



**LE CHOIX D'UN RÉFÉRENTIEL ADAPTÉ, UNE CONDITION
NÉCESSAIRE POUR CONDUIRE L'ÉVALUATION INTERNE
DANS UN SSIAD**

Claudine BONNET

2008

cafdes



Remerciements

Je remercie mon directeur de mémoire, M. MADDALENA Philippe, directeur des Hôpitaux de la Vésubie, pour sa disponibilité et ses bons conseils.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1 PREMIERE PARTIE : CONTEXTE STRUCTUREL ET CONCEPTS DE LA DEMARCHE QUALITE ET DE L'EVALUATION INTERNE DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL	7
1.1 LE CONTEXTE STRUCTUREL	7
1.1.1 Présentation de l'association gestionnaire.....	7
1.1.2 Les SSIAD.....	7
1.1.3 Le SSIAD de l'OHS.....	10
1.2 LES CONCEPTS DE DEMARCHE QUALITE ET D'EVALUATION INTERNE.....	11
1.2.1 La démarche qualité : définition et historique.....	11
1.2.2 L'évaluation interne	14
1.2.3 Les acteurs de l'évaluation interne	19
2 DEUXIEME PARTIE : STRATEGIE MANAGERIALE ADOPTEE POUR IDENTIFIER ET CHOISIR UN REFERENTIEL ADAPTE AU SSIAD	23
2.1 L'ANALYSE DES DIFFERENTS OUTILS EXISTANTS	23
2.1.1 Analyse de quatre référentiels	24
2.1.2 Critères de sélection des outils	28
2.1.3 Analyse comparative des outils	30
2.2 L'ENQUETE DE TERRAIN	33
2.2.1 Déroulement de l'enquête.....	33
2.2.2 Analyse des réponses	34
2.2.3 Résultat de l'enquête et choix du référentiel.....	37
3 TROISIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DE L'EVALUATION INTERNE AU SEIN DU SSIAD.....	41
3.1 L'EVALUATION : ASPECTS STRATEGIQUES ET MANAGEMENT INTERNE.....	41
3.2 LA CONDUITE DU PROJET D'EVALUATION	43

3.2.1	Définition du projet	43
3.2.2	Différentes étapes de mise en œuvre de l'évaluation interne.....	43
A)	Etape 1 d'appropriation de la démarche et du référentiel	45
B)	Etape 2 d'évaluation proprement dite	46
C)	Etape 3 de recherche des éléments de preuve	47
D)	Etape 4 de production des résultats	47
E)	Etape 5 du Plan d'Actions Qualité (PAQ)	47
3.2.3	Gestion prévisionnelle des étapes	48
3.3	LES RESSOURCES A MOBILISER POUR L'EVALUATION INTERNE	50
3.3.1	Ressources logistiques et organisationnelles	51
3.3.2	Ressources humaines	53
3.3.3	Dépenses d'exploitation	55
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE.....	59
	LISTE DES ANNEXES.....	61

Liste des sigles utilisés

AFNOR : association française de normalisation

AGGIR : autonomie gérontologique et groupes iso-ressources

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANCREAI : association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée

ANDEM : agence nationale de l'évaluation médicale

ANESM : agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale

ANGELIQUE : application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements

ANSP : agence nationale des services à la personne

APA : aide personnalisée autonomie

APAJH : association pour adultes et jeunes handicapés

APF : association des paralysés de France

ARESSAD : association des responsables de services de soins infirmiers à domicile

ARH : agence régionale de l'hospitalisation

ARS : agence régionale de la santé

CAF : caisse d'allocations familiales

CASF : code de l'action sociale et des familles

CJP : centre Jacques Parisot

CLIC : centre local d'information et de coordination gérontologique

CNE : conseil national de l'évaluation

CNESMS : conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CRAM : caisse régionale d'assurance maladie

CREAI : centre régional d'étude, d'activité et d'information en faveur des personnes en situation de handicap

CSE : conseil scientifique de l'évaluation

CVS : conseil de la vie sociale

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGAS : direction générale de l'action sociale

DMS : durée moyenne de séjour

EHPAD : établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

ENSP : école nationale de santé publique

ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux
ETP : équivalent temps plein
FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée
GIR : groupe iso ressources
GMP : gir moyen pondéré
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : haute autorité de santé
ISO : international standardization organization
LOLF : loi organique relative aux lois de finances
MAP : modèle d'accompagnement personnalisé
MAQ : manuel d'assurance qualité
MARTHE : mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement en établissement
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MECSS : mission parlementaire d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
OHS : office d'hygiène sociale
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie (pour la partie médico-sociale)
ONED : observatoire national de l'enfance en danger
PERICLES : participation à l'évaluation référencée et interne conforme à la loi des établissements et services
RCB : rationalisation des choix budgétaires
SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : service de soins de suite et de réadaptation
TQM : total quality management
TTC : toutes taxes comprises
TSA : travail social actualités
UNASSAD : union nationale de l'aide et des services et soins à domicile
UNASSI : union nationale des associations et services de soins infirmiers
UNAPEI : union nationale de parents d'enfants inadaptés
UNIOPSS : union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
URIOPSS : union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
USLD : unité de soins de longue durée

INTRODUCTION

Selon les projections démographiques de l'office statistique des communautés européennes Eurostat, l'union européenne pourrait compter près d'un tiers de personnes âgées de plus de 65 ans en 2050 soit 30 % de sa population contre 17 % actuellement.

D'après différents rapports dont celui de la Mission parlementaire d'Evaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS)¹ établi par les députés P. Guinchard et P. Morange, l'accroissement de l'espérance de vie est de un trimestre par an et le nombre de personnes de plus de 85 ans va quasiment doubler entre 2005 et 2015. Dans le même temps, le Plan Solidarité Grand Age² révèle que les maladies neuro-dégénératives de type maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson et maladies apparentées touchent 12 % des personnes de plus de 70 ans et que le nombre de personnes dépendantes va progresser de 17 % également de 2005 à 2015.

Parallèlement à ces constats il est remarqué que les personnes âgées souhaitent vivre à domicile le plus longtemps possible et 73 % des seniors de 85 ans ont encore « chez soi ». Dans les régions de Lorraine et de Champagne - Ardenne, une étude de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM)³ du Nord Est révèle que 21,4 % des personnes âgées prises en charge par les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) sont atteintes de démence et 25 % sont grabataires.

Les SSIAD, créés en 1979, ont répondu à cette évolution de la société mais aussi à la demande des pouvoirs publics qui souhaitent, d'une part, au vu du vieillissement de la population et des soins que ces personnes nécessitent, diminuer le nombre de journées d'hospitalisation et d'autre part limiter les dépenses d'assurance maladie en adaptant le système de soins.

Les SSIAD, services médico-sociaux autorisés par l'Etat, exécutent une mission de service public en permettant le maintien à domicile et en ouvrant le champ des solutions alternatives à l'hospitalisation. Depuis 1979 leur nombre de places n'a cessé d'augmenter et le Plan Solidarité Grand Age (présenté en juin 2006 par Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille), prévoit d'augmenter de 40 % en cinq ans les 87 000 places de SSIAD en France.

¹ Données sociales - La société française n° 613. Edition 2006

² Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 du 27 juin 2006 du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux familles

³ Etude réalisée par le service médical et social de la CRAM du Nord Est en concertation avec les professionnels en 2004

Les dispositifs d'Hospitalisation A Domicile (HAD) sont également des solutions alternatives à l'hospitalisation mais les 9 000 places sont insuffisantes et les SSIAD sont amenés à prendre en charge des personnes en situation sanitaire lourde.

Cet état de fait est régulièrement constaté au cours des commissions SSIAD organisées par l'Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS) par les gestionnaires des SSIAD qui déplorent des coûts de prise en charge dépassant les enveloppes financières qui leur sont allouées, ce qui entraîne une dégradation de la qualité des prestations rendues aux usagers.

En tant que responsable d'un SSIAD, je consacre avec l'infirmière coordinatrice⁴ une partie de mon activité à la réflexion, à la conceptualisation et à l'élaboration des documents qualité prévus par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale...) ainsi qu'à la rédaction du projet de service 2003 - 2008.

En 2003, ce service avait une capacité de 78 places pour personnes âgées. Après trois demandes d'extension, le service a atteint sa capacité d'accueil actuelle de 98 places pour personnes âgées et a diversifié son offre de soins en prenant en charge des personnes adultes handicapées de moins de soixante ans⁵ (12 places) ; diversification rendue possible par le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD.

En 2006, le nombre important de personnes accueillies et la diversité des projets de soins à mettre en place, les écarts de pratiques professionnelles, la quantité d'information à partager et à sécuriser ont atteint une ampleur telle, qu'il a été décidé d'engager le service dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et d'initier le personnel du service à la culture de la qualité.

Il s'est agit, au regard des missions du SSIAD et du public accueilli, de décrire le travail effectué, les pratiques professionnelles formelles et informelles et d'en comprendre les mécanismes et les zones d'incertitude.

⁴ Articles D.312-3, D. 312-4, D.312-5-1 du décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certains dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale

⁵ Titre 1^{er}, article 1 du décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD

Ceci pour en déduire d'une part des procédures qualitatives et d'autre part des actions d'amélioration dans l'objectif de rester en cohérence avec les besoins et les attentes des usagers pris en charge dans le service.

Responsabiliser les professionnels, promouvoir les débats et interroger les évidences, ont permis de donner du sens aux actions et d'insuffler une dynamique positive dans le service.

Selon la technique du brainstorming des thèmes de travail ont été identifiés, des groupes de travail ont été constitués sur le mode du volontariat et en fonction de la disponibilité de chacun et un échéancier pluriannuel de réunions a été programmé.

En 2008 les objectifs pluriannuels qualitatifs du projet de service (formation, rédaction des procédures...) sont pour la plupart réalisés. Le service est donc dans une situation de maturité qui lui permet d'aborder le temps fort de la phase d'évaluation interne des pratiques et des prestations de service.

La direction générale de l'Office d'Hygiène Sociale (OHS) ayant pris la décision d'engager l'évaluation interne de ses établissements et services sociaux et médico-sociaux, je suis missionnée pour mettre en oeuvre le projet d'évaluation interne du SSIAD.

La loi 2002-2 prévoit que : *Les établissements et services sociaux et médico-sociaux procèdent à l'évaluation interne de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles...élaborées par le Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale (CNESMS)...Les établissements et services sociaux et médico-sociaux font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, par un organisme extérieur..*⁶

Le CNESMS créé le 15 avril 2005 a été remplacé le 21 mars 2007 par l'Agence Nationale de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM). Celle-ci a pour objet de développer une culture de la qualité et de la bientraitance et oriente prioritairement son action en faveur des usagers. Elle prévoit de valider les notes d'orientation du CNESMS ainsi qu'une version 2 du guide de l'évaluation interne, d'élaborer un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques et de définir les modalités de réalisation des évaluations interne et externe.

⁶ Article L. 312-8 du CASF

A la fin du premier trimestre 2008, les 35 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux ne pouvaient que se référer aux notes d'orientations (voir annexes 1 et 2) et au premier guide d'évaluation du CNESMS.

A ce propos, D.CHARLANNE directeur de l'ANESM⁷ précise ceci : *les responsables d'établissements et services me font souvent part de leur besoin d'outils plus concrets. C'est précisément dans cet esprit que sera conçu le guide V2, orienté sur le thème des modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne.*

Au mois de mars 2008, l'ANESM élabore une recommandation de bonnes pratiques professionnelles à destination des directeurs portant sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Pour faire face à ces obligations, certains gestionnaires ont engagé leur démarche d'évaluation interne. En ce qui concerne le SSIAD de l'OHS, la période de réflexion et d'interrogations demeure d'actualité, notamment sur le référentiel à adopter pour appréhender l'organisation à travers le concept de transversalité, aborder les articulations entre les processus, entre les acteurs et développer une vision globale de la prise en charge des usagers.

Partant du postulat qu'un référentiel qualité est indispensable, convient-il d'utiliser un référentiel créé par des associations connues ou d'en créer un spécifique ? Convient-il ou non d'avoir recours à l'assistance d'un prestataire externe ? Comment mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne ?

L'ensemble de ce questionnement m'a conduit à définir la problématique de mon étude ainsi :

« Quel référentiel qualité faut-il retenir et mettre en œuvre pour réaliser l'évaluation interne d'un SSIAD ? »

Le plan retenu pour examiner cette problématique est décliné en trois parties :

La première partie est consacrée à la présentation de l'association et du service, puis à celle des concepts de la démarche qualité et de l'évaluation interne

La deuxième partie concerne la stratégie managériale retenue pour identifier et choisir un référentiel adapté au SSIAD

La troisième partie traite de la dimension managériale de l'évaluation interne et de sa mise en œuvre dans le service.

⁷ Revue TSA n° 1153 du 14 mars 2008

1 PREMIERE PARTIE : CONTEXTE STRUCTUREL ET CONCEPTS DE LA DEMARCHE QUALITE ET DE L'EVALUATION INTERNE DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

1.1 Le contexte structurel

1.1.1 Présentation de l'association gestionnaire

L'Office d'Hygiène Sociale (OHS) de Meurthe & Moselle est une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Créée en 1920 par le doyen de la faculté de médecine de Nancy Jacques PARISOT, elle est reconnue d'utilité publique en 1923 et exerce une mission d'intérêt général dans le domaine sanitaire et médico-social. Elle comporte deux secteurs d'activité : les enfants et adolescents d'une part et les personnes âgées et adultes handicapés d'autre part.

Les 1 400 usagers et patients sont accueillis dans 20 établissements et services et pris en charge par environ 1300 salariés sur les secteurs de : Flavigny, Bainville sur Madon, Nancy, Thorey Lyautey, Maxéville, Lunéville et Briey.

Le siège social de l'association situé à Vandoeuvre les Nancy est en relation avec les autorités publiques que sont la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), le Conseil général et la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de Meurthe & Moselle.

Parmi ces établissements et services, figure un SSIAD situé à Nancy qui fait l'objet de la présente étude.

1.1.2 Les SSIAD

Plusieurs lois, décrets et circulaires ont défini le fonctionnement et les missions des SSIAD dont :

- La loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 relative à la prise en charge forfaitaire par l'assurance maladie des dépenses de soins paramédicaux lorsqu'ils sont dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale à domicile
- Le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins infirmiers à domicile

- La circulaire n° 86-14 du 7 mars 1986 relative aux actions alternatives à l'hospitalisation des personnes âgées et à leur maintien à domicile
- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD
- Le décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale
- La circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile et de fonctionnement des SSIAD

En 2006, environ 2 156 SSIAD sont répartis sur le territoire national pour 87 000 places. Les SSIAD ont pour objectif principal de dispenser sur prescription médicale les soins infirmiers et d'hygiène aux personnes malades ou atteintes d'une diminution de leurs capacités physiques et /ou psychiques, de leur apporter une aide spécifique pour accomplir les actes essentiels de la vie à l'exclusion des interventions qui sont du ressort de l'HAD ou des associations d'aide à la personne.

L'objectif de maintenir la personne âgée à domicile est atteint en repoussant son entrée en institution, en favorisant son retour à domicile dans des conditions optimales, en lui assurant une prise en charge globale et en lui garantissant des prestations de qualité.

Le critère d'inclusion d'une personne dans un SSIAD est son niveau de dépendance.

Le niveau de dépendance est mesuré avec la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupes Iso Ressources). Elle a été créée par les docteurs R. LEROUX, JM. VETEL et JM. DUCOUDRAY en 1994. Elle est devenue légale depuis la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997⁸ et elle est utilisée par les départements depuis la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001⁹ pour le calcul de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) à domicile et en établissement.

Cette grille permet d'évaluer les activités effectuées ou non par la personne seule et permet de définir des Groupes Iso Ressources (GIR) rassemblant des individus ayant des niveaux proches de besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

Les SSIAD ne prennent en charge que les personnes relevant des GIR1 à GIR 4. Les GIR 5 et 6 qui concernent les personnes âgées les plus autonomes, relèvent d'autres structures d'aide à la personne.

⁸ Loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

⁹ Loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée autonomie

Le « girage » permet de définir le niveau de dépendance de la personne âgée selon les critères suivants :

- Une personne en GIR 1 est une personne confinée au lit dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie.
- Une personne en GIR 2 est une personne qui est soit, confinée au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessite une prise en charge pour la plupart des actes quotidiens de la vie courante, soit une personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui a conservé ses capacités à se déplacer.
- Une personne en GIR 3 est une personne qui a conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui nécessite quotidiennement et plusieurs fois par jour, des aides pour son autonomie corporelle.
- Une personne en GIR 4 est une personne qui soit, n'assume pas seule ses transferts mais qui une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement et pour laquelle une aide à la toilette et à l'habillage est nécessaire, soit qui n'a pas de problème locomoteur mais qui doit être aidée pour les activités corporelles.

On voit que c'est tout le vécu médical, psychologique, social et environnemental de la personne âgée qui permet de déterminer son niveau de dépendance ainsi que l'importance des aides et des soins à mettre en place. Cependant la grille AGGIR n'apporte pas toutes les informations utiles à la mise en place d'un projet de soins personnalisés. D'une part elle ne prend en compte ni l'histoire, ni la pathologie et les soins techniques infirmiers inhérents à cette pathologie, ni le temps passé auprès des personnes âgées par les aidants et/ou les soignants. D'autre part, seules dix variables sur les dix-sept sont discriminantes, les sept autres sont illustratives c'est-à-dire qu'elles informent sur l'activité domestique et sociale mais n'impactent pas le GIR.

Si les SSIAD se différencient des infirmiers libéraux, ces deux modes de prise en charge sont cependant complémentaires. Les SSIAD effectuent des prises en charge dites globales, qui permettent de dispenser des soins techniques, des soins de nursing, des soins relationnels et d'éducation sur le long terme, l'ensemble étant coordonné par un cadre ou un infirmier coordonnateur.

Le mode de financement est également différent ; les SSIAD sont financés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) sous forme de dotation globale annuelle versée par douzième, alors que les infirmiers libéraux ont une activité rémunérée à l'acte.

Mais lorsque les soins infirmiers deviennent trop importants en volume (par exemple les soins dispensés à une personne en soins palliatifs) et ne peuvent plus être assurés par les infirmiers salariés du SSIAD, le cadre coordonnateur a la possibilité après conventionnement, de faire exécuter les soins par un intervenant libéral.

Les actes effectués sont alors réglés par l'organisme gestionnaire qui a passé convention avec l'infirmier libéral.

En 2007, le département de Meurthe & Moselle compte quatre vingt SSIAD. Le taux d'équipement en places est de 15 pour 1000 habitants de 75 ans et plus, pour un taux de 19/1000 en Lorraine (voir annexe 3) et de 18,48/1000 au niveau national. Le département a une superficie de 5 235 kilomètres carrés pour une population de 714 000 habitants répartis sur 594 communes. Un peu moins de sept pour cent de la population concernée est âgée de 75 ans et plus (ce qui correspond à la moyenne nationale). En 2008, quatre services de soins infirmiers se partagent le territoire de Nancy et sa couronne dite du grand Nancy composés de 406 300 habitants. Ils ont une capacité totale de 261 places et Nancy et sa couronne a un taux d'équipement de 12/1000, ce qui situe la ville en dessous de la moyenne départementale et régionale.

1.1.3 Le SSIAD de l'OHS

Le SSIAD de l'OHS est situé à Nancy même et à quarante cinq kilomètres du Centre Jacques Parisot de Bainville sur Madon (CJP), établissement de santé auquel il est rattaché. Cet établissement sanitaire réalise des prises en charge diversifiées dans le cadre de la filière gérontologique en accueillant les personnes âgées en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en Unité de Soins de Longue Durée (USLD), en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), en Hospitalisation A Domicile (HAD) et en accueil de jour.

Le SSIAD de l'OHS couvre un secteur géographique composé de vingt deux communes de la couronne Nord-Est de Nancy et du tiers de la ville de Nancy ; cela représente 129 878 kilomètres annuels parcourus par l'ensemble de l'équipe soignante.

Il a une capacité de 110 places dont 98 places pour personnes âgées et 12 places pour adultes handicapés physiques.

Il fonctionne de sept heures du matin à vingt deux heures, 365 jours par an et uniquement avec du personnel paramédical infirmier et aide-soignant (vingt neuf ETP). Le taux d'encadrement est de 0,26, ce qui correspond à la moyenne nationale.

Concernant les personnes âgées, 46 % d'entre elles ont entre 75 et 84 ans et vivent encore en couple. Les pathologies principales des personnes âgées sont pour 25 % des atteintes neurologiques invalidantes, 24 % des atteintes cardio-vasculaires, 20 % des atteintes carcinologiques et 18 % des atteintes locomotrices invalidantes.

En 2007, la Durée Moyenne de Séjour (DMS) est de 194 jours avec un taux d'occupation de 92 %. Le Gir Moyen Pondéré (GMP) est de 700.

Le GMP permet de calculer le niveau moyen de dépendance de l'ensemble des personnes accueillies à partir de coefficients attribués à chaque niveau de GIR : coefficient 1 pour le GIR 1, coefficient 0,84 pour le GIR 2, coefficient 0,66 pour le GIR 3, coefficient 0,42 pour le GIR 4, coefficient 0,25 pour le GIR 5 et coefficient 0,07 pour le GIR 6.

Les soins sont composés de 53 % de soins de nursing, 30 % de soins techniques et 17 % de soins relationnels et éducatifs.

En ce qui concerne les personnes adultes handicapées, en 2007 deux tiers des personnes accueillies sont atteints de neuropathie congénitale et un tiers de séquelle neurologique d'origine accidentelle. Le GMP est de 840, la DMS est de quatre ans (ce sont les mêmes personnes depuis l'ouverture), le taux d'occupation est de 100 %.

Les soins sont composés de 65 % de soins de nursing, 29 % de soins techniques et 6 % de soins relationnels et éducatifs.

1.2 LES CONCEPTS DE DEMARCHE QUALITE ET D'EVALUATION INTERNE

1.2.1 La démarche qualité : définition et historique

La qualité est définie par la norme AFNOR NFX 50-109 comme *un ensemble de propriétés caractéristiques d'un produit ou d'un service, qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire durablement des besoins exprimés ou implicites des utilisateurs.*

Pour un directeur, gérer la qualité est une préoccupation quotidienne car elle correspond à la fois à des exigences de commande publique et à des exigences reposant sur le respect des droits et de la satisfaction des usagers. La qualité interfère avec d'autres préoccupations que sont : le principe de précaution, de sécurité et la gestion des risques.

La démarche qualité dont la caractéristique principale est **la permanence, la continuité dans le temps**, est un outil de management du changement qui permet au gestionnaire d'analyser les processus mis en œuvre au sein de la structure qu'il dirige.

Un processus est la déclinaison des activités successives indispensables à la réalisation d'un objectif commun. La démarche qualité permet l'analyse critique de ce processus par les acteurs concernés.

Ainsi les professionnels examinent leurs pratiques au regard de procédures, de bonnes pratiques professionnelles et des activités afférentes aux soins.

Pour être exhaustive, une analyse critique doit présenter plusieurs angles d'approche : l'angle stratégique qui s'intéresse aux choix d'organisation et à la politique adoptés par la direction, l'angle technique qui sélectionne des indicateurs pour le suivi de la démarche, l'angle structurel qui prend en compte les contraintes territoriale, architecturale...et l'angle culturel qui s'imprègne de l'état d'esprit et des valeurs avec lesquels la qualité est appréhendée par l'ensemble des acteurs.

In fine, la démarche qualité a pour but l'amélioration continue de la qualité, la recherche permanente de la satisfaction des usagers, la responsabilisation des acteurs et la mise en réseau de savoir-faire.

Comme cela a été précisé précédemment, la démarche qualité doit intégrer la gestion des risques, méthode à la fois réactive par son analyse *à posteriori* des événements indésirables survenus et également préventive par son analyse *a priori* des événements redoutés.

Pour le directeur, gérer les risques c'est œuvrer pour la bienveillance des usagers, des salariés et pour la pérennité de la structure.

D'un point de vue historique, la démarche qualité s'est développée tout d'abord dans le secteur industriel en s'attachant à la qualité des produits manufacturés avant de s'étendre au secteur des services.

Le développement des démarches qualité dans le secteur industriel, puis dans les services et enfin dans le secteur sanitaire, les recherches relatives à l'évaluation des politiques publiques et enfin le développement du droit des usagers ont contribué à l'émergence de la mise en œuvre des démarches d'amélioration continue de la qualité et d'évaluation des prestations dans le secteur médico-social.¹⁰

¹⁰ DGAS mars 2004. Démarche qualité - évaluation interne et recours à un prestataire - guide méthodologique

Le développement des industries, l'explosion de la société de consommation dans la période des trente glorieuses, l'émergence d'associations de consommateurs et l'exigence des consommateurs eux mêmes quant à la qualité des produits, a incité les entreprises à mettre en place des contrôles de qualité des produits selon des normes fixées par l'Association Française de Normalisation (AFNOR) créée en 1926 ou l'International Standardization Organization (ISO) en 1947.

Dans les années 70 à 90, différents concepts apparaissent et se développent aux Etats-Unis d'Amérique et en Europe, il s'agit :

- De l'assurance qualité définie comme étant l'ensemble des dispositions prises pour détecter, mesurer, corriger les dysfonctionnements potentiels et mettre en place des actions préventives appropriées
- De l'amélioration continue de la qualité qui est un principe de recherche continue des opportunités d'amélioration, de l'efficacité et de l'efficience et qui les concrétisent
- Du Total Quality Management (TQM), qui est une forme de management de la qualité qui s'appuie sur la participation de tous les acteurs de l'organisme et la satisfaction de toutes les parties prenantes.

Parallèlement, les démarches qualité ont imprégné les politiques publiques. Au niveau européen dès 1988, les directives européennes rendent obligatoires l'évaluation des politiques.

En France, la démarche qualité s'infiltré progressivement dans les politiques publiques. Pour s'adapter aux évolutions de la société et être performant, l'Etat doit se moderniser. Cette réforme de l'Etat doit rendre l'administration plus efficace et efficiente et améliorer les services rendus aux usagers.

En 1968 l'Etat expérimente une méthode de Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB), sur un modèle américain, tendant à rationaliser les choix budgétaires nationaux et à contrôler les résultats de l'action administrative, par des études d'analyse de système et de coût-efficacité. La méthode est abandonnée dans les années 80.

Le 23 février 1989 une politique dite «de renouveau du service public » intégrait entre autres, un devoir d'évaluation des politiques publiques et une politique d'accueil et de service des usagers. Le décret n° 90-82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques, a mis en place un dispositif d'évaluation interministériel avec un Conseil Scientifique de l'Evaluation (CSE) remplacé en 1998 par le Conseil National de l'Evaluation (CNE).

La Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) en 2001 réforme en profondeur les règles budgétaires et les modes de gestion publique en les orientant vers une logique de résultats.

En 2005 et 2006, deux circulaires du 4 octobre 2005 et du 26 août 2006 relatives à la conduite des audits de modernisation s'inscrivent dans la logique de la LOLF. En 2008 les ministres eux-mêmes se voient soumis à un dispositif d'évaluation.

Lorsque l'on s'intéresse plus spécifiquement aux secteurs sanitaire et médico-social, on s'aperçoit que la démarche qualité s'est mise en place depuis plus de quinze ans dans le premier secteur et beaucoup plus récemment dans le second, et qu'elle est en lien étroit avec la démarche d'évaluation interne.

1.2.2 L'évaluation interne

Il n'est pas possible de dissocier démarche qualité et évaluation. Elles sont étroitement liées et parler de qualité sans évoquer la mesure de la qualité n'a pas de sens.

Selon la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) ¹¹: *L'évaluation a pour finalité de mesurer à intervalles réguliers, grâce à un référentiel, le niveau d'atteinte des objectifs que l'établissement ou le service s'est fixé dans le cadre de la démarche qualité. Le constat des écarts conduit le plus souvent à des actions correctives, infléchissant le processus engagé.*

Le rapport au temps permet de différencier démarche qualité et évaluation. La qualité est un travail **continu, permanent**, un but vers lequel on tend. L'évaluation quant à elle, est **séquentielle**, programmée pour mesurer à **intervalles réguliers** le niveau d'atteinte des objectifs que la structure a fixé dans le cadre de sa démarche qualité.

La présentation rapide du dispositif en vigueur depuis plusieurs années dans le secteur sanitaire permet d'appréhender ce qui est en train de se mettre en place dans le secteur médico-social.

Dans le secteur sanitaire la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a mis en place un dispositif d'évaluation médicale qui s'est concrétisé par la création de l'Agence Nationale de l'Evaluation Médicale (l'ANDEM). Les orientations de la loi de 91 ont été confirmées par l'ordonnance Juppé n° 96-344 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et le décret n° 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Ces textes ont renforcé le dispositif existant en instaurant une obligation d'accréditation pour l'ensemble des établissements de santé et en créant l'ANAES devenue Haute Autorité de Santé (HAS) en 2006.

¹¹ DGAS mars 2004. op. cit

Parallèlement, la prise en compte des « clients » du système de santé a été renforcée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui précise les droits des patients et développe leur promotion en reconnaissant la capacité des usagers à exprimer leurs besoins, leurs attentes et leur appréciation du service rendu.

On peut lire dans une plaquette informative de l'ANAES : *L'accréditation est une procédure d'évaluation externe, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble du fonctionnement et des pratiques de l'établissement.*

*Elle vise à promouvoir l'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé et à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge des patients sont prises en compte.*¹²

Préalablement à cette évaluation externe, les établissements de santé doivent réaliser leur évaluation interne appelée auto-évaluation.

Ce processus d'évaluation est obligatoire, il a commencé depuis 1998 et les établissements doivent y satisfaire tous les quatre ans.

L'auto-évaluation, qui est une évaluation interne, est effectuée par les professionnels des établissements de santé et la visite de certification externe conduite par des experts-visiteurs est menée à partir du même référentiel qualité. Celui-ci en est à sa deuxième version, la troisième étant en cours de validation.

En 2005 le terme certification s'est substitué à celui d'accréditation.

Dans le secteur social et médico-social l'implantation de la démarche qualité est un objectif plus récent pour les pouvoirs publics. Certains auteurs estiment que c'est la loi n° 70 -1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière qui a jeté les bases d'un secteur social et médico-social autonome et que la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales les a consolidées.

A cette époque, la notion de démarche qualité n'apparaît pas dans les textes législatifs et réglementaires concernant le secteur social et médico-social. C'est en avril 1999, avec la réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), qu'est introduite la formalisation systématique des démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité pour les établissements dans le cadre d'une convention tripartite conclue entre l'établissement, la DDASS et le Conseil général du département.

¹² A propos de l'accréditation. Plaquette de présentation réalisée par l'ANAES, service communication et diffusion, janvier 2000

La loi 2002-2 accélère le processus d'évaluation du secteur en créant d'une part une série de dispositifs visant à permettre une meilleure prise en compte de l'usager, de ses besoins et de ses attentes et d'autre part l'obligation faite aux services et établissements de réaliser des évaluations interne et externe dont les résultats doivent être remis à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Pour engager cette démarche, la loi 2002-2 a prévu la mise en place du CNESMS. Ce conseil a réalisé des travaux sur l'évaluation interne, dont deux notes d'orientation et un guide de principes généraux publié en septembre 2006. L'évaluation y est promue comme une démarche de progression, participative, de chaque structure avec des références incontournables concernant : l'effectivité des droits des usagers, l'inscription de la structure dans son environnement, la mise en œuvre d'un projet d'établissement ou de service et l'organisation de la structure.

Ces domaines d'application sont réitérés par la recommandation de l'ANESM sur l'évaluation interne de mars 2008.

Avant ces publications, la DGAS avait élaboré en avril 2004 un guide méthodologique pour les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) portant sur : démarche qualité, évaluation interne et recours à un prestataire.

L'ANESM, qui a succédé au CNESMS, fonctionne avec des instances collégiales (conseil d'administration, conseil scientifique, comité stratégique) et un directeur. Elle est financée pour partie en dotation globale par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), prélevée sur l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie du secteur médico-sociale (ONDAM), d'autre part par des subventions de l'Etat et également par une contribution financière des 35 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Son programme de travail pour 2008 consiste notamment à élaborer quinze recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Sept seront transversales et porteront sur :

- Définition et conception de la bientraitance
- Rôle de l'encadrement et mission du responsable d'établissement concernant la prévention et le traitement de la maltraitance
- **Prévention de la maltraitance à domicile**
- Mise en œuvre d'une stratégie de formation continue pour les personnels selon les populations accompagnées
- Conciliation de la personnalisation de la prise en charge et vie en collectivité
- Ouverture de l'établissement sur son environnement
- Projet de vie de la personne

Huit autres recommandations seront spécifiques. Deux pour les personnes handicapées avec la prise en charge des personnes autistes et les bonnes pratiques dans les Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD).

Deux pour les personnes âgées, l'une concernant la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, la formation de soignants et des familles et l'autre concernant la mise en œuvre d'activités stimulantes dans les établissements pour ces personnes.

Deux pour les personnes en situation d'exclusion avec l'expression, la participation des usagers et la mise en œuvre du droit à la continuité de l'hébergement.

Deux pour l'enfance et l'adolescence en danger, avec la prévention, la gestion de la violence dans les établissements et les relations avec les familles et exercice de l'autorité parentale dans le cadre d'un placement.

Pour réaliser ces objectifs, l'ANESM doit conclure en 2008 des conventions avec la Haute Autorité de Santé, l'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP) et l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) afin de bénéficier de leurs travaux traitants de domaines apparentés.

L'obligation d'effectuer une évaluation interne est prévue par la loi 2002-2 pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle vise à évaluer l'activité et la qualité des prestations délivrées notamment sur la base des recommandations de bonnes pratiques validées par l'ANESM. Les résultats de cette évaluation interne doivent être communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation de fonctionnement de l'activité, c'est-à-dire le préfet du département, le président du conseil général ou les deux si l'autorisation a été délivrée conjointement.

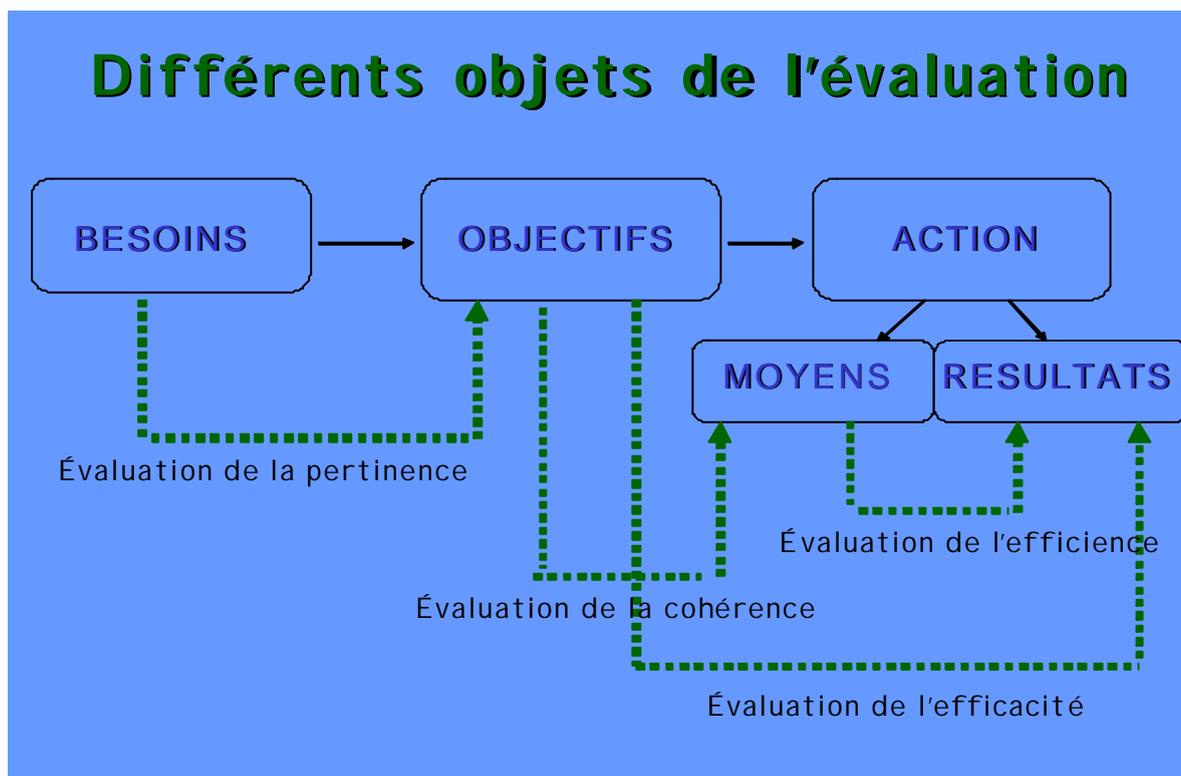
Afin qu'il n'y ait pas de confusion à la fois dans l'esprit des professionnels et de l'ensemble des acteurs et entre différentes procédures existantes, le guide de l'évaluation du CNESMS précise ce que n'est pas l'évaluation dans le secteur médico-social : ce n'est ni un audit qui vérifie la conformité d'une situation par rapport à une grille pré-établie par des « experts », extérieurs à la structure évaluée, comme dans le sanitaire, ni une certification qui délivre « un label » de conformité comme pour les services à la personne, ni un contrôle entraînant une sanction dans les cas de non-conformité.

C'est une démarche destinée à mieux connaître le fonctionnement de la structure dans toute sa complexité et ainsi concevoir des pistes d'amélioration continue de la qualité des pratiques et des prestations.

L'évaluation interne suit donc la même logique d'analyse des processus que la démarche qualité. Elle est globale et elle évalue :

- **la pertinence** du positionnement de la structure dans son environnement en fonction des besoins recensés sur le territoire
- **la cohérence** entre les objectifs fixés et les moyens mis en oeuvre pour satisfaire ces objectifs
- **l'efficience** des moyens déployés par rapport aux résultats obtenus
- **l'efficacité** des résultats obtenus par rapports aux objectifs fixés par la structure.

Le schéma suivant repris d'un diaporama élaboré par l'équipe du Centre Régional d'Etude, d'Activité et d'Information en faveur des personnes en situation de handicap (CREAI) de Champagne-Ardenne montre bien la construction du processus de prise en charge des usagers et les différentes étapes où intervient l'évaluation.



Ainsi présentée, l'évaluation interne apparaît bien comme un outil managérial d'aide à la décision et à la conduite de changement.

L'évaluation est donc l'occasion et l'opportunité, en facilitant l'expression de tous les points de vue, d'impliquer à la fois les usagers, les gestionnaires et les professionnels, les partenaires, les organismes de tutelle et les financeurs.

1.2.3 Les acteurs de l'évaluation interne

Les usagers ont une place centrale dans l'évaluation interne car ils sont la raison d'être de la structure.

Ce sont, sauf lorsque leur sont appliquées des mesures de protection légale, des personnes qui bénéficient des mêmes droits fondamentaux que tout citoyen.

En tant qu' « usagers-citoyens » ils continuent malgré leur dépendance ou leur handicap à appartenir et à participer à la vie communautaire.

Ce sont aussi des « usagers-consommateurs » de prestations avec des attentes et des besoins individualisés.

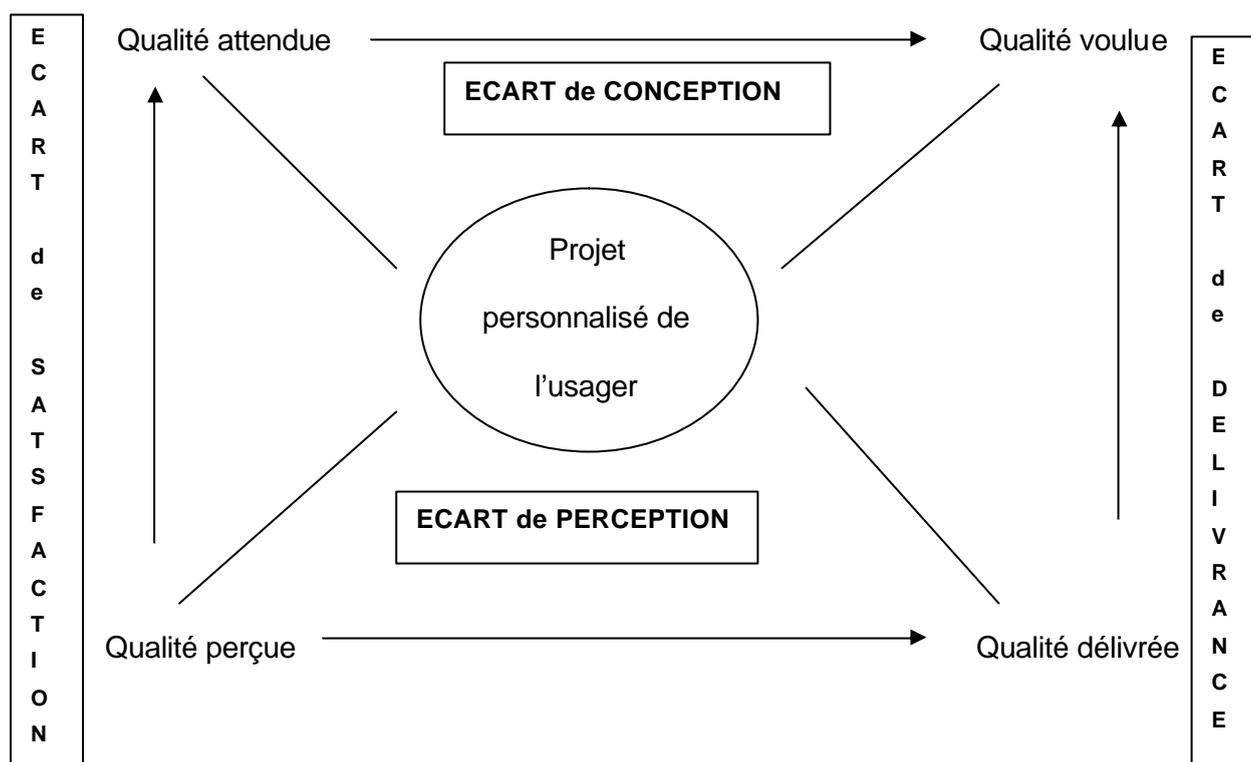
Ainsi, lorsque l'on se place du côté des usagers, il est constaté plusieurs niveaux de qualité qui peuvent être identifiés ainsi :

- la qualité attendue par l'utilisateur en fonction de ses besoins
- la qualité perçue expérimentée par l'utilisateur
- la qualité voulue formulée sous forme de critères par le service de soins
- la qualité délivrée réellement reçue par l'utilisateur

L'écoute des usagers permet notamment de réduire l'écart de conception (qualité attendue - qualité voulue), l'écart de perception (qualité perçue - qualité délivrée) et l'écart de satisfaction (qualité perçue - qualité attendue).

Quant à l'écart de délivrance (qualité délivrée - qualité voulue) il est analysé par la démarche d'amélioration continue de la qualité et par la démarche de gestion des risques.

Le schéma suivant, qui s'inspire du guide méthodologique de la DGAS relatif à la démarche qualité - évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social élaboré en mars 2004, illustre les différents aspects de la qualité et les écarts possibles entre ces différents niveaux de qualité, le projet personnalisé étant au centre des préoccupations de l'utilisateur et des professionnels.



Face à cette complexité, il apparaît indispensable de cadrer l'évaluation et ainsi, d'assurer la maîtrise et la coordination de la démarche. Elle devra rassembler, orienter et élever les débats en amont et tout au long de sa mise en oeuvre.

Selon P. LEVASSEUR¹³ : *la communication, c'est l'huile dans laquelle baigne la coordination*. **Le directeur** dans son rôle d'animateur occupe en matière de communication une place prépondérante et pour que l'évaluation puisse se dérouler dans un climat constructif associant un maximum de participants internes et externes, il doit largement communiquer autour de ce projet en distinguant l'approche quantitative et l'approche qualitative de l'évaluation.

En 2005, de nouveaux outils de pilotage économiques initiés par la DGAS, comme les quatorze indicateurs médico-sociaux¹⁴ ont été mis en place (voir annexe 4). Ils ont pour objectif de comparer les coûts des services fournissant les mêmes prestations et de réduire les écarts constatés et contribuent à apprécier l'efficacité économique d'un service à partir de la comparaison des coûts moyens. Ils inscrivent le dispositif dans une démarche d'évaluation médico-économique. Ces indicateurs sont transmis à la DDASS.

¹³ Gérer ses ressources humaines - collection Affaires - les Editions de l'Homme - 1987

¹⁴ Arrêté du 27 juillet 2005 fixant le rapport d'activité des SSIAD et comprenant les indicateurs mentionnés au 5° de l'article R 314-17 du CASF

Mais cette approche quantitative est trop réductrice et ne correspond pas à une évaluation inscrite dans une dynamique et une démarche qualité.

Selon A. VINSONNEAU¹⁵, responsable du pôle organisation territoriale et politiques sanitaires et sociales de l'UNIOPSS, *...l'approche méthodologique ne peut être purement quantitative et devrait être descriptive, voire qualitative. Le fait de savoir si un établissement ou un service a des coûts plus élevés que d'autres n'est pas une information suffisante en soi. Est-il préférable qu'un établissement ou un service se situe sous la moyenne et ne fournisse pas de prestations de qualité, ou que ses coûts soient supérieurs, parce qu'il développe une telle approche ...Comment peut on demander aux gestionnaires d'individualiser la réponse à l'usager, de faire du sur mesure et dans le même temps, leur imposer des coûts standards ?*

Ces interrogations trouvent des réponses dans le dispositif de l'évaluation interne dont l'objectif est qualitatif.

Une organisation médico-sociale est confrontée à la complexité des différentes logiques institutionnelles et aux stratégies développées par **les professionnels**. Mais c'est bien la dynamique de l'ensemble des professionnels qui permet à la structure d'assurer sa mission, car aucune personne, seule, ne peut prétendre rendre compte de la qualité.

Cette dynamique repose sur des valeurs éthiques, des conditions de travail valorisantes et responsabilisantes comme :

- la décentralisation des responsabilités
- l'enrichissement des tâches pour donner du sens aux actions
- la participation et l'implication des professionnels aux objectifs de l'établissement

Les partenaires du SSIAD sont pluriels ; il s'agit des conseillers en gérontologie du Centre Local d'Informations et de Coordination gérontologique (CLIC) et des conseillers en handicap de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), des membres des réseaux, des associations d'aide à la personne, des libéraux et des personnes qualifiées, auprès desquelles toute personne prise en charge par un établissement ou un service d'accueil de personnes âgées ou de personnes handicapées ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits.

Les personnes qualifiées sont des bénévoles ayant accepté de répondre aux propositions faites par le Conseil général et la DDASS pour assurer la mission de médiateur entre les usagers et les structures d'accueil en cas de litiges pour lesquels aucune issue n'a été trouvée.

¹⁵ TSA n° 1120 du 22 juin 2007

Les organismes de tutelles et les financeurs que sont la DDASS, la CPAM, le Conseil général sont aussi parties prenantes des évaluations notamment parce qu'ils en sont destinataires.

Le récent rapport LARCHER¹⁶ sur l'hôpital remis au Président de la République préconise : *de mieux intégrer les dimensions sociale et médico-sociale de l'hospitalisation avec un aménagement du retour à domicile et une prise en charge multidimensionnelle des personnes fragiles.*

Cet environnement sanitaire, social et médico-social évolutif, avec le développement des politiques globales et transversales, la territorialisation des services et des coopérations, l'hétérogénéité des demandes des usagers, impactent le mode organisationnel du SSIAD et influencent plus ou moins directement la qualité de ses prestations de service.

La complexité de la prise en charge rend encore plus nécessaire la vérification régulière de la cohérence entre les missions, les actions du SSIAD et les besoins, les attentes des usagers.

¹⁶ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par G LARCHER. avril 2008

2 DEUXIEME PARTIE : STRATEGIE MANAGERIALE ADOPTEE POUR IDENTIFIER ET CHOISIR UN REFERENTIEL ADAPTE AU SSIAD

L'article L 312-8 du code de l'action sociale et des familles précise que : *les établissements et services [...] procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard **notamment** de procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.*

L'utilisation de l'adverbe «notamment» ne ferme pas le dispositif, mais laisse une part de liberté aux associations, aux structures dans la production de références regroupées en un référentiel évaluatif qui leur est propre.

En fin d'année 2007, le directeur général de l'OHS décide d'amorcer l'évaluation interne de tous ses établissements et services médico-sociaux, tant du secteur enfance que du secteur personnes âgées, laquelle va coïncider avec le démarrage de la procédure de certification V2 des structures sanitaires en 2008.

Suite à cette décision, le directeur général adjoint du CJP, me demande de finaliser l'évaluation interne avant le déménagement du SSIAD, prévu en janvier 2009. Elle doit donc être réalisée pendant le deuxième semestre de 2008.

Pour satisfaire le point fondamental de l'amélioration continue de la qualité, il m'apparaît important de doter le personnel d'un outil spécifique et adapté aux processus du service afin qu'il puisse mesurer le degré d'atteinte de ses objectifs.

Pour cela j'ai utilisé différentes méthodes d'investigation, lesquelles, bien que techniques ont toutefois permis de ne sous-estimer aucune source d'informations.

2.1 L'ANALYSE DES DIFFERENTS OUTILS EXISTANTS

Il était utile, en tant que responsable d'une structure adhérent à la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privée à but non lucratif (FEHAP), de vérifier si notre fédération faisait des propositions ou la promotion d'un outil d'évaluation. Il s'est avéré que non.

Ensuite, on peut constater que le secteur du handicap est plus productif en matière de référentiel que le secteur gérontologique.

C'est le cas notamment de l'Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH), de l'Association des Paralysés de France (APF), de l'Union Nationale de Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI), de l'Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (ANCREAI).

On remarque aussi que parmi les prestataires intervenants sur le sujet de l'évaluation interne, certains outils comme « le guide de diagnostic AFNOR », proposent une démarche de contrôle plus que d'évaluation, d'autres comme « l'assurance qualité en soins infirmiers », reposent plus sur une méthode d'audit. Bien que ces outils soient utilisés pour la mise en place d'une démarche qualité, ils ne correspondent pas précisément à l'esprit du guide de l'évaluation interne version 1 du CNESMS qui insiste, comme nous l'avons déjà souligné, sur le fait que l'évaluation interne n'est ni un audit, ni un contrôle, ni une certification.

Enfin, après renseignements pris auprès des autres SSIAD de Nancy, il s'avère que ces derniers n'ont pas encore entamé de démarche d'évaluation. Ils ne peuvent donc pas nous éclairer sur leur choix.

Pour autant, toutes ces remarques ne constituent pas des raisons suffisantes pour se priver de l'aide méthodologique d'un référentiel et j'entreprends de comparer quatre référentiels pour lesquels je peux avoir accès au contenu.

2.1.1 Analyse de quatre référentiels

Ces référentiels sont construits nationalement et sont :

- ↳ PERICLES : Participation à l'Evaluation Référencée et Interne Conforme à la Loi des Etablissements et Services
- ↳ ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
- ↳ AFNOR X50-056 : norme pour les services aux personnes à domicile
- ↳ MAP : Modèle d'Accompagnement Personnalisé de l'UNAPEI

Chaque outil a sa propre architecture, qui est décrite synthétiquement comme suit.

L'outil PERICLES

C'est un outil conçu en 1997 par l'ANCREAI (le référentiel est payant, on peut se le procurer à l'adresse internet suivante : ancreai@wanadoo.fr). Plutôt conçu pour le handicap, il est composé de 13 plans ou grands items, de références, de prés-requis et de critères de qualité, répartis en quatre parties :

- Droits des usagers
- Projet d'établissement ou de service
- Garanties et responsabilités
- Prévention et traitement de la maltraitance

Exemple de grille de recueil des informations :

Les droits des usagers				
L'application des droits des usagers				
Pré requis	Critère de qualité	Objets observés	Point fort/point faible	Appréciation
Assurer le respect de l'intimité et de la vie privée	Les locaux évitent la promiscuité et préservent l'intimité des usagers			
	L'organisation et les pratiques préservent l'intimité des usagers			
	Si l'intervention a lieu à domicile, il existe des règles pour éviter toute attitude intrusive ...			

L'outil ANGELIQUE

C'est un référentiel conçu en 1999 par un groupe de travail MARTHE (Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'HEbergement des personnes âgées) composé de représentants de l'Etat, des conseils généraux, de l'assurance maladie, des responsables d'établissements publics et privés et de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) pour les EHPAD et les USLD (le référentiel est gratuit, on peut le télécharger sur le site internet : www.sante.gouv.fr)

Il est décomposé en trois parties. La première présente le profil de l'établissement, la troisième partie objective les moyens à cinq ans et les évaluations périodiques.

La seconde partie elle-même divisée en quatre sous parties est axée sur la qualité :

- Attentes et satisfaction des résidents et familles
- Réponses apportées aux résidents en terme, d'autonomie, d'accompagnement et de soins
- L'établissement et son environnement
- La démarche qualité

Exemple de grille de recueil des informations :

Attentes et satisfaction des résidents et des familles							
Droits et libertés							
Mots-clés	Questions	Indicateurs	Cotation	Point fort	Point faible	Objectifs	commentaires
Ethique. Déontologie	Les principes de « la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante » sont-ils connus, appliqués ?	Documents (règlement intérieur, contrat de séjour, compte rendus de formation, affichage...)					

L'outil AFNOR NF X 50-056

Il a été conçu en 2000 par l'Association Française de Normalisation composée de membres de l'assurance maladie, de responsables d'établissements publics et privés, de différentes associations, de mutuelles (le référentiel est payant, on peut se le procurer sur le site internet : www.afnor.org).

Cette norme couvre l'ensemble des activités à domicile pour tout public, qui font l'objet d'un agrément (agrément simple et agrément qualité) prévues par le code du travail et les services de soins infirmiers à domicile.

Il décline 27 références classées en quatre parties :

- Prestations de service
- Mesures et amélioration continue de la qualité du service
- Traitement de la demande
- Engagements de l'entité pour assurer la conformité à la présente norme

Exemple de grille de recueil des informations :

3.4 Prestation de service à domicile		
3.4.1 Préparation de l'intervention		
Attentes du client	Spécification de la prestation de service	Dispositions particulières
Une prestation conforme aux engagements pris	<p>L'entité doit :</p> <p>Traduire la proposition en modes opératoires et définir le cadre général de la mission avec des objectifs et des tâches :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rechercher les intervenants compétents et disponibles - planifier les séances de remplacements prévisibles afin d'assurer la continuité du service, prévue au contrat - définir les moyens nécessaires à la réalisation de l'intervention - effectuer les démarches administratives liées à la prestation prévue... 	
<p>Moyens nécessaires à l'exécution de la séance et la coordination</p> <p>Outils permettant d'assurer la traçabilité de l'intervention (feuille de liaison...)</p> <p>Carte professionnelle...</p>		

L'outil MAP

Elaboré par l'UNAPEI en 2000, cet outil d'accompagnement de la personne handicapée mentale est un outil d'évaluation des déficiences et des incapacités des fonctions psychologique, physiologique ou anatomique et du besoin d'accompagnement (la grille est gratuite, on peut se la procurer sur le site internet : map.tm.fr).

Il est découpé 5 groupes MAP décomposés en 36 variables, chaque item est codifié selon trois modalités, l'ensemble étant scindé en deux parties :

- Evaluation principale :
 - Relations et comportements : 9 variables
 - Activités domestiques et sociales : 7 variables
 - Aptitudes observées dans l'exercice d'activités : 7 variables
- Evaluation complémentaire :
 - Activités mentales et corporelles : 10 variables (calquées sur la grille AGGIR)
 - Pôle sensoriel : 3 variables

Exemple de grille de recueil des informations :

Relations et comportements				
		A	B	C
R1	Communication décodée			
R2	Sociabilité			
R3	Comportement psycho-affectif			
R4	Conscience de soi			
R5	Rapport au danger...			

2.1.2 Critères de sélection des outils

Une fois listés et examinés, il s'agit de vérifier si ces référentiels permettent de répondre aux objectifs de l'évaluation interne qui sont, comme le précise le guide de l'évaluation interne du CNESMS, d'une part de faire évoluer les pratiques professionnelles et les compétences et d'autre part de vérifier qu'elles sont bien en adéquation avec les besoins et les attentes des usagers.

Face à ces deux objectifs majeurs et afin de donner du sens à l'évaluation interne, il faut déterminer des critères de sélection des outils d'évaluation. Un critère étant un élément auquel on se réfère pour porter un jugement, une appréciation.

Pour identifier ces critères, nous sommes partis des dysfonctionnements et des motifs de tension les plus importants, répertoriés dans deux tableaux de bord mis en place et utilisés par le cadre coordonnateur du SSIAD depuis 2003.

Le premier tableau de bord est celui des fiches d'événements indésirables. Ces événements sont répertoriés et instruits avant d'être classés. Les fiches sont remplies par tout salarié impliqué dans une situation ayant nécessité un signalement à la direction. Il s'agit par exemple de la perte de clé appartenant à un usager, d'une morsure par un chien au domicile d'un usager, d'une rupture de stock en petits matériels fournis par le SSIAD...

Le deuxième tableau de bord concerne les réclamations et plaintes des usagers, lesquelles fournissent des informations sur les défauts de fonctionnement du service. Ces aspects peuvent être induits par le personnel comme par exemple un retard dans les soins du à un absentéisme non programmé, ou induits par l'organisation du service comme par exemple les horaires du personnel...

Que ce soit les événements indésirables signalés par le personnel ou les réclamations et plaintes des usagers, tous ces éléments sont des indicateurs sentinelles dont le rôle est d'alerter sur la gravité et/ou sur la fréquence de situations à risque.

Peuvent alors être mises en œuvre les mesures correctives qui s'imposent pour diminuer voire supprimer la cause de ces situations.

Tous les cas survenus en 2007 et 2008 ont été relevés. Ils ont permis d'identifier des thèmes sensibles et il a été décidé que ces thèmes devraient également être abordés par le référentiel à retenir pour réaliser l'évaluation.

Les thèmes prédominants concernent : l'utilisateur et sa prise en charge, la gestion des ressources humaines, la bientraitance structurelle et la communication.

En fonction de ces thèmes, six critères de sélection ont été identifiés. Pour des raisons de facilité de lecture, chaque critère a été numéroté de 1 à 6.

Au regard de l'utilisateur et de sa prise en charge, le référentiel doit :

- ❶ S'adresser aux personnes âgées (principal public du SSIAD)
- ❷ Evaluer le respect des droits et libertés des usagers

Au regard de la gestion des ressources humaines, le référentiel doit :

- ❸ Evaluer l'adéquation qualitative et quantitative du personnel aux missions du service ainsi que sa formation

Au regard de la bientraitance structurelle, le référentiel doit :

- ❹ Evaluer les processus spécifiques d'un SSIAD
- ❺ Evaluer les projets de la structure

Au regard de la communication, le référentiel doit :

- ❻ Evaluer le niveau de satisfaction et de participation des usagers

Une cotation a ensuite été définie pour chacun des six critères. C'est une logique de pondération classique à quatre niveaux qui a été appliquée :

- 0 = aucune corrélation
- 1 = corrélation faible
- 3 = corrélation moyenne
- 9 = corrélation forte

Tous les critères ont la **même importance**. Les cotations égales à 0 ou à 1 seront considérées comme insuffisantes, seules les cotations 3 et 9 seront retenues comme intéressantes ce qui fixe l'obtention d'un résultat moyen à **36** pour qu'un référentiel soit sélectionné.

$$9+9+9+9+9+9 = 54$$

$$9+9+3+3+3+3 = 30$$

$$9+9+9+9+9+3 = 48$$

$$9+3+3+3+3+3 = 24$$

$$9+9+9+9+3+3 = 42$$

$$3+3+3+3+3+3 = 18$$

$$\mathbf{9+9+9+3+3+3 = 36}$$

2.1.3 Analyse comparative des outils

Le tableau ci-dessous donne les résultats des cotations des différents critères listés précédemment, pour chacun des référentiels analysés (la numérotation des critères de 1 à 6 est reprise)

critères référentiels	①	②	③	④	⑤	⑥	TOTAL
PERICLES	1	9	9	0	9	9	37
ANGELIQUE	9	9	9	0	3	9	39
AFNOR	3	9	3	3	1	9	28
MAP	3	0	1	0	0	1	5

La première constatation est que les référentiels AFNOR et MAP n'ont pas obtenu le score nécessaire pour être retenus.

La seconde constatation est que la grille MAP est loin derrière les autres, vraisemblablement parce qu'elle est très centrée sur le handicap mental et qu'elle n'évalue que l'aspect comportemental de l'utilisateur. Elle est donc trop exclusive et correspond plus à une évaluation des besoins de la personne (comme par exemple la grille AGGIR) qu'à un référentiel d'évaluation interne.

La troisième constatation est que deux référentiels ont atteint le score sélectif de 36 ; il s'agit des référentiels Périclès et Angélique.

Les points forts du référentiel Périclès sont liés aux : deuxième, troisième, cinquième et sixième critères relatifs aux droits et libertés des usagers, au personnel, aux projets de la structure et à la satisfaction et participation des usagers.

Le premier critère est en corrélation faible car Périclès est plus ciblé sur une population handicapée, que sur une population âgée.

Enfin, Périclès n'a aucune corrélation sur le quatrième critère relatif à l'analyse des processus, puisque tout l'aspect du domicile n'est pas abordé.

Les points forts du référentiel Angélique sont liés aux : premier, deuxième, troisième et sixième critères relatifs aux personnes âgées, aux droits et libertés des usagers, au personnel et à la satisfaction et participation des usagers.

Le cinquième critère est en corrélation moyenne puisque Angélique aborde la problématique liée à l'hébergement, laquelle ne concerne pas le SSIAD.

Enfin, Angélique comme Périclès, n'a aucune corrélation sur le quatrième critère relatif à l'analyse des processus, puisque tout l'aspect du domicile n'est pas abordé.

Si ces deux référentiels répondent aux critères chiffrés de notre sélection, ils ne nous apportent cependant pas une totale satisfaction car, comme je l'ai précisé, tous les critères ont une égale importance et il s'avère que certains critères sont insuffisamment cotés.

Dans ce contexte, en tant qu'ancien expert-visiteur de la HAS et aidée de l'infirmière coordinatrice, je décide de créer un outil d'évaluation spécifique, lequel est présenté en réunion de direction.

Pour sa création, je me suis inspirée des contenus des deux référentiels utilisés par l'OHS : le référentiel PERICLES adopté par le directeur des établissements médico-sociaux accueillant des enfants handicapés et le référentiel d'accréditation V1 de la HAS.

Puis, c'est la démarche dite « inductive » qui a été utilisée c'est-à-dire que la construction du référentiel est partie de la connaissance du terrain, des pratiques professionnelles, des processus du SSIAD de l'OHS pour ensuite, formaliser le référentiel.

Exemple de grille de recueil des informations :

2	DROITS DES USAGERS	
Réf. 2.1	Connaissance des droits des usagers	
	Exigences	Observations du service
	2.1.1 Les personnels connaissent les droits des usagers 2.1.2 le cadre coordonnateur fait connaître leurs droits aux personnes accueillies 2.1.3 La charte des droits et libertés de la personne accueillie est annexée au livret d'accueil 2.1.4 Les résultats de l'évaluation font l'objet d'échanges avec les familles et ou les personnes accueillies 2.1.5 Un dispositif de gestion des plaintes et réclamations est en place. 2.1.6 la satisfaction de l'utilisateur et de son entourage est évaluée	
	Point fort :	
	Propositions d'amélioration :	

A la lecture du document final, les constatations et les critiques suivantes ont émergé :

- L'outil est exhaustif puisqu'il reprend fidèlement les différentes étapes du SSIAD
- Les quatre chapitres du référentiel que sont : droits et participation des usagers, projets d'établissement et de service, structure et ses ressources, prévention et traitement de la maltraitance ont une arborescence à trois niveaux qui se décomposent en 13 items généraux (comme le référentiel PERICLES), 36 références et 105 critères
- La présentation du document est calquée sur celle du référentiel HAS avec : le niveau d'exigence, les observations du service, les points forts et les propositions d'amélioration.

Ces éléments positifs sont cependant contrebalancés par les critiques suivantes :

- Il n'y aura pas de support d'évaluation commun entre l'évaluation interne et l'évaluation externe puisque ce référentiel est « de conception OHS »
- La personnalisation du référentiel le rend exclusif ; il ne permet donc pas de faire des comparaisons avec le fonctionnement d'autres SSIAD et ainsi apprécier sa pertinence
- Son concepteur unique rend fragiles à la fois la pérennité et la mise à jour du référentiel en cas de départ de son auteur.

Et comme l'expliquent Ph. DUCALET et M. LAFORCADE¹⁷ *si le meilleur des référentiels est celui qui est co-construit par les professionnels car il permet à chacun de s'en approprier le sens et de s'inscrire dans l'intelligence de son contenu, le pire des référentiels est également celui qui est uniquement construit par les professionnels, car il encourt le risque de l'autosatisfaction.*

Suite à cette présentation, je propose de conserver cet outil interne comme élément de référence et de compléter nos sources d'informations en sollicitant les SSIAD hors de Nancy. Ces derniers pourront peut être nous éclairer et nous renseigner sur leur choix de référentiel.

¹⁷ Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Ed. Seli Arslan 2004. P 12/17

2.2 L'ENQUETE DE TERRAIN

Nous poursuivons notre étude comme nous l'avons commencée, avec la même logique d'approche comparative.

Il est élaboré un questionnaire accompagné d'une lettre explicative (voir annexe 5) et l'ensemble est adressé par mail aux directeurs des SSIAD implantés en Lorraine et en Champagne-Ardenne.

Afin de donner de la cohérence à cette recherche, les régions choisies sont identiques à celles citées (en introduction) dans l'étude sur l'activité et le fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, réalisée par les services médical et administratif de la CRAM de la région du Nord-Est en décembre 2004.

2.2.1 Déroulement de l'enquête

Le questionnaire est composé de neuf questions. La première question s'intéresse au statut de la structure (si elle n'a pas d'intérêt particulier pour notre recherche, elle en a un d'un point de vue statistique). Les huit autres questions sont quant à elles ciblées sur notre problématique et devraient y apporter des réponses.

QUESTIONNAIRE

- 1. Quel est le statut juridique de votre SSIAD ?**
- 2. Avez-vous amorcé une démarche d'évaluation interne ?**
- 3. Si oui, quel référentiel avez-vous utilisé ?**
- 4. Sur quels critères avez-vous fait votre choix ?**
- 5. Avez-vous préalablement comparé plusieurs référentiels ?**
- 6. Si oui, lesquels ?**
- 7. Avez-vous finalisé votre démarche d'évaluation ?**
- 8. Si oui, le référentiel utilisé a-t-il répondu à vos attentes ?**
- 9. Avez-vous rencontré des difficultés dans sa mise en oeuvre ?**

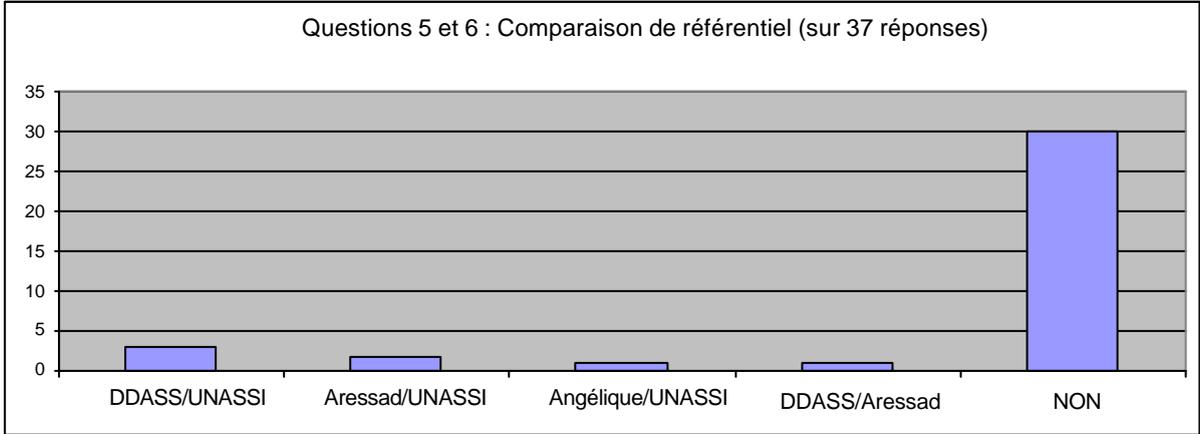
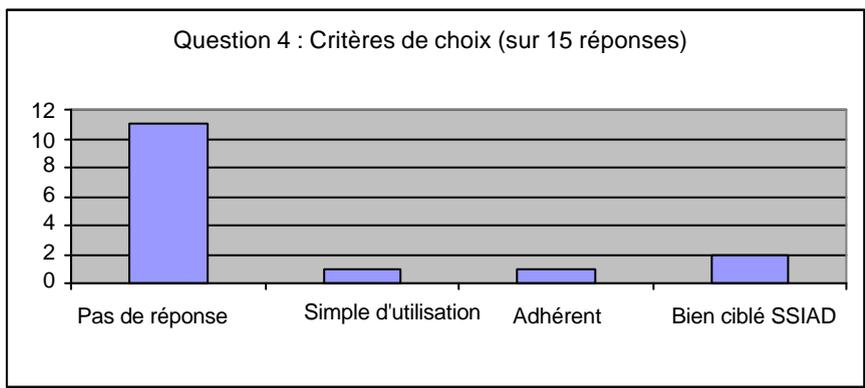
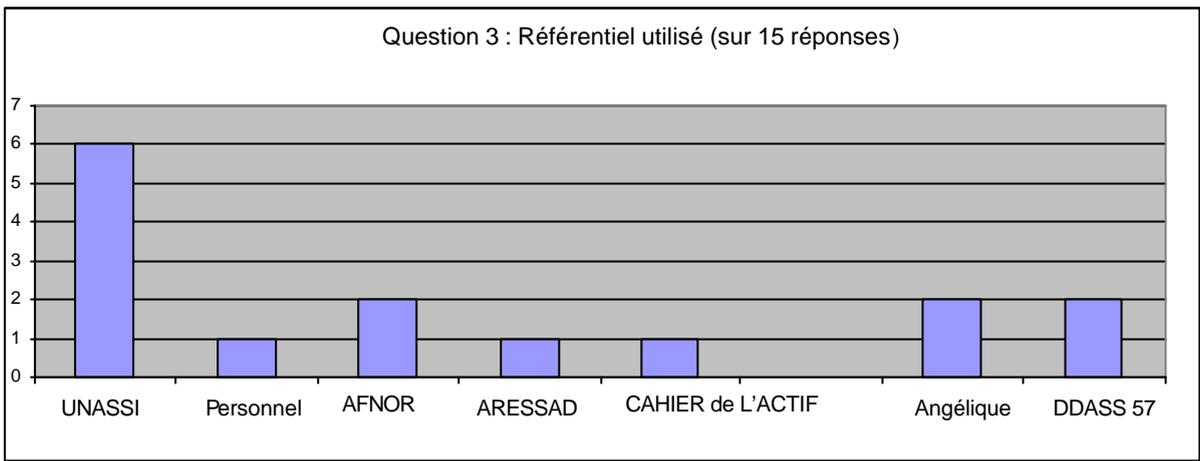
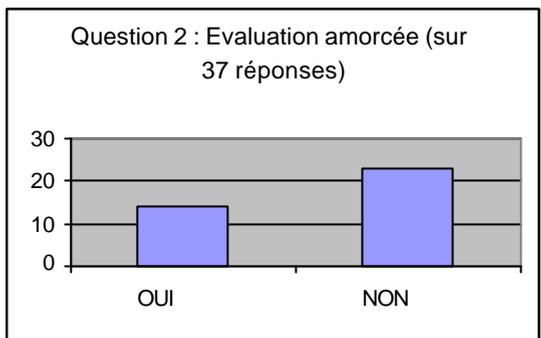
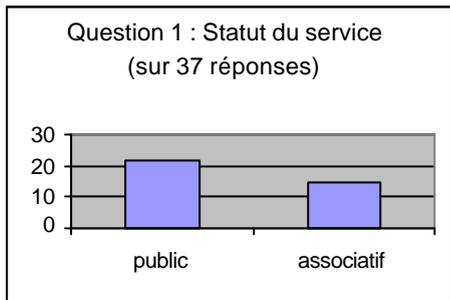
Les questions restent ouvertes ; n'hésitez pas, si vous le désirez, à développer vos réponses.

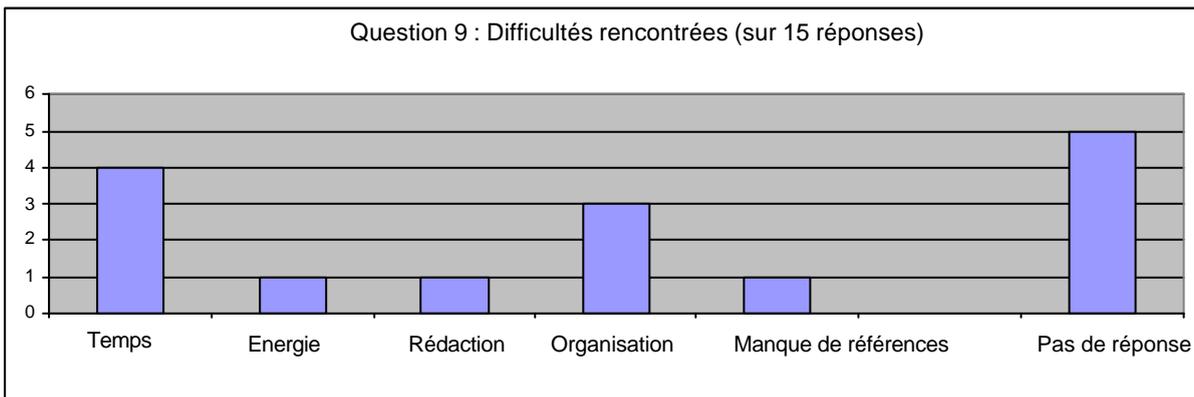
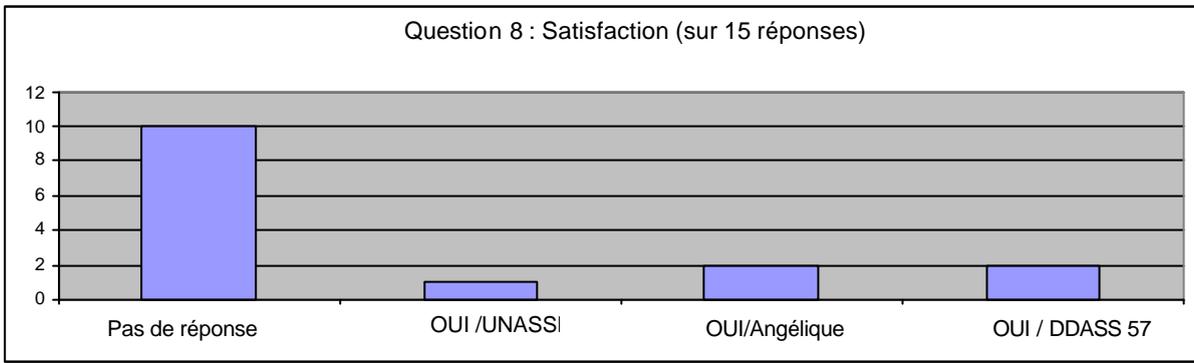
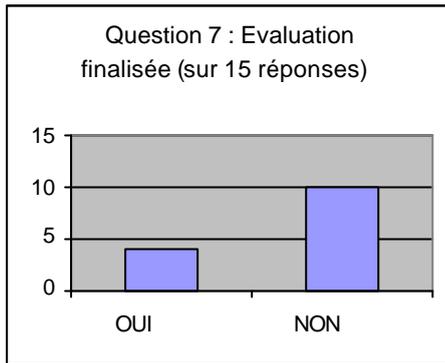
Afin d'obtenir le plus de réponses possible, un délai de réponse assez court (un mois) a été fixé avec un mail de relance au bout de trois semaines.

2.2.2 Analyse des réponses

Le tableau récapitulatif des réponses reçues est le suivant, accompagné des graphiques correspondant à chaque question.

Q1. statut du service (sur 37 réponses)	Public 21	Associatif 16					
Q2. évaluation amorcée (sur 37 réponses)	OUI 15	NON 22					
Q3. référentiel utilisé (sur 15 réponses)	UNASSI 6	Personnel 1	AFNOR 2	ARESSAD 1	Cahiers de l'Actif 1	Angélique 2	DDASS 57 2
Q4. critères de choix (sur 15 réponses)	Pas de réponse 11	Simple d'utilisation 1	Adhérent à l'UNASSI 1	Bien ciblé SSIAD 2			
Q5 et 6. comparaison de référentiel (sur 37 réponses)	DDASS/ UNASSI 3	ARESSAD/ UNASSI 2	Angélique/ UNASSI 1	DDASS/ ARESSAD 1	NON 30		
Q7. démarche d'évaluation finalisée (sur 15 réponses)	OUI 4	NON 11					
Q8. satisfaction (sur 15 réponses)	Pas de réponse 10	OUI/UNASSI 1	OUI/ Angélique 2	OUI/DDASS 2			
Q9. difficultés rencontrées (sur 15 réponses)	Temps 4	Energie 1	Rédaction 1	Organisation 3	Manque de cadre réglementaire 1	Pas de réponse 5	





2.2.3 Résultat de l'enquête et choix du référentiel

Ce tableau présente les résultats du tableau précédent en pourcentage :

Nombre de questionnaires envoyés	110
Taux de retour des questionnaires	33,63 %
Quel est le statut juridique de votre SSIAD ?	
- Public	57%
- Associatif	43%
Avez-vous amorcé une démarche d'évaluation interne ?	38%
Si oui, quel référentiel avez-vous utilisé ?	
- UNASSI	16%
- AFNOR	5%
- ARESSAD	3%
- CAHIER DE L'ACTIF	3%
- ANGELIQUE	5%
- DDASS 57	5%
- REFERENTIEL PERSONNEL	3%
- Pas de réponse	0%
Sur quels critères avez-vous fait votre choix ?	
- Simple d'utilisation	3%
- Adhérent	5%
- Référentiel bien ciblé SSIAD	3%
- Pas de réponse	30%
Avez-vous préalablement comparé plusieurs référentiels	19%
Si oui, lesquels ?	
- DDASS 57 / UNASSI	8%
- ARESSAD / UNASSI	3%
- ANGELIQUE / UNASSI	5%
- DDASS 57 / ARESSAD	3%
- NON	0%
Avez-vous finalisé votre démarche d'évaluation ?	
OUI	11%
Si oui, le référentiel utilisé a-t-il répondu à vos attentes ?	22%
Avez-vous rencontré des difficultés ?	16%
Si oui, lesquelles ?	
- Manque de temps	8%
- Beaucoup d'énergie	0%
- Difficulté de rédaction	0%
- Problème d'organisation	5%
- Manque de cadre réglementaire	3%
- Pas de réponse	0%

A la lecture de ces tableaux, Les commentaires suivants peuvent être faits :

37 réponses ont été reçues sur 110 questionnaires envoyés, ce qui situe le taux de retour à 33,63 %.

Sur les 37 réponses, 57 % des structures sont de statut public soit 21 structures et 43 % sont de statut associatif, soit 16 structures. 7 structures publiques ont entamé la procédure d'évaluation contre 8 structures de statut associatif.

En ce qui concerne les choix opérés par les SSIAD, il ressort clairement que le référentiel UNASSI a été largement plus utilisé que les autres. Sur les 15 structures qui ont amorcé leur évaluation :

- 6 structures ont utilisé le référentiel UNASSI (Union Nationale des Associations et des Services de Soins Infirmiers)
- 2 structures ont utilisé le référentiel AFNOR
- 2 structures ont utilisé le référentiel angélique
- 2 structures ont utilisé le référentiel DDASS 57
- 1 structure a utilisé le guide proposé dans les « cahiers de l'actif » (revue bimestrielle qui fait le point sur l'actualité législative, réglementaire, conventionnelle et qui interroge les pratiques professionnelles)
- 1 structure a utilisé le référentiel de l'ARESSAD (Association des REsponsables des Services de Soins infirmiers A Domicile)
- 1 structure a créé son propre référentiel

On constate également ceci :

Quasiment la moitié des structures ayant amorcé leur évaluation (7 sur 15), ont comparé différents référentiels. Il s'agit des référentiels DDASS 57, ARESSAD, UNASSI et Angélique

Les SSIAD ayant effectué une comparaison entre le référentiel UNASSI et un autre référentiel, ont retenu l'outil UNASSI

Les réponses concernant les critères de choix (question 4) sont peu importantes et peu développées ce qui ne permet pas d'appréhender les avantages spécifiques de ce référentiel

De même pour la huitième question sur le niveau de satisfaction des référentiels, seule une personne sur les six utilisatrices du référentiel UNASSI a répondu à cette question

Dans l'analyse de la dernière question « les difficultés rencontrées », les difficultés relèvent plus du temps à dégager et de l'organisation, que des référentiels proprement dits.

Ne connaissant pas le référentiel UNASSI, je contacte les six responsables des SSIAD l'ayant utilisé afin qu'au moins l'un d'entre eux puisse nous présenter cet outil.

Un des responsables contactés ayant répondu favorablement, le référentiel UNASSI nous a été présenté. Le concept et le contenu de cet outil sont les suivants.

L'Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers (UNASSI) a élaboré ce référentiel spécifique aux SSIAD en 2001 (soit avant la parution de la loi 2002-2). Le référentiel en est à sa troisième version laquelle a été déposée à l'ANESM (le référentiel est payant, on peut se le procurer à l'adresse internet suivante : contact@unassi.fr).

L'outil est en cohérence avec le guide d'évaluation interne élaboré par le CNESMS ; il comporte quatre domaines :

- Le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations
- L'établissement ou le service dans son environnement
- Le projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre
- L'organisation de l'établissement ou du service

Chaque domaine est constitué d'une arborescence à trois niveaux (références, sous-références, et critères) et chaque référence est soumise à une cotation elle-même à cinq niveaux :

- A : le SSIAD répond entièrement à la référence
- B : le SSIAD répond en majorité à la référence
- C : le SSIAD répond en partie à la référence
- D : le SSIAD ne répond pas à la référence
- NA : la référence est non applicable

En tout 170 critères sont répartis comme suit : 51 critères pour le premier domaine, 19 critères pour le deuxième domaine, 8 critères pour le troisième domaine et 92 critères pour le quatrième domaine.

Le référentiel est enrichi d'items relevant de recommandations, références ou procédures issus tout à la fois du champ médico-social et du champ sanitaire.

Cette approche décloisonnée sanitaire/médico-social est un élément fort d'adaptation du référentiel au projet particulier des services de soins infirmiers à domicile. En effet, ces items, s'ils relèvent juridiquement du secteur médico-social, s'appuient toutefois dans leurs pratiques et modes d'organisation sur des recommandations et des valeurs émanant du domaine sanitaire ce qui convient au service car, comme précisé précédemment, le personnel d'un SSIAD est composé essentiellement de professionnels paramédicaux.

Exemple de grille de recueil des informations :

1 Les droits et la participation des usagers, la personnalisation des prestations	
1.1 le respect des droits des usagers	
1.1.3 Le projet de service et la mise en œuvre des droits de l'utilisateur	
	Commentaires
1.1.3.1 la charte de l'utilisateur est affichée dans les locaux, elle figure en annexe du livret d'accueil	
1.1.3.2 ...	
1.1.3.3 ...	
1.1.3.4 ...	
1.1.3.5 ...	
1.1.3.6 L'utilisateur est informé des modalités de sa prise en charge	
...	
1.1.3.13	
Points forts :	
Points faibles :	
Plan d'actions :	

Lorsqu'on soumet le référentiel UNASSI aux six critères de sélection [esquels sont pour rappel : ❶ s'adresser aux personnes âgées (public prédominant du SSIAD), ❷ évaluer le respect des droits et libertés des usagers, ❸ évaluer l'adéquation qualitative et quantitative du personnel aux missions du service ainsi que sa formation, ❹ évaluer les processus spécifiques d'un SSIAD, ❺ évaluer les projets de la structure et ❻ évaluer le niveau de satisfaction et de participation des usagers], on constate que les six critères sont bien abordés par le référentiel UNASSI, ce qui nous permet de valider l'utilisation de ce référentiel (9+9+9+9+9+9 = 54).

D'autre part, il présente une similitude de conception avec celui créé par le cadre coordonnateur et l'infirmière référente, il a l'avantage d'être reconnu et utilisé par d'autres structures et son logiciel informatique semble simple d'utilisation.

On peut en déduire que ce référentiel conçu pour l'activité des SSIAD est adapté à notre service.

Ces conclusions sont présentées en réunion de direction et le choix du référentiel est approuvé.

Il s'agit ensuite d'organiser la mise en œuvre de l'évaluation afin de la rendre vivante, productive et enrichissante pour l'équipe soignante et pour les usagers.

3 TROISIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DE L'ÉVALUATION INTERNE AU SEIN DU SSIAD

L'évaluation va permettre de conduire le diagnostic qualité en menant une réflexion collective concernant l'impact des pratiques professionnelles sur les droits, les besoins et les attentes des usagers.

Pour conduire le projet d'évaluation, il est nécessaire d'obtenir une adhésion pluri-partenariale la plus large possible, à savoir celle du personnel salarié mais aussi celle des partenaires, afin d'associer tous les professionnels concernés à la démarche et pour examiner les articulations entre les différents acteurs.

Les usagers et leurs familles sont également associés à la démarche. En participant à l'évaluation, ils devraient constituer une aide supplémentaire au changement et à l'amélioration des pratiques.

La conduite d'une démarche de projet « qualité/évaluation » révèle l'interdépendance entre le management, le fonctionnement du service et les résultats de l'évaluation, l'ensemble étant sous tendu par des valeurs communes et partagées.

3.1 L'ÉVALUATION : ASPECTS STRATEGIQUES ET MANAGEMENT INTERNE

Comme dans d'autres types de prise de décisions, l'évaluation peut dévoiler le caractère subjectif et relatif de la rationalité des professionnels, même fortement encadrés par un référentiel. Et le fait qu'un outil existe et réponde a priori scientifiquement au besoin, est-il de nature à satisfaire, indépendamment de toute autre considération, à la résolution des problèmes de l'organisation ?

Nous sommes là dans la mise en évidence du mythe du «one best way », selon lequel grâce au bon outil et au bon comportement de l'acteur, la bonne décision est forcément prise.

Tout en intégrant cette variable, la démarche d'évaluation interne en analysant les pratiques professionnelles, la qualité des prestations du service et en constatant les écarts, permet de conduire le changement et le progrès.

En tant que responsable de l'évaluation, il m'appartient de ne pas négliger cet aspect de conduite de progrès et de considérer l'évaluation interne comme un outil de management stratégique, notamment :

- au niveau du respect des droits et de la participation des usagers en tenant compte de l'objectif que constitue le Plan Actions Qualité (le PAQ) et le projet de service
- au niveau du projet de service en intégrant les résultats de l'évaluation dans ses orientations et en ayant une approche préventive de la gestion des risques
- au niveau de l'organisation interne en considérant les professionnels comme des acteurs de progrès
- au niveau du service et de son environnement en considérant l'apport de l'évaluation comme instrument de négociation avec les autorités de tutelle et les financeurs

Ces aspects stratégiques de l'évaluation ne seront pas développés dans la présente étude qui traite essentiellement de la mise en œuvre de l'évaluation comme forme particulière de management interne.

Pour coordonner la mise en œuvre de cette évaluation et ainsi éviter la dispersion des moyens comme celle des résultats, seront utilisés quatre principes traditionnels de management interne, qui sont les suivants :

- structurer l'évaluation : par l'organisation de l'ensemble du processus d'évaluation, la planification des tâches, par l'utilisation d'un référentiel approprié, par la constitution de groupes...
- mobiliser les acteurs : par la communication, l'information, la formation, les rappels...auprès des agents et des usagers
- associer les acteurs : par le management participatif, par l'association des partenaires aux groupes...
- déléguer : par la délégation des responsabilités aux chefs de groupe, aux participants, par leur engagement dans le PAQ, ...

Ces quatre principes de management se situent sur deux axes principaux, l'axe de l'organisation et l'axe des ressources humaines, sur lesquels va s'appuyer la phase pratique de mise en œuvre du projet de l'évaluation interne.

3.2 LA CONDUITE DU PROJET D'ÉVALUATION

3.2.1 Définition du projet

Un projet, quel qu'il soit, correspond à un ensemble d'engagements et de médiations par lesquels un groupe de personnes, sous l'impulsion de la direction, donne du sens, de la cohérence et une utilité à son action et recherche la meilleure adéquation entre ses objectifs et ses moyens. Le projet, s'il est bien maîtrisé est donc producteur de valeurs.

Pour le projet d'évaluation du SSIAD, il s'agit de mesurer notamment les écarts entre les objectifs décrits dans le projet de service et ceux réellement atteints en tenant compte à la fois des ressources et des contraintes du service et de son environnement.

Le projet d'évaluation du SSIAD intègre plusieurs dimensions :

- C'est un projet de service : l'évaluation est intégrée au projet de service élaboré à partir du projet d'établissement du Centre Jacques Parisot
- C'est un projet transversal : car il analyse le processus transversal de la qualité de prise en charge des usagers. Ce processus intègre toutes les étapes successives du circuit de l'utilisateur (de l'accueil téléphonique à sa sortie du service)
- C'est un projet qui induit des changements : car il peut engager des ruptures au niveau des salariés (tensions internes, groupes d'intérêts, pouvoir informel...) et au niveau de l'organisation (instabilité, réorganisation...)
- C'est un projet à finalité sociale : car il a pour objet la satisfaction des usagers et il répond également à une obligation de politique sociale.

Comme toute conduite de projet, cette évaluation interne se décline en différentes étapes pour sa mise en œuvre.

3.2.2 Différentes étapes de mise en œuvre de l'évaluation interne

Préalablement à la déclinaison de ces étapes, je vais commenter les deux axes cités précédemment et qui conditionnent la réussite de la suite des opérations.

En ce qui concerne l'aspect organisationnel, la composition des groupes de travail et le temps consacré à l'analyse sont abordés.

Pour la composition des groupes de travail, la question a été de savoir s'il y avait lieu de conserver les groupes actifs depuis 5 ans ou de les modifier.

De prime abord il semblait nécessaire de les renouveler pour permettre à d'autres professionnels de s'investir et d'apporter un souffle nouveau dans le cadre de cette démarche. Après concertation il a été convenu de ne pas écarter les professionnels des groupes de travail initiaux qui constituent des personnes ressources et leurs candidatures spontanées seront prises en considération.

La démarche d'évaluation devra être intégrée au fonctionnement du service, bien qu'un service de soins infirmiers à domicile, comme son nom l'indique, n'héberge pas de patients et n'a donc pas d'espace temps où les soignants peuvent se retrouver tous ensemble (hormis l'heure de fin de matinée prévue quotidiennement pour les transmissions orales et écrites).

L'élément temporel prend ici tout son sens. Il faut dégager du temps et veiller au respect des délais fixés par un échéancier et cela, à toutes les étapes de la démarche. Il s'agit en conséquence de bien planifier l'opération et d'établir un planning de réalisation des tâches (cf. chapitre : la gestion prévisionnelle des étapes).

En ce qui concerne l'aspect des ressources humaines, il sera nécessaire après avoir bien identifié les différentes personnes qui seront directement concernées par l'évaluation, de prévoir les modalités de leur implication et de les former à la méthodologie de l'évaluation.

Un plan de communication régulier doit être mis en place. Il concerne tous les salariés du SSIAD, y compris ceux ne participant pas directement à la démarche d'évaluation, ceux des services ressources du CJP ainsi que les partenaires extérieurs afin de les tenir informés de l'avancement des travaux.

Ce plan se décline comme suit :

Au niveau des salariés, l'information se fera de façon générale par voie d'affichage dans le service et de façon individuelle par le biais de notes de service mensuelles distribuées en même temps que les bulletins de salaire pendant toute la période d'évaluation. L'encadrement veillera à ce que les bulletins de salaire envoyés au domicile des salariés absents soient bien accompagnés des notes de service.

Au niveau des partenaires, les participants aux groupes seront informés de fait. Les non participants désirant cependant être informés, recevront les mêmes notes de service par courrier.

Au niveau des usagers, seuls les participants aux groupes recevront les informations régulièrement.

Il n'est pas apparu judicieux d'adresser une information mensuelle aux 110 usagers pris en charge.

Par contre, une synthèse générale du rapport final leur sera remise en main propre par les soignants à la fin de l'évaluation interne. Ils pourront ainsi bénéficier des explications orales apportées par les professionnels.

La planification de l'évaluation interne correspond à différentes étapes successives et complémentaires. Elles sont au nombre de cinq.

A) Etape 1 d'appropriation de la démarche et du référentiel

Cette étape consiste à faire connaître à l'ensemble des acteurs (salariés, partenaires et usagers), à la fois les objectifs et les enjeux de l'évaluation interne et le contenu du référentiel UNASSI qui va leur servir de support de travail tout au long des différentes étapes.

En ce qui concerne les partenaires et les usagers, un courrier (voir annexe 6) leur sera envoyé par le secrétariat du SSIAD pour les convier à une réunion d'information sur l'évaluation interne.

A la suite de cette réunion, une fiche de participation (voir annexe 7) aux groupes d'évaluation sera distribuée aux personnes présentes afin de connaître immédiatement leur décision de participer ou non aux groupes d'autoévaluation.

En ce qui concerne les salariés du SSIAD et du CJP, ils seront invités par voie d'affichage général et par un courrier individuel à une réunion d'information identique. Une fiche de participation leur sera également remise en fin de réunion.

Ces réunions seront également l'occasion d'expliquer aux différents acteurs comment et pourquoi le référentiel UNASSI a été sélectionné afin de dissiper d'éventuelles inquiétudes sur la spécificité du référentiel. Il s'agira de mettre en évidence que ce référentiel a été conçu par des professionnels du secteur, pour des professionnels du secteur.

Pour ces réunions d'information, il a été réalisé trois supports explicatifs sous forme de diapositives Power point® (voir annexes 8, 9 et 10).

La présentation de ces trois outils doit être claire et compréhensible afin de démystifier l'évaluation interne, de faire émerger les questions et enfin de doter les différents acteurs d'un langage commun.

Il a été ensuite procédé à la lecture des fiches de participation.

Pour les partenaires, nous avons obtenu deux réponses positives de la part d'infirmiers libéraux sur quatre personnes présentes à la réunion (deux infirmiers libéraux et deux conseillers en gérontologie) et sur les cinquante courriers envoyés.

Pour les usagers, seuls les deux représentants des usagers au conseil de la vie sociale (CVS) se sont portés volontaires sur les 110 courriers envoyés et pour les salariés, quatorze personnes se sont portées volontaires. Les trois chefs de groupe ont été identifiés et leur formation a été programmée (ce point sera développé dans un chapitre suivant intitulé : ressources humaines).

B) Etape 2 d'évaluation proprement dite

Cette étape est le point central de l'évaluation interne. Elle est conduite à partir de la trame du référentiel UNASSI. Elle consiste à vérifier la qualité de la prise en charge globale des usagers en analysant les processus et leurs articulations, les pratiques professionnelles, en interrogeant les acteurs concernés, en confrontant les points de vue, en croisant les informations. Pour que cette démarche soit contradictoire et critique, les chefs de groupe doivent garantir à chaque intervenant, quel que soit son statut dans le service ou sa position partenariale, la liberté de parole et d'expression.

Il faudra veiller à ce que les règles de déontologie professionnelle, de discrétion et de reconnaissance de la légitimité de tous les participants soient respectées.

Chaque référence applicable au SSIAD doit être commentée par les groupes de travail pour mettre en évidence les points forts et les points faibles de la prise en charge.

Il est important de préciser qu'il n'y a pas de recommandation précise relative aux modalités de remplissage des commentaires rédigés par les groupes d'auto-évaluation.

Cette situation tient au fait que les établissements et services ont toute liberté dans le choix du référentiel et que chaque référentiel propose son propre système de mesure des écarts et de cotation.

Sur la proposition du comité de pilotage, il a été décidé de procéder ainsi :

Chaque référence fait l'objet d'une appréciation qui peut être de deux types :

- Un point fort est formulé si la référence est totalement ou en majeure partie satisfaite (il faut une réponse positive aux questions du référentiel mais aussi des actions pérennes reposant sur une dynamique réelle)

- Un point faible est formulé si la référence est non satisfaite ou en partie satisfaite. (cela intègre aussi les actions réalisées qui ne relèvent pas d'un consensus mais de comportements individuels et ponctuels). Ces dysfonctionnements constitueront les supports des axes d'amélioration du plan d'actions qualité (PAQ étape 5).

C) Etape 3 de recherche des éléments de preuve

Cette étape est consacrée à la recherche d'éléments de preuve permettant de répondre de façon sécurisée aux questions du référentiel. Elle peut se dérouler parallèlement à l'étape d'évaluation.

Ces éléments de preuve sont constitués de tous les documents, procédures, protocoles, fiches de synthèse etc...relatifs aux informations générales ou spécifiques et qui concernent soit l'établissement (par exemple la partie relative à la gestion des ressources humaines), soit le service (par exemple la partie relative à la gestion du dossier patient). Ils définissent les pratiques qui sont « consensualisées ».

Cette standardisation des pratiques est indispensable car *si chacun fait de son mieux sans savoir ce qu'il doit faire, c'est le chaos* (William Edwards DEMING).

D) Etape 4 de production des résultats

C'est l'avant-dernière étape de l'auto-évaluation. Elle consiste pour les groupes de travail à rédiger tous les constats sous la responsabilité des chefs de groupe et pour le comité de pilotage à uniformiser les écritures sous la forme du rapport final d'évaluation.

Cette étape a deux objectifs : valoriser les actions qui répondent complètement aux droits, besoins et attentes des usagers et pour lesquelles des points forts ont été constatés et identifier les opportunités d'amélioration en détectant les points faibles du service.

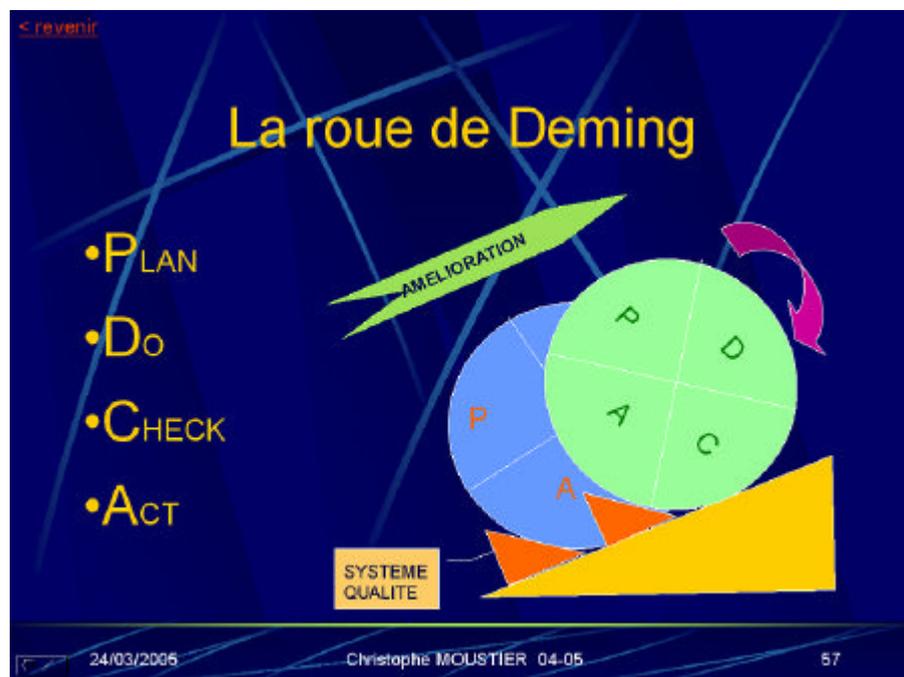
E) Etape 5 du Plan d'Actions Qualité (PAQ)

Dernière étape de l'évaluation, le PAQ assure aussi la continuité de la démarche qualité.

William Edwards DEMING qui s'est intéressé aux théories sur le management a inventé le principe de « la roue de Deming »¹⁸ (représentée ci-dessous).

¹⁸ Site de l'encyclopédie wikipédia, définition de la roue de Deming. <http://www.wikipedia.org>

Elle matérialise la démarche qualité sous forme d'une roue P.D.C.A : Plan (préparer), Do (faire), Check (contrôler) et Act (assurer).



Le Plan d'Actions Qualité représente la partie « Act » qui concerne la programmation et la hiérarchisation des axes d'amélioration à mettre en place pour améliorer le service rendu aux usagers.

Il convient de bien préciser cette étape aux acteurs de l'évaluation car elle fixe la partie active et concrète des améliorations qui nécessiteront leur intervention.

Bien que l'auto-évaluation demande une mobilisation d'énergie importante de la part des équipes, il conviendra d'aborder la problématique de la mise en place du PAQ et de la composition des futurs groupes d'amélioration tout de suite après la fin de l'auto-évaluation.

Ceci dans le but d'une part de ne pas perdre le bénéfice de la dynamique engagée et d'autre part d'amorcer la rédaction du projet de service 2009-2013 dont l'objectifs-qualité correspondront au PAQ.

3.2.3 Gestion prévisionnelle des étapes

La procédure d'évaluation dans sa globalité, est prévue sur une période de huit mois (de mai à décembre 2008).

La prévision de la charge de travail des différentes étapes en fonction du contenu du référentiel UNASSI et l'étalement dans le temps de ce travail permettent de définir un diagramme de GANTT pour suivre le déroulement des opérations. Ce diagramme est un outil simple et visuel de planification à barres qui se présente comme suit :

Mois	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Etapes	08	08	08	08	08	08	08	08
1 ^{ère} . Présentation des supports et étape d'appropriation	—							
1 ^{ère} . Constitution des groupes	—							
1 ^{ère} . Formation des chefs de groupes		—						
2 ^{ème} . Etape d'évaluation			—	---	---			
3 ^{ème} . Etape de recherche			—	---	---			
4 ^{ème} . Etape de production de résultats			—	---	---			
5 ^{ème} . Plan d'Actions Qualité (PAQ)							—	

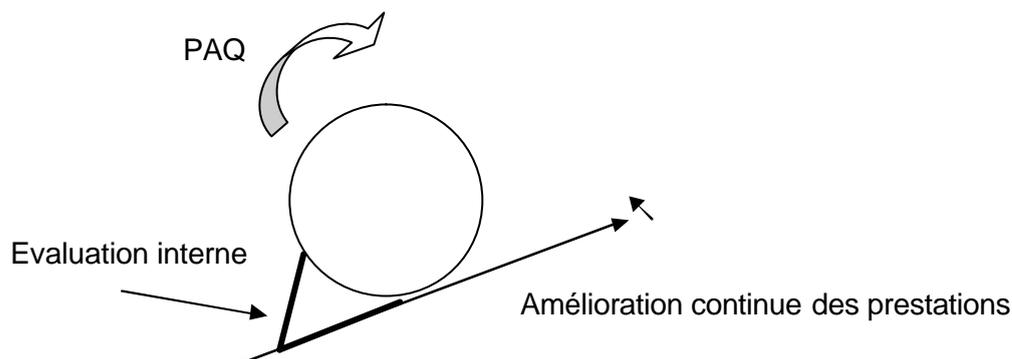
Les traits pleins correspondent au temps programmé. Par exemple, l'étape d'évaluation doit se dérouler du 1^{er} juillet au 15 août.

Les pointillés correspondent aux périodes pouvant absorber, si besoin est, des débordements de la part des groupes de travail sans pénaliser l'avancement général des étapes. Par exemple, l'étape d'évaluation peut déborder du 15 août au 30 septembre.

Le logiciel informatique du référentiel UNASSI fait apparaître en trois couleurs différentes (rouge, orange et vert), le nombre de références non traitées (rouge), celles en cours de traitement (orange) ou celles traitées (vertes) au fur et à mesure de la production des constats.

Le diagramme de GANTT et le logiciel UNASSI permettent de suivre de près l'avancement des travaux.

Ainsi par la mise en place de l'évaluation interne, le SSIAD poursuit sa démarche d'amélioration continue de la qualité. Comme le montre le schéma suivant, l'évaluation interne fixe une calle qui permet d'apprécier le niveau de satisfaction atteint à un instant T. La réalisation du PAQ permettra de faire avancer la roue de la qualité et de positionner une autre calle.



La charpente de l'évaluation étant construite, il convient ensuite de mobiliser les ressources disponibles et de les orchestrer pour assurer la faisabilité, l'efficacité et le succès de l'opération.

3.3 LES RESSOURCES A MOBILISER POUR L'EVALUATION INTERNE

Le fonctionnement du SSIAD est tel que les différents protagonistes se rencontrent peu ou pas en dehors des moments de soins au domicile des usagers.

Le SSIAD est composé de 30 salariés, encadrement compris. Les locaux, essentiellement composés de bureaux, sont occupés à temps plein par le secrétariat, à temps partiel par l'encadrement et ponctuellement par les soignants.

Le cadre coordonnateur rencontre les intervenants libéraux conventionnés avec le SSIAD une fois par an au sein du service, pour la mise à jour du document de coordination SSIAD/libéraux. En dehors de cela, seuls des contacts téléphoniques ou par courrier sont échangés.

Les représentants des usagers (au nombre de deux) participant au conseil de la vie sociale du SSIAD ont la possibilité de se rencontrer à cette occasion au service trois fois par an.

Une grande partie des usagers pris en charge par le SSIAD est dans l'incapacité de se déplacer, voire de communiquer par téléphone.

Les familles des usagers sont soit des conjoints aussi âgés que les personnes prises en charge et ayant les mêmes difficultés pour se déplacer, soit des enfants ayant des emplois du temps chargés du fait de leurs contraintes familiales et professionnelles.

Les salariés font trois passages quotidiens au service ce qui leur permet de faire des transmissions orales et écrites et de rencontrer quotidiennement le cadre coordonnateur ou l'infirmière référente.

Il est donc nécessaire de modifier cette organisation pour trouver des espaces temps communs et optimiser la production de données pour l'évaluation. Cette nouvelle organisation concerne les ressources logistiques et humaines.

3.3.1 Ressources logistiques et organisationnelles

Compte tenu de l'importance du niveau de coordination des actions tout au long de la procédure, **un comité de pilotage** est constitué après concertation en réunion de direction. Il est composé du directeur des ressources humaines, de cadres de direction et du cadre coordonnateur du SSIAD.

La mission de ce groupe est d'assurer la communication interne et la communication externe, de suivre les chefs de groupe au niveau méthodologique, de recueillir, relire et de valider les différents écrits afin d'élaborer le rapport final, le Plan d'Actions Qualité et le futur projet de service. Le rapport final sera commenté par la direction générale aux différents acteurs lors d'une séance de restitution à la fin de l'auto-évaluation. Le groupe de pilotage se réunit tous les mois au CJP. En ce qui concerne la rédaction et la mise en forme du rapport, elles sont assurées par la secrétaire qualité.

Pour des raisons tenant à la taille et à l'effectif du SSIAD, il n'a pas été retenu par le comité de pilotage, la mise en place **d'un groupe intermédiaire** dit « **transversal** », chargé de faire le lien entre le groupe de pilotage et les groupes de travail. Ce groupe solliciterait inutilement des personnes déjà missionnées sur d'autres groupes et n'apporterait qu'une plus value mineure à l'organisation existante.

Pour être conforme à l'esprit du guide d'évaluation du CNESMS qui précise que l'évaluation interne doit être plurielle, et multi-professionnelle, la conduite effective de l'auto-évaluation doit être menée par des **groupes de travail** composés de soignants, de secrétaires, du personnel affecté à la logistique, des cadres de direction..., des partenaires et des usagers. Comme nous l'avons vu, le référentiel UNASSI retenu couvre quatre domaines d'investigation qui sont :

- les droits et la participation des usagers, la personnalisation des prestations avec 51 critères,
- le service dans son environnement avec 19 critères

- le projet de service et ses modalités de mise en œuvre avec 8 critères
- l'organisation du service avec 92 critères.

A la lecture du référentiel il était possible d'anticiper la composition des groupes de travail en fonction des personnes ressources présentes au sein du SSIAD et du CJP.

Cependant, le principe du volontariat a été respecté et les participants ont pu choisir le groupe de travail dans lequel ils désiraient s'investir.

Ces groupes de travail ont pour mission de répondre aux questions posées par le référentiel, de collecter les informations et les éléments de preuve et de rédiger les commentaires.

Les trois chefs de groupe formés à la conduite de réunion assument à la fois les rôles d'animateur et de secrétaire de séance. Ils doivent, pour assurer la cohérence de leur groupe, posséder des qualités d'écoute, de synthèse et des qualités rédactionnelles.

Compte tenu du nombre de critères à évaluer, de l'organisation existante du SSIAD et du nombre de participants, trois groupes de travail ont été constitués (voir annexe 11). Deux sont principalement composés de soignants, secrétaires, partenaires libéraux et représentants des usagers. Le troisième groupe ayant en charge le domaine consacré à l'organisation managériale, est principalement composé de cadres du SSIAD et du CJP. Les groupes sont composés de quatre personnes, y compris le chef de groupe.

Les trois groupes se partagent les 170 critères à évaluer de la façon suivante :

Le 1^{er} groupe de travail prend en charge le 1^{er} domaine (51 critères)

Le 2^{ème} groupe de travail prend en charge le 2^{ème}, le 3^{ème} et une partie du 4^{ème} domaine (57 critères)

Le 3^{ème} groupe de travail prend en charge la deuxième partie du 4^{ème} domaine (62 critères)

Les deux premiers groupes de travail se réunissent deux fois par semaine chacun de 13h à 14h30.

A raison de cinq critères évalués par séance, la charge de travail des deux premiers groupes correspond à :

- 108 critères au total
- 5 critères par séance de travail
- soit environ 22 séances au total
- soit 11 séances de travail par groupe
- à raison de 2 séances par semaine
- soit environ 6 semaines de travail par groupe correspondant à 18 heures

Les avantages de cette planification sont les suivants :

- La pause déjeuner au terme de 6 heures de travail conformément à la législation du travail est respectée
- Les intervenants libéraux sont plus facilement disponibles à ces moments là de la journée
Le positionnement des groupes de travail sur du temps « hors temps de travail », n'entraîne pas d'heures supplémentaires significatives. Ces heures seront régularisées sur les plannings des mois suivants.
- La liste des volontaires suppléants permet de combler les absences des volontaires titulaires en période de congés annuels.

Cette planification présente aussi des inconvénients :

- Une contrainte supplémentaire dans la réalisation des plannings
- Les temps de transmission orale sont supprimés pour les professionnels participants aux groupes de travail. Les transmissions écrites sont cependant conservées pour assurer la continuité des soins.
- Deux réunions par semaine nécessitent une assiduité, une concentration et une motivation importante de la part des acteurs

Le troisième groupe composé des cadres se réunit 3 heures une fois par semaine durant 7 semaines (ce qui correspond à 21 heures).

Les participants, les personnes ressources et les éléments de preuve se situant majoritairement au Centre Jacques Parisot, les réunions ont lieu sur ce site. La planification du travail de ce groupe génère moins de contrainte d'horaire, les réunions pouvant être tenues entre 9h et 19h.

3.3.2 Ressources humaines

Le SSIAD a la possibilité d'utiliser les ressources internes de l'OHS. Il s'agit de la secrétaire qualité et du cabinet d'audit externe.

Le poste de secrétaire qualité a été créé à l'occasion de la première démarche d'accréditation des établissements et services sanitaires de l'OHS.

Le SSIAD peut s'appuyer sur cette personne spécialisée dans la gestion documentaire, pour le référencement ou la modification d'éventuels protocoles et procédures et leur mise à jour dans le Manuel d'Assurance Qualité (MAQ) existant de l'OHS.

Le cabinet d'audit externe avec lequel la direction générale de l'OHS a passé un contrat de quatre jours par mois pendant un an pour une aide méthodologique en vue de la prochaine démarche de certification V2 de tous les services et établissements sanitaires de l'association. Dans l'objectif de mutualiser les moyens et en accord avec la direction générale, ce cabinet a dispensé aux chefs de groupe, une journée de formation consacrée à la conduite de réunion.

L'échéancier suivant récapitule les différentes étapes par groupe concerné :

	mai 08	Juin 08	juillet 08	août. 08	sept. 08	oct. 08	Nov. et déc. 08
Par la direction du CJP	Achat du référentiel	participation au groupe de pilotage					Validation du rapport final, du PAQ et du projet de service. Restitution générale. Envoi du rapport final à la DDASS
Par le groupe de pilotage	Présentation de l'évaluation interne et du référentiel UNASSI. Appel à candidature	Communication interne et externe	Relecture et validation des travaux Communication interne et externe	Relecture et validation des travaux Communication interne et externe	Relecture et validation des travaux Communication interne et externe	Rédaction et validation du rapport final Communication interne et externe	Elaboration du PAQ et du projet de service. Enquête de satisfaction
Par le cabinet d'audit		Formation des chefs de groupe					
Par le cadre coordonnateur	Présentation de l'évaluation interne et du référentiel et appel à participation		Restitution au comité de pilotage	Restitution au comité de pilotage	Restitution au comité de pilotage		Elaboration du PAQ et du projet de service
Par les groupes de travail	Appropriation du référentiel		Analyse et recherche d'éléments de preuve	Analyse et recherche d'éléments de preuve	Analyse et recherche d'éléments de preuve		

Lorsque l'évaluation interne sera terminée, il conviendra de connaître l'opinion des professionnels sur le déroulement du projet et sur la qualité du référentiel.

Le comité de pilotage élaborera un questionnaire de satisfaction et les résultats seront diffusés à l'ensemble de l'équipe.

Il sera également intéressant de connaître l'avis des partenaires, notamment celui des usagers et de leurs familles sur le niveau de leur participation et d'expression lors des réunions de travail.

Un état des lieux de l'impact de l'évaluation sur la qualité des prises en charge vue par les usagers sera réalisé à moyen terme, lorsque les premiers axes d'amélioration seront réalisés.

Toutes ces ressources mobilisées pour l'évaluation interne ont un coût qu'il convient également de préciser.

3.3.3 Dépenses d'exploitation

Les dépenses s'imputent sur le budget d'exploitation du SSIAD :

- Le coût du cabinet d'audit : le contrat passé avec ce prestataire stipule que le coût journalier est de 1000 € TTC. Cette dépense correspond à la journée de formation des chefs de groupe.
- Le coût du référentiel UNASSI est de 600 €
- Le coût du contrat de mise à jour du référentiel est de 200 € par an.
- Le coût du remplacement ou du paiement des heures supplémentaires du personnel : il n'y aura pas d'heures supplémentaires à régler ; les heures dues seront rendues au cours du quatrième trimestre 2008.
- Le coût des déplacements kilométriques sur huit mois du cadre coordonnateur et de l'infirmière référente du SSIAD vers le CJP : ils seront de 500 kilomètres à raison de 0,57€ par kilomètre, soit 285 €
- Les dépenses relatives aux consommables : feuilles de papier, photocopies, appels téléphoniques...seront à évaluer.

Les débuts de la mise en œuvre de l'évaluation interne ont permis d'effectuer les constatations suivantes :

Tout d'abord, nous n'avons pas trouvé de solution pour permettre aux usagers et à leur famille de participer davantage aux groupes de travail. L'éclairage qu'ils ont apporté aux groupes de travail est faible, car ils n'ont assisté qu'à deux réunions, s'étant désistés plusieurs fois pour des raisons personnelles.

Ensuite, comme tout nouveau projet, les inquiétudes du début de la procédure d'évaluation se sont dissipées rapidement, car l'évaluation a été l'occasion pour les salariés de prendre de la distance par rapport au quotidien et également de prendre conscience des situations et des comportements si ce n'est à risque, du moins perfectibles.

L'absence de polémique ou de récriminations quant au choix du référentiel a permis aux groupes de se mettre rapidement au travail et dans de bonnes conditions.

Cela est sans doute dû au fait que le référentiel a été spécifiquement conçu pour les SSIAD, ce qui donne aux équipes un sentiment de reconnaissance d'une part et de partage professionnel d'autre part.

A la lecture des constats rédigés, on comprend que l'évaluation interne va être bénéfique aux usagers. En effet, on se rend compte que les groupes analysent les références avec beaucoup de précision et de détail, qu'ils ont beaucoup à dire et qu'ils sont très critiques vis-à-vis de leurs pratiques.

Ce comportement est à la fois positif et emprunt de professionnalisme car les points faibles ne sont pas considérés comme des faits à dissimuler mais au contraire comme des cas à soumettre à l'avis du groupe pour faire émerger des solutions. Nous pouvons constater que l'évaluation a investi les professionnels d'une nouvelle mission.

Devant l'ampleur des commentaires qui sont produits par les groupes, le comité de pilotage a un important travail de synthèse à faire. Cette dernière devra respecter les constats émis tout en faisant ressortir leurs idées fortes.

CONCLUSION

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 a introduit pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, une obligation d'évaluation interne portant sur les activités et la qualité des prestations délivrées. Les SSIAD dont la mission est le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes adultes handicapées, sont concernés par ce dispositif.

Les concepts de la qualité et de l'évaluation interne applicables au secteur médico-social ont été présentés. Ils constituent un impératif pour les SSIAD qui doivent mobiliser autour de ces concepts l'ensemble des acteurs internes et externes concernés.

Pour répondre à ces obligations et pour mener à bien l'évaluation interne, il convient de choisir un outil pertinent. Pour cela, différents référentiels existants ont été comparés mais ces derniers ont montré leurs limites et leur inadéquation avec l'activité d'un SSIAD. Puis l'analyse critique d'un outil créé en interne, a conduit à entreprendre d'autres investigations.

Une enquête auprès de SSIAD de différentes régions, nous a révélé l'existence du référentiel UNASSI.

Cet outil est en cohérence avec les objectifs mentionnés dans le guide d'évaluation du CNESMS (cités page 26) et répond aux critères que nous avons fixés pour le choix d'un outil adéquat.

Ainsi, à la problématique posée initialement et portant sur le choix d'un référentiel adapté comme condition nécessaire pour conduire l'évaluation interne du SSIAD de l'OHS, il a été constaté que l'outil sélectionné y répond favorablement et satisfait donc à la question de départ.

La réalisation de l'évaluation interne à l'aide du référentiel choisi, nécessite une conduite de projet.

Celle-ci repose sur une méthodologie qui a permis d'identifier et de préciser différentes étapes. Au nombre de cinq, ces étapes sont nécessaires à l'aboutissement du projet d'évaluation, ainsi qu'à la mobilisation de ressources humaines, logistiques et financières.

L'examen des étapes et des ressources a permis de constater la faisabilité de l'évaluation sur le terrain.

L'évaluation interne va permettre à son issue, d'établir d'une part un Plan d'Actions Qualité qui sera le programme d'amélioration continue du service et gage d'une meilleure satisfaction des usagers et d'autre part un outil de management.

Le rapport d'évaluation interne et le PAQ, sources d'améliorations internes, doivent aussi être mis en perspectives avec le processus d'évaluation externe qui se profile et s'impose au secteur médico-social.

Cette évaluation externe, dont les conditions sont prévues au chapitre III des droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans les articles 25 et 29 de la loi 2002-2, sera réalisée par des organismes habilités par l'ANESM et sera fortement liée au renouvellement partiel ou total de l'autorisation de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Bibliographie

LECTURES

(Par ordre alphabétique)

LIVRES

BOUQUET B, SAINSAULIEU Y, JAEGER M, (sous la direction). *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2007, 286 p.

CHARLEUX F, GUAQUERE D, (sous la direction). *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale*, Paris, ESF éditeur, 2003, 245 p.

JAEGER M, BAUDURET JF, DUBRUEIL B, et al. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2005, 1215 p.

JOING JL, *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, ESF, 1998, 215 p.

VERCAUTEREN R, BABIN N, *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*, Erès, 1999, 156 p.

REVUES

ABRY JM, *réinjecter de l'humain dans les organisations sociales*, Direction(s) n°47, décembre 2007, p. 48-49

BOUKELAL A, *la méthodologie et les outils de l'évaluation interne au service de la qualité*, Les cahiers de l'actif n° 350/351/352/353, juillet 2005, 352 p.

Collectif d'auteurs, *évaluation interne et qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Les cahiers de l'actif n° 366/367, nov/déc 06, p. 14-23

DUBREUIL B, *Interdépendance du projet d'établissement et de l'évaluation interne*, Les cahiers de l'actif n° 372/375, mai 2007, 319 p.

LALLEMAND D, *les acteurs*, ASH n° 2264, 24/5/2002, p. 30-32

LOGEROT H, BENEZET C, MINVIELLE E, et al. *L'évaluation de la qualité*, Perspectives sanitaires et sociales n° 192, 2007, p. 10-36

MORATA S, *le contexte de l'évaluation interne*, Les cahiers de l'actif n° 370/371, mars/avril 2007, p. 185-194

PIRAUD-ROUET C, *Evaluation interne croisée, une bonne pratique*, Direction(s) n° 41, mai 2007, p. 16-17

SAVIGNAT P, *la méthodologie et les outils de l'évaluation interne au service de la qualité*, Les cahiers de l'actif n° 350/351/352/353, juillet 2005, 352 p.

TACHON M, *évaluation interne, le pari de la qualité*, Direction(s) n°9, juin 2004, p. 21-30

CITATIONS

LIVRES

DUCALET P, LAFORCADE M, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*, Paris, Seli Arslan, 2004, p. 1-17

GUIDE

Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (CNESMS) guide méthodologique de la DGAS, *Démarche qualité - évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire*, mars 2004, 40 p.

REVUES

CHARLANNE D, *nous ne créerons pas de rupture avec les orientations du CNESMS*, TSA n° 1153 du 14 mars 2008, p. 23-24

VINSONNEAU A, *Droits des usagers : quels progrès depuis 2002*, TSA n° 1120 du 22 juin 2007, p. 15-20

Liste des annexes

Annexes 1 et 2 - page 3 : notes d'orientation n^{os} 1 et 2 du CNESMS

Annexe 3 - page 8: nombre de places de SSIAD en Lorraine d'après le PRogramme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2006 - 2008

Annexe 4 - page 18 : indicateurs médico-sociaux

Annexe 5 - page 31 : courrier d'accompagnement du questionnaire

Annexes 6 - page 43 : courrier envoyé aux libéraux et aux usagers

Annexe 7 - page 43 : fiche de participation aux groupes de travail

Annexes 8, 9 et 10 - page 43 : trois Power point ® explicatifs sur l'évaluation, sur le référentiel UNASSI et sur la mise en œuvre des groupes

Annexe 11 - page 50 : fiche de constitution des groupes

Annexe 1 : consulter le site : dgas-cnesms@sante.gouv.fr

Annexe 2

Note d'orientation n° 2

« Procédures, références et recommandations de
bonnes pratiques professionnelles »

Au cours de l'été de 2005, le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale a sollicité, de manière informelle, les acteurs susceptibles d'avoir conçu ou utilisé divers instruments relevant, de près ou de loin, des « procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ». Suite à cet appel, le Conseil a enregistré un nombre important de réponses dont il a examiné une synthèse lors de sa séance plénière du 16 décembre 2005. Il en ressort que de nombreux établissements et services, quel que soit leur domaine d'intervention, ont engagé une réflexion sur l'évaluation et progressé dans l'appropriation d'outils très divers ; s'il importe bien de mettre en valeur ces aspects indéniablement positifs, il convient de ne pas dissimuler les ambiguïtés qu'a pu révéler cette première enquête et, particulièrement, le constat que les mêmes mots peuvent recevoir des acceptions très différentes, d'un acteur à l'autre.

C'est pourquoi le Conseil, après avoir arrêté sa position sur la définition de l'évaluation et la complémentarité entre évaluation interne et évaluation externe, précise ici le sens des mots utilisés par le législateur qui a prévu que l'évaluation interne s'effectue « notamment au regard des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ». Ce faisant, le Conseil détermine le contenu concret de la mission de « validation » qui lui est conférée par les textes.

1.- LA VALIDATION DES PROCEDURES, REFERENCES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

1.1.- La validation porte sur les bonnes pratiques professionnelles

Une ambiguïté doit être levée. Une première conception oppose, d'un côté, les « recommandations » qui s'appliqueraient aux bonnes pratiques professionnelles et, d'un autre côté, les « procédures » qui, pour leur part, viseraient les mécanismes utilisés lors de la conduite des évaluations ; une telle démarche suppose qu'il existe une différence de nature entre les procédures, les références et les recommandations. Dans une autre conception, « procédures », « références » et « recommandations » constituent autant de déclinaisons indiquant les divers degrés de formalisation des bonnes pratiques professionnelles : on est en présence de données voisines qu'il faut seulement préciser et hiérarchiser.

Loin d'être à caractère exclusivement sémantique, ces questions sont primordiales car chaque solution débouche sur une définition différente du champ d'intervention du Conseil :

dans un cas, il aurait pour mission de valider ce qui a trait aux bonnes pratiques professionnelles (que leur matérialisation passe par la procédure, la référence ou la recommandation) alors que, dans l'autre cas, le Conseil aurait à se prononcer sur deux types bien distincts de documents :

- - ceux qui formalisent les bonnes pratiques professionnelles ;
- - ceux qui formalisent des outils de l'évaluation, c'est-à-dire des outils qui vont permettre de porter une appréciation sur le niveau où se situe chaque établissement ou service du point de vue du respect et de l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles.

Il importe donc de définir précisément sur quels objets porte exactement la mission de validation qui est confiée au Conseil.

En fait, des éléments de réponse clairs ont été fournis au cours des débats parlementaires :

- - en première lecture à l'Assemblée Nationale, les missions du Conseil ont été ainsi définies : « dans le but d'accompagner le développement de la démarche d'évaluation des établissements et services, un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale sera chargé de valider les référentiels de bonnes pratiques et d'assurer la diffusion des démarches évaluatives sur le terrain » ;
- - puis, toujours en première lecture, au Sénat, il a été précisé que « l'évaluation externe ne pourra avoir lieu que si ont été préalablement édictées au sein du secteur concerné, un certain nombre de références en matière de bonnes pratiques professionnelles faisant l'objet d'un consensus sous le contrôle du futur Conseil national de l'évaluation ».

Ainsi, il ressort des débats parlementaires, sans ambiguïté aucune, que la rédaction finale de la loi consacre l'hypothèse selon laquelle l'expression « bonnes pratiques professionnelles » constitue l'élément central et commun, les mots « procédures, références et recommandations » permettant d'explicitier le concept.

Le Conseil doit valider les bonnes pratiques professionnelles, quelle que soit la forme qu'elles adoptent (procédures, références ou recommandations) et il n'a pas à valider les outils utilisables pour procéder à l'évaluation. Il s'ensuit que le Conseil doit faire porter l'essentiel de ses travaux sur les pratiques, c'est-à-dire sur ce qui matérialise la relation qu'un établissement, un service, une équipe entretiennent avec l'utilisateur. On renforce ainsi le constat que la loi de 2002 accorde une place centrale à l'utilisateur et à l'amélioration de la qualité des prestations qui lui sont fournies : le législateur a bien souhaité consacrer l'importance de la « bonne pratique professionnelle » vers laquelle doivent tendre les personnels des établissements et services pour répondre aux attentes et besoins des personnes.

En définitive, on se situe dans un entre-deux qui ménage l'autonomie des établissements et services : le Conseil a la charge de valider les bonnes pratiques mais, ce faisant, il donne le cap sans entrer dans le détail de la mise en œuvre du processus de l'évaluation, sans valider chacun des outils utilisables au cours de l'évaluation.

1.2.- Les « bonnes pratiques professionnelles » s'expriment au travers de « recommandations » qui, elles-mêmes, peuvent donner lieu à des « références » et « procédures »

- • Les « bonnes pratiques »

Au-delà des manières habituelles de faire tel acte ou tel geste, la question se pose de savoir à quel moment l'on se trouve en présence d'une « pratique professionnelle ». Et, une fois celle-ci identifiée, sous quelles conditions peut-on reconnaître qu'elle est « bonne » ou mauvaise ?

Il doit être répondu à ces questions en sachant que la dénomination « bonne pratique professionnelle » peut susciter des craintes de standardisation et d'uniformisation et évoquer un cadre normé et desséchant qui étouffe la créativité des intervenants. De surcroît, l'adjectif « bonne » peut véhiculer une idée de jugement moral. Il importe donc de promouvoir une vision dynamique du concept.

A cet égard, on peut retenir qu'en identifiant les bonnes pratiques professionnelles, il s'agit de mettre en évidence des passages obligés par rapport à des valeurs communes qui donnent du sens aux actes professionnels et éclairent sur les perspectives de l'action.

Ce faisant, on reconnaît que les pratiques professionnelles sont, à bien des égards, toujours « *in progress* » : chacune est la résultante des multiples composantes qui structurent un champ professionnel et chacune incarne un moment précis de l'histoire des institutions sociales et médico-sociales ; c'est pourquoi la validation d'une pratique professionnelle par le Conseil ne vise pas à l'ériger en « vérité » intangible. Tout au contraire, par sa composition plurielle, le Conseil entend être à même de capter puis de traduire les évolutions.

Dans le même souci de ne pas figer les comportements, le Conseil peut d'ailleurs, à côté des « bonnes » pratiques qu'il valide, signaler celles qu'il importe d'écarter, un tel énoncé des « interdits » ouvrant un plus large espace qui ne se limite pas aux seules pratiques reconnues.

Quoi qu'il en soit, l'observation est un préalable : le besoin d'améliorer la connaissance des pratiques est patent.

- • L'articulation « procédures, références, recommandations »

Une autre question porte sur la gradation entre les trois concepts : « procédure », « référence » et « recommandation ».

Apparemment, on pourrait soutenir que la distinction entre les trois mots est sans importance. En effet, une fois la bonne pratique professionnelle validée par le Conseil, sa portée au regard des évaluations sera exactement la même quelle que soit l'appellation retenue : procédure, référence, recommandation, voire un autre mot.

Il est néanmoins nécessaire de lever toute ambiguïté. La question est de savoir où se situent respectivement la procédure, la référence et la recommandation sur une échelle dont les extrêmes seraient, d'un côté, la simple manière de faire (qui se cristallise dans l'habitude mais qu'il n'est pas besoin de reconnaître ni de solenniser en raison même de la faiblesse des conséquences qu'elle emporte pour les usagers) et, à l'autre extrémité, ce qui relève du pouvoir réglementaire qui, pour compléter ou expliciter la loi, produit des décrets, des arrêtés, des circulaires et divers guides.

Le Conseil pose le principe que la recommandation se situe toujours en amont et que toute référence ou procédure découle de recommandations établies au préalable.

La recommandation est centrale : elle vise à expliciter les valeurs, à rappeler les grandes orientations, à donner le sens. Elle désigne les repères communs, pour aider le professionnel et l'utilisateur à rechercher l'intervention la plus appropriée dans un environnement donné. Elle doit être construite à partir de la « plus value » qu'elle apporte à l'utilisateur et elle doit être tenue pour adaptable et évolutive. Elle concourt donc à une véritable dynamique d'évolution des pratiques et des dispositifs.

La recommandation constitue le socle de la validation de la bonne pratique. Références et procédures traduisent les recommandations : en effet, dans certains cas, les recommandations doivent donner lieu à une explicitation et celle-ci prend la forme de références ou de procédures. La cohérence de l'ensemble tient à la qualité du maillage qui lie les recommandations, les références et les procédures.

La référence peut se définir comme l'énoncé d'une exigence en regard d'objectifs à atteindre ; elle est rédigée sur le mode affirmatif et de façon positive. Elle ne peut être formulée que lorsque le cadre général a été établi par la recommandation.

La procédure, de la même façon, nécessite au préalable la construction du cadre, à même de l'inscrire dans une démarche qui a un sens. Elle permet de décrire une séquence ordonnée d'activités ou d'interventions mises en œuvre dans une situation définie.

On en déduit qu'une référence seule ou une procédure seule ne pourront être validées ; dans tous les cas, elles doivent accompagner une recommandation.

1.3.- A l'égard des méthodes et outils de l'évaluation, le Conseil intervient au titre de sa mission générale de promotion du « développement de l'évaluation interne et de l'évaluation externe »

Le Conseil a reçu une large mission de promotion du développement de l'évaluation interne et externe : elle lui est confiée par le décret du 26 novembre 2003, pris en application de la loi de 2002.

S'il est certain que le Conseil n'a pas à valider les centaines de méthodes, outils et questionnaires susceptibles d'être utilisés lors des évaluations, il lui revient en revanche de se prononcer sur les principes incontournables à respecter pour que les évaluations se réalisent dans de bonnes conditions :

- - d'ores et déjà, il a publié une note d'orientation sur le champ de l'évaluation ;
- - à l'égard des évaluations externes, le Conseil émettra un avis sur le décret portant cahier des charges ;
- - pour l'évaluation interne, la rédaction prochaine d'un guide constituera une étape majeure pour aider les établissements et services à entrer dans une démarche évaluative ou à améliorer les processus d'évaluation déjà engagés.

Il s'agit de mettre à disposition un cadre commun à l'ensemble des établissements et services relevant de la loi de 2002, qui vaille sur tout le territoire dans le souci d'une « égalité de traitement » invoquée à plusieurs reprises au cours des débats parlementaires

2.- LES MODALITES DE TRAVAIL DU CONSEIL

2.1.- Le Conseil valide des références, procédures et recommandations établies « selon les catégories d'établissements ou de services »

Le vaste ensemble des 32 000 établissements et services relevant de la loi de 2002 se caractérise par la très grande diversité des structures qui le composent, situation que, par exemple, l'on ne retrouve pas à un tel degré dans le domaine voisin des établissements de santé, considérablement plus homogène en dépit des écarts de taille. S'agissant des établissements et services sociaux et médico-sociaux, la plupart des dispositions législatives sont certes conçues comme s'appliquant à tous mais, dans certains cas, il a fallu trouver des critères permettant de faire des regroupements homogènes.

Plus précisément, le champ de la loi est lui-même décrit au travers d'une liste de « catégories ». Dans la plupart des cas, la catégorie est définie à la fois par la population accueillie (mineurs ou jeunes adultes handicapés, personnes âgées, personnes ou familles en difficulté ou en situation de détresse, etc.) et par la prestation délivrée (par exemple, assurer, à titre principal, « une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social » ou encore mettre en œuvre « les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire ») ; parfois, le nom des établissements constitutifs de la catégorie suffit pour la décrire : il en va ainsi pour les centres d'action médico-sociale précoce.

Lorsqu'il détermine les modalités du dépôt des demandes d'autorisation, le législateur indique qu'elles sont reçues « au cours de périodes déterminées » afin que puissent être étudiées concomitamment les demandes portant sur des établissements ou des services « de même nature » et, dans le texte de la loi, rien n'indique si ce découpage doit suivre le même tracé que celui des « catégories » qui viennent d'être évoquées.

Pour les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles au regard desquelles vont se pratiquer les évaluations, la loi indique qu'elles doivent être conçues « selon les catégories d'établissements ou de services », sans que l'on sache, même à la lecture des débats parlementaires, s'il s'agit des mêmes « catégories » que celles utilisées pour définir le champ de la loi ou si l'on peut retenir, le cas échéant, d'autres critères de regroupement, en rejoignant par exemple la notion d'établissements et services « de même nature ».

Or, en fonction de l'extension que l'on donne à la notion de « catégorie », les procédures, références et recommandations peuvent être naturellement plus ou moins nombreuses. Pour illustrer le propos, dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, la conception la plus large, au point d'être sans doute excessive, conduirait à placer dans une unique catégorie tous « les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale » tandis qu'en vertu d'une conception opposée, on opérerait des distinctions à la fois au sein des institutions proposant un hébergement (en fonction par exemple du degré de médicalisation) et au sein des structures qui interviennent au domicile, avec potentiellement le risque du pointillisme si l'on va trop loin dans les subdivisions.

De la manière la plus pragmatique, on peut établir que certaines procédures, références et recommandations seront largement transversales, abordant par exemple une série de situations relevant toutes d'un même mode de prise en charge, comme l'intervention au domicile. A l'inverse, le Conseil devra recourir à un ciblage d'une grande précision lorsqu'il apparaîtra nécessaire de concevoir des procédures, références et recommandations pour une population bien déterminée.

Dans une optique d'opérationnalité et pour témoigner de l'inégale transversalité des « catégories », on peut distinguer trois ensembles :

- - des bonnes pratiques professionnelles dont le champ est aussi large que possible, couvrant potentiellement l'ensemble des établissements et services relevant de la loi de 2002 ; purement à titre d'exemple : détermination des bonnes pratiques professionnelles déclinant la charte de la personne accueillie, détermination des bonnes pratiques professionnelles en matière de gestion des limites (risques/sécurité), détermination des bonnes pratiques professionnelles visant à promouvoir la bienveillance, etc. ;
- - des bonnes pratiques professionnelles couvrant des domaines plus réduits mais néanmoins encore transversaux ; ici encore purement à titre d'exemple : détermination des bonnes pratiques professionnelles à l'égard de l'intimité et/ou de la sexualité des personnes handicapées, détermination des bonnes pratiques professionnelles face à la fin de vie en établissement, quels que soient la nature et le public de l'établissement, détermination des bonnes pratiques professionnelles au regard du rôle de la famille dans les prises en charge à domicile, etc. ;
- - des bonnes pratiques professionnelles touchant des établissements, des services, des publics ou des problèmes ciblés, voire très ciblés, ce dernier cas permettant de progresser sur des problèmes peut-être quantitativement marginaux mais exemplaires et appelant des solutions potentiellement transposables.

2.2.- Le Conseil allie le respect de méthodes correctement assises et la consultation des professionnels et usagers

Dans le champ des recommandations professionnelles, il est utile de rappeler les modalités de fonctionnement de la Haute Autorité de santé afin de bénéficier de son expérience. Les recommandations professionnelles y sont établies à partir d'un double matériau : d'une part, l'analyse des études publiées et, d'autre part, le recueil des opinions des experts que sont les usagers et les professionnels ; il importe en effet de toujours disposer d'une analyse critique de la littérature produite, quel que soit le domaine considéré. Le choix de la méthode utilisée (recommandations pour la pratique clinique, consensus formalisés ou conférences de consensus) dépend de divers facteurs : existence d'études, présence d'une controverse, etc. Mais toutes les méthodes utilisées ont en commun des fondements précis : rigueur d'élaboration, méthodologie explicite, transparence, indépendance et objectivité, abord pluridisciplinaire et multi-professionnel, applicabilité, clarté de présentation.

S'agissant du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, il est chargé de valider ou, en cas de carence, d'élaborer les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; le terme « valider » a été retenu au cours du débat parlementaire pour insister sur la nécessité de s'appuyer sur toutes les expériences provenant du « terrain ». Cette démarche rejoint ainsi les méthodes adoptées par la Haute Autorité de santé qui, dans tous les cas, fonde ses travaux sur les données existantes et établit ses recommandations grâce à un processus itératif conduit avec les professionnels et les usagers.

Le terme de « validation » ne doit donc pas prêter à confusion. Il porte une exigence méthodologique de construction à partir de l'existant et avec les acteurs du « terrain », professionnels et usagers, dans l'objectif de parvenir à des positions acceptables par tous.

Pour autant, il n'autorise pas à faire l'impasse sur la rigueur nécessaire à la formalisation de la recommandation : d'une part le respect des fondements cités ci-dessus et d'autre part le choix d'une méthode appropriée.

Le Conseil retient le double impératif d'une méthode correctement assise et d'une consultation réelle des professionnels et usagers. Il adopte une position ambitieuse, qu'il importe de confronter au constat :

- - qu'il existe à l'évidence une attente particulièrement forte au sein des établissements et services pour que la validation des bonnes pratiques professionnelles intervienne aussi rapidement que possible ;
- - qu'il n'est pas pour autant envisageable que l'essentiel de ce travail de validation de l'ensemble des bonnes pratiques professionnelles applicables aux divers domaines relevant de la loi de 2002 soit fait en dix-huit mois ou deux ans : en matière sanitaire, les expériences successives de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale puis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ont démontré que tout processus de validation sérieusement conduit exige un temps long, *a fortiori* dans les domaines où il n'y a pas consensus sur le contenu de la « bonne » pratique ;
- - qu'en indiquant que les évaluations sont faites « notamment » au regard des pratiques validées, la loi ouvre la porte permettant de réaliser des évaluations même dans les secteurs où les seules pratiques validées par le Conseil seraient encore très incomplètes.

2.3.- Le Conseil doit disposer d'une organisation adaptée

Face à l'ampleur du champ couvert, le Conseil ne peut évidemment pas examiner sans ordre ni cohérence tout ce qui lui serait transmis au fil de l'eau. Il doit au contraire déterminer, selon une méthode transparente et partenariale, des priorités thématiques débouchant sur un travail organisé. Ces priorités thématiques doivent concerner chacun des trois grands ensembles de pratiques professionnelles qui ont été précédemment décrits et qui correspondent aux trois niveaux envisageables de transversalité.

Pour chaque thématique retenue, la validation des recommandations et, le cas échéant, des références ou des procédures doit s'appuyer sur les travaux d'un groupe *ad hoc* créé dans les conditions prévues par le règlement intérieur et composé de la manière suivante :

- - obligatoirement un ou plusieurs membres du Conseil ;
- - des experts et personnes ressources : usagers, professionnels, chercheurs, formateurs, etc.;
- - des intervenants mobilisés en fonction de l'ordre du jour de chaque séance du groupe de travail.

Pour chaque groupe, devront être identifiées :

- - une méthodologie précisément définie et validée par le Conseil ;
- - une première phase de recueil des données : littérature, études mais aussi tout document venant du « terrain », afin de refléter l'ensemble des positions existantes ;
- - une étape suivante de détermination de la ou des recommandation(s) et, le cas échéant, des références ou procédures, en lien étroit avec les professionnels et usagers concernés.

Afin de préparer le travail de ces groupes thématiques et de les coordonner, une instance de coordination technique adossée sur la commission technique permanente devra être créée : elle aurait mission d'une part d'assurer l'interface entre les groupes thématiques, la commission technique permanente et le Conseil dans sa formation plénière au cours de la phase d'élaboration de la recommandation et, d'autre part, une fois la validation intervenue, d'assurer sa diffusion.

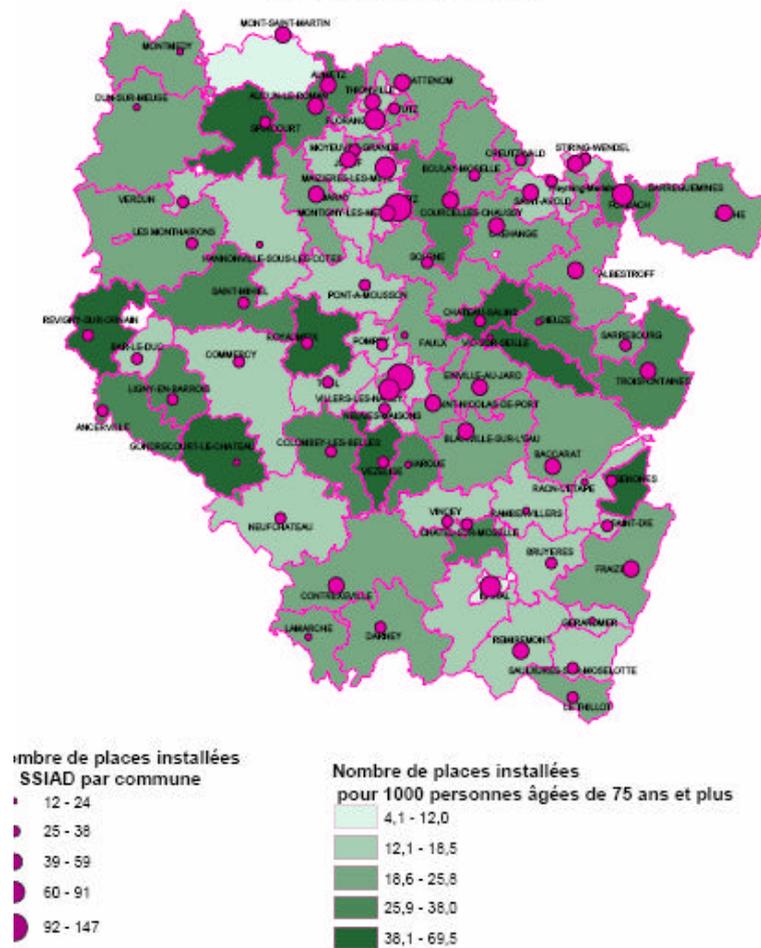
L'ensemble du processus de validation des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles, tel que défini dans le présent texte, nécessite une communication du Conseil en direction de l'ensemble des acteurs du champ social et médico-social.

L'enjeu pour le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale est donc de mettre au jour une conception renouvelée, dynamique et créatrice, de la qualité des prestations et de l'intervention des professionnels qui sont soutenus par un cadre institutionnel axé sur le mouvement. En ce sens, le positionnement du Conseil permettra aux professionnels de relire leurs pratiques et de les valoriser.

La dynamique que peuvent créer les recommandations, procédures, références de bonnes pratiques professionnelles ainsi conçues, situera clairement le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale dans sa capacité et sa responsabilité à donner de la cohérence, de la lisibilité, de la compréhension et du sens à l'action sociale et médico-sociale.

Localisation et nombre de places installées en Services de Soins à Domicile pour personnes âgées (SSAD) par secteurs d'intervention

ANNEXE 23



Source : Finess au 1/01/2007 - INSEE RP 1999

Taux d'équipement moyen lorrain : 19

Copyright © IZIN - DREUSS de Lorraine - Service statistique

Annexe 3

Annexe 4

LISTE DES INDICATEURS

- N°1 Répartition des populations par classe d'âge et par sexe
- N°2 Répartition des populations par conditions de cohabitation
- N°3 Durée moyenne de prise en charge
- N°4 Indicateur de qualification professionnelle
- N°5 Indicateur de vieillesse technicité
- N°6 Coût de structure
- N°7 Indicateur relatif à la fonction d'encadrement
- N°8 Indicateur du temps actif mobilisable
- N°9 Indicateur relatif au transport du personnel
- N°10 Coût d'intervention
- N°11 Coût d'intervention des libéraux
- N°12 Charge en soins infirmiers (personnels salariés)
- N°13 Charge en soins infirmiers (infirmiers libéraux)
- N°14 Demandes non satisfaites

Annexe 5



OFFICE D'HYGIENE SOCIALE DE MEURTHE ET MOSELLE

Madame Cl. B
Directeur qualité du
SSIAD - OHS
...
54 000 NANCY
e.mail :...

M. ...
directeur du SSIAD de...

Objet : questionnaire pour le choix
d'un référentiel d'évaluation interne

Madame, Monsieur,

Directeur chargé de la qualité et de l'évaluation d'un SSIAD situé à Nancy (54), je travaille actuellement sur le projet de l'évaluation interne et notamment sur le choix d'un référentiel adapté à notre spécificité.

Je me permets de vous adresser ce questionnaire afin de connaître votre choix personnel si toutefois vous avez abordé la procédure d'évaluation dans votre service de soins infirmiers.

Vos réponses me permettront d'étoffer mes connaissances sur le sujet et de retenir un référentiel.

Dans l'attente de votre réponse, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Annexe 6



**OFFICE D'HYGIENE SOCIALE
DE MEURTHE ET MOSELLE**

Objet : Appel au volontariat pour Nancy,
l'évaluation interne du SSIAD

Madame, Monsieur,

L'article 22 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, a introduit pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L 312-1 du Code de l'Action Sociale et des familles, une obligation d'évaluations interne et externe portant sur les activités et la qualité des prestations délivrées.

Le SSIAD de l'OHS s'est engagé dans cette démarche d'évaluation interne et pour favoriser la prise en compte des attentes des usagers, la direction vous propose, en tant que partenaire du SSIAD, de vous associer à ce projet.

Toutes les personnes intéressées par notre processus d'évaluation seront conviées à une séance d'information dans nos locaux le ... à...

Si vous ne pouvez vous déplacer ce jour là et si vous souhaitez cependant recevoir le contenu des supports de réunion, vous pouvez en informer le secrétariat du SSIAD au ...qui vous les fera parvenir.

Suite à cette réunion, une fiche de participation sera distribuée aux personnes désirant s'impliquer dans un groupe de travail.

Dans l'attente de votre réponse, la direction vous adresse, Madame, Monsieur, ses salutations respectueuses.

Annexe 7



**OFFICE D'HYGIENE SOCIALE
DE MEURTHE ET MOSELLE**

FICHE DE PARTICIPATION AUX GROUPES D'AUTO-EVALUATION

SSIAD-OHS

NOM.....

PRENOM.....

FONCTION.....

Dans quel groupe voulez-vous vous inscrire ?

Inscrivez votre préférence en mettant un chiffre dans la case correspondante, 1 = votre 1^{er} choix et 2 = votre second choix

Remettez cette fiche au cadre coordonnateur du SSIAD

Groupe n° 1

Groupe n° 2

Groupe n° 3

Groupe n°1 : Le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations

Groupe n°2 : L'établissement ou le service dans son environnement, le projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre

Groupe n°3 : L'organisation de l'établissement ou du service

Souhaitez-vous être chef de groupe ?

OUI

NON

Annexe 8

Diapositive

1

**EVALUATIONS INTERNE et
EXTERNE des
ETABLISSEMENTS et
SERVICES SOCIAUX et
MEDICO-SOCIAUX**



1

Diapositive

2

PLAN

- Introduction
- Evaluation externe
- Evaluation interne
- Définition de la qualité
- De la démarche qualité à l'évaluation interne
- Méthodologie de l'évaluation interne



2

Diapositive

3

Introduction

L'article 22 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 a introduit pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, une obligation d'évaluations interne et externe portant sur **les activités et la qualité** des prestations délivrées



3

Diapositive

4

Introduction (suite)

Cette phase d'évaluation doit permettre de mesurer si, au-delà de la proclamation incantatoire de bonnes intentions, les pratiques quotidiennes témoignent d'une véritable personnalisation de la prise en charge, d'une juste réponse aux attentes des personnes accueillies, d'un réel respect des usagers et de leurs familles



4

Diapositive

5

Introduction (suite)

La succession dans le temps de 2 évaluations doit créer une dynamique et une culture de l'amélioration continue de la qualité



5

Diapositive

6

L'évaluation externe

- Elle est fortement liée au **renouvellement** d'autorisation de fonctionnement délivrée par la DDASS
- Cette évaluation doit être réalisée tous les 7 ans ; La 1ère date butoir est fixée au 3 janvier 2010



6

Diapositive

7

L'évaluation externe (suite)

- Elle est réalisée par des organismes externes agréés par l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM) dont la liste est arrêtée par le ministre chargé de l'Action Sociale
- Ces organismes adressent leur rapport d'évaluation à la DDASS
- Ils bénéficient de l'indépendance nécessaire à la sûreté de jugement, c'est-à-dire que les évaluateurs ne peuvent avoir ou avoir eu de liens avec la structure évaluée.



7

Diapositive

8

L'évaluation interne

- Cette évaluation doit être réalisée tous les 5 ans ; la 1ère date butoir est fixée au 3 janvier 2009
- Elle est menée par l'établissement ou le service lui-même
- Les résultats sont adressés à l'autorité ayant délivré l'autorisation de fonctionner (DDASS)



8

Diapositive

9

L'évaluation interne (suite)

- Elle est basée sur une démarche participative, exigeant la mobilisation de l'ensemble des acteurs (direction, personnels, usagers, partenaires...)



9

Diapositive
10

DEFINITION de la QUALITE

- Elle concerne l'état plus ou moins instable d'un établissement ou d'un service, dans sa capacité à satisfaire les attentes des usagers
- Elle suppose un état d'esprit et la quête permanente de l'amélioration continue de la qualité
- Elle nécessite une méthodologie



10

Diapositive
11

De la démarche qualité à l'évaluation interne

- Le SSIAD de l'OHS est inscrit dans une culture qualitative depuis 2003 en :
 - Créant les premiers groupes de travail
 - Rédigeant des protocoles et procédures
 - Evaluant et améliorant le dossier patient
 - Listant les risques professionnels
 - En créant des tableaux de bord de suivi d'activité etc...



11

Diapositive
12

De la démarche qualité à l'évaluation interne (suite)

- L'évaluation interne va nous permettre, maintenant de «photographier» nos pratiques professionnelles
- De mesurer les écarts entre la qualité attendue, la qualité voulue, la qualité perçue et la qualité délivrée
- De proposer des actions d'amélioration
- De pérenniser la dynamique du service



12

Diapositive
13

Méthodologie de l'évaluation interne

Pour mettre en œuvre l'évaluation interne, nous allons :

- Créer un groupe de pilotage composé des cadres de direction du CJP et du cadre coordonnateur du SSIAD
- Constituer des groupes de travail pluri- professionnels et basés sur le volontariat



13

Diapositive
14

Méthodologie de l'évaluation interne (suite)

- Dégager du temps
- Nous appuyer sur les compétences d'un cabinet d'audit
- Utiliser le référentiel d'évaluation UNASSI



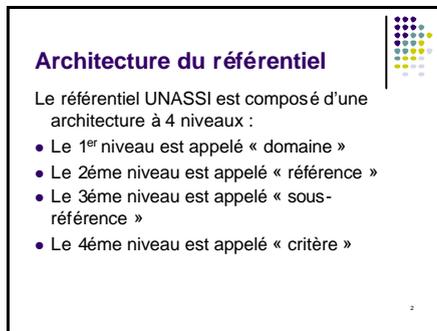
14

Annexe 9

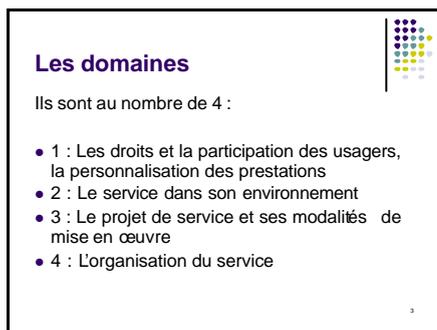
Diapositive
1



Diapositive
2



Diapositive
3



Diapositive
4

Les références

Chaque domaine est décomposé en références

- 3 références pour les droits et la participation des usagers, la personnalisation des prestations
- 2 références pour le service dans son environnement



4

Diapositive
5

Les références (suite)

- 3 références pour le projet de service et ses modalités de mise en œuvre
- 8 références pour l'organisation du service



5

Diapositive
6

Les sous-références

Chaque référence (sauf pour les références du 4ème domaine qui sont déclinées directement en critères) sont sous-divisées en sous-références :

- 11 sous-références pour les droits et la participation des usagers, la personnalisation des prestations



6

Diapositive
7

Les sous-références (suite)

- 3 sous-références pour le service dans son environnement
- 10 sous-références pour l'organisation du service



7

Diapositive
8

Les critères

Chaque sous-référence (ou référence pour le 4ème domaine) est analysée en critère :

- 51 critères pour les droits et la participation des usagers, la personnalisation des prestations
- 19 critères pour le service dans son environnement



8

Diapositive
9

Les critères (suite)

- 8 critères pour le projet de service et ses modalités de mise en œuvre
- 92 critères pour l'organisation du service



9

Diapositive
10

Rédaction

Chaque critère est commenté et rédigé :

- Soit dans la rubrique point fort
- Soit dans la rubrique point faible, lequel sera alors argumenté et accompagné :
 - d'actions d'amélioration à mettre en place
 - de commentaires



10

Diapositive
11

Cotation

Chaque référence est ensuite cotée ainsi :

- A : si le service répond totalement à la référence
- B : si le service répond en partie à la référence



11

Diapositive
12

Cotation (suite)

- C : si le service répond partiellement à la référence
- D : si le service ne répond pas à la référence
- NA : si la référence est non applicable au service



12

Diapositive
13

La synthèse générale

Lorsque toutes les références seront évaluées, commentées et cotées, leur rédaction sera harmonisée en synthèse générale laquelle constituera ensuite le rapport d'évaluation



13

Diapositive
14

Les statistiques

- Le référentiel élabore des statistiques au fur et à mesure de la rédaction et cotation des références :
- Sur le nombre de références cotées A, B, C, D ou NA
- Sur la quantité de points forts et de points faibles
- Sur les actions d'amélioration



14

Diapositive
15

Le plan d'amélioration de la qualité (PAQ)

- Il constitue la dernière étape de cette 1^{ère} évaluation interne et inscrit le service dans la démarche d'amélioration continue de la qualité en :
 - Proposant des actions d'amélioration
 - Fixant un échéancier pour leur réalisation
- L'évaluation des actions constituera le prochain cycle d'évaluation interne



15

Annexe 10

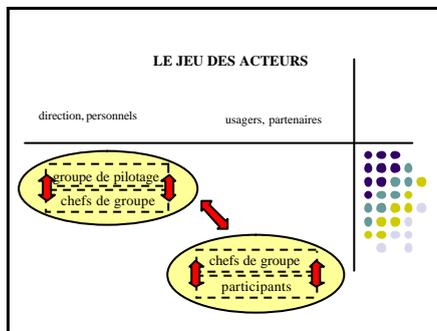
Diapositive

1



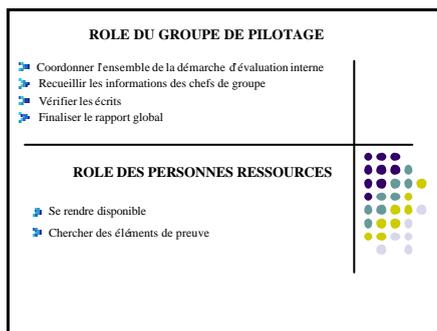
Diapositive

2



Diapositive

3



Diapositive

4

ROLE DES CHEFS DE GROUPE

- Orchestrer le groupe
- Fédérer le groupe autour de son « domaine »
- Préparer, mener et clôturer les réunions
- Tracer méthodiquement l'avancée des travaux
- Constamment recentrer les débats vers les objectifs
- Maintenir la motivation du groupe tout au long de l'auto-évaluation
- Conduire le groupe à une description synthétique du « domaine »
- Conduire le groupe à une description factuelle du « domaine »
- Conduire le groupe à rassembler les preuves appuyant les commentaires
- Conduire le groupe à formuler des actions d'amélioration indiscutables



Diapositive

5

ROLE DES PARTICIPANTS

- Être présent aux réunions du groupe et s'impliquer
- Participer activement et apporter leurs connaissances
- Éviter les opinions et rester factuel
- Associer leurs idées à des éléments de preuve
- Ne pas hésiter à poser des questions
- Lire les CR et ODJ pour anticiper la réunion suivante
- Entretenir la bonne humeur du groupe ☺
- Prendre du recul par rapport au quotidien

CR : compte rendu
ODJ : ordre du jour



Diapositive

6

PLAN D' ACTIONS QUALITE (PAQ)

L'auto-évaluation est déterminante pour le rapport final

L'auto-évaluation est déterminante pour l'évaluation externe

L'auto-évaluation est une base de données considérable pour notre amélioration continue

Les axes d'amélioration recensés lors des travaux des groupes seront intégrés dans les objectifs qualité du projet de service 2009-2013



Diapositive
7

**REPARTITION DES CRITERES
PAR GROUPE DE TRAVAIL**



- 3 groupes seront nécessaires et suffisants pour évaluer les 170 critères
- 1^{er} groupe : il prendra en charge le 1^{er} domaine (51 critères)
- 2^{ème} groupe : il prendra en charge les 2^{ème} 3^{ème} domaines et une partie du 4^{ème} domaine (57 critères)
- Le 3^{ème} groupe : il prendra en charge le reste du 4^{ème} domaine (62 critères)

7

Diapositive
8

Composition des groupes de travail



- Les 1^{er} et 2^{ème} groupes sont prioritairement composés des professionnels du SSIAD (soignants, secrétaires, agent de service). Usagers et partenaires seront invités à participer à ces groupes
- Le 3^{ème} groupe est prioritairement composé de cadres (SSIAD et CJP) ; les critères concernent la management et ce groupe se réunira au CJP

8

Diapositive
9

**COMPOSITION DES GROUPES
DE TRAVAIL (SUITE)**



- Pour travailler efficacement, le nombre de participants par groupe de travail, ne devra pas dépasser 4 personnes (chef de groupe compris)
- Si il y a plus de participants inscrits que nécessaire, une liste de participants suppléants sera élaborée

9

Diapositive
10

ORGANISATION DES GROUPES DE TRAVAIL



- Afin de ne pas étaler l'évaluation sur une durée trop longue chaque groupe (1 et 2), se réunira 2x/semaine
- Les jours de réunions, les participants n'effectueront que des transmissions écrites et feront une pause repas avant de commencer l'autoévaluation
- Les groupes travailleront de 13h à 14h30

10

Diapositive
11

ORGANISATION DES GROUPES DE TRAVAIL (SUITE)



Voici un exemple de programmation pour les groupes 1 et 2 :

- 51 et 57 critères pour les 2 groupes, soit 108 critères au total
- Pour 5 critères évalués par réunion, il faudra 22 réunions au total, soit 11 réunions par groupe
- 11 réunions à raison de 2 par semaine demanderont environ 6 semaines par groupe
- En commençant le 1^{er} juillet nous aurons terminé fin août

11

Diapositive
12

ORGANISATION DES GROUPES DE TRAVAIL (SUITE)



Voici un exemple de programmation pour le 3^{ème} groupe :

- 62 critères au total
- Pour 10 critères évalués par réunion, il faudra environ 7 réunions au total
- 7 réunions à raison d'une par semaine demanderont 7 semaines

12

Annexe 11

GROUPES DE TRAVAIL		
DOMAINES	NOMS des PARTICIPANTS	NOMS des CHEFS de GROUPE
<p><u>DOMAINE 1</u></p> <p>LES DROITS ET LA PARTICIPATION DES USAGERS.</p> <p>LA PERSONNALISATION DES PRESTATIONS</p>		<p>G R O U P E</p> <p>1</p>
<p><u>DOMAINE 2</u></p> <p>LE SERVICE DANS SON ENVIRONNEMENT</p>		<p>G R O U P E</p> <p>2</p>
<p><u>DOMAINE 3</u></p> <p>LE PROJET DE SERVICE ET SES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE</p>		<p>G R O U P E</p> <p>3</p>
<p><u>DOMAINE 4</u></p> <p>L'ORGANISATION DU SERVICE</p>		<p>G R O U P E</p> <p>4</p>