

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Responsable QGDR	Directeur Général	COFIL
Linda EL BATAL	François MENAUCOURT	Démarche Qualité-Evaluation médicosociale
16/12/2024	16/12/2024	06/01/2025

CREATION/MAJ	VERSION	APPLICATION	NATURE DE LA MODIFICATION
16/12/2024	N°1	28/01/2025	Création

TABLE DES MATIERES

I.ELEMENTS DE CONTEXTE	3
II.ENGAGEMENT DE LA DIRECTION	4
III.DEFINITION DE LA POLITIQUE	4
1.PRESENTATION DE LA POLITIQUE	4
1.1. Objet de la politique	4
1.2. Domaine d'application	4
1.3. Diffusion de la politique	5
1.4. Evaluation de la politique	5
2.AXES ET OBJECTIFS D'AMELIORATION	5
IV.ORGANISATION INTERNE	7
V.MISE EN ŒUVRE DU PROCESSUS	10
1. MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE	10
1.1. Elaboration et mise à jour de la politique QGDR	10
1.2. Management par processus et par analyse de risques	10
1.3. Gestion des risques	12
1.4. Processus transversaux liés à la démarche QGDR	12
2.DISPONIBILITE DES RESSOURCES HUMAINES	12
3.DISPONIBILITE DOCUMENTAIRE	13
4.MISE EN ŒUVRE D'ACTIONS D'AMELIORATION	13
VI.INDEX DES SIGLES UTILISES	14

I. ELEMENTS DE CONTEXTE

En 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) a absorbé les missions de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médicaux-Sociaux. Elle a désormais la charge de l'évaluation du niveau de qualité des prestations délivrées par les ESSMS (Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé).

Pour ce faire, elle a élaboré un nouveau référentiel qualité entré en vigueur le 1er janvier 2022.

C'est dans ce contexte qu'a été publié le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021, qui a depuis été modifié par le nouveau décret n° 2022-695 du 26 avril 2022.

Cette réforme précise certaines modalités, ainsi que le calendrier de programmation des évaluations des ESSMS :

- **Chaque ESSMS doit faire l'objet d'une évaluation tous les 5 ans (au même rythme que les projets d'établissements et les CPOM).**
- **Les termes d'évaluation interne et externe disparaissent au profit d'une évaluation unique.**
- **Le rapport de visite faisant suite à cette évaluation sera transmis aux autorités compétentes et à la HAS ; l'établissement devra également diffuser ce rapport en interne, et publiquement.**
- **Il n'y a pas de rapport d'auto-évaluation à transmettre, ni de méthodologie imposée.**
- **Le dispositif s'appuie sur 1 référentiel unique, 3 méthodes d'évaluation, des critères impératifs et standards.**
- **L'ESSMS devra mentionner, dans son rapport annuel d'activité, les actions engagées dans le cadre de sa démarche d'amélioration continue de la qualité.**

L'objectif de ce nouveau dispositif d'évaluation HAS est de valoriser les démarches mises en œuvre par les établissements sociaux et médico-sociaux pour améliorer leur qualité d'accompagnement, dans le cadre d'une approche centrée sur la personne et dans le respect de ses droits. Il s'inscrit, plus largement, dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques et répond à 3 enjeux :

- **« permettre à la personne [accompagnée] d'être actrice de son parcours » ;**
- **simplifier la démarche et inscrire les structures « dans une perspective d'amélioration continue de la qualité » ;**
- **promouvoir une démarche porteuse de sens pour les ESSMS et leurs professionnels.**

Le référentiel, fondé sur une approche globale de la personne, porte 4 valeurs fondamentales intimement liées à la qualité des pratiques d'accompagnement :

- **le pouvoir d'agir de la personne ;**
- **le respect des droits fondamentaux ;**
- **l'approche inclusive des accompagnements ;**
- **la réflexion éthique des professionnels.**

L'UDAF de la Moselle s'est ainsi saisie de l'opportunité qu'offre la réforme de l'évaluation de la qualité des ESSMS pour construire sa politique qualité et gestion des risques (QGDR) visant à formaliser l'amélioration continue de la qualité des prestations et de l'étendre à l'ensemble des services de l'UDAF.

II. ENGAGEMENT DE LA DIRECTION

L'UDAF de la Moselle promeut des valeurs de **solidarité, de bienveillance et de respect** afin que **personnes accompagnées, salariés et bénévoles puissent se sentir soutenus et valorisés dans leurs parcours.**

Afin de privilégier le temps auprès des personnes et donner les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs définis, l'association tend à développer au sein de ses services :

- Une approche transversale où la gestion de la qualité et des risques va de pair avec l'organisation des services. Il s'agit d'une démarche de management par la qualité. Elle est un levier d'amélioration au service de la stratégie de l'association mais également des équipes opérationnelles en favorisant leur participation, leur implication, l'autonomie et la transversalité des équipes. Ainsi, le caractère pérenne et pragmatique de la qualité et la gestion des risques est assuré.
- Une efficacité des organisations permettant d'évaluer et d'améliorer nos pratiques en continu, ce qui au vu du contexte actuel, est devenu essentiel. Afin d'y parvenir, il faut passer notamment par le développement de procédures, d'auto-évaluations et d'outils de coordination facilitant un travail efficace des équipes.

La démarche QGDR constitue le socle méthodologique permettant de suivre et mettre en œuvre nos projets de services et d'établissements. Présentée comme un moyen de valorisation et d'amélioration des pratiques professionnelles, les enjeux de cette démarche globale associée au management par la qualité se définissent comme suit :

- Respecter la législation et la réglementation en vigueur
- Obtenir la reconnaissance externe de la qualité des accompagnements
- Être en adéquation avec l'évolution des technologies et des pratiques
- Assurer l'évaluation de la qualité et de la gestion des risques pour mesurer les résultats
- Impliquer les professionnels à tous les stades de la démarche
- Gagner la confiance de l'ensemble des personnes accompagnées

III. DEFINITION DE LA POLITIQUE

1. PRESENTATION DE LA POLITIQUE

1.1. Objet de la politique

Les objectifs de cette politique sont de présenter pour le processus « Management de la Qualité et de la Gestion des Risques (QGDR) » :

- Les objectifs du processus, les responsabilités, les moyens, les indicateurs.
- L'évaluation du processus et la communication effectuée autour du processus.

1.2. Domaine d'application

Cette politique est applicable dans tous les services de l'UDAF de la Moselle.

Chacun est acteur dans la culture qualité et gestion des risques de l'association, en plaçant les personnes accompagnées au centre des réflexions.

1.3. Diffusion de la politique

La politique QGDR est communiquée aux membres du Conseil d'Administration ainsi qu'à ceux du COPIL Démarche Qualité-Evaluation médicosociale dans sa forme élargie conformément au règlement puis à l'ensemble des professionnels de l'association grâce à un webinaire interne et est consultable sur le logiciel de pilotage de la qualité AGEVAL.

Cette politique fait l'objet d'une synthèse affichée au sein de tous les sites de l'UDAF de la Moselle.

1.4. Evaluation de la politique

La politique est suivie chaque année sur la base des résultats des services (tableau de bord des indicateurs, auto-évaluations) qui sont transmis à la Direction Générale, au COPIL Démarche Qualité-Evaluation médicosociale dans sa forme élargie conformément au règlement intérieur et à la Responsable Qualité-Gestion des risques. Une révision est également programmée **tous les 3 ans**.

2. AXES ET OBJECTIFS D'AMELIORATION

La Direction Générale de l'UDAF de la Moselle ambitionne de faire de la démarche QGDR un élément incontournable de réflexion intégré dans les pratiques quotidiennes de chaque professionnel : ni une contrainte, ni un travail supplémentaire mais une façon d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes accompagnées tout en veillant à l'efficacité des pratiques professionnelles et managériales.

La démarche QGDR vient au service des professionnels afin de leur fournir des outils et des méthodes de travail permettant l'amélioration et la valorisation de leurs pratiques.

Elle repose sur la participation volontaire des professionnels aux groupes de travail proposés. L'association souhaite que sa démarche ne soit pas fondée uniquement sur des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables ou une situation de crise, mais qu'elle s'appuie sur une approche systémique de la qualité et des risques dans une logique d'organisation apprenante et de culture positive de l'erreur.

Dans ce contexte et en accord avec les valeurs et les orientations stratégiques de l'UDAF de la Moselle, les principaux axes de la politique QGDR 2024-2026 sont les suivants :

➤ Axe 1 – Construire le projet managérial pour une gouvernance tournée vers l'efficacité

- Inscrire la démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques comme mode de management ;

- Instaurer les structures de pilotage (comités, groupes de travail, référents...) sur l'ensemble des domaines et définir les modalités de communication et de coordination ;
- Développer la politique de partenariat avec nos correspondants professionnels : « être partenaires » et non plus seulement « avoir des partenaires » ;
- Développer la culture qualité et gestion des risques (Impliquer l'ensemble des professionnels dans une dynamique basée sur une démarche participative) ;
- Développer les formations continues et les actions de sensibilisation ;
- Définir des indicateurs de pilotage en lien avec la démarche QGDR et la performance sociale.

➤ **Axe 2 – Développer un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques centré sur la personne accompagnée**

- Garantir une offre de services de qualité adaptée aux spécificités des publics accompagnés ;
- Assurer la coordination et la continuité des accompagnements de façon adaptée aux publics accompagnés ;
- Assurer le respect des droits et l'information de la personne accompagnée ;
- Mettre en place des actions de prévention ;
- Favoriser la participation de la personne à son accompagnement et définir les modalités d'évaluation de sa satisfaction ;
- Promouvoir la bientraitance ;
- Favoriser la réflexion collective commune (professionnelles/personnes accompagnées) ;
- Soutenir les projets innovants à l'initiative des services.

➤ **Axe 3 – Sécuriser les processus à risques**

- Construire et formaliser une cartographie des risques ;
- Renforcer et harmoniser le dispositif de gestion des évènements indésirables ;
- Renforcer et harmoniser le dispositif de gestion des plaintes et réclamations ;
- Renforcer et harmoniser le dispositif de gestion d'un acte ou d'une suspicion d'acte de maltraitance envers la personne accompagnée ;
- Renforcer et harmoniser le dispositif de prévention et gestion des risques infectieux ;
- Développer la culture de déclaration (évènements indésirables, plaintes et réclamations) ;

- Construire un plan global de gestion de crise ;
- Promouvoir les outils de maîtrise des risques.

IV. ORGANISATION INTERNE

1. LES ACTEURS

La Direction Générale définit la stratégie Qualité et Gestion des risques (QGDR) ainsi qu'un programme commun d'actions aux directions. Cette politique est élaborée et validée par le COPIL démarche Qualité – Evaluation médicosociale.

Le CODIR porte la responsabilité de la mise en œuvre de la politique QGDR. Par délégation, le pilotage est assuré au quotidien par les chefs de service et la mise en œuvre opérationnelle par la Responsable Qualité – Gestion des Risques.

La Direction Générale et la Responsable Qualité – Gestion des Risques se rencontrent chaque semaine pour faire le point sur l'avancement de la démarche.

La Responsable Qualité – Gestion des Risques participe à la rédaction de la politique QGDR et du programme d'actions de l'association. Elle accompagne les directions dans le déploiement effectif de cette dernière en travaillant avec l'équipe de direction et les équipes d'encadrement.

Tous les cadres de l'association sont associés à la mise en œuvre de cette politique.

Tous les professionnels et collaborateurs sont engagés dans la mise en œuvre de la politique.

2. LES INSTANCES

Les instances sont systématiquement composées d'une équipe pluri professionnelle où chaque professionnel métier joue un rôle d'information ascendante (remonte les besoins de ses collègues et les situations opérationnelles) et descendante (assure un relais d'information dans la mise en œuvre des bonnes pratiques).

L'instance ou groupe de travail a pour missions de contribuer à l'élaboration de la carte d'identité du processus, à l'identification des risques et à leur priorisation, à l'identification d'actions d'amélioration/de prévention et à la formalisation d'un plan d'actions. Le plan d'actions est tenu à jour par les pilotes à l'issue de chaque rencontre en intégrant le compte-rendu de réunion. Le fonctionnement de toute instance ou groupe de travail repose sur un règlement intérieur qui détermine le rôle et le domaine d'intervention du groupe.

La Responsable Qualité apporte une expertise méthodologique aux instances et groupes de travail et est tenue régulièrement informé par les pilotes de l'avancement des travaux. Le groupe de travail lui transmet l'intégralité de ses travaux. Pour être diffusé sur AGEVAL, tout support est validé par le groupe de travail, l'instance liée et/ou la Direction et la Responsable Qualité - Gestion des Risques.

Le COPIL Démarche Qualité – Evaluation médicosociale se réunit à *minima* tous les mois en dehors des périodes d'évaluations pour coordonner le déploiement de la politique QGDR.

Les missions et la composition de l'instance sont définies dans le règlement intérieur du COPIL Démarche Qualité – Evaluation médico-sociale.

Des représentants du personnel, en qualité de membres du CSE ainsi que des représentants du Conseil d'Administration sont conviés à *minima* une fois par trimestre selon leurs possibilités au COPIL Démarche Qualité – Evaluation médicosociale. Dans sa forme « élargie » l'instance sera composée des membres permanents et invités.

Les COPIL opérationnels Démarche Qualité de Pôle se réunissent mensuellement après la tenue du COPIL stratégique afin de veiller à la mise en œuvre, à la coordination et au suivi de la politique et du programme Qualité et Gestion des risques définis par le COPIL stratégique, au sein de ses services et activités.

Les missions et la composition de l'instance sont définies dans les règlements intérieurs des COPIL opérationnels Démarche Qualité - Evaluation médico-sociale.

Les Conseils de la Vie Sociale (CVS)/Comités d'Expression des Personnes Accompagnées recueillent la parole des personnes accompagnées sur le fonctionnement de l'établissement et sont associés à l'élaboration de la politique menée en ce qui concerne l'accueil, l'accompagnement, l'information et les droits des personnes accompagnées.

Les missions et la composition de l'instance sont définies dans les règlements intérieurs des CVS/Comités d'Expression des personnes accompagnées.

Le Comité Ethique, Bientraitance et Droits des Personnes Accompagnées se réunit à *minima* 4 fois par an. Il formule des recommandations en ce qui concerne la promotion de la bientraitance et émet un avis consultatif sur une situation en cas de saisine.

Les missions et la composition de l'instance sont définies dans le règlement intérieur du Comité Ethique, Bientraitance et Droits des personnes accompagnées.

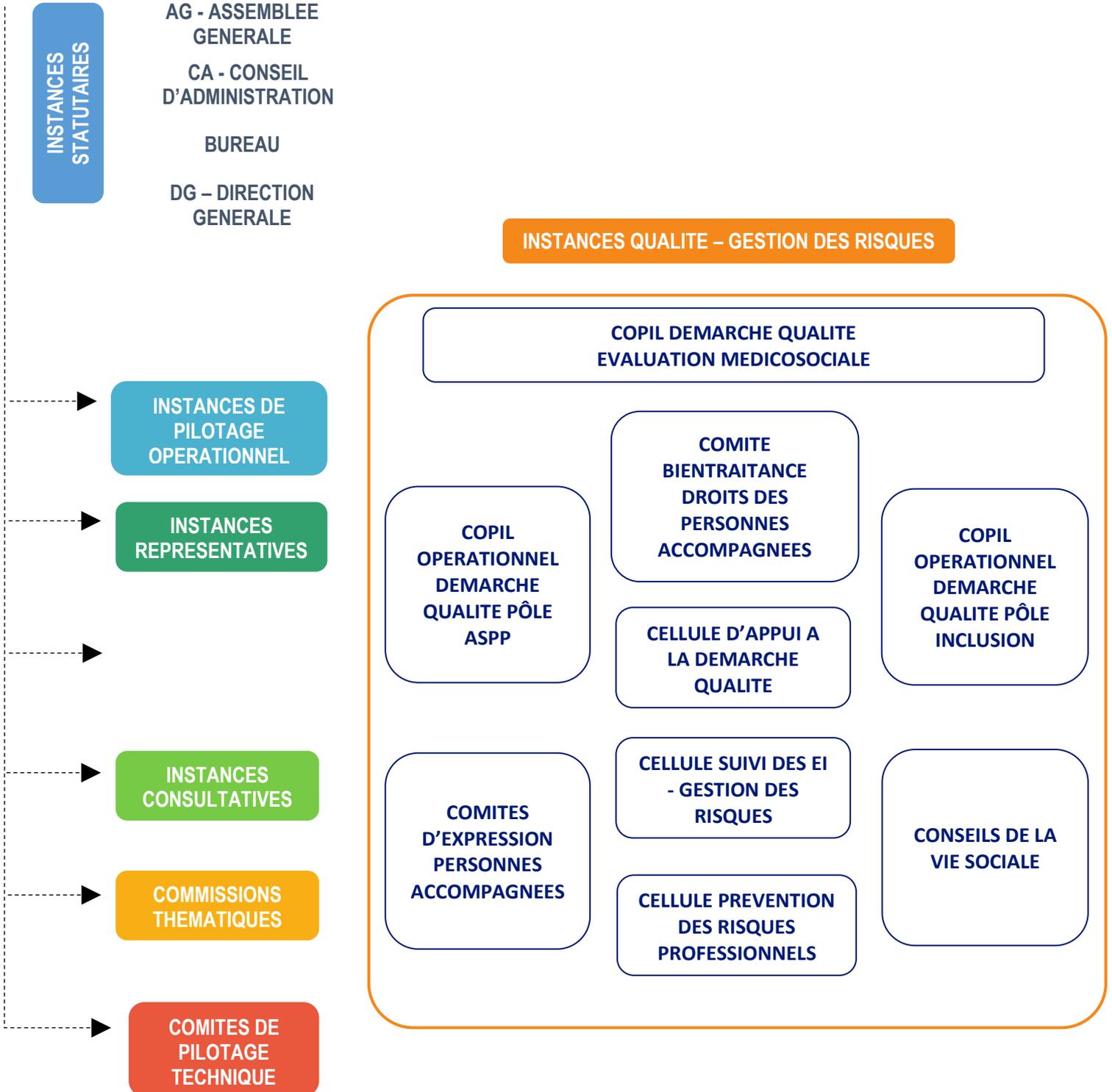
La Cellule d'Appui à la Démarche Qualité apporte un appui technique dans la réalisation des auto-évaluations croisées et formule des préconisations. Elle est composée de membres issus du CA et du CSE. Ils sont invités à participer au COPIL stratégique démarche Qualité-Evaluation médicosociale 1 fois par trimestre et ont pour rôle d'informer leurs instances respectives de l'état d'avancement de la démarche Qualité.

Les missions et la composition de l'instance sont définies dans le règlement intérieur de la Cellule d'Appui à la Démarche Qualité.

La cellule de suivi des Evènements Indésirables - Gestion des Risques se réunit à *minima* 1 fois par trimestre. Elle réalise une étude des EI déclarés au niveau de l'association et formule des observations et préconisations d'axes d'améliorations si nécessaire à l'attention du COPIL Démarche Qualité-Evaluation médicosociale.

Les missions et la composition de l'instance sont définies dans le règlement intérieur de la Cellule de suivi des Evènements Indésirables-Gestion des Risques.

**L'ORGANISATION GENERALE DE LA DEMARCHE QUALITE GESTION DES RISQUES ET SON
INSERTION DANS LA VIE INSTITUTIONNELLE DE L'ASSOCIATION**



V. MISE EN ŒUVRE DU PROCESSUS

1. MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE

1.1. Elaboration et mise à jour de la politique QGDR

La politique a été établie à partir de différents éléments internes et externes :

- Documents de référence :
 - La réglementation
 - Le référentiel d'évaluation HAS
- Documents institutionnels :
 - Convention pluriannuelle d'objectifs (CPO) Etat-UNAF 2022-2026 : action spécifique « Amélioration de la qualité des activités du réseau des Udaf »
 - Projets d'établissement
 - Contrats Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
 - Conventions
 - Note d'orientations stratégiques 2024-2026
 - Projet Associatif 2022-2026
- Documents qualité :
 - Procédure des procédures
 - Procédure de gestion des évènements indésirables
 - Procédure de gestion des plaintes et réclamations
 - Procédure de gestion d'un acte ou d'une suspicion d'acte de maltraitance envers une personne accompagnée
- Outils :
 - Fiches Incidents/FSEI
 - Recueil et Analyse des plaintes et réclamations
 - Enquêtes de satisfaction
 - Cartographie des risques
 - Plans de Développement des compétences
 - Logiciel AGEVAL
 - Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ)

La politique QGDR est validée par le COPIL Démarche Qualité – Evaluation médicosociale. Elle est présentée pour avis au CODIR, au CA, au CSE et aux CVS/Comité d'expression des personnes protégées.

1.2. Management par processus et par analyse de risques

Le management par processus vise une meilleure maîtrise des activités.

En clarifiant les besoins des bénéficiaires, les objectifs, les responsabilités ainsi que les exigences de coordination, il améliore la visibilité sur les tâches clés à réaliser et les points de vigilance à respecter.

Le management par analyse de risques permet d'identifier les risques a priori et a posteriori auxquels les services sont exposés et d'apporter des actions de prévention ou de correction permettant de limiter la survenue d'événements indésirables.

La direction Générale de l'UDAF de la Moselle, en concertation avec le CODIR, et assistée par la Responsable Qualité-Gestion des Risques, est garante du management par processus et par analyse de risques et garantit son déploiement au sein de l'association.



Pour chaque processus :

- Un pilote de processus est désigné. Le pilote, selon la thématique, constitue un groupe de travail du processus en charge de mettre en œuvre de manière opérationnelle et effective, les actions à mener.
- Les besoins et les attentes des personnes accompagnées et la maturité du processus sont identifiés via la fiche processus. Les activités sont ensuite configurées pour répondre à ces besoins et ces attentes.
- Les besoins de coordination internes et/ou avec les partenaires extérieurs sont également identifiés et formalisés.
- Une analyse des risques est réalisée à partir d'une méthode de cotation et de hiérarchisation des risques définie au sein de l'institution, conduisant à une cartographie des risques et à une définition de mesures préventives et de conduites à tenir en cas d'incident, qui sont reprises et suivies dans le PACQ.
- Des évaluations régulières sont pratiquées qui permettent de mesurer la maturité, la conformité du processus et d'en améliorer le fonctionnement. Ces évaluations aboutissent à la définition d'indicateurs permettant de suivre l'efficacité des actions menées.

1.3. Gestion des risques

L'organisation Gestion des risques de l'association est construite comme suit :

Étape 1 : Identification des risques

Étape 2 : Définition du niveau de criticité

Étape 3 : Mise en place d'actions d'amélioration

Les cartographies, communes aux services de toute l'association, permettent ainsi d'identifier, parmi les risques a priori et a posteriori, ceux considérés comme prioritaires, les dispositifs de maîtrise définis, leur niveau de maîtrise et la manière dont sont suivis un certain nombre de données utiles pour alimenter d'une part son analyse et d'autre part son programme qualité et gestion des risques.

Afin de prioriser au mieux les risques, la méthodologie choisie est la suivante :

- Sélection selon la gravité du risque (utilisation de l'échelle HAS, avec les risques de niveaux 3 à 5 identifiés comme à traitement prioritaire) ;
- Sélection selon la fréquence du risque (sur le même principe que la gravité, utilisation de l'échelle HAS et priorisation des risques de niveaux 3 à 5) ;
- Choix effectué selon la criticité (correspondant au produit de la fréquence par la gravité) ;
- Choix pondéré selon le niveau de maîtrise du risque identifié.

Tout ceci permet de définir des objectifs et des indicateurs d'atteinte de ces objectifs.

Les gestionnaires de risques sont systématiquement membres des groupes de travail afférents à leur domaine d'intervention. Généralement, ils sont également pilotes de la thématique.

La gestion de crise fait l'objet de plans et procédures mis à jour annuellement par le service Qualité et validés en COPIL Qualité-Evaluation médicosociale.

1.4. Processus transversaux liés à la démarche QGDR

Le traitement et suivi des plaintes et réclamations est assuré par les Directions de pôle et la Direction Générale : déclaration sur AGEVAL, courrier.

La satisfaction des personnes accompagnées est également évaluée grâce à un questionnaire de sortie et/ou de satisfaction annuelle.

2. DISPONIBILITE DES RESSOURCES HUMAINES

L'association, fortement consciente et sensible aux bénéfiques de la mise en œuvre d'une démarche qualité-gestion des risques opérationnelle et pérenne, a identifié et mis en œuvre les moyens humains nécessaires à l'impulsion et le maintien d'une culture qualité et gestion des risques.

Les membres du COPIL Démarche Qualité –Evaluation médicosociale sous sa forme élargie participent activement à l'ensemble des instances de l'établissement.

L'association a à cœur d'impliquer l'ensemble des professionnels dans la démarche qualité et gestion des risques, c'est pourquoi elle veille à l'implication des professionnels dans la démarche à travers :

- Une information régulière écrite et orale sur la démarche QGDR, lors des réunions institutionnelles ;
- La mise à disposition de documents, procédures et consignes ;
- La clarification des responsabilités QGDR ;
- L'implication dans des instances QGDR ;
- Une implication de tous les professionnels dans des groupes de travail d'analyse des fonctionnements et de recherche d'actions d'amélioration ;
- Une information sur les résultats des évaluations ;
- Une sensibilisation des nouveaux arrivants aux éléments clés de la culture QGDR ;
- L'inscription régulière des professionnels à des actions de formation (formations externes ou internes délivrées par un organisme extérieur, participation à des webinaires, etc.)

3. DISPONIBILITE DOCUMENTAIRE

Le logiciel AGEVAL regroupe la gestion documentaire de l'association.

Chaque professionnel dispose d'un accès qui lui est remis lors de son intégration.

AGEVAL n'est pas seulement un logiciel de gestion documentaire ou de signalement des EI c'est avant tout un outil de communication :

-Descendante : procédures, comptes rendus de réunion, notes de service/d'information, résultats des questionnaires de satisfaction...

-Ascendante : signalement des EI, des plaintes et réclamations, etc...

4. MISE EN ŒUVRE D' ACTIONS D' AMELIORATION

Des objectifs opérationnels sont déclinés au niveau des services en fonction de leurs besoins et/ou de leurs risques spécifiques. Ils sont traduits en plans d'actions d'amélioration. Les plans d'actions concernent notamment :

-des actions à la suite de recommandations issues des évaluations,

-des actions visant à améliorer la satisfaction des personnes accompagnées,

-des actions correctives pour donner suite aux analyses des évènements indésirables,

-des actions visant à respecter les RBPP

-des actions de préparation en situation de crise.

Au cours du 1^{er} semestre 2025, l'ensemble des plans d'actions sont intégrés au logiciel AGEVAL afin de permettre un pilotage plus dynamique : meilleure lisibilité du support, automatisation des statistiques, réalisation d'extraction grâce à des filtres et meilleure fluidité pour le partage d'information.

VI. INDEX DES SIGLES UTILISES

AGEVAL : Logiciel de Pilotage de la Qualité et Gestion des Risques

ARS : Agence Régionale de Santé

CODIR : COmité de DIRection

COFIL : COmité de PILotage

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

EI : Evènement indésirable

EIG : Evènement Indésirable Grave

HAS : Haute Autorité de Santé

PACQ : Plan d'Amélioration Continu de la Qualité

PDC : Plan de Développement des Compétences

QGDR : Qualité - Gestion Des Risques

RBPP : Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles