des personnes accompagnées
	1.15 - La personne accompagnée bénéficie d'une prise en charge de la douleur	1.15.1 - La personne s'exprime sur la manière dont est prise en charge sa douleur tout au long de son accompagnement 1.15.2 - Les professionnels repèrent, évaluent régulièrement et tracent la douleur de la personne accompagnée selon des modalités adaptées 1.15.3 - Les professionnels recueillent, auprès de l'entourage, des informations sur les manifestations habituelles de la douleur chez la personne accompagnée 1.15.4 - Les professionnels co-construisent en équipe pluridisciplinaire et avec la personne, la stratégie de prise en charge de la douleur 1.15.5 - Les professionnels mobilisent tous les moyens nécessaires pour soulager la douleur de la personne accompagnée

Chapitre 2 : Les professionnels

Thématiques	Objectifs	Critères
Questionnement éthique	2.1 - Les professionnels mettent en œuvre le questionnement éthique	2.1.1 - Les professionnels sont formés au questionnement éthique 2.1.2 - Les professionnels identifient en équipe pluri-disciplinaire les questionnements éthiques propres à la personne accompagnée, notamment autour de ses droits et libertés, de son état de santé, de sa stratégie thérapeutique et des soins proposés 2.1.3 - Les professionnels associent la personne et ses proches aux questionnements éthiques, liés à son accompagnement 2.1.4 - L'ESSMS organise le questionnement éthique en associant l'ensemble des acteurs (personne accompagnée, professionnels, environnement) et participent à des instances de réflexion éthique sur le territoire
	2.2 - Les professionnels favorisent l'exercice des libertés individuelles des personnes	2.2.1 - Les professionnels respectent la liberté d'aller et de venir de la personne accompagnée, dans le respect des décisions de justice et de son projet d'accompagnement 2.2.2 - Les professionnels respectent la dignité et l'intégrité de la personne accompagnée 2.2.3 - Les professionnels respectent la vie privée et l'intimité de la personne accompagnée 2.2.4 - Les professionnels respectent la liberté d'opinion de la personne accompagnée 2.2.5 - Les professionnels respectent les croyances et la vie spirituelle de la personne accompagnée 2.2.6 - Les professionnels assurent un accompagnement de la personne exempt de toute discrimination 2.2.7 - Les professionnels respectent le droit à l'image de la personne 2.2.8 - Les professionnels accompagnent la personne pour accéder au droit commun 2.2.9 - Les professionnels contribuent à la préservation des relations sociales et affectives de la personne accompagnée 2.2.10 - L'ESSMS garantit les droits et libertés des personnes accompagnées dans le respect des décisions de justice 2.2.11 - L'ESSMS garantit la confidentialité et la protection des informations et données relatives à la personne
Continuité et fluidité des parcours	2.3 - Les professionnels favorisent la continuité de l'accompagnement dans l'ESSMS	2.3.1 - Les professionnels sont formés au repérage, à la prévention, et à la gestion des risques de rupture de parcours de la personne accompagnée 2.3.2 - Les professionnels préviennent et alertent la personne et son entourage, des situations de rupture, ou de crise, dans son accompagnement ou son parcours (y compris dans le projet d'instruction, de scolarisation ou d'insertion socio-professionnelle) 2.3.3 - Les professionnels accompagnent les interruptions et les ruptures d'accompagnement de la personne dans les limites des missions de l'ESSMS et de l'adhésion de la personne (y compris dans le parcours d'instruction, de scolarisation ou d'insertion socio-professionnelle de la personne)

Accompagnement à la santé	2.4 - Les professionnels facilitent la fluidité du parcours de la personne, en coordination avec les partenaires	2.3.4 - Les professionnels assurent la traçabilité de l'alerte, des solutions proposées et des actions de prévention des situations de rupture 2.4.1 - Les professionnels se coordonnent avec les partenaires du territoire impliqués dans le parcours de la personne accompagnée et leur transmettent les informations utiles (y compris dans le parcours d'instruction, de scolarisation ou d'insertion socio-professionnelle de la personne) 2.4.2 - Les professionnels informent la personne accompagnée, et son entourage, des alternatives pour la continuité de son parcours
	2.5 - Les professionnels partagent les informations nécessaires à la continuité de l'accompagnement à la santé de la personne	2.5.1 - Les professionnels partagent entre eux les informations nécessaires à l'accompagnement de la personne 2.5.2 - Les professionnels transmettent toute information utile à la continuité de l'accompagnement de la personne à la structure qui prend le relais 2.5.3 - Les professionnels respectent les règles de sécurisation des données, des dossiers (soins, suivi, DLU, dossier coordination, Dossier usagers partagé numérique ...) et des accès
	2.6 - Les professionnels savent repérer et alerter en cas de dégradation de la situation de la personne accompagnée	2.6.1 - Les professionnels sont sensibilisés et/ou formés au repérage en cas de dégradation de la situation de la personne accompagnée 2.6.2 - Les professionnels alertent en cas de dégradation de la situation de la personne accompagnée 2.6.3 - Les professionnels traitent l'alerte en cas de dégradation de la situation de la personne accompagnée
	2.7 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement en santé mentale de la personne	2.7.1 - Les professionnels repèrent, évaluent régulièrement et tracent les besoins d'accompagnement en santé mentale de la personne accompagnée, selon des modalités adaptées 2.7.2 - Les professionnels co-construisent en équipe pluridisciplinaire et avec la personne, la stratégie d'accompagnement en santé mentale 2.7.3 - Les professionnels mobilisent tous les moyens nécessaires pour mettre en œuvre le projet d'accompagnement en santé mentale
	2.8 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement de fin de vie et du deuil de la personne	2.8.1 - Les professionnels recueillent et tracent les attentes de la personne sur son accompagnement de fin de vie et ses directives anticipées, selon des modalités adaptées 2.8.2 - Les professionnels échangent en équipe pluridisciplinaire pour adapter l'accompagnement à la fin de vie de la personne, dans le respect des volontés exprimées 2.8.3 - Les professionnels échangent en équipe pluridisciplinaire pour adapter l'accompagnement de la personne endeuillée 2.8.4 - Les professionnels mettent en œuvre le recours aux soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie et du deuil de la personne
	2.9 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux	2.9.1 - Les professionnels repèrent, évaluent et tracent les besoins d'accompagnement de la personne au regard des risques auxquels elle est confrontée, selon des méthodes adaptées

Thématiques	Objectifs	Critères
	autres risques auxquels la personne est confrontée	2.9.2 - Les professionnels co-construisent en équipe pluridisciplinaire et avec la personne, le projet d'accompagnement adapté aux risques auxquels elle est confrontée 2.9.3 - Les professionnels mobilisent tous les moyens nécessaires pour mettre en œuvre le projet d'accompagnement adapté aux risques auxquels la personne est confrontée 2.9.4 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement au risque de fugue ou de disparition, auquel la personne est confrontée 2.9.5 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement au risque lié aux addictions, auquel la personne est confrontée 2.9.6 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement au risque lié aux chutes, auquel la personne est confrontée 2.9.7 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement au risque de dénutrition, auquel la personne est confrontée 2.9.8 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement au regard des comportements à risque de la personne 2.9.9 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement au risque lié à la sexualité, auquel la personne est confrontée 2.9.10 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement au risque de harcèlement lié à l'usage des outils numériques et des réseaux sociaux, auquel la personne est confrontée 2.9.11 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement au risque de radicalisation et de prosélytisme, auquel la personne est confrontée

Chapitre 3 : L'ESSMS

Thématiques	Objectifs	Critères
Bienveillance	3.1 - L'ESSMS définit et déploie sa stratégie en matière de bienveillance	3.1.1 - L'ESSMS définit sa stratégie en matière de bienveillance et en partage une définition commune avec l'ensemble des acteurs (personne accompagnée, professionnels, partenaires) 3.1.2 - L'ESSMS définit l'organisation et les modalités de déploiement de sa démarche de bienveillance en associant l'ensemble des acteurs 3.1.3 - L'ESSMS met à disposition des outils (ou autres leviers mobilisables) pour le déploiement de sa démarche de bienveillance 3.1.4 - L'ESSMS actualise régulièrement sa stratégie de bienveillance, au regard des résultats de l'amélioration continue de la qualité 3.1.5 - Les professionnels sont formés à la bienveillance 3.1.6 - Les nouveaux intervenants (professionnel, partenaire, bénévole, ...) sont sensibilisés à la bienveillance, dans le cadre du processus d'accueil et d'intégration
Cadre de vie de la personne	3.2 - L'ESSMS veille à ce que la personne dispose d'un cadre de vie sécurisé, sécurisant et respectueux de son intimité et de sa dignité	3.2.1 - L'établissement organise les différents espaces dans ses locaux, en tenant compte des besoins des personnes accompagnées 3.2.2 - Le service tient compte du cadre de vie de la personne accompagnée pour qu'elle dispose des aides adaptées à ses besoins 3.2.3 - L'établissement met à disposition des personnes accompagnées des espaces de rencontre et de socialisation, ainsi que des espaces d'apaisement et de bien-être 3.2.4 - L'établissement garantit un cadre de vie respectueux de la sécurité (dont risque d'intrusion), de l'intimité et de la dignité des personnes accompagnées 3.2.5 - Le service accompagne les personnes pour qu'elles puissent vivre dans des conditions matérielles et un cadre de vie, respectueux de leur sécurité, intimité et dignité
Stratégie d'accompagnement	3.3 - L'ESSMS co-construit sa stratégie d'accompagnement et son inscription dans le territoire, au regard de ses missions et dans une approche inclusive	3.3.1 - L'ESSMS garantit une approche inclusive des accompagnements proposés et de l'accès aux droits (y compris droit à l'instruction, à la scolarité et à l'insertion socio-professionnelle) 3.3.2 - L'ESSMS identifie les ressources du territoire et leur capacité à intervenir au bénéfice de l'accompagnement 3.3.3 - L'ESSMS s'inscrit dans des partenariats pour enrichir son offre d'accompagnement au profit des personnes (y compris pour la prévention et l'éducation à la santé, l'instruction, la scolarisation ou l'insertion professionnelle) 3.3.4 - L'ESSMS co-construit et partage sa stratégie d'accompagnement avec l'ensemble des parties prenantes 3.3.5 - L'ESSMS actualise régulièrement sa stratégie au regard des priorités de sa démarche d'amélioration continue de la qualité

Politique ressources humaines	3.4 - L'ESSMS s'inscrit dans une dynamique d'innovation et d'évolution sociétale	3.3.6 - L'ESSMS mène des actions de communication grand public sur ses activités
		3.3.7 - L'ESSMS développe des actions d'ouverture au public pour favoriser les interactions et partenariats
		3.4.1 - L'ESSMS s'inscrit dans des projets communs avec les partenaires du territoire pour renforcer l'offre d'accompagnement
		3.4.2 - L'ESSMS est force de proposition et d'innovation pour améliorer la qualité des accompagnements et les modalités d'intervention
		3.4.3 - L'ESSMS définit et déploie sa stratégie numérique sécurisée
	3.5 - L'ESSMS définit et déploie une politique RH au service de sa stratégie et de la qualité des accompagnements	3.4.4 - L'ESSMS définit et déploie sa stratégie d'optimisation des achats et de lutte contre le gaspillage
		3.4.5 - Les professionnels sont sensibilisés et/ou formés aux outils numériques
		3.5.1 - L'ESSMS définit et déploie sa politique RH incluant la gestion des risques professionnels
		3.5.2 - L'ESSMS met au service des accompagnements une équipe de professionnels formés et qualifiés
		3.5.3 - L'ESSMS adapte sa gestion prévisionnelle des emplois et des compétences aux évolutions du secteur et de sa stratégie
Démarche qualité et gestion des risques	3.6 - L'ESSMS met en œuvre une politique de qualité de vie au travail	3.5.4 - L'ESSMS met en œuvre un processus d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels et intervenants
		3.5.5 - L'ESSMS définit les différentes modalités de travail adaptées, pour garantir la sécurité, la continuité et la qualité des accompagnements des personnes
		3.5.6 - L'ESSMS garantit l'information sur la protection des lanceurs d'alerte
		3.6.1 - L'ESSMS promeut une politique favorisant la qualité de vie au travail
		3.6.2 - L'ESSMS favorise la qualité de l'environnement de travail des professionnels : cohésion d'équipe, travail d'équipe, dialogue social, reconnaissance, écoute, qualité des liens, etc.
	3.7 - L'ESSMS définit sa démarche qualité et gestion des risques	3.6.3 - L'ESSMS organise des espaces de discussion et de partage pour les professionnels et des temps de soutien psychologique et/ou éthique
		3.7.1 - L'ESSMS adapte sa démarche qualité et gestion des risques à ses missions et à son environnement
		3.7.2 - L'ESSMS s'inscrit dans un réseau territorial en appui de sa démarche qualité et gestion des risques
		3.7.3 - L'ESSMS communique auprès des personnes accompagnées et leur entourage sur ses actions qualité et gestion des risques
		3.7.4 - L'ESSMS met à disposition des outils et des moyens pour assurer le pilotage de son programme qualité et gestion des risques
DIOASM/SE	3.8 - L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de prévention et de prise	3.7.5 - Les professionnels sont sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la démarche qualité et gestion des risques
		3.8.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de prévention et de prise en charge des risques pouvant toucher la personne accompagnée

	en charge des risques pouvant toucher la personne accompagnée	3.8.2 - L'ESSMS s'inscrit dans un réseau territorial facilitant la prévention et la prise en charge des risques pouvant toucher la personne accompagnée 3.8.3 - L'ESSMS met à disposition des outils et des moyens d'évaluation des risques pouvant toucher la personne accompagnée, selon des modalités adaptées 3.8.4 - Les professionnels sont sensibilisés et/ou formés au repérage et à la prise en charge des risques pouvant toucher la personne accompagnée
	3.9 - L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de gestion du risque médicamenteux au regard de ses missions	3.9.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux au regard de ses missions 3.9.2 - Les professionnels sont sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la gestion du risque médicamenteux 3.9.3 - Les professionnels assurent la sécurisation du circuit du médicament 3.9.4 - Les professionnels accompagnent la personne dans la continuité de sa prise en charge médicamenteuse 3.9.5 - Les professionnels alertent en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse, dont la iatrogénie
	3.10 - L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux au regard de ses missions	3.10.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux 3.10.2 - Les professionnels sont sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la maîtrise du risque infectieux 3.10.3 - Les professionnels mobilisent tous les moyens nécessaires pour prévenir et gérer le risque infectieux
	3.11 - L'ESSMS définit et déploie son plan de prévention des risques de maltraitance et violence	3.11.1 - L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de prévention des risques de maltraitance et violence 3.11.2 - Les professionnels sont formés à la détection et au signalement de faits de maltraitance et de violence 3.11.3 - Les professionnels traitent les signalements de faits de maltraitance et de violence
	3.12 - L'ESSMS assure le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations	3.12.1 - L'ESSMS organise le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations 3.12.2 - L'ESSMS met à disposition des outils et moyens pour le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations 3.12.3 - L'ESSMS communique sur le traitement des plaintes et des réclamations aux parties prenantes 3.12.4 - Les professionnels analysent en équipe les plaintes et les réclamations et en tirent les enseignements
	3.13 - L'ESSMS assure l'analyse et le traitement des événements indésirables	3.13.1 - L'ESSMS communique sur le traitement des événements indésirables, dont les événements indésirables graves, aux parties prenantes 3.13.2 - Les professionnels définissent et mettent en œuvre une procédure de signalement des événements indésirables et les outils associés 3.13.3 - Les professionnels sont sensibilisés et/ou formés aux événements indésirables

Thématiques	Objectifs	Critères
	3.14 - L'ESSMS est doté d'un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité	3.13.4 - Les professionnels analysent en équipe les événements indésirables 3.14.1 - L'ESSMS définit avec les professionnels, un plan de gestion de crise au regard des risques identifiés et des ressources mobilisables 3.14.2 - L'ESSMS communique son plan de gestion de crise en interne et en externe 3.14.3 - L'ESSMS actualise régulièrement son plan de gestion de crise et de continuité de l'activité 3.14.4 - Les professionnels sont sensibilisés et/ou formés à la gestion de crise 3.14.5 - Les professionnels participent aux exercices et aux retours d'expérience partagés, organisés par l'ESSMS

Fiche 12. Qualité, sécurité et gestion des risques associés aux soins en unités de soins, services et pôles d'activité

Objectif

Identifier des pistes organisationnelles pour améliorer l'efficacité de la sécurité au cœur des unités de soins

1. De l'intérêt éventuel d'un réseau de référents locaux ?

Au-delà des groupes de travail, un réseau structuré de référents qualité-sécurité des soins peut s'avérer utile, en particulier dans les établissements de taille importante ou travaillant en réseau. Une réelle motivation, une définition de fonction, un temps dédié, une formation interne, le soutien et le suivi régulier du réseau constitué en conditionnent le succès.



Une illustration issue d'un CHU concernant la définition de fonction de référents médicaux et non médicaux au sein des pôles d'activité cliniques et médico-techniques

La mise en place des pôles d'activités nécessite l'élaboration d'un projet de management de pôle. Au même titre que le projet d'établissement, ce projet comporte un volet qualité, risques et évaluation. La mission des référents qualité, risques, évaluation du pôle se situe dans cette logique et doit s'articuler très fortement avec le pilotage central des risques et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins de l'établissement.

1. Les missions

Rôle dans le management de la qualité, risques, évaluation

Le champ

Le pôle.

La mission

- concourir à la mise en œuvre et au suivi du volet qualité, risques, évaluation du projet de management de pôle,
- participer à la définition de l'organisation qualité, risques, évaluation du pôle (réseau de correspondants par service),
- travailler en lien avec la délégation qualité et risques de l'établissement en vue de faciliter la réalisation des actions qualité, risques, évaluations transversales,
- participer à l'évaluation de l'efficacité de la démarche qualité, risques au sein du pôle.

Rôle dans le management de la qualité, risques, évaluation

Le champ

Les processus de prise en charge des patients.

La mission

Mobiliser le personnel du pôle pour :

- optimiser la continuité des soins et des prises en charge à l'intérieur et à l'extérieur du pôle et de l'établissement en particulier à l'aide d'outils d'analyse de processus,
- induire la contractualisation de ces processus par l'intermédiaire de leur formalisation (procédure, protocole, chemins cliniques, conduites à tenir, etc.).

.../...

Rôle dans la démarche gestion des risques

Le champ

La lutte contre l'iatrogénie (notamment le risque nosocomial) et le fonctionnement des vigilances.

La mission

Mobiliser les acteurs du pôle autour de la démarche de gestion des risques pour tendre vers la « sûreté » de prise en charge des patients.

Les démarches

• en analyse de risque *a priori*

- ▮ veiller à l'identification des risques *a priori* lors de la mise en œuvre de nouveaux processus de prise en charge,
- ▮ sécuriser les processus existant de prise en charge de patients pour les activités sensibles et/ou occasionnelles.

• en analyse de risque *a posteriori*

- ▮ recueil des événements indésirables de gravité intermédiaire ou graves (EIG) associés aux prises en charge de patients, s'assurer de l'analyse des causes, de la définition et de la validation du plan d'actions, puis de sa mise en œuvre et de l'évaluation des résultats,
- ▮ mise en place des revues de morbidité-mortalité (RMM).

Rôle spécifique dans la démarche d'évaluation

Le champ

L'évaluation des pratiques individuelles et collectives au sein du pôle.

La mission

Évaluation de la qualité du service rendu et la mobilisation des acteurs pour la réalisation des démarches de certification au sein du pôle.

Les démarches

• les indicateurs

- ▮ participer à l'élaboration et au suivi d'indicateurs et d'audits concernant les processus de prise en charge des patients,
- ▮ participer à la définition des modalités de communication et d'exploitation de ces indicateurs,
- ▮ participer à l'élaboration des modalités d'évaluation du dossier du patient pour le pôle.

• l'évaluation des pratiques professionnelles

- ▮ s'assurer de la mise en œuvre et de la cohérence des programmes d'EPP,
- ▮ apporter une aide méthodologique en matière d'EPP.

• la certification

- ▮ organiser l'information et la participation des personnels médicaux et non médicaux aux groupes d'autoévaluation par services,
- ▮ organiser la participation des médecins aux groupes d'autoévaluation par pôle,
- ▮ assurer la coordination des résultats des différentes évaluations de service et par pôle ainsi que leur traitement,
- ▮ participer à la rédaction et à la validation finale du rapport d'autoévaluation par pôle.

2. Position dans l'organigramme de pôle

Les référents médicaux et non médicaux travaillent sous la responsabilité du chef de pôle et du conseil de gestion du pôle.

3. Les ressources

Les référents peuvent bénéficier à leur demande :

- de formation (internes fournies par la structure qualité-gestion des risques, externes si besoin),
- du conseil et de l'aide technique et méthodologique de la structure qualité-gestion des risques,
- d'un réseau de correspondants au sein du pôle d'activité,
- de l'aide du cadre de gestion du pôle.

2. Des repères pour la gestion des risques au sein de l'unité de soins

Plusieurs pistes de réflexion sont actuellement ouvertes sur cette question, en particulier quant aux établissements de santé de grande taille :

- quant au besoin de cohérence assuré au niveau de la CME par une politique qualité-sécurité des soins et un programme d'actions institutionnel, mais aussi quant aux risques d'impacts d'une centralisation excessive sur la responsabilisation locale (intérêt des démarches organisées par pôles d'activités).
- quant à la qualité de vie au travail au sein d'un système complexe et instable, et le lien établi depuis peu avec le niveau de culture de sécurité des soins,
- quant à la problématique posée par une division du travail entre métiers multiples avec des conséquences potentielles en termes de communication et de sécurité des soins,
- quant à l'importance d'un système de sécurité des soins cohérent tout au long du parcours d'un patient.

Illustrations

1. Des repères pour l'action issus de l'interview d'un chef de service de réanimation polyvalente

→ Le cadre général

- un équilibre à trouver dans les démarches qualité-sécurité engagées dans le service entre cohérence avec le programme d'actions institutionnel d'une part et expression de l'initiative locale d'autre part (prise en compte des problématiques de risques gérés par les collèges de spécialités et/ou inscrits dans une démarche propre à l'unité de soins),
- la nécessité à cette fin d'un projet de service formalisé s'inscrivant dans la démarche transversale de contractualisation interne.

→ Le développement de la culture de sécurité avec ses différents aspects

- transparence interne et attitude adaptée vis-à-vis de l'erreur humaine,
- sécurité de la décision clinique (mise en œuvre de chemins cliniques et de protocoles de soins validés et tenus à jour sur la base des recommandations professionnelles ; analyses de type « bénéfices - risques » avant la prise de décision ; prise de décision collective en situations extrêmes sans pour autant nier la responsabilité du médecin référent envers les patients pris en charge),
- information du patient et de son entourage quand cela est possible, voire son éducation quand cela est pertinent,
- travail sur les bonnes pratiques de sécurité (communication sécurisée, briefing, débriefing, *check-lists*, etc.),
- développement des pratiques d'évaluation (suivi actif des dysfonctionnements, analyse des dossiers médicaux, RMM en cas d'événements indésirables).

→ Mobilisation de l'encadrement médical et paramédical

- travail sur la cohésion de l'équipe (réunions médicales ; réunions entre médecins et paramédicaux sur les problèmes posés par les patients ; autogestion des plannings par le personnel dans le cadre de règles claires avec régulation secondaire en cas de besoin ; utilisation du temps d'encadrement paramédical ainsi dégagé pour assurer une présence physique au staff et démarrage du matin, puis en prise de travail de l'équipe de relève en début d'après-midi),
- intégration organisée des nouveaux entrants (accueil, formation, objectifs clairement posés à deux mois, désignation d'un référent avec délégation du cadre soignant, points d'avancement effectués régulièrement) avec une attention particulière sur le personnel intérimaire,
- acquisitions organisées selon diverses modalités : compagnonnage, formations (internes et externes, individuelles et collectives), entraînements par simulation et mises en situation (individuelles et collectives),
- attention portée à la vie du service en termes de suivi de l'absentéisme et du « turn over », de mouvements de personnels médicaux et paramédicaux (départs et arrivées), de rituels festifs, etc.

2. La prise de décision dans le cadre d'une activité chirurgicale potentiellement lourde de conséquences

Des données issues d'une interview d'un responsable d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au sein du pôle d'activité ostéo-articulaire d'un CHU.

Tout commence il y a dix ans par une coopération régulière entre deux chirurgiens orthopédistes, l'un issu du CHU, l'autre travaillant dans une clinique de la ville (aide ponctuelle en matière de techniques opératoires nouvelles ou peu répandues).

Il y a cinq ans, une réunion mensuelle informelle est mise en place, axée sur la pathologie du rachis, réunion à laquelle sont invités peu à peu d'autres praticiens (neurochirurgiens, radiologues, rhumatologues, rééducateurs). Il y a deux ans, l'idée d'institutionnaliser la démarche fait retenir le modèle de la RCP en cancérologie, jugé transposable à d'autres pathologies par le médecin en charge de l'EPP et de la gestion des risques⁶⁰.

Les grandes lignes de la démarche

Quoi ?	La prise en charge des pathologies rachidiennes sur la base d'indications thérapeutiques validées collectivement.
Pourquoi ?	Prévenir des indications chirurgicales abusives parfois observées dans un domaine où les séquelles peuvent être lourdes.
Qui ?	Un « noyau dur » composé de praticiens issus du CHU (deux orthopédistes, deux rhumatologues, un radiologue) et d'établissements de santé privés (neurochirurgien, orthopédistes, rééducateur) auquel d'autres praticiens se joignent à l'occasion.
Quand ?	Une réunion mensuelle.
Où ?	Dans des lieux différents, tour à tour en CHU (services de rhumatologie ou d'orthopédie) ou en clinique (pas encore en service de rééducation en raison de l'absence de salle de projection avec ordinateur).
Comment ?	- la préparation de la réunion au moyen de fiches structurées (1. l'histoire clinique du patient, 2. la question posée « faut-il opérer » ? 3. si oui, comment ? quelle prise en charge médicale ? quel bilan complémentaire prévoir ? 4. la réponse apportée), - des dossiers parfois présentés à titre d'enseignement ou d'information, - la signature d'une feuille de présence, - le stockage organisé des fiches (analyse globale prévue, non encore réalisée).
Valorisation	Effectuée dans le cadre des obligations relatives à l'EPP et au DPC (Le médecin en charge de l'EPP et de la gestion des risques valorise la méthode retenue en accompagnant la présentation du projet en commission EPP. Une charte spécifique de la « RCP Rachis » est rédigée et les modalités de validation des obligations d'EPP individuelles définies).
Gestion du risque clinique	La RCP devient ainsi un outil institutionnel d'évaluation et d'amélioration de la prise en charge des patients qui s'inscrit dans le dispositif de management des risques et de l'EPP.
Évolutions en cours	- une pérennisation de la démarche attribuée à la bonne connaissance des uns et des autres et au respect mutuel lors des réunions, - la mise en place d'une réunion périodique à caractère scientifique (démarche de « protocolisation » des examens complémentaires d'une part, d'harmonisation et de « protocolisation » des indications prenant en compte les dernières données scientifiques d'autre part).

La place de la RCP dans le dispositif de gestion des risques du processus de prise en charge des patients

Sécurité de la décision médicale d'amont RCP	Sécurité des processus et sous-processus de prise en charge Bonne pratiques de sécurité (dont la pratique bien comprise de la <i>check-list</i>)	Suivi des résultats via - déclaration des événements indésirables - suivi de la satisfaction - suivi des plaintes	Sélection en analyse d'événements, actions d'amélioration associés Par exemple dans le cadre d'une RMM
---	---	--	--

60. Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer. Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2006-08/racp_rapport_fiche_synthese.pdf

Une bande dessinée vulgarise la démarche qualité des Ehpad du CH de Valence

L'éval' à l'Ehpad est le titre d'une bande dessinée créée par l'équipe qualité du CH de Valence pour les professionnels des Ehpad de sa direction commune. Tous les critères impératifs de l'évaluation sont détaillés dans des saynètes.

Par Lydie Watremetz

6 octobre 2025 à 12h07

Parce que la qualité ne se résume pas à des indicateurs, mais s'incarne au quotidien, le centre hospitalier de Valence (Drôme) a choisi d'avoir recours à la bande dessinée pour préparer les Ehpad de sa direction commune à la démarche. Bertrand Prudhommeaux, directeur général de la direction commune de Valence, et Zaïa Kebabsa, directrice qualité, ont évoqué lors d'un échange avec *Hospimedia*, début septembre, cette initiative.

L'équipe qualité, relations avec les usagers, gestion des risques et communication se trouve à l'origine de l'idée de donner à travers des personnages un visage à la procédure en allant au-delà de la diffusion de simples fiches de recommandations de bonnes pratiques et des référentiels. Au départ, il ne s'agissait que d'illustrations de présentations sur Powerpoint.

L'équipe a souhaité aller plus loin en mettant en scène les critères impératifs des évaluations via une bande dessinée avec le titre de : *L'éval' à l'Ehpad*. Pour le directeur cet outil n'est pas seulement original ou novateur. Il permet tout particulièrement de toucher les professionnels des établissements médico-sociaux. Et il ajoute qu'il a été conçu avec eux. Les questionnements voire réticences des personnages font écho à ce que vivent les professionnels face aux fiches d'événements indésirables, la prise en charge médicamenteuse, les crises, les droits des résidents, la suspicion de maltraitances, les questionnements éthiques, les risques numériques... Bertrand Prudhommeaux insiste également sur le fait que l'ensemble des thématiques abordées correspondent à des situations bien réelles et les réponses apportées aussi.

Support de formation et de diffusion des bonnes pratiques, la bande dessinée est aussi un outil de communication. Certains ont pu présenter à leur famille et leurs enfants leur travail et ce qu'ils vivent au quotidien grâce à ce support ludique. L'outil n'existe que sous une forme papier. Environ 180 exemplaires ont été diffusés.

MOTS-CLÉS

EHPAD PROFESSIONNELS DE SANTÉ QUALITÉ

HOSPIMEDIA

L'actualité des territoires de santé

Par Lydie Watremetz

6 octobre 2025 à 12h07

Les informations publiées par Hospimedia sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contactez Hospimedia (copyright@hospimedia.fr). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique droits de reproduction.

Pas encore abonné à HOSPIMEDIA ?
Testez gratuitement notre journal en vous rendant sur
<http://www.hospimedia.fr>

Votre structure est abonnée ?
Rapprochez-vous de votre référent ou contactez nous au
03 76 33 03 20 ou sur <http://www.hospimedia.fr/contact>

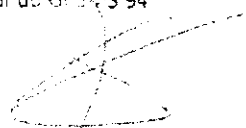
Politique qualité et gestion des risques du GCSMS 94

Rédaction

Frédéric FORSANS – Directeur en charge de la qualité et de la gestion des risques du GCSMS 94

Validation

Emmanuel SYS – Directeur des établissements du GCSMS 94, Administrateur du GCSMS 94



Périmètre d'application :

L'ensemble des établissements et services du GCSMS Les EHPAD publics du Val de Marne
L'ensemble des professionnels

Le GCSMS *Les EHPAD publics du Val-de-Marne* (GCSMS 94), organisé en Direction commune, regroupe cinq établissements répartis sur 13 sites (12 sites dans le Val-de-Marne et 1 en Seine-Saint-Denis) pour un total de 1 141 places d'hébergement.

Parmi ces places, certaines sont dédiées à des unités de vie protégées (UVP), des unités d'hébergement renforcé (UHR), des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ou d'unité de gériatrie-psychiatrie (UGP).

Des activités alternatives à l'hébergement viennent compléter l'offre en hébergement. Ainsi, le GCSMS 94 dispose de

- 7 accueils de jour ;
- 4 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- 2 équipes mobiles spécialisées Alzheimer (ESA) ;
- 1 Service Renforcé A Domicile (SRAD) ;
- 1 Centre de Ressources Territorial (CRT) dont l'ouverture est prévue courant 2024.

Par ailleurs, le GCSMS 94 et sa direction commune disposent de directions et services administratifs, techniques et logistiques mutualisés (ressources humaines, finances, achat, patrimoine et travaux, qualité, restauration, services techniques, blanchisserie, transports...) pour l'ensemble des établissements et services membres.

Pour assurer l'ensemble de ces missions, le GCSMS 94 et ses établissements et services disposent d'environ 1 100 ETP et d'un budget de 104 millions d'euros.

Le présent document a vocation à décrire la politique qualité et gestion des risques du GCSMS Les EHPAD publics du Val de Marne. L'amélioration continue de la qualité constitue un enjeu majeur dans le secteur sanitaire, social et médico-social et au sein des établissements et services du GCSMS 94.

La structuration de la politique qualité et sa formalisation dans la présente note constituent une étape importante du déploiement d'une politique d'amélioration continue de la qualité coordonnée à l'échelle du GCSMS 94.

Politique qualité et gestion des risques du GCSMS 94

Différents enjeux en matière de qualité existent dans le domaine de la santé et, plus particulièrement, sur le secteur médico-social et le champ du grand âge.

En effet, un référentiel d'évaluation a été publié en 2022 par la Haute Autorité de Santé. Ce nouveau référentiel sera déployé à compter de l'exercice 2023 au sein de l'ensemble des établissements et services du secteur médico-social.

Par ailleurs, la crise sanitaire et l'affaire Orpéa, ont renforcé les attentes des usagers, de leurs familles et de leurs représentants et des autorités de tarification et de contrôle en matière de qualité de l'accompagnement. La multiplication des contrôles et inspections par les ARS et Conseils Départementaux et la réforme des CVS, qui est venue renforcer ses attributions, s'inscrivent notamment dans cette dynamique.

Enfin, il est à noter que des financements prenant en compte le niveau de qualité d'établissements ou services sont déployés depuis quelques années sur le secteur sanitaire. Les financements de ce type ont vocation à se développer dans le secteur de la santé et, probablement, dans le champ des personnes âgées.

Ces thématiques, communes à l'ensemble du secteur médico-social, concernent les établissements et services du GCSMS 94.

Au sein du groupement, la fonction qualité et gestion des risques était auparavant directement gérée par chaque établissement. Ainsi, les évaluations internes et externes étaient réalisées par les équipes des structures, avec l'appui de cabinets spécialisés.

Cette organisation a connu une évolution en début d'année 2022 avec la création, à l'échelle du groupement, d'une direction en charge de la qualité et de la gestion des risques.

La création de cette direction, qui s'inscrit dans une dynamique plus large de renforcement de la structuration et de la professionnalisation des fonctions supports du GCSMS 94, vise à répondre aux multiples enjeux en matière de qualité et gestion des risques.

En effet, elle a non seulement pour objectif de répondre aux exigences du nouveau référentiel d'évaluation de la qualité déployé par la HAS mais également, et surtout, de poursuivre les travaux engagés sur le groupement afin de poursuivre le développement d'une culture d'amélioration continue de la qualité.

Elle vient en support de la dynamique de renforcement de la participation des usagers au sein du GCSMS et d'amélioration des conditions de vie et d'accueil des usagers.

Enfin, elle viendra également abonder les travaux en cours ou à venir sur la négociation du CPOM unique du groupement et le renouvellement des projets d'établissements.

Les principaux enjeux organisationnels au sein du GCSMS 94 sont les suivants

- professionnaliser la fonction qualité et gestion des risques en identifiant au sein du groupement, des établissements et des services des personnes ressources qui suivront un parcours de formation dédié ;
- ajuster le niveau de mobilisation des ressources, notamment médicales, en fonction de leur disponibilité ;
- dégager du temps soignant et médical pour améliorer l'accompagnement et la traçabilité ;
- dégager du temps administratif pour assurer le suivi des projets qualité, des événements indésirables, plaintes et réclamations.

Politique qualité et gestion des risques du GCSMS 94

Les CVS participent également à la définition de la politique qualité du GCSMS 94 et au suivi de sa mise en œuvre. Ainsi, deux représentants de CVS sont membres du COSTRAT qualité et le Président de chaque CVS est membre du COPIL qualité de l'établissement au sein duquel il a été élu.

Enfin, les CVS jouent un rôle important dans le cadre du déploiement du référentiel d'évaluation de la qualité HAS, notamment dans le cadre des travaux préparatoires (auto-évaluation) à la démarche et des entretiens qu'ils effectuent avec les évaluateurs (entretien obligatoire avec le CVS).

Afin de diffuser une culture de la qualité et de la gestion des risques sur l'ensemble des établissements et services du GCSMS 94, un Comité stratégique qualité (COSTRAT) qualité est mis en place. Ce **COSTRAT, organe stratégique du management de la qualité et de la gestion des risques**, se réunit 3 à 4 fois par an.

Le COSTRAT a pour principale mission de participer activement à la diffusion d'une culture de la qualité et de la gestion des risques au sein des établissements et services du GCSMS 94 en coordonnant la mise en œuvre de la politique qualité.

Pour ce faire, il effectue notamment les actions suivantes :

- favoriser, en lien avec la direction qualité, le développement d'une culture qualité et gestion des risques au sein des établissements et services du GCSMS ;
- approuver la politique qualité et gestion des risques ;
- participer à l'identification et la validation des axes de travail institutionnels ;
- approuver le bilan annuel des événements indésirables ;
- participer à la définition des indicateurs qualité puis en assurer le suivi ;
- participer à l'identification des personnes ressources (nouveaux référents, pilotes de processus...) au sein des établissements et services du GCSMS.

Le COSTRAT s'intéresse également à la négociation et au suivi du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) unique du groupement et aux projets d'établissements du GCSMS 94.

Sa composition, qui peut être amenée à évoluer en fonction des axes de travail prioritaires ou de l'évolution de l'organisation du GCSMS, est la suivante :

- le Directeur de la direction commune et administrateur du GCSMS 94 (ou son représentant) ;
- le Directeur en charge de la qualité et de la gestion des risques ;
- les membres du comité de direction ;
- deux représentants des médecins coordonnateurs ou prescripteurs des établissements et services du GCSMS 94 ;
- un pharmacien ;
- les référents qualité ;
- deux représentants d'usagers (résidents ou familles) membres des CVS des établissements du GCSMS 94 ;
- l'assistante qualité du GCSMS 94.

Politique qualité et gestion des risques du GCSMS 94

Afin de décliner la politique qualité du GCSMS et de mettre en œuvre les décisions prises par le COSTRAT au sein des établissements et services, un comité de pilotage est mis en place **au sein de chaque établissement**.

Le COPIL a pour principale mission d'assurer le pilotage de l'évaluation de l'établissement, notamment dans la phase de préparation. Il assure également le suivi du programme d'amélioration de la qualité de l'établissement et fixe les priorités de travail de l'établissement sur le domaine de la qualité.

Sa composition, qui peut être amenée à évoluer en fonction des axes de travail prioritaires ou de l'évolution de l'organisation du GCSMS ou de l'établissement, est la suivante :

- le Directeur référent qualité de l'établissement ;
- le cas échéant, les autres directeurs de l'établissement ;
- le médecin coordonnateur de l'établissement ;
- au moins un médecin prescripteur de l'établissement ;
- le référent qualité de l'établissement ;
- le Président du CVS et, dans la mesure du possible, un autre représentant du CVS ;
- le Directeur en charge de la qualité et de la gestion des risques ;
- l'assistante qualité du GCSMS 94.

En complément de l'action de la Direction qualité et gestion des risques, du COSTRAT et des COPIL qualité, des travaux plus spécifiques seront à mener **à l'échelle du GCSMS 94 ou de ses établissements et services**.

Ces travaux pourront concerner la préparation des évaluations HAS, les axes de travail prioritaires arrêtés par le COSTRAT ou le COPIL qualité ou découler de problématiques particulières (plans d'actions nationaux/régionaux/départementaux, suites d'inspections, événements s'étant produits sur l'un des établissements ou services nécessitant des actions immédiates...).

Pour ce faire, des groupes de travail dédiés pourront être mis en place. Ils pourront notamment travailler sur

- la rédaction de procédures et protocoles ;
- la préparation des auto-évaluations HAS ;
- le déploiement de certains axes du référentiel HAS ;
- la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité ou de plans d'actions sur le domaine de la qualité...

La direction qualité pourra être mobilisée afin de participer à ces groupes. Certains professionnels d'autres établissements ou services du groupement, et notamment les référents qualité, pourront être invités à ces réunions.

ULTRACE

PROCESSUS DE GESTION DE LA PRÉPARATION À L'AUDIT D'ÉVALUATION ET DU SUIVI DE SES RECOMMANDATIONS

CONSTRUISSONS ENSEMBLE
VOTRE LOGICIEL QUALITÉ HYGIÈNE
SÉCURITÉ ENVIRONNEMENT SUR-
MESURE

[illegible]

Pré-requis :

Aucun pré-requis n'est nécessaire à la conduite de ce processus à l'aide logiciel Utrace.

Objectifs : Savoir utiliser IJtrace pour anticiper et se préparer à l'audit d'évaluation des pratiques de l'établissement. Centraliser et structurer le suivi des recommandations, grâce à la gestion des plans d'actions.

Check list des actions à mener :

Démarche initiale - pré audit :

- Constituer ses groupes de travail en fonction des critères du référentiel.
- Planifier les réunions de ces groupes à l'aide du module **de gestion des agendas**
- Générer une grille d'évaluation sur la base du référentiel HAS dans le module de **gestion des évaluations**.

11-21-09-2021

IJTRACE

PROCESSUS DE GESTION DE LA PRÉPARATION À L'AUDIT D'ÉVALUATION ET DU SUIVI DE SES RECOMMANDATIONS

CONSTRUISSONS ENSEMBLE
VOTRE LOGICIEL QUALITÉ HYGIÈNE
SÉCURITÉ ENVIRONNEMENT SUR-
MESURE



- Lors des réunions des groupes de travail, utiliser cette grille pour :

- Evaluer votre niveau d'intégration pour chaque critère en vous aidant de la liste d'éléments d'appréciation
- Commenter, argumenter vos réponses
- Lier vos documents de preuve grâce à la liaison avec la **gestion documentaire**
- Formuler et planifier les actions d'amélioration que vous aurez identifiées grâce à la liaison avec la **gestion des plans d'actions (projets)**

Titre de document	Processus / thème	Référencement	Évaluation	Revision
Comment consulter sa messagerie IJtrace ?	4.2 FORMATION	15/07/2011		
Comment consulter un document avec IJtrace ?	4.2 FORMATION	15/07/2011		
Comment déclarer un évènement indétectable ?	4.2 FORMATION	25/06/2011		
Comment faire une demande de réparation avec IJtrace ?	4.2 FORMATION	15/07/2011		
Demande de congés	6.1 LE MANAGEMENT D'ÉQUIPE ET	12/06/2019		
Enquête qualité de ne au travail	6.6 QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	12/06/2019		
Enquête résident / famille	4.7 LA QUALITÉ DU LIEN ENTRE	12/06/2019		
Planning soins	6.1 LE MANAGEMENT D'ÉQUIPE ET	12/06/2019		
Quel est votre qualité	4.7 LA QUALITÉ DU LIEN ENTRE	12/06/2019		
Rapport évaluation externe IJtrace	4.8 RESPECT DE LA RÉGLEMENTATION ET	12/06/2019		
Site ANAP	2.2 ORGANISATION DES SOINS	12/06/2019		
Site internet IJtrace	4.2 FORMATION	12/06/2019		
Suivi des fiches actions d'ec IJtrace		12/06/2019		
Tableau de suivi des équipements		12/06/2019		
Tableau des indicateurs		12/06/2019		

Sarl Adogsoft

19 av du 19 Mars 1962

66330 Cabestany

Téléphone : 04 86 68 82 33

Web: www.ijtrace.com

Messagerie : contact@ijtrace.com

VI 21-09-2021

IJTRACE

PROCESSUS DE GESTION DE LA PRÉPARATION À L'AUDIT D'ÉVALUATION ET DU SUIVI DE SES RECOMMANDATIONS

CONSTRUISONS ENSEMBLE
VOTRE LOGICIEL QUALITÉ HYGIÈNE
SÉCURITÉ ENVIRONNEMENT SUR-
MESURE



Consultation des actions

Par date Par titre Par origine

Par origine: Nouvelle Par thème Par mot clé Par résident

Type de projet: [dropdown] Avancement: [dropdown]

Par projet Date prévue du: 21/09/2021 Au: 21/09/2021

Niveau de priorité: [dropdown] Par responsable: [dropdown]

Actions réalisées: [dropdown] Actions en cours: [dropdown] Actions: [dropdown]

Date	Nom du projet	Action / tâche	Référence	Informations de pilotage	%	Echéance
21/09/2021	Remplacement des équipements de sécurité	Remplacement des équipements de sécurité	Agencement			21/09/2021
21/09/2021	Remplacement des équipements de sécurité	Remplacement des équipements de sécurité	Agencement			21/09/2021
21/09/2021	Remplacement des équipements de sécurité	Remplacement des équipements de sécurité	Agencement			21/09/2021
21/09/2021	Remplacement des équipements de sécurité	Remplacement des équipements de sécurité	Agencement			21/09/2021

Utilisez les cases à cocher et les listes déroulantes du haut pour sélectionner les projets que vous souhaitez afficher

Le plan d'actions Liste d'actions Diagramme de Gantt Export du plan vers Excel

Démarche pendant l'audit :

- Lors de l'entretien d'introduction avec l'expert évaluateur l'informer qu'une grande partie des informations qu'il peut vous demander est centralisée et disponible dans IJtrace.
- Lui communiquer un code d'accès à IJtrace et lui montrer comment :
 - . Retrouver et consulter un document à l'aide de la recherche par mot clé sur le « mur » IJtrace
 - . Visualiser votre grille d'évaluation en lien avec cet audit
 - . Visualiser les informations de votre plan d'action
 - . Consulter les diverses traçabilités disponibles dans IJtrace. Notamment la **déclaration et le suivi des EI**

IJTRACE

Sarl Adogsoft
19 av du 19 Mars 1962
66330 Cabestany

Téléphone : 04 86 68 82 33
Web: www.ijtrace.com
Messagerie : contact@ijtrace.com

17-21-09-2021

KIT PRATIQUE D'UTILISATION DU MANUEL D'ÉVALUATION HAS ESSMS

- 1- Les « observations » évoquées dans le Manuel HAS
 - ⇒ Visitez votre propre établissement
- 2- Les procédures évoquées dans le Manuel HAS
 - ⇒ Vérifiez que les pratiques sont connues
 - ⇒ Vérifiez, par la traçabilité, qu'elles sont bien appliquées
- 3- Le contenu du projet personnalisé tel qu'identifié dans le Manuel HAS
 - ⇒ Parcourez les projets personnalisés et vérifiez qu'ils répondent aux objectifs :
 - De participation de la personne (et de son entourage),
 - D'identification par les professionnels des risques inhérents à la personne
 - De description des objectifs, actions, moyens et ressources mis en œuvre pour adapter et assurer la réalisation du projet de la personne
- 4- Les formations évoquées dans le Manuel HAS
 - ⇒ Identifiez les thématiques absentes de votre plan de formation
 - ⇒ Construisez le plan de formation interne du médecin coordonnateur
 - ⇒ Organisez en interne des sensibilisations et transmissions de compétences
- 5- La place des partenaires dans l'évaluation HAS ESSMS
 - ⇒ Listez vos partenaires et vérifiez la conformité de vos contrats et conventions
 - ⇒ Recherchez de nouveaux partenariats
- 6- Les politiques, stratégies et organisations à définir par la gouvernance
 - ⇒ Faites un point de situation sur votre Projet d'Établissement en cours et ajoutez les volets ou fiches actions manquantes (avenants au Projet)
 - ⇒ Utilisez cette liste pour la réécriture de votre Projet d'Établissement

Le contenu du projet personnalisé tel qu'identifié dans le Manuel HAS ESSMS

Le Manuel HAS ESSMS indique – en partie – comment construire et déployer les projets d'accompagnement personnalisés des personnes.

Le projet personnalisé doit contenir :

- Une analyse préalable de la capacité de la personne à exprimer ses envies et ses attentes, ainsi que les outils et moyens de communication utilisés pour assurer le meilleur dialogue possible (critère 1.10.3)
- L'avis de la personne sur l'implication (ou non) de ses proches dans la co-construction de son projet (critère 1.10.2)
- L'ensemble des envies, attentes, aversions... Exprimé par la personne (critère 1.10.1)
- Les éléments exprimés par l'entourage, ainsi que les modes et le degré d'implication de chacun dans la construction du projet de la personne (critère 1.10.4)

Le projet personnalisé doit rendre compte de l'analyse des risques pour la personne et l'accompagnement adapté choisi pour prévenir et /ou lutter contre ce danger et ses conséquences pour la personne :

- Les risques de perte d'autonomie et d'isolement social (critère 1.12.3 et critère 3.5.2)
- Les risques en santé (critère 1.15.6)
- Les risques de fugue ou de disparition (critère 2.4.1)
- Les risques d'addictions et autres conduites à risques (critère 2.4.2)
- Les risques de chute (critère 2.4.3)
- Les risques de dénutrition, malnutrition et/ou des troubles de la déglutition (critère 2.4.4)
- Les risques liés à la sexualité (critère 2.4.4)
- Les risques de harcèlement ou d'abus de faiblesse (critère 2.4.6)
- Les risques de radicalisation et/ou de prosélytisme (critère 2.4.7)
- Les besoins d'accompagnement en santé mentale (critères 2.6.1 à 2.6.3)

Le projet personnalisé doit préciser :

- Les moyens internes et ressources externes permettant d'atteindre les objectifs fixes (critère 1.10.5)
- Les conditions et la régularité de réévaluation, en faisant apparaître les différentes mises à jour (critère 1.10.6)

Les formations évoquées dans le Manuel HAS ESSMS

Critère 1.2.7 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la connaissance des droits de la personne accompagnée »

Critère 1.4.6 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à l'éducation à la santé »

Critère 1.5.9 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux activités et approches non médicamenteuses » (médico-social uniquement)

Critère 3.4.5 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la gestion du risque médicamenteux » (médico-social uniquement)

Critère 3.4.3 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la maîtrise du risque infectieux »

Critère 2.1.3 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au questionnement éthique »

Critère 3.1.4 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la bientraitance »

Critère 2.5.3 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au repérage, à la prévention et à la gestion des risques de rupture de parcours de la personne accompagnée »

Critère 3.5.3 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la préservation de l'autonomie et à la prévention du risque d'isolement des personnes accompagnées »

Critère 3.11.3 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la détection et au signalement de faits de maltraitance et de violence »

Critère 3.13.4 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la gestion des événements indésirables »

Critère 3.14.4 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la gestion de crise »

Critère 3.15.3 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux outils numériques »

Critère 3.6.4 « L'ESSMS met au service des accompagnements une équipe de professionnels formés et qualifiés »

Critère 3.2.6 « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux RBPP, procédures et références spécifiques à leur cadre d'intervention »

Politiques, stratégies et organisations à définir par la gouvernance

Le Manuel HAS ESSMS guide les volets de votre projet d'établissement ou de service en vous précisant ce que la gouvernance doit définir et déployer.

Cela peut cibler la Politique, la Stratégie ou l'Organisation.

La Politique précise l'état d'esprit et les directives de la gouvernance indispensables à la définition d'objectifs communs et à la prise de décisions. Elle permet d'aller ensemble dans le même sens :

- la politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux (critère 3.7.1)
- la politique ressources humaines et la démarche de prévention des risques professionnels (critère 3.9.1)
- la politique de Qualité de Vie (et Conditions) de Travail (critère 3.9.1)
- la politique d'amélioration de la Qualité et Gestion des risques (critère 3.10.1)
- la politique de Développement Durable (critère 3.15.1)

La Stratégie fixe les objectifs et définit l'ensemble des actions à mettre en œuvre pour les atteindre. Elle permet de savoir comment et pourquoi y aller :

- La stratégie en matière de Bienveillance (critère 3.1.1)
- La stratégie d'accompagnement et son inscription dans le territoire, dans une approche inclusive (critère 3.4.1)
- La stratégie de préservation de l'autonomie et de prévention du risque d'isolement (critère 3.5.1)
- la stratégie de gestion du risque médicamenteux (critère 3.6.1)
- la stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux (critère 3.7.1)
- La stratégie pour favoriser la qualité de l'environnement de travail des professionnels (critère 3.9.2)
- la stratégie d'optimisation des achats (critère 3.15.1)
- La stratégie numérique (critère 3.15.2)

L'Organisation constitue les pratiques et les moyens déployés pour maintenir les objectifs de manière pérenne. Elle permet de transformer le projet construit en système durable et permanent.

- L'organisation du questionnement éthique en associant l'ensemble des acteurs et en participant à des instances de réflexion éthique sur le territoire (critère 2.1.4)
- Les pratiques et les modalités de déploiement favorisant l'exercice des droits de la personne accompagnée (critère 2.2.6)
- L'organisation et les pratiques qui garantissent la confidentialité et la protection des informations et données relatives à la personne accompagnée (critère 2.2.7)
- L'organisation, les modalités et les outils adaptés au déploiement de la démarche de Bienveillance (critère 3.1.2)
- Les modalités de travail adaptées pour garantir la sécurité, la continuité et la qualité de l'accompagnement des personnes (critère 3.3.5)
- Un plan de prévention et de gestion des risques de maltraitance et de violence au bénéfice des personnes accompagnées (critère 3.11.1)
- Un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité (critère 3.14.1)



MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

GUIDE

Procédure d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Validée par la CSMS le 10 mai 2022

Descriptif de la publication

Titre	Procédure d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux
Objectifs)	Définir les étapes de la procédure d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux prévues par l'article L. 312-3 du Code de l'action sociale et des familles
Cibles concernées	- Établissements et services sociaux et médico-sociaux - Organismes accrédités
Demandeur	Ministère des solidaires et de la santé
Promoteur(s)	Direction de la qualité et de l'accompagnement social et médico-social Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Sandra Gemaldi (cheffe du service évaluation) sous la responsabilité de Veronique Ghadi (directrice de la DIQASM)
Validation	Version du 10 mai 2022
Actualisation	
Autres formats	

Ces documents ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication et information
 5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX – Tél : +33 (0)1 55 35 70 01
 © Haute Autorité de santé – mai 2022 – ISBN

Sommaire

1.	Dispositions générales	4
1.1.	Objectifs de l'évaluation	4
1.2.	Champ d'application	4
1.3.	Documents de référence et système d'information	4
2.	Engagement dans la procédure	5
2.1.	Calendrier de l'évaluation et sélection de l'organisme	5
2.2.	Définition des critères du référentiel d'évaluation applicables	5
3.	Évaluation	6
3.1.	Démarche d'amélioration continue de la qualité	6
3.2.	Visite de l'établissement ou du service	6
3.3.	Résultats des évaluations : le rapport d'évaluation	7
4.	Publication et diffusion	8

1. Dispositions générales

1.1. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation de la qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) a pour objet d'apprécier la qualité des prestations délivrées par les ESSMS soumis à la présente procédure. La démarche d'évaluation portée par la Haute Autorité de santé (HAS) vise prioritairement à permettre à la personne accompagnée d'être actrice de son parcours, à renforcer la dynamique qualité au sein des établissements et services et à promouvoir une démarche porteuse de sens pour les ESSMS et leurs professionnels.

L'évaluation constitue un levier de mobilisation des professionnels, dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des accompagnements délivrés aux personnes accueillies.

L'évaluation consiste en une appréciation réalisée par un tiers extérieur indépendant, lors d'une visite au sein des ESSMS. Ce tiers est nommé « l'organisme ». Il s'agit de l'organisme accrédité autorisé à réaliser des évaluations en ESSMS conformément à ce qui est prévu par l'article 1^{er} du décret n°2022-742 du 28 avril 2022.

L'évaluation se distingue de l'inspection et du contrôle, ainsi que de la vérification de la conformité des ESSMS aux normes définies par les textes.

1.2. Champ d'application

La procédure d'évaluation concerne les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF, sauf dérogation établie par le présent code.

Les structures entrant dans le champ de l'évaluation sont ci-après dénommées « ESSMS ».

L'évaluation porte sur le périmètre de l'autorisation délivrée par l(les) autorité(s) d'autorisation et de contrôle.

1.3. Documents de référence et système d'information

L'évaluation est réalisée à partir du référentiel et du manuel d'évaluation publiés par la HAS sur son site internet.

Les ESSMS engagés dans la procédure d'évaluation utilisent, au même titre que les organismes chargés des évaluations, le système d'information sécurisé dénommé Synaè, mis à disposition par la HAS qui organise les modalités d'accès.

2. Engagement dans la procédure

2.1. Calendrier de l'évaluation et sélection de l'organisme

L'ESSMS engage la procédure d'évaluation conformément à la programmation pluriannuelle arrêtée par l(les) autorité(s) d'autorisation et de contrôle compétente(s). Lorsqu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre un ESSMS et l(les) autorité(s) compétente(s), la programmation est établie conformément aux calendriers d'évaluation prévus dans les contrats (article D. 312-204 du CASF).

L'ESSMS peut demander le report de son évaluation à la(ux) l'autorité(s) d'autorisation et de contrôle compétente(s), si des circonstances exceptionnelles le justifient. L(les) autorité(s) examine(nt) cette demande et notifie(nt) sa/leur décision à l'ESSMS, dans un délai de 2 mois à compter de sa réception. Le calendrier de programmation pluriannuelle publié par lesdites autorités est modifié en conséquence.

L'ESSMS lance, en amont de la date prévue pour son évaluation, la procédure de mise en concurrence pour la sélection de l'organisme chargé de réaliser la visite d'évaluation, sur la base des outils et méthodes d'évaluation publiés par la HAS. Le document de mise en concurrence présente notamment le périmètre dans lequel l'évaluation va se dérouler. La sélection est réalisée dans le cadre habituel des procédures de mise en concurrence, et pour les établissements publics dans le respect des règles du code des marchés publics. La sélection tient compte des limites d'intervention au sein des ESSMS fixées aux organismes et des règles de liens d'intérêts susceptibles d'exister entre les organismes, leurs intervenants et les ESSMS évalués.

La liste des organismes autorisés à réaliser des évaluations en ESSMS, et parmi lesquels l'ESSMS va procéder à une sélection, est consultable sur la plateforme Synaé et sur le site internet de la HAS.

La direction de l'ESSMS est garante du bon déroulement de la procédure d'évaluation.

2.2. Définition des critères du référentiel d'évaluation applicables

Les critères du référentiel d'évaluation applicables à chaque ESSMS sont définis au regard du profil de l'ESSMS et de l'autorisation(s) considérée(s).

Trois types d'éléments sont pris en compte pour déterminer le champ d'application des critères :

- le secteur d'intervention (tous ESSMS : secteur social ou médico-social)
- le type de structure (toutes structures : établissements ou services)
- le public accompagné (tous publics : personnes âgées – personnes handicapées adultes – personnes handicapées enfants – protection de l'enfance – protection judiciaire de la jeunesse – personnes en difficultés spécifiques – accueil hébergement insertion).

Ces données sont recueillies à partir des données FINESS (catégorie d'ESSMS) et reportées dans la plateforme Synaé.

3. Évaluation

L'évaluation mesure la satisfaction de l'ESSMS aux critères du référentiel d'évaluation de la qualité outillé par la HAS.

Chaque critère fait l'objet d'une fiche détaillée dans le manuel d'évaluation, qui précise son champ d'application, le niveau d'exigence, la méthode d'évaluation, les éléments d'évaluation, ainsi que les références associées.

L'évaluation est réalisée par les organismes autorisés à procéder aux évaluations, sur la base du référentiel d'évaluation et des méthodes décrites dans le manuel d'évaluation.

L'ensemble de ces outils peut également être utilisé par les ESSMS dans le cadre de leur démarche d'amélioration continue de la qualité.

3.1. Démarche d'amélioration continue de la qualité

Suite à l'expérience acquise depuis 2002 dans l'évaluation de la qualité en ESSMS et compte tenu de la révision du rythme des visites d'évaluation à une visite tous les 5 ans (article D. 312-204 du CASF), l'élaboration et la transmission d'un rapport d'évaluation interne par l'ESSMS à l'(aux) autorité(s) compétente(s) ne sont plus exigées. L'ESSMS devra mentionner, dans son rapport annuel d'activité (article D. 312-203 du CASF), les actions engagées dans le cadre de sa démarche d'amélioration continue de la qualité.

Pour alimenter cette démarche, la HAS met à disposition des ESSMS, via la plateforme Synae, l'ensemble des outils d'évaluation validés, qui seront mobilisés par les organismes lors des visites d'évaluation. Les ESSMS qui le souhaitent peuvent les utiliser et réaliser une auto-évaluation sur la base des critères du référentiel qui leur sont applicables et faciliter l'appropriation du référentiel et des méthodes d'évaluation par les professionnels.

La démarche d'amélioration continue de la qualité mise en œuvre par un ESSMS peut ainsi être fondée sur les auto-évaluations réalisées, les actions spécifiques engagées au regard de l'activité de la structure (plan d'actions spécifique au public accompagné, certifications, labellisations, etc.) et toutes autres actions engagées par l'ESSMS pour améliorer la qualité des prestations proposées aux personnes accueillies. Ces actions sont complémentaires et visent à élever le niveau de qualité en ESSMS.

La visite d'évaluation tient compte des résultats de la démarche d'amélioration continue de la qualité engagée par l'ESSMS pour apprécier la dynamique d'amélioration du service rendu.

3.2. Visite de l'établissement ou du service

L'évaluation des critères applicables à l'ESSMS est réalisée par l'organisme lors d'une visite d'évaluation organisée et matérialisée par la signature d'un contrat entre l'ESSMS et l'organisme.

Le contrat est établi en conformité avec les préconisations du cahier des charges applicable aux organismes chargés de l'évaluation des ESSMS, du référentiel et du manuel d'évaluation, ainsi que de la présente procédure d'évaluation. Il précise notamment les dates de la visite d'évaluation, sa durée, son coût, le nom et le profil des intervenants missionnés par l'organisme, ainsi que le planning de la visite d'évaluation. Il est précisé que la composition de l'équipe d'évaluation ne peut être inférieure à deux intervenants. Ces données sont reportées dans la plateforme Synae au plus tard au moment de la visite d'évaluation par l'organisme.

L'un des intervenants membre de l'équipe d'évaluation est désigné coordonnateur de la visite.

Durant la visite d'évaluation, l'ESSMS doit communiquer aux intervenants de l'organisme tous les documents nécessaires à son évaluation et faciliter les rencontres.

L'organisme a l'obligation d'informer le représentant légal de l'ESSMS et l(les) autorité(s) compétente(s), des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des personnes accompagnées que ses intervenants auraient constatés au cours d'une visite.

3.3. Résultats des évaluations : le rapport d'évaluation

Le rapport d'évaluation reprend l'ensemble des éléments d'évaluation du référentiel cotés. Il met en valeur les axes forts, ainsi que les axes de progrès identifiés. Il présente une représentation graphique des résultats pour en faciliter la lecture au niveau global, par chapitres et par thématiques. Il fait également un focus sur la notation des critères impératifs.

Au plus tard 1 mois après la visite d'évaluation, l'organisme transmet à l'ESSMS (via la plateforme Synaé) le rapport de visite.

L'ESSMS dispose alors de 1 mois à compter de la réception du rapport pour rédiger ses observations (via la plateforme Synaé) et les retourner à l'organisme.

L'organisme, après réception des observations de l'ESSMS, procède à la clôture du rapport d'évaluation et le communique définitivement à l'ESSMS (via la plateforme Synaé).

L'ESSMS peut signaler à la HAS (via la plateforme Synaé) tout manquement de l'organisme, ou de ses intervenants, constaté lors de la visite ou dans le déroulé de la procédure d'évaluation.

4. Publication et diffusion

La transmission par l'ESSMS du rapport d'évaluation, prévue par l'article D. 312-200 du CASF, est réalisée :

- pour la HAS en version dématérialisée via la plateforme Synae
- pour (les) autorité(s) de tarification et de contrôle selon les modalités convenues avec elles ;
- Le rapport est accompagné du plan d'actions spécifique exigé au regard des résultats associés à l'évaluation des critères impératifs.

L'ESSMS doit également assurer la plus large diffusion interne du rapport d'évaluation. Il doit notamment le porter à la connaissance de l'instance délibérante, de l'instance de représentation des personnels et du conseil de la vie sociale le cas échéant.

Le rapport d'évaluation fait l'objet d'une diffusion publique selon les modalités fixées par décret.