

UNIVERSITÉ DE LILLE 2 : DROIT ET SANTÉ
FACULTÉ INGÉNIÉRIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ
Master 2 Management Sectoriel

CLAIRE MANTOVANI

**« LES INDICATEURS DE PILOTAGE
DANS UN ÉTABLISSEMENT NON MÉDICO-SOCIAL »**

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES : 2^e année de Master

Promotion 2017 – 2018

Spécialité : Management des Établissements de Santé

JURY :

Président de jury :

Stanislas WOCH,

Maître de Conférences associé.

Directeur de mémoire :

Hervé LEBLANC,

Consultant, IKE.

Assesseurs :

Valérie ROCHART

Directrice, Maison des Ados de Lille.

Le 28 Septembre 2018

FACULTÉ INGÉNIÉRIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ - ILIS

42 rue Ambroise Paré

50120 LOOS

REMERCIEMENTS :

Tout d'abord, je souhaite remercier chaleureusement mon directeur de mémoire, Monsieur Hervé LEBLANC, consultant au sein du cabinet « IKE », pour son aide, son soutien et ses précieux conseils tout au long de ce travail.

J'aimerais également remercier Madame Valérie ROCHART, directrice de la Maison des Adolescents de Lille pour m'avoir permis de sélectionner un thème lié à la MDA comme sujet de mémoire, ainsi que pour sa réponse à mon questionnaire, mais également pour sa disponibilité.

Je souhaite remercier tout aussi chaleureusement Monsieur Pierre DEVOS documentaliste de la MDA de Lille, pour ses conseils et sa présence ; ainsi que Madame Delphine LEMAIRE secrétaire de directeur de la MDA de Lille, pour sa participation à mon questionnaire.

Je remercie Madame Gaëlle PAUPE, chargée de mission à l'ANMDA, pour le témoignage de son soutien.

Je souhaite également témoigner ma gratitude envers tous les directeurs, directeurs adjoints, chefs de services, coordinateurs, cadres, et secrétaires qui se sont donnés la peine de répondre à l'enquête qui leur était adressée.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans la construction, la rédaction et la relecture de ce mémoire.

Enfin, je remercie les membres du jury de soutenance : Monsieur Stanislas WOCH et de nouveau Monsieur Hervé LEBLANC et Madame Valérie ROCHART pour le temps qu'ils me consacreront lors de cet échange.

TABLE DES MATIÈRES :

INTRODUCTION.....	3
I. PREMIÈRE PARTIE	5
1. LES MAISONS DES ADOLESCENTS.....	5
A. <i>Présentation du dispositif.....</i>	5
B. <i>Présentation de la MDA de Lille.....</i>	6
2. LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (ESMS) ET LA MDA DE LILLE	9
A. <i>Un 1^{er} parallèle : les outils de la Loi n°2002-2 :.....</i>	9
B. <i>Un 2nd parallèle : des outils de mesure communs.....</i>	14
3. DÉFINITIONS.....	19
A. <i>Les indicateurs</i>	19
B. <i>La notion de performance.....</i>	20
C. <i>Le pilotage.....</i>	22
D. <i>Tableau de bord</i>	23
4. L'ANAP	24
II. DEUXIÈME PARTIE	27
1. L'ENQUÊTE AU SEIN DE LA MDA DE LILLE	27
A. <i>Objectif de l'enquête :.....</i>	27
B. <i>Résultats et analyse :</i>	28
2. L'ENQUÊTE AUPRÈS DES MDA DE FRANCE (DOM TOM INCLUS)	33
A. <i>Présentation du questionnaire et objectif :.....</i>	33
B. <i>Mode d'administration</i>	33
C. <i>Résultats et analyse</i>	34
3. PARALLÈLE ENTRE LES DEUX QUESTIONNAIRES :	52
4. LIMITES ET FREINS	56
III. TROISIÈME PARTIE	59
1. ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT	60
2. PRÉVENTION	63
3. RÉSEAU	64
4. RESSOURCES HUMAINES	65
5. FINANCIER	67
6. OBJECTIF	68
CONCLUSION	69

INTRODUCTION

Les Maisons des adolescents sont nées de la grande *Conférence de la famille* de 2004. Cette conférence fait suite à la *Conférence nationale de l'adolescence* qui s'est déroulée le 18 octobre 2003, à La Sorbonne (Paris) dans le but de faire émerger une culture commune sur l'adolescence. En effet à cette époque, « *La politique familiale, [était] très axée sur la petite enfance, [et] faisait jusqu'à présent l'impasse sur ce sujet* »¹ confirmait le ministre délégué à la Famille, Christian JACOB, au sujet de l'adolescence. Cette conférence a alors conduit à la création de groupes de travail dont L'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) a dressé un premier bilan et qui ont menés aux bilans préparatoires à la *Conférence de la famille* du 29 Juin 2004.

Une des décisions qui est prise est donc de créer des lieux d'accueil, d'écoute, d'information, et d'orientation, spécifiquement pour les adolescents. C'est ainsi qu'un premier cahier des charges des MDA a été élaboré par la Délégation Interministérielle à la Famille en Janvier 2005, pour être actualisé en 2016. Il existe également depuis 2008 une Association Nationale des Maisons des Adolescents (ANMDA) qui est un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics et dont l'objectif est de soutenir et fédérer les MDA de France.

Les MDA ne sont pas considérées comme service ou établissement médico-social (ESMS) et ne répondent pas aux mêmes obligations réglementaires. Elles ne relèvent ni du Code de la Santé Publique ni du Code de l'Action Sociale et des Familles. Elles ne sont également pas toutes identiques et peuvent avoir des formes juridiques et des projets différents selon leurs territoires et ses besoins. C'est en cela une force pour les MDA qui créent leur diversité à partir du territoire où elles sont implantées.

Les MDA sont des structures singulières, gratuites, anonymes au besoin, accueillants et accompagnants les adolescents dans toutes leurs préoccupations en toute confidentialité, mais également leurs parents et les professionnels.

Dans le « *Guide pratique, administratif et juridique des MDA* », créé par l'ANMDA à destination des MDA, nous retrouvons, à la page 45, l'évocation d'une approche d'évaluation locale pouvant servir de mesure d'évolution des pratiques. La MDA de Lille allait par ailleurs débiter une évaluation externe lors de mon arrivée dans la structure. C'est pourquoi le parallèle avec les outils disponibles pour les ESMS m'a interpellé.

¹ « Les Maisons de l'adolescent : que sont-elles ? » Lien social, Joël Plantet, 29 janvier 2004, N°694.

Infirmière de formation, la qualité, dans ses outils et son évaluation me semblait être une chose très importante et plutôt généralisée. Les établissements sanitaires ainsi que les ESMS ayant une démarche qualité ancrée législativement, je me suis alors demandée ce qu'il existait pour une structure comme la MDA afin d'envisager ce qui pouvait être mis en place. C'est pourquoi après m'être familiarisée à cette structure j'ai souhaité étudier la problématique suivante :

**« QUELS INDICATEURS PERTINENTS CONSTRUIRE POUR PERMETTRE
D'OPTIMISER LE PILOTAGE DE LA MDA DE LILLE ? »**

Pour répondre à ma problématique je développerai un plan en trois parties. La première partie correspondra à un état des lieux sur le dispositif MDA, sur les ESMS, et comportera quelques définitions. Elle me permettra d'introduire l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP).

La seconde partie correspondra à deux enquêtes et à leur analyse. La première sous forme d'un questionnaire destiné à la direction de la MDA de Lille, la seconde, également sous forme d'un questionnaire, adressé aux MDA de France. Ces deux enquêtes seront analysées et comparées. La troisième et dernière partie correspondra à la création d'un outil de pilotage à destination de la MDA de Lille. Ce mémoire est fondé sur les informations récoltées suite à une étude bibliographique ainsi que sur les deux enquêtes de terrains menées sous la forme de questionnaires.

I. PREMIÈRE PARTIE

1. Les Maisons des Adolescents

A. Présentation du dispositif

Le cahier des charges de 2005 est le document fondateur des Maisons des Adolescents (MDA). « *Les principes et modalités pratiques énoncés dans ce document ont fortement contribué au développement des Mda et créé l'impulsion nécessaire pour construire des partenariats multiples et pluridisciplinaires articulés autour de ce dispositif.* »² Il a été rédigé en 2004, et annexé à l'appel à projet du 4 janvier 2005. Il a ensuite été repris dans la lettre circulaire DGAS/DGS/DHOS/DIF du 5 novembre 2009. « La création des *Maisons des Adolescents* résulte d'une volonté des pouvoirs publics d'implanter, dans chaque département, un lieu d'accueil dédié aux adolescents. Les *MDA* ont pour mission d'informer, de conseiller, d'accompagner les adolescents, leurs familles et les professionnels au contact des jeunes. »³.

La Conférence de la Famille de 2004, dans sa proposition n°7 « *créer des lieux d'accueil et de soins pour adolescents (et adultes jeunes) s'adressant également à leurs familles.* »⁴ lance le programme national de soutien aux Maisons des Adolescents, afin de doter le territoire de lieux ressources pour les problématiques de l'adolescence à destination des adolescents, des familles et des professionnels.

Après quelques années d'existence, les MDA ont bénéficié d'une actualisation de leur cahier des charges impulsée par le rapport « *Bien-être et santé des jeunes* »⁵ du mois de Novembre 2016, dans sa préconisation n°8 « *Développement de Maisons des Adolescents de 2^{ème} génération* ». Ce nouveau cahier des charges a été annexé à la lettre circulaire du Premier Ministre du 28 novembre 2016 afin d'affirmer le dispositif existant et d'accentuer sa dimension partenariale.

² Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) -RM2013-142P- F. AMARA, P. NAVES Octobre 2013

³ Lettre Circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 Janvier 2005

⁴ « Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004 - Santé, adolescence et familles » par le Ministère délégué à la famille ; P.96

⁵ Rapport « Bien-être et santé des jeunes » par le Pr Marie-Rose MORO et Monsieur Jean-Louis BRISON, Novembre 2016 ; P.98

Les MDA s'inscrivant dans la politique territoriale en faveur du bien-être et de la santé des jeunes, ce nouveau cahier des charges tient compte des dispositions relatives à l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie adoptées dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016.

Par ailleurs une convention nationale de partenariat a été signée entre le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche représenté par Madame Najat Vallaud-Belkacem, et l'Association Nationale des Maisons des Adolescents, à Strasbourg le 16 juin 2016, à l'occasion des 8ème Journées Nationales des Maisons Des Adolescents.

Les objectifs des MDA sont les suivants : *« Prendre soin et accueillir les adolescents, leur fournir les informations et les conseils dont ils ont besoin, leur offrir les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes, en favorisant la synergie des acteurs et la mise en œuvre de prises en charge globales pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles (à la fois médicales, psychologiques, sociales et éducatives); organiser l'expertise interprofessionnelle sur les situations individuelles et garantir la continuité et la cohérence des prises en charge; constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence (parents, professionnels, institutions). »*⁶

Le but de ces dispositifs est donc d'offrir un accueil généraliste aux trois publics, adolescents, parents et professionnels, d'apporter des réponses adaptées ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire des adolescents tout en garantissant la continuité de l'accompagnement. Les trois axes de travail sont l'accueil des publics, les actions de prévention et le développement du réseau afin de renforcer la culture commune de l'adolescence.

B. Présentation de la MDA de Lille

La Maison des Ados de Lille a ouvert ses portes le 4 Janvier 2010. Elle est administrée par la Sauvegarde du Nord (SDN) et est rattachée, depuis le 1^{er} janvier 2015 au Pôle « Santé », qui regroupe les établissements suivants⁷ :

- Le Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) Espace Claude Chassagny
- Le CMPP Alfred Binet et ses trois antennes dans la métropole Lilloise

⁶ Bilan DGCS/DGOS du programme MdA 2005-2010, Décembre 2011

⁷ D'après le site internet de la Sauvegarde du Nord : <https://www.lasauvegardedunord.fr/expertises/promotion-sante/>

- L'espace Lebovici comprenant un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), un Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD), une Unité Mère/Enfant Myriam David et un lieu d'Accueil Parents Enfants.
- Le Centre Régional de Ressources Documentaires
- Le programme « Santé des Apprenti-es »
- Le site internet « Pôle Ressources Cancers ».

Comme le prescrit le cahier des charges, la MDA accueille trois publics : les jeunes de 11 à 21 ans, leurs parents mais également les professionnels concernés par la question de l'adolescence. Elle fonctionne autour de trois axes principaux qui sont l'accueil et l'accompagnement des publics, les actions de prévention et les actions de réseau.

Les matinées du Lundi au Vendredi, la MDA est fermée au public. Ces temps permettent aux professionnels de préparer, d'organiser et de mettre en œuvre les différentes activités de réseau et de prévention. Les après-midis du Lundi au Samedi de 13h à 19h sont consacrées à l'accueil des publics, avec ou sans rendez-vous, afin de répondre à toutes les questions que peuvent se poser les adolescents et leur famille sur la santé, l'éducation, la sexualité, les addictions, l'insertion, ou encore l'accès au droit. Les professionnels de la MDA sont présents afin de proposer une écoute, informer, évaluer, orienter et accompagner individuellement ou collectivement les adolescents.

Une convention relative au fonctionnement de la Maison des Ados de Lille a été signée le 23 janvier 2014 entre le Conseil Départemental (CD) du Nord, l'ARS, le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU), l'Établissement public de santé mentale (EPSM) de l'agglomération Lilloise, l'EPSM Lille Métropole, la Fondation Santé des étudiants de France, la direction territoriale Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et l'Association la Sauvegarde du Nord. Elle a pour objet de préciser l'engagement de chaque partenaire quant à l'organisation de l'accueil, l'évaluation et la réponse de première intention apportée aux adolescents dans tous les domaines. Une convention financière a été signée entre le Département du Nord et la SDN en Juillet 2014 afin de fixer l'engagement financier du Département.

La MDA est financée par le Conseil Départemental pour la partie socio-éducative et par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour la partie sanitaire.

À la demande du Département, la MDA a ouvert une antenne pour le Versant Nord-Est (VNE) à Roubaix en Février 2017. Sur le site de Roubaix, l'accueil physique est assuré les mardis, jeudis et vendredis de 13h30 à 17h30. Une nouvelle antenne pourrait également ouvrir sur Tourcoing.

Concernant l'équipe de la Sauvegarde du Nord, l'organigramme est composé comme suit⁸ :

1 Directrice d'établissement	1 ETP
1 Secrétaire de direction	1 ETP
1 Documentaliste	1 ETP
1 Hôtesse d'accueil	1 ETP
1 Psychologue clinicien	0.20 ETP
2 Accueillante de formation psychologue	1.5 ETP
3 Accueillants de formation éducatrice spécialisée	3 ETP
1 Accueillante de formation assistante sociale	1 ETP
1 Accueillant de formation sociologue ethnologue	1 ETP
1 Agent d'entretien	0.80 ETP
1 Agent de maintenance	0.20 ETP

Au total la MDA dispose de 11.70 ETP financés par le Conseil Départemental. Parmi ces professionnels, l'accueillante de formation psychologue exerçant à mi-temps (soit 0.5 ETP), ainsi que l'accueillant de formation sociologue ethnologue (1 ETP) sont présents sur l'antenne de Roubaix, ainsi qu'1 accueillant de formation infirmier (0.6 ETP) mis à disposition par l'EPSM Lille-Métropole.

Concernant l'équipe du CHRU de Lille, les Équivalents Temps Plein (ETP) sont :

1 Médecin pédopsychiatre	0.2 ETP
1 Médecin gynécologue	0.1 ETP
1 Médecin sexologue	0.2 ETP
1 Médecin nutritionniste	0.2 ETP
2 Infirmières	1.60 ETP

Ces professionnels exercent tous sur le site de Lille, à des plages horaires définies, pour un total de 2.3 ETP.

⁸ D'après le Projet d'Établissement de la MdA de Lille d'Avril 2015.

2. Les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et la MDA de Lille

A. Un 1^{er} parallèle : les outils de la Loi n°2002-2 :

Un premier parallèle entre les MDA et les ESMS a été fait dans le rapport de « *[l']évaluation de la mise en place du dispositif maison des adolescents (MDA)* » rédigé par l'inspection générale des affaires sociales, en Octobre 2013. Dans son annexe 5 : « *Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), une référence intéressante pour les MDA, de même que CRA et les MAIA* », ce rapport met en évidence les différences en termes de moyens financiers de fonctionnement et de cadre mais également les similitudes d'objectifs entre les CAMSP et les MDA. Le fait que ces dispositifs médico-sociaux puissent être une référence intéressante pour les MDA, sous-entend que par certains aspects, un parallèle peut être fait.

En effet, les MDA ne sont pas des établissements et services sociaux et médico-sociaux comme défini dans l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Elles ne doivent donc pas se soumettre aux obligations liées à la délivrance d'autorisations auxquelles les ESMS dépendent. Cependant, on peut remarquer des similitudes entre ces deux types de structures notamment autour des outils mis à disposition pour les ESMS par la loi 2002-2.

a. Les évaluations

OUTIL	ESMS	MDA
Les évaluations internes et externes	X	X

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale réaffirme la place centrale des usagers en promouvant leur autonomie, en mettant en avant la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté.

Elle introduit, par ailleurs, les évaluations des ESMS. Cette disposition permet d'évaluer les activités et la qualité des prestations fournies par les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le décret N°2007-975 du 15 mai 2007 fixe les principes déontologiques, les objectifs, l'organisation et la mise en œuvre de l'évaluation effectuée par des organismes habilités ainsi que la présentation et le contenu des résultats qui en sont issus.

La loi rénovant l'Action sociale et médico-sociale soumet les établissements et services médico-sociaux à une législation spécifique en matière d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations. La législation met en évidence deux types d'évaluations : interne et externe.

La première est menée par l'établissement lui-même, tous les 5 ans, alors que l'évaluation externe est réalisée par des organismes auparavant habilités par l'ANESM⁹, mais à présent par la Haute Autorité de Santé (HAS), tous les 7 ans, et sélectionné par la structure elle-même. Comme le précise l'HAS « *L'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies.* »¹⁰ Néanmoins, les deux types d'évaluations portent sur les mêmes champs afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu et sont nécessaires pour le renouvellement de l'autorisation pour 15 ans.

Bien que les MDA ne fassent pas parti des structures répertoriées comme « médico-sociales », l'ANMDA valorise la démarche qualité pour les MDA. Comme le précise le guide fourni par l'Association Nationale, une évaluation locale « *peut être confiée à un organisme extérieur pour l'estimation du travail effectué. L'évaluation peut alors être une mesure de l'évolution des pratiques. [...] L'évaluation peut être une donnée chiffrée des interventions auprès des différents publics figurant dans le rapport d'activité, pièce maîtresse pour l'obtention de financements. L'évaluation peut être d'ordre financier quand une association doit rendre compte des dotations qui lui ont été faites.* » Par ailleurs, pour ce qui est de l'évaluation nationale ce sont « *Les agences régionales de Santé (ARS), principales sources de financement des Maisons des Adolescents, [qui] fournissent une véritable évaluation des activités de celles-ci. À partir des rapports d'activité, elles renouvellent ou non les subventions de fonctionnement qui transitent par les établissements de santé.* »

En effet, les ARS étant les « pilotes » des dispositifs MDA, des représentants de l'ARS peuvent se déplacer sur site afin d'avoir un regard sur l'activité des MDA.

⁹ L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a été intégrée au sein de la Haute Autorité de Santé (HAS) par le Décret n° 2018-467 du 11 juin 2018.

¹⁰ Site internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2837139/fr/l-evaluation-externe-mode-d-emploi

Soulignons une particularité des MDA des Hauts de France, leurs financements sont assurés majoritairement par le Conseil Départemental et non par l'ARS comme c'est le cas dans les autres régions de France.

Comme nous l'avons vu, l'ANMDA encourage les MDA à mettre en œuvre une démarche d'évaluation du dispositif, afin qu'il soit en adéquation avec les besoins des trois publics, adolescents, parents, et professionnels mais également pour évaluer leur activité. De plus, d'après le guide « *Recueil des données d'activité MDA* »¹¹ l'évaluation sert notamment de « *démarche au service du changement, de l'amélioration de la qualité du service rendu et [est] un instrument de contrôle, de reproduction et de réduction des coûts.* » Pour la MDA de Lille et son antenne à Roubaix, une évaluation externe était prévue pour le début du mois de Novembre 2017 jusqu'au mois de Février 2018. Les différents axes de travail, inspirés des ESMS, qui ont été établis préalablement étaient :

- Parcours des jeunes à la maison des adolescents (sur les 2 sites Lille et Roubaix)
- Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement
- Organisation du travail et évaluation des personnels
- Expression et participation individuelle et collective
- Actions collectives de prévention primaire
- Ouverture de la MDA à et sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique
- La garantie des droits et la politique de gestion des risques
- Prise en compte des RBPP / cahier des charges des MDA
- Démarche d'amélioration continue

Pour mener à bien cette évaluation, de nombreux entretiens ont été effectués dont la plupart étaient collectifs. Selon le thème traité, les professionnels concernés par la question étaient sollicités. Il y a également eu quelques entretiens individuels. Bien que cette démarche fût intéressante, et les axes de travail plutôt cohérents, lors de la restitution du pré-rapport, il s'est avéré que la trame n'était pas adaptée car elle correspondait à celle d'un établissement médico-social (type Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)) et donc ne permettait pas de comprendre et d'expliciter pleinement les spécificités de la MDA : ainsi un manque de cohérence s'est fait ressentir.

¹¹ Guide « *Recueil des données d'activité MDA* », par l'ANMDA, 2015, P. 32

b. Le projet d'établissement

OUTIL	ESMS	MDA
Le projet d'établissement	X	X

Pour les ESMS, le projet d'établissement ¹² contient notamment les objectifs de l'établissement « *en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement* ».

Le projet d'établissement est, quant à lui, le socle de la MDA de Lille. Il a été réécrit en 2015. Il reprend le cadre conventionnel des MDA, l'offre de service -médicale, sociale, éducative ou partenariale-, les actions de prévention primaire, les actions de réseau, les modalités de fonctionnement interne avec la présentation d'un logigramme du parcours du jeune. Il est complété par le projet médical de la MDA qui a été écrit par les professionnels médicaux du CHRU. Néanmoins, en dehors de sa partie « perspective » ce projet d'établissement n'est pas traduit en termes d'objectifs propres à la structure, en lien avec le cahier des charges.

c. Le livret d'accueil

OUTIL	ESMS	MDA
Le livret d'accueil	X	

Le livret d'accueil ¹³ apporte des informations concernant la structure médico-sociale concernée, les personnes accueillies ainsi que les représentants légaux.

La MDA de Lille n'a pas de livret d'accueil à proprement parler. Néanmoins, comme mis en évidence dans le projet d'établissement, la MDA met à disposition du public des plaquettes de présentation, contenant des informations concernant la structure.

d. Les autres outils

OUTIL	ESMS	MDA
La charte des droits et des libertés	X	
Le contrat de séjour	X	

¹² Article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles.

¹³ Article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Circulaire n°138 DGAS du 24/03/2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L311-4 du CASF.

Le règlement de fonctionnement	X	
Le Conseil de la vie sociale	X	
La personne qualifiée	X	

La charte des droits et libertés¹⁴ porte sur « *les principes éthiques et déontologiques* » : non-discrimination, droit à une prise en charge, droit à l'information, le libre choix, droit à renoncer, droit au respect des liens familiaux, droit à la protection, droit à l'autonomie, droit à la pratique religieuse, respect de la dignité et de l'intégrité...

Le contrat de séjour¹⁵ détaille, lui, la nature des prestations que la structure médico-sociale offre ainsi que leur coût prévisionnel. Il définit les obligations réciproques et précise le coût de prise en charge de l'usager. Il détermine les objectifs et la nature de la prise en charge pour chaque personne accueillie.

Le règlement de fonctionnement¹⁶ aborde la dimension collective de l'établissement et il définit les droits et les obligations de la personne accueillie.

Le Conseil de la vie sociale¹⁷ (CVS) est une assemblée composée de représentants des familles, des résidents et du personnel. Il a pour rôle de donner son avis et faire des propositions sur toutes les questions concernant la vie de l'établissement. Cette instance peut par exemple être consultée sur le contenu du règlement de fonctionnement de l'établissement. Le rôle du CVS est d'informer les résidents les changements ou décisions qui ont une incidence sur les conditions de vie. Il est pour eux moyen de participer davantage, de s'exprimer, de communiquer, d'agir ensemble, de proposer les mesures à prendre, d'exprimer les doléances et suggestions des usagers, ou encore de débattre sur les projets.

Et pour finir la personne qualifiée¹⁸ est un médiateur dont tout usager peut faire appel pour l'aider dans différentes démarches et faire valoir ses droits en cas de conflit avec son entourage et/ou l'établissement. La liste des conciliateurs est fournie par le Préfet et le Président du Conseil général.

¹⁴ Arrêté du 8/09/2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁵ Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁶ Décret n°2003-1095 du 14/11/2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L311-7 du CASF.

¹⁷ Article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles.

Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du CASF.

¹⁸ Article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles.

Pour ces 5 outils, les MDA n'ont pas d'équivalent. Une charte des droits et des libertés, et un contrat de séjour ne seraient pas pertinent au regard de l'offre d'accueil de la MDA, surtout en mettant en évidence le fait que les publics et notamment les jeunes adolescents viennent sur le principe de la libre adhésion, c'est-à-dire qu'ils font le choix de venir à la MDA parce qu'ils le désirent. Les MDA proposant des suivis de courte durée, une assemblée comme le CVS, un médiateur comme la personne qualifiée ou encore le règlement de fonctionnement ne seraient pas non plus pertinent.

B. Un 2nd parallèle : des outils de mesure communs

a. Le rapport d'activité

OUTIL	ESMS	MDA
Le rapport d'activité	X	X

Dans les ESMS le rapport d'activité (RA) rend compte de l'activité de l'établissement mais pas uniquement. Les rapports d'activités peuvent être plus spécifiques et ne développer qu'un type d'activité : l'animation, l'activité financière... Néanmoins ces RA mettent en liens des objectifs avec les chiffres de l'année écoulée afin de vérifier leur atteinte.

Concernant la MDA de Lille, le rapport d'activité a été établi par la directrice, en lien avec la SDN et les financeurs (CD et ARS). Il est construit en plusieurs parties avec notamment :

- La présentation de la structure
- L'activité réalisée en mettant en évidence les trois axes de travail, et en reprenant quelques éléments financiers ainsi que les ressources humaines
- Un comparatif avec l'année précédente
- Des zooms qualitatifs d'activité et perspectives

Ce rapport d'activité permet avant tout de mettre en évidence une approche quantitative de l'activité de la MDA notamment avec des indicateurs tels que « *le nombre de participants* » pour les actions de prévention et de réseau ou encore « *le nombre de passages des trois publics* ». La dernière partie concernant les « zooms » permet davantage une vision qualitative sur des thèmes particuliers tels que l'évaluation externe et l'adaptation de l'offre aux problématiques émergentes des jeunes. Ce rapport est établi entre autres grâce à un outil informatique de recueil de données qui a été développé par le service informatique de la SDN.

b. L'outil informatique

OUTIL	ESMS	MDA
L'outil informatique	X	X

Les ESMS sont de plus en plus informatisés notamment dans la tenue des dossiers des résidents, ou dans le suivi médical. Suite à l'informatisation des hôpitaux avec le Dossier Patient Informatisé (DPI), les ESMS ont progressivement mis en place ces outils informatiques avec de nombreux logiciels spécifiques comme par exemple dans les EHPAD. Les objectifs sont notamment d'améliorer la traçabilité, de diminuer les erreurs inhérentes à la tenue de plusieurs documents similaires, supprimer les saisies multiples, donc n'avoir qu'une seule saisie adaptée à la fonction des professionnels, et finalement fiabiliser et sécuriser l'information ainsi que la conservation des données. De nombreux ESMS sont partiellement informatisés, et conservent des classeurs ou des documents papiers.

À la MDA, chaque nouvel accueil de jeune donne lieu à l'ouverture d'un dossier papier numéroté dit dossier social. Ce dossier permet de collecter des informations sociales sur le jeune accueilli. Il contient également des notes manuscrites objectives du contenu des entretiens de l'accueillant l'ayant reçu. Il peut être complété d'un dossier médical, si le jeune est orienté à l'interne vers un professionnel du sanitaire. Certaines données de ce dossier papier sont saisies par l'accueillant référent du jeune dans une base de données informatiques. Cela permet à l'informaticien de la SDN -qui est le seul à y avoir accès-, d'extraire ces données quantitatives, une fois par an ou à la demande de la direction. Ces données globales concernent donc la file active de la MDA, sur l'année écoulée. De plus, cet outil n'est pas le seul outil de récupération des données liées à l'activité de la structure.

L'hôtesse d'accueil tient un cahier de rendez-vous ainsi qu'un cahier de bord qui permettent de collecter les rendez-vous honorés et non-honorés ainsi que les appels téléphoniques reçus et les « passages » des publics. Les jeunes venant pour une simple demande d'information sans suivi, ne font pas l'objet d'une ouverture de dossier. Néanmoins, ces « passages » sont recueillis et quantifiés dans les statistiques. La secrétaire de direction, tient quant à elle un document qui ressence les actions de réseau faites par les accueillants, et tient l'agenda des médecins nutritionnistes, sexologues et gynécologues.

Ce sont les infirmières qui s'occupent de la gestion des rendez-vous du médecin pédopsychiatre. Néanmoins, comme le souligne Pierre VOYER, « [...] *comme les gestionnaires ont constamment besoin d'information vitale, ils vont investir une partie importante de leur temps à la recherche et à l'organisation de cette information pour la rendre significative, autrement dit, à régler des problèmes d'accessibilité et de pauvreté de l'information dont ils peuvent disposer.* »¹⁹ En effet, au sein de la MDA de Lille, les informations liées à l'activité ne sont pas regroupées, elles sont éparées, et cela peut être une source de perte de temps lors de la collecte des données d'activité notamment pour la réalisation du rapport annuel d'activité. Il est important de préciser que la MDA travaille à se doter du logiciel CAMELI®, logiciel utilisé notamment par les CMPP, CAMSP, Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique (ITEP) et foyers afin d'avoir un logiciel permettant la gestion des rendez-vous, de planning mais également un outil de recueil statistiques accessible à tout moment.

c. Les questionnaires de satisfaction

OUTIL	ESMS	MDA
Les questionnaires de satisfaction	X	X

Comme nous avons déjà pu le voir, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 réaffirme la place centrale des usagers. Ainsi dans les ESMS, la mesure de la satisfaction des publics est un critère important de mesure de la qualité. Beaucoup d'établissements mettent en place des questionnaires de satisfaction, notamment pour les animations ou prestations diverses, à destination des personnes accueillies ou des familles.

La MDA a mis en place des questionnaires de satisfaction distribués auprès des professionnels ayant assisté aux actions de prévention primaire, afin de connaître leur ressenti sur la prestation délivrée, de vérifier la compatibilité avec leurs besoins mais également pour permettre aux intervenants de faire évoluer leur outil de présentation. Ils sont notamment distribués à l'occasion des « jeudis thématiques » (matinées thématiques de prévention ou d'information à destination des professionnels mais aussi des parents). Néanmoins, ils ne font pas systématiquement l'objet d'une analyse, ni d'une valorisation dans le rapport d'activité.

¹⁹ « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » Voyer, Pierre Ed. Presses de l'Université du Québec, 1999, P.32

d. Le livre d'or

OUTIL	ESMS	MDA
Le livre d'or	X	X

Au même titre que les questionnaires de satisfaction, le livre d'or est un outil souvent présent dans les structures médico-sociales. Ils permettent aux personnes de laisser une trace de leur passage, que ce soit les personnes accueillies ou leur entourage familiale.

À la MDA également, un livre d'or est à destination des personnes accueillies que ce soit des jeunes, des parents ou des professionnels : ils peuvent y laisser un mot et exprimer ce qu'ils souhaitent. Cet outil est notamment proposé lorsque, dans un cadre scolaire par exemple, la MDA est présentée à un groupe d'adolescents. Cet outil n'a pas été pensé dans une démarche d'amélioration de la qualité. Il ne fait également pas l'objet d'une analyse qualitative.

e. Le tableau de bord

De nombreux ESMS utilisent un tableau de bord pour le suivi de leur activité. Ils peuvent contenir des indicateurs spécifiques liés aux soins, au matériel, à l'aspect financier... Ils permettent notamment de mettre en exergue une évolution par rapport à une donnée de base, qu'elle soit positive ou négative.

Pour la MDA, la SDN a récemment créé un tableau de bord de suivi mensuel qui permettrait de mettre en évidence l'évolution de la file active de façon générale et qui se présente ainsi :

	Activité prévisionnelle (Année N-1)	Activité réalisée	Écart	Taux d'activité (%)
Mois				

Source : Tableau de Bord créé par la Sauvegarde du Nord pour la MDA de Lille.

Pour le moment, ce tableau de bord n'est pas complété car la direction de la MDA n'a généralement accès aux données de l'outil statistique qu'une fois l'an, ce tableau ne peut donc pas être rempli mensuellement. De plus, il ne met en évidence qu'un aspect quantitatif de l'activité : la file active.

f. Les outils de communication

Au sein des ESMS, certains outils de la Loi n°2002-2 sont utilisés comme moyen de communication, comme le projet d'établissement ou le livret d'accueil qui sont accessibles au public. Ils sont souvent complétés par le projet d'animation, ainsi que par un site internet permettant d'obtenir des informations sur l'établissement.

La MDA possède également des outils de communication tels que sa page Facebook® qui lui permet de poster régulièrement les activités mises en place par la MDA, mais pas uniquement. Elle permet de partager des actualités liées aux problématiques de l'adolescence, les événements de la région pouvant intéresser les jeunes comme des dates de salons, de forums etc... Plus de 1 200 personnes ont « aimé » la page, et seulement 3 personnes l'ont noté en 2014 et 2015 : elle obtient ainsi une note de 4.3/5. Cet outil permet également aux personnes souhaitant des informations, de communiquer directement avec le documentaliste de la MDA. La MDA a également mis en service un site internet le 25 Juillet 2018. Au vu de la spécificité des missions de la MDA, elle possède une boîte de recueil d'adresses e-mails afin d'avertir les publics d'éventuels événements à venir. Cette boîte permet également au documentaliste de tenir un recueil d'adresses mails de parents. Il tient à jour également une deuxième base de données concernant les professionnels/partenaires et contenant diverses informations comme le nom du professionnel, sa fonction, sa structure d'exercice et son adresse mail.

La spécificité du fonctionnement des structures que sont les Maisons des Adolescents, mêlée avec les différents outils dont est dotée celle de Lille/Roubaix m'ont questionné quant au pilotage de cet établissement. Au vu de la multitude d'outils, l'intérêt était donc de créer un seul outil fournissant une vue d'ensemble des divers aspects/processus de la structure. Pour ce faire, il fallait définir des indicateurs pertinents, permettant d'effectuer des choix cohérents avec les objectifs du cahier des charges afin d'optimiser le pilotage de cette organisation si spécifique. Il apparaît indispensable de mettre en évidence la partie qualitative fournie par la structure et notamment les liens avec les partenaires extérieurs.

3. Définitions

A. Les indicateurs

Selon le dictionnaire Larousse® un indicateur est un « *Appareil, instrument servant à fournir des indications, des renseignements sur la valeur d'une grandeur : Indicateur de vitesse, de consommation d'essence.* »²⁰ Cette définition, bien que large, semble donner une première piste quant à ce qui m'intéresse : l'indicateur permet de fournir des renseignements quantitatifs. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) nous propose une autre définition « *Dispositif fournissant des repères et servant à mesurer. Indicateur de vitesse, de pression, de niveau, de distance, de position, de déclivité.* »²¹. Cette définition vient compléter la première en affirmant qu'un indicateur peut être un dispositif de mesure. Les exemples fournis renvoient aux indicateurs qualitatifs et sont très généraux.

Selon Pierre Voyer, « *un indicateur est un élément ou un ensemble d'éléments d'information significative, un indice représentatif, une statistique ciblée et contextualisée selon une préoccupation de mesure, résultant de la collecte de données sur un état, sur la manifestation observable d'un phénomène ou sur un élément lié au fonctionnement d'une organisation.* »²². Cette définition, qui se rapproche davantage du domaine de ma problématique, nous donne plusieurs informations importantes. Un indicateur doit être significatif, représentatif, ciblé, et contextualisé. « *Pour comprendre et apprécier la pertinence des indicateurs il s'agit de les mettre en relation directe avec le contexte et le fonctionnement de l'organisation qu'ils sont censés mesurer [...]* »²³ ainsi, le contexte d'utilisation de l'indicateur apparaît comme primordiale à sa cohérence.

Le but d'un indicateur est donc « *de déterminer l'objet à mesurer et de préciser la collecte d'indices représentatifs à effectuer et, lors de l'utilisation d'un tableau de bord, de décider de la façon de représenter les valeurs significatives, une fois la mesure effectuée* »²⁴.

²⁰ Source site internet Larousse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/indicateur/42576>

²¹ Source site internet CNRTL : <http://www.cnrtl.fr/definition/indicateur>

²² « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » Voyer, Pierre Ed Presses de l'Université du Québec, 1999 P.61

²³ « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » Voyer, Pierre Ed Presses de l'Université du Québec, 1999

²⁴ « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » Voyer, Pierre Ed Presses de l'Université du Québec, 1999 P.62

Sur le versant de la qualité, la norme FD X 50-171 relative aux « *Indicateurs et tableaux de bord* » définit un indicateur comme une « *information choisie, attachée à un critère, destinée à en observer l'évolution à intervalles définis* »²⁵ Un indicateur est donc un élément observable et mesurable, déterminé de façon qualitative ou quantitative, dont le calcul permet de mettre en évidence une évolution du processus évalué, au regard d'objectifs. Un indicateur est donc une information choisie qui permet d'observer, à un instant précis un état au regard d'objectifs prédéfinis. C'est une variable objective et documentée qui peut informer sur l'état d'une organisation ou sur l'évolution d'une situation, et qui peut aider à apprécier la mesure des changements effectués ou à envisager. Pour qu'un indicateur soit utile, il doit être analysé selon le contexte de la structure et en lien avec les objectifs qui lui sont attribués.

Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), un indicateur doit être simple et acceptable, validé et pertinent c'est-à-dire qu'il doit « *réfléter ce qu'il est censé mesurer* »²⁶ fiable, c'est à dire précis et reproductible dans le même environnement et le même cadre contextuel. Il doit également être sensible car il doit mettre en évidence les variations spécifiques et ses résultats doivent être restitués de façon claire.

B. La notion de performance

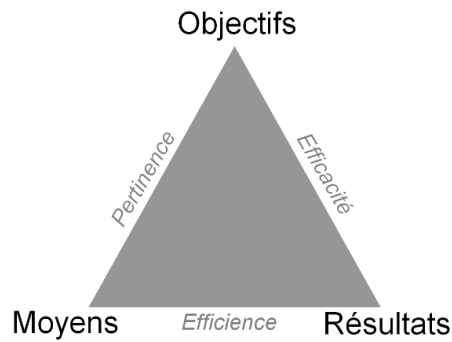
Comme nous l'avons vu durant nos études, la performance est une notion contingente. Elle dépend du point de vue des acteurs, d'éléments exogènes et de l'objectif stratégique adopté.²⁷ Elle s'évalue selon plusieurs horizons : le court terme qui représente la performance opérationnelle, le moyen terme qui représente l'organisation et le long terme qui représente la stratégie. La performance est une question centrale de la gestion publique. La création de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) instituée par la loi du 21 juillet 2009 témoigne de la volonté des pouvoirs publics « *d'aider les établissements de santé et médico-sociaux [...], en élaborant et en diffusant [...] des outils [...] leur permettant de moderniser leur gestion, [...] et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses.* »²⁸ La performance est un concept aux multiples dimensions. Elle peut être d'ordre financière et économique, sociale, politique, ou systémique. Elle est définie par l'atteinte des objectifs.

²⁵ « Norme FD 50-171 Système de management de la qualité – indicateurs et tableau de bord. » AFNOR, Ed AFNOR, 2000, p1-10.

²⁶ « Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux » ANAES, Mai 2002, P.28

²⁷ « Contrôle de gestion » P. LE JEUNE, 14 Avril 2018.

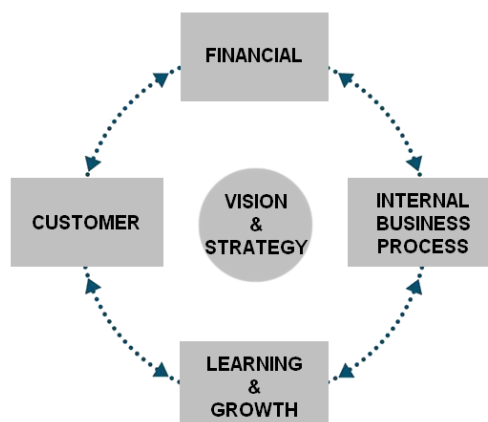
²⁸ « LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » - Art. 18.



Triangle de la performance : Modèle de Gilbert, 1980

Sur ce schéma, la pertinence représente l'adéquation entre les objectifs fixés et les moyens développés pour les atteindre. L'efficacité caractérise l'adéquation des résultats souhaités avec les objectifs. L'efficience correspond à la cohérence entre les résultats obtenus et les ressources utilisées. Au-delà de ces trois notions, n'oublions pas que la mesure de la performance prend également en considération la temporalité, notion manquante dans ce schéma.

Dans son livre, Pierre Voyer fait une différence entre un indicateur dit de gestion et un indicateur de performance : « Un indicateur « de gestion » serait d'abord une mesure liée au suivi des états des clients et des ressources et aux activités de fonctionnement et de production, dans le but de connaître et de répondre à l'ensemble des besoins de l'interne et des clients, sans insister sur l'interprétation de résultats autres que ceux ayant trait au respect des budgets et de la programmation des activités. Un indicateur de performance serait plus une mesure liée à une valeur ajoutée, au rendement, aux réalisations et à l'atteinte des objectifs, aux résultats d'impacts et aux retombées. »²⁹ On pourrait ainsi distinguer les indicateurs de gestion qui sont liés au fonctionnement de l'organisation des indicateurs plutôt stratégiques de performance, liés aux missions et aux objectifs.



Balanced score card (BSC) : Robert Kaplan et David Norton en 1992

²⁹ « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » Voyer, Pierre Ed Presses de l'Université du Québec, 1999, P.64

Avec le tableau de bord prospectif, Robert Kaplan et David Norton exposent comment décliner la performance selon les quatre perspectives suivantes :

- La perspective financière : au sens de la performance économique pour les financeurs et les actionnaires.
- La perspective client : qui correspond à la performance pour les bénéficiaires du service.
- Les processus internes : les processus internes essentiels à la performance.
- L'apprentissage et la croissance : la performance au sens de l'amélioration et du développement.

Ces 4 axes sont liés entre eux par une relation de cause à effet et par une volonté d'équilibre. Le BSC permet de clarifier et de formaliser la stratégie d'une structure pour permettre une mise en œuvre plus efficace, plus performante.

Peut-on parler de performance pour les MDA ? Ces structures, régies par un cahier des charges bien particulier sont, pour ainsi dire, spécifiques. Cet aspect de la performance, n'est évidemment pas synonyme de rendement. Il s'agit ici, de mettre en œuvre une stratégie équilibrée afin de faire corrélérer les objectifs, les moyens, et les résultats.

C. Le pilotage

L'organisation, telle que la définit Mintzberg correspond à « *une action collective à la poursuite de la réalisation d'une mission commune* »³⁰. Le pilote de cette organisation correspond au décideur de l'orientation de cette structure. Les managers représentent donc « *ceux qui ont la responsabilité formelle de toute ou partie d'une organisation [et qui], essayent de la diriger ou, du moins, de la guider dans ses activités.* »³¹ En effet, on ne pilote pas qu'une organisation, on pilote également des hommes. D'ailleurs Mintzberg définit le management comme étant « *le métier qui consiste à conduire, dans un contexte donné, un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance* ».³²

Il ne peut y avoir un processus de pilotage que si l'entreprise dispose de 3 types d'autonomies³³, l'autonomie de représentation qui correspond à la capacité à construire une représentation de la situation de l'organisation dans son contexte, de façon collective. Une autonomie de projet qui représente la capacité à évoluer en définissant des objectifs.

³⁰ « Le management voyage au centre des organisations. » MINTZBERG, H. 2004. ed Eyrolles Editions d'Organisation.

³¹ « Le management voyage au centre des organisations. » MINTZBERG, H. 2004. ed Eyrolles Editions d'Organisation.

³² « Le management dans le service public » ALECIAN S., F. D. 1994. Editions d'Organisation.

³³ « La stratégie « chemin faisant » », Avenier Marie-José et al., Economica, 1997

Et pour finir l'autonomie d'organisation c'est-à-dire construire une organisation interne et garantir une cohérence entre les objectifs et les ressources allouées pour y parvenir.

Bernard Martory, et Daniel Crozet donnent plusieurs raisons de piloter la performance et notamment la performance humaine³⁴. L'une d'entre elle est que les salariés d'une structure doivent connaître les objectifs de leur entreprise, cela assurera une cohérence et une unité générale. Ils devront avoir des repères afin de pouvoir analyser l'évolution de leur travail ainsi que leurs progrès. Pour finir, afin de piloter et d'évaluer la performance de l'entreprise, les supérieurs hiérarchiques doivent avoir une base objective afin d'évaluer la performance de l'entreprise.

On peut mettre en évidence deux types de pilotage, un centré sur le suivi de l'exécution de tâches, qui est le pilotage opérationnel et celui qui donne une vision globale des activités de la structure, le pilotage stratégique. Le pilotage d'une structure correspond donc au fait de manager des hommes, et tenter d'atteindre des objectifs clairement définis. Le pilotage s'inscrit dans le temps, c'est un processus progressif et dynamique.

D. Tableau de bord

Un tableau de bord regroupe des indicateurs préalablement sélectionnés pour leur pertinence, et permet de « *sélectionner, d'agencer et de présenter les indicateurs essentiels et pertinents, de façon sommaire et ciblée, en général sous forme de « coup d'œil » accompagné de reportage ventilé ou synoptique, fournissant à la fois une vision globale et la possibilité de forer dans les niveaux de détail.* » Pour qu'un tableau de bord puisse être réellement pertinent, il est nécessaire de miser sur la qualité de l'information fournie afin qu'il puisse mettre en évidence « *les résultats significatifs, les exceptions, les écarts et les tendances* »³⁵. Comme explicité par Kaplan et Norton³⁶, les gestionnaires, c'est-à-dire les décideurs, doivent disposer d'informations précises, mais au-delà de l'analyse de ces situations spécifiques, ils doivent pouvoir dégager une information globale, une vue d'ensemble de leur organisation. Cela permet également d'identifier les leviers d'actions dans le but de guider les décisions stratégiques. Comme ils l'explicitent avec le BSC, le décideur doit être en capacité de décliner sa vision de l'entreprise, sa mission et sa culture.

³⁴ « Question des ressources humaines pilotage et performance » 8^e édition, Bernard Martory, Daniel Crozet, Ed Dunod, Paris 2013

³⁵ « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » Voyer, Pierre, Ed Presses de l'Université du Québec, 1999, P.39

³⁶ « The Balanced Scorecard—Measures That Drive Performance » R.S. Kaplan et D.P. Norton, Harvard Business Review, janv.-févr. 1992, p. 71

Il doit pouvoir par ailleurs décliner les objectifs que se fixe l'entreprise ainsi que les initiatives mises en œuvre pour atteindre ces objectifs, et les indicateurs qui lui permettront de mesurer sa performance.

L'organisation doit donc être en capacité d'identifier des indicateurs de mesure pertinents et explicités par des objectifs précis ainsi qu'un cadre de référence afin de mesurer l'évolution des données mesurées.

4. L'ANAP

L'ANAP a été créée le 21 Juillet 2009 par la loi n°2009-879 « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST). L'agence a été mise en place par la publication de l'arrêté au Journal Officiel (JO) le 23 octobre 2009. Comme nous l'avons vu plus haut, L'ANAP a pour mission *« d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. »*³⁷

Le tableau de bord créé par l'ANAP est un outil coconstruit avec les professionnels des ESMS. La réflexion autour des principes de ce TDB et ses indicateurs a débuté en 2009 puis s'est poursuivie jusqu'en 2010 avec la construction d'un TDB commun pour le champ de l'accompagnement des personnes âgées et personnes handicapées adultes et enfant. Il a fait l'objet de deux expérimentations en 2011-2012 et 2012-2013. Il a été généralisé de 2015 à 2017 auprès de 20 catégories d'ESMS concernés par le Tableau De Bord (TDB) :

- | | |
|--|--|
| - Centre Action Médico-Sociale Précoce | - Institut Médico-Educatif |
| - Centre Médico-Psycho-Pédagogique | - Institut pour Déficients Auditifs |
| - Centre Rééducation Professionnelle | - Institut pour Déficients Visuels |
| - Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes | - Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique |
| - Établissement et Service d'Aide par le Travail | - Service d'accompagnement à la vie sociale |
| - Établissement pour déficient moteur | - Maison d'Accueil Spécialisé |
| - Établissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés | - Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés |

³⁷ Code de la Santé Publique - Art L. 6113-10 - Modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 18 (V)

- Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés
- Foyer de vie
- Foyer d'hébergement
- Service Polyvalent Aide et Soins À Domicile
- Service de Soins Infirmiers À Domicile
- Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

Il porte sur 4 domaines : « *Les prestations de soins et d'accompagnement, les ressources humaines et matérielles, l'équilibre financier et budgétaire, les objectifs de la structure* »³⁸.

On y retrouve différents types de données. Des données de caractérisation qui permettent de faire une description de la structure mais également de calculer les indicateurs de dialogue et les indicateurs clés d'analyse du TDB. Les indicateurs de dialogue sont le 1er palier de l'information, notamment pour permettre le dialogue avec les autorités de régulation. Les indicateurs clés d'analyse permettent d'expliciter les indicateurs de dialogue : ils sont le support du pilotage interne de la structure.

Ce TDB contient également un outil permettant de mesurer l'état d'avancement des évaluations internes et externes, ainsi l'état des lieux de la fonction système d'information. Comme stipulé sur le site de l'ANAP, il permet de répondre aux questions suivantes :

- « *Les profils des personnes accompagnées correspondent-ils aux missions de l'ESMS ?*
- *Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?*
- *Quel est le positionnement de l'ESMS dans le parcours de la personne accompagnée ?*
- *Quel est le niveau d'activité de l'ESMS ?*
- *Quelle est la dynamique de rotation des places au sein de l'ESMS ?*
- *Quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS sur le cœur de métier ?*
- *L'organisation est-elle structurée et stable ?*
- *Quel est le niveau d'exécution budgétaire ?*
- *Quels sont les grands équilibres financiers ?*
- *Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe ?*
- *Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire ?*

³⁸ Site internet de l'ANAP : <http://www.anap.fr/les-projets/programme-de-travail/projets/detail/actualites/le-tableau-de-bord-de-la-performance-dans-le-secteur-medico-social/>

- *Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?*
- *Quel est l'état des lieux de la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS ? »*

Ce qu'il est intéressant à voir à travers ces questions, c'est que lorsque l'on remplace « ESMS » par « MDA », la presque totalité des questions peuvent être posées à une structure comme une MDA.

Ce TDB permettait donc aux ESMS d'avoir un outil de pilotage interne de la structure. C'est également un outil de dialogue avec les autorités, et de comparaison pour les ESMS entre eux du fait de son format harmonisé.

Pour conclure cette première partie, il a été mis en évidence que les MDA étaient des structures particulières. Qu'elles ne dépendaient pas du Code de la Santé Publique ni du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ces dispositifs ne font pas parti des établissements et services médico-sociaux et ne sont pas soumis aux obligations de ces derniers. Néanmoins, au-delà du fait d'être un dispositif d'accompagnement, nous avons pu remarquer des similitudes dans l'utilisation d'outils, comme le projet d'établissement, les évaluations, l'outil informatique, le rapport d'activité etc...

Nous avons pu remarquer que la MDA disposait de plusieurs outils de collectes d'informations (outil statistique, dossiers, cahier de bord, agenda...), mais que de ce fait, l'information était dispersée et qu'elle pouvait être parfois difficile d'accès.

C'est pourquoi, en m'inspirant de l'existant, je souhaitais répondre à la problématique :

« QUELS INDICATEURS PERTINENTS CONSTRUIRE POUR PERMETTRE D'OPTIMISER LE PILOTAGE DE LA MDA DE LILLE ? »

Le but étant donc de créer un outil préalablement basé sur les objectifs du cahier des charges des MDA, permettant de regrouper les informations, notamment pour donner une vision globale de la structure selon son contexte, à un instant précis, afin d'optimiser le pilotage de la structure.

II. DEUXIÈME PARTIE

1. L'enquête au sein de la MDA de Lille

Pour me permettre de faire un premier état des lieux des indicateurs à mettre en place au sein de la MDA de Lille, il paraissait intéressant de constater s'il était possible de s'approprier un outil du secteur médico-social, le TDB de la performance de l'ANAP développé précédemment. Pour ce faire, j'ai décidé d'en discuter en interne avec la direction de la MDA de Lille.

A. Objectif de l'enquête :

L'objectif de cette enquête était de mettre en évidence si le TDB de la performance fournit par l'ANAP aux ESMS et plus précisément ses indicateurs pouvaient correspondre à l'activité de la MDA de Lille.

Pour cela, j'ai présenté un questionnaire simple avec les indicateurs du TDB de l'ANAP à la direction de la MDA, afin qu'elle réponde à la question « *ces indicateurs sont-ils pertinents pour la MDA de Lille ?* »³⁹. J'ai donc créé un tableau permettant de répondre « oui », « non », ou « je ne sais pas » à la question précédemment posée, et ce, pour chaque indicateur.

J'ai repris les 4 axes, les 2 catégories d'indicateurs et en ai sélectionné 38 sur les 43 que compte le TDB de l'ANAP. J'ai retiré 5 indicateurs, qui ne correspondent pas aux publics accueillis en MDA :

- Score moyen dépendance GMP (dernier GMP validé et dernier GMP connu)

En effet, cet indicateur correspondant au Groupe Iso Ressource (GIR) moyen pondéré, donc à une population avec une problématique liée à la dépendance qu'elle soit physique ou intellectuelle, il n'est donc pas applicable aux publics accueillis par les MDA.

- Score moyen en soins requis PMP (dernier PMP validé et dernier PMP connu)

Le Pathos moyen pondéré (PMP) regroupe 50 états pathologique. Cet indicateur correspond au niveau de soins nécessaire à la prise en charge des personnes âgées, dans un état polypathologique. Il n'est pas adapté à la population accueillie en MDA.

- Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GIR (1 à 6)

³⁹ Annexe 2 : TDB de l'ANAP, réponses de Mme Rochart, directrice de la MDA de Lille

Comme explicité précédemment les indicateurs liés au GIR des personnes accueillies en ESMS ne correspondent pas à la réalité des MDA.

- Taux d'utilisation de la dotation en soin

Les MDA n'étant pas des structures médico-sociales, et surtout, ne fournissant pas de prestation « soins » pris en charge par l'Assurance Maladie, cette dotation ne les concerne pas.

- Structure des dépenses financées par la dotation de soin.

Comme expliqué pour l'indicateur précédent, les MDA n'ont pas de « dotation en soins ».

Mon souhait était de pouvoir faire, par la suite, un comparatif entre les réponses de la direction de la MDA de Lille, avec les MDA de France. En effet, j'ai soumis un questionnaire aux autres MDA, qui contenait une première partie descriptive de la MDA concernée et une seconde partie avec ce TDB. Pouvoir analyser et comparer les résultats obtenus me permettait de mettre en évidence si les réponses aux indicateurs étaient partagées par les MDA.

Dans un premier temps je vais donc présenter synthétiquement les réponses données par la direction de la MDA de Lille, présenter ensuite les réponses des MDA de France ayant répondu à mon questionnaire, pour pouvoir faire une analyse et une comparaison des deux résultats dans une troisième partie.

B. Résultats et analyse :

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		X	
Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance	X		
Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination	X		
Taux d'hospitalisation complète		X	
Taux de réalisation de l'activité		X	
Taux d'occupation des lits ou places financées		X	
Taux de rotation* des lits ou places financées		X	
Taux de rotation* des places financées en accueil de jour		X	

Dans l'axe 1 « prestations de soins et d'accompagnement » les seuls indicateurs de dialogue considérés comme pertinents étaient la « répartition des personnes accompagnées selon leur provenance » et la « répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination » soit 25% des indicateurs de dialogue de l'axe 1 proposés par l'ANAP. Les autres étant considérés comme ne décrivant pas de façon pertinente l'activité de la MDA de Lille. L'indicateur lié au taux de personnes en dérogation ou hors autorisation n'a pas été retenu. Selon moi, cet indicateur pourrait simplement permettre à la MDA de Lille de s'assurer que la tranche d'âge des jeunes accueillis correspond aux besoins du territoire, question qui ne se pose pas étant donné l'effectivité de l'ajustement de l'offre au regard des problématiques traitées par la MDA. L'indicateur concernant la répartition des personnes est effectivement intéressant et peut rendre compte de la qualité du travail effectué. La MDA de Lille n'a pas vocation à hospitaliser les personnes accueillies c'est pourquoi cet indicateur comme ceux concernant l'occupation ou la rotation des places et des lits ne sont pas adéquats. Selon moi, le taux de réalisation de l'activité pourrait être pertinent, non pas en termes de « journées réalisées » comme le propose l'ANAP mais dans un TDB comme celui de la SDN afin d'avoir un comparatif mensuel par rapport à l'année n-1.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GPP (groupes de patients proches)	X		
Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées	X		
Répartition par âge des personnes accompagnées	X		
Durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement.	X		
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection	X		
Taux d'occupation des places habitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale		X	
Nombre moyen de journée d'absence des personnes accompagnées		X	
Part des actes/séances programmés non réalisés	X		
File active des personnes accompagnées	X		

Concernant les indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne de l'axe 1 « prestations de soins et d'accompagnement » seuls deux indicateurs n'ont pas été retenus. Les indicateurs concernant le profil des personnes accompagnées par répartition en fonction des GPP (groupes de patients proches) ou par répartition en fonction des types de déficiences observées ont été relevé comme pertinent. En effet, selon moi, au-delà des termes spécifiques employés, il est intéressant de regrouper les publics plutôt par « motif ». L'indicateur de répartition par âge des personnes accompagnées est également considéré comme pertinents et en effet, cet indicateur pourrait renseigner sur le profil des jeunes venant à la MDA. L'indicateur de durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement permet quant à lui de renseigner sur la durée des prises en soins, et donc la cohérence avec le cahier des charges qui évoque un suivi à court terme. La part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection peut renseigner sur la part des jeunes relevant d'une protection juridique ou sociale. La part des actes/séances programmés non réalisés renseigne sur le taux d'absentéisme des jeunes à leurs rendez-vous programmés et finalement la file active des personnes accompagnées est pertinente pour connaître le flux des publics de la MDA.

Concernant l'indicateur lié à l'aide sociale, en effet, concernant l'hébergement il n'est pas pertinent cependant, selon moi, il aurait pu être intéressant de connaître les jeunes connus de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Pour finir l'indicateur lié aux journées d'absence peut selon moi être regrouper avec les actes non réalisés.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux d'ETP vacants	X		
Taux de prestations externes	X		
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	X		
Taux d'absentéisme	X		
Taux de rotation des personnels sur effectifs réels	X		

Pour le 2^e axe concernant les « ressources humaines et matérielles », les indicateurs de dialogue ont tous été considérés comme pertinents pour la mesure de l'activité de la MDA de Lille. En effet tous ces indicateurs renseignant sur le domaine des Ressources Humaines (RH) de la structure et sont donc intéressants pour le pilotage de la MDA comme d'un ESMS.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Répartition des effectifs par fonction	X		
Pyramide des âges du personnel	X		
Taux d'absentéisme par motif	X		
Poids du recours à l'intérim	X		

Dans ce 2^e axe il en était de même pour les indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne qui ont tous été considérés comme pertinents pour le pilotage de la MDA de Lille.

Comme pour les indicateurs de dialogues, ces indicateurs concernant la fonction RH semblent pertinents afin de renseigner sur la qualité de vie au travail (QVT) par exemple.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux d'atteinte des prévisions de recettes		X	
Taux d'atteinte des prévisions de dépenses	X		
Taux de CAF		X	
Taux de vétusté des constructions	X		
Taux d'endettement	X		
Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes	X		

Pour l'axe 3 « finances et budgets » les indicateurs de dialogue comme l'atteinte de prévisions de dépenses, la vétusté des constructions, le taux d'endettement et le besoin en fond de roulement ont été considérés comme des indicateurs pertinents.

L'indicateur concernant l'atteinte des recettes n'est pas considéré comme pertinent comme celui concernant le taux de capacité d'auto-financement (CAF), néanmoins l'atteinte des recettes pourrait permettre de s'assurer de l'obtention des fonds prévus par les financeurs et l'indicateur de CAF pourrait permettre de mettre en évidence les fonds utilisables en investissement. Le taux de vétusté des constructions est pertinent s'il existe des amortissements en cours mais selon moi il pourrait l'être au sens propre comme « d'éventuels dépenses à prévoir » liées à l'état de la structure. Le taux d'atteinte des prévisions de dépenses permet lui de s'assurer que les dépenses budgétées ont été réalisées. Cet indicateur comme ceux liés à l'endettement et au besoin en fond de roulement sont importants à connaître afin de s'assurer de la situation financière de la structure.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Répartition des recettes par groupes		X	
Répartition des dépenses réalisées par groupe	X		
Répartition des recettes par section tarifaire		X	
Répartition des dépenses par section tarifaire		X	

Toujours pour ce 3^e axe, le seul indicateur d'analyse et de pilotage interne relevé a été la répartition des dépenses réalisées par groupe. En effet l'indicateur de répartition des dépenses par groupe est davantage adapté à la MDA. Il permet de classer les dépenses comme par exemple les charges liées au fonctionnement ou les charges liées à l'accueil en fonction des groupes sélectionnés. Les indicateurs liés aux sections tarifaires ne sont pas adaptés aux MDA car elles n'ont pas de sections tarifaires comme les EHPAD, j'aurais d'ailleurs pu retirer ces indicateurs des questionnaires également.

	Oui	Non	Je ne sais pas
État d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe	X		

	Oui	Non	Je ne sais pas
État des lieux de la fonction « système d'information » dans les ESMS		X	

Pour le dernier axe « objectifs » l'indicateur de dialogue : état d'avancement de la démarche d'évaluation, a été considéré comme pertinent et en effet, il correspond à la réalité de la MDA de Lille étant donné qu'elle effectue cette démarche d'évaluation.

L'indicateur d'analyse et de pilotage interne : état des lieux de la fonction système d'information n'a pas été considéré comme pertinent. Selon moi, la fonction système d'information est importante du fait des missions des MDA. Évaluer cet indicateur pourrait permettre de faire un état des lieux en termes de collecte, de communication et de sécurité des données par exemple.

2. L'enquête auprès des MDA de France (DOM TOM inclus)⁴⁰

Après avoir fait ce premier état des lieux auprès de la direction de la MDA, j'ai décidé de vérifier si les résultats étaient partagés par les autres MDA. J'ai donc écrit un questionnaire « Google Form » en deux parties.

A. Présentation du questionnaire et objectif :

Dans un premier temps, une courte introduction me permettait de me présenter moi, et mon questionnaire. Ensuite, la première concernait la MDA questionnée, et la mesure de son activité. Cette partie me permettait d'avoir un bref aperçu de la MDA concernée. La seconde partie concernait plus en détails le TDB de l'ANAP. Dans ce questionnaire également, les 5 indicateurs cités plus haut, étaient retirés pour plus de cohérence.

Sur les 13 questions de la première partie 3 réponses étaient facultatives : celle concernant le département, la seconde qui venait préciser la présence d'un TDB au sein de la MDA, et la dernière sur la file active. Et sur les 10 questions de la seconde partie, seule la question « avez-vous des remarques » était facultative.

J'ai décidé de créer un « Google Form » car le format type questionnaire en ligne, était plus simple à diffuser qu'un format papier à envoyer et à retourner. Je n'ai pas non plus contacté les MDA afin de programmer un rendez-vous pour pouvoir les questionner par téléphone car cela me paraissait bien trop fastidieux. J'ai ensuite choisi de privilégier les MDA « mères » afin de ne pas soumettre plusieurs fois le questionnaire à un responsable ayant plusieurs antennes à coordonner. J'ai récupéré les adresses e-mail à partir d'un fichier créé par le documentaliste de la MDA de Lille, les recensant.

Il existe aujourd'hui 109 MDA en France (DOM et TOM compris). Moins les 15 antennes, ainsi que les 7 mails qui m'ont été retournés avec un message d'erreur : il ne restait donc que 87 MDA. 21 d'entre elles ont répondu à mon questionnaire soit un taux de réponses d'environ 24,1% de réponses.

B. Mode d'administration

Le premier e-mail a donc été envoyé aux 87 MDA le 22 Mai 2018. Une relance a été faite le 11 Juin 2018 car seulement 11 personnes avaient répondu à mon questionnaire. Arrivée à 15 personnes suite à cette relance, j'ai demandé l'appui de la chargée de mission de l'ANMDA, afin d'effectuer ma dernière relance avec plus de crédit.

⁴⁰ Annexe 3 : Questionnaire à destination des MDA de France (DOM TOM inclus)

Malheureusement sans réponse de sa part, je l'ai envoyé le 28 Juin 2018, ce qui m'a permis d'arriver aux 21 personnes réponses actuelles. J'ai précisé dans mon dernier mail que je comptais clôturer le questionnaire le Vendredi 07 Juillet 2018.

C. Résultats et analyse

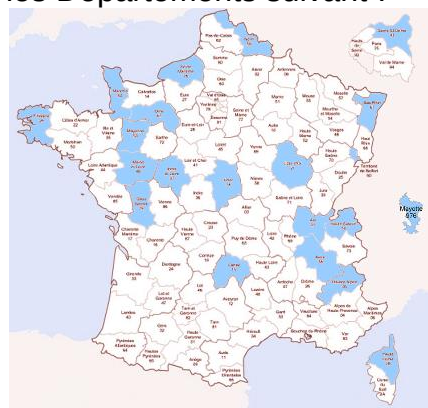
J'ai décidé de vous présenter les questions une à une, en les argumentant et en présentant les résultats obtenus. La première partie concernait donc un état des lieux sur les MDA ainsi que la mesure de l'activité.

Dans quel département exercez-vous ?

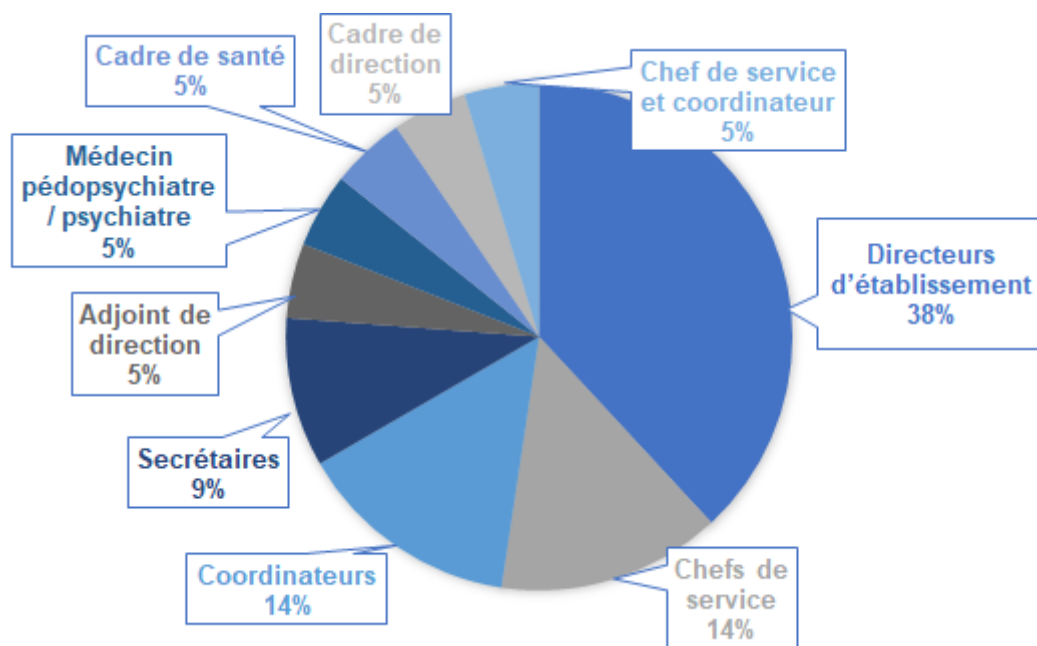
Cette question m'a simplement permis de recenser les MDA ayant répondu à ce questionnaire, notamment afin de faciliter mes démarches de relance et ne pas resolliciter les personnes ayant déjà répondu. Dans le but d'anonymiser le questionnaire, cette réponse était facultative, néanmoins, toutes les MDA y ont répondu.

Les MDA ayant répondu à ce questionnaire se situent dans les Départements suivant :

Nord, Seine-Maritime, Seine Saint Denis, Manche, Orne, Mayenne, Finistère, Maine et Loire, Indre et Loire, Deux-Sèvres, Cher, Côte d'Or, Bas Rhin, Territoire de Belfort, Ain, Haute Savoie, Cantal, Isère, Hautes-Alpes, Haute-Corse, Mayotte.

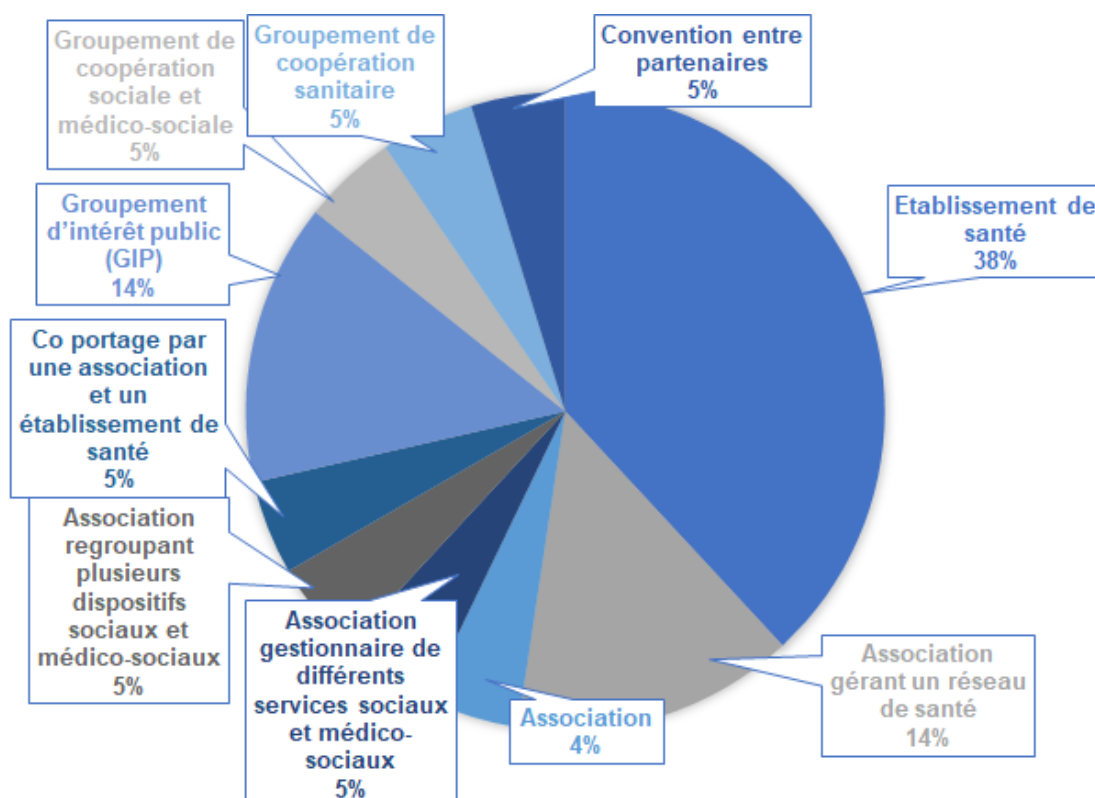


Quelle fonction exercez-vous au sein de la MDA ?



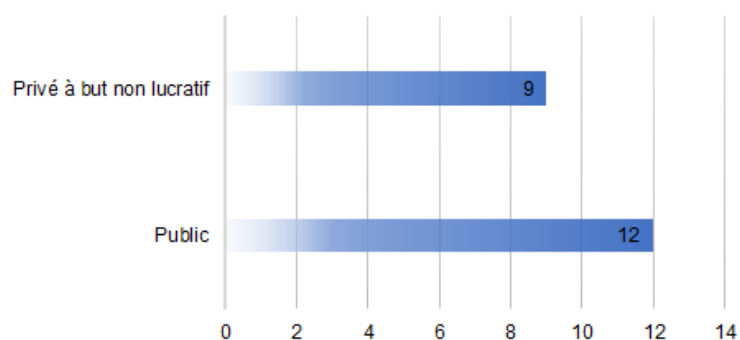
Cette question m'a tout d'abord permis de m'assurer que le répondant occupait une fonction hiérarchique possiblement en lien avec la mesure et le compte rendu de l'activité de la structure. Parmi les répondants il y avait donc une majorité de directeurs d'établissement (8), 3 coordinateurs, 3 chefs de services, 2 secrétaires puis 1 adjoint de direction, 1 cadre de santé, 1 cadre de direction, 1 chef de service et coordonnateur, 1 médecin pédopsychiatre / psychiatre.

Votre établissement (...) :



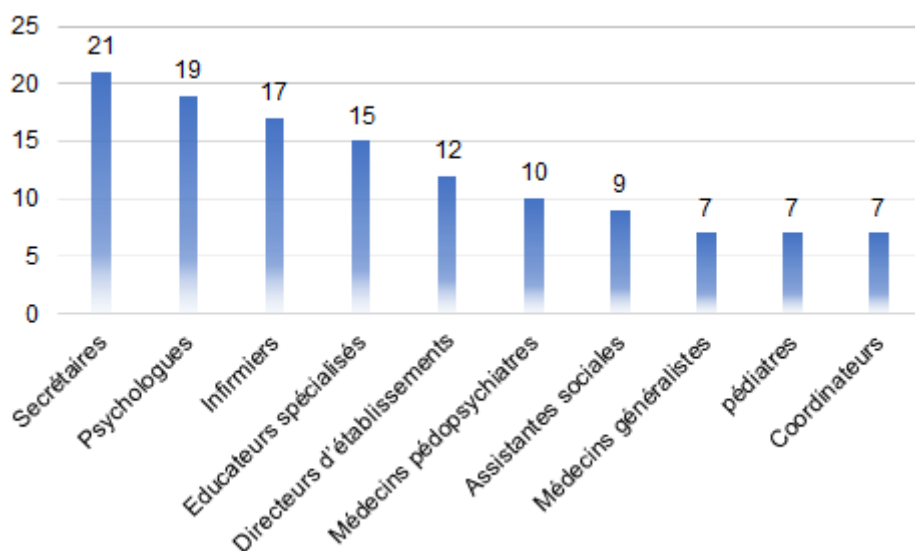
Cette question avait pour but de permettre de mettre en évidence d'éventuelles différences entre la gestion d'une MDA rattachée à un établissement ou de santé, ou un GIP ou encore à une association, notamment dans la mise à disposition d'outils par leur structure de rattachement. En regroupant les réponses, on obtient un total de 8 MDA rattachées à un établissement de santé, 7 à une association, 3 à un GIP, 2 groupements de coopération, un sanitaire et un social et médico-social, ainsi qu'1 convention entre partenaires.

Votre statut juridique est :



Ces deux questions m'ont permis de catégoriser les MDA dans l'analyse de mon questionnaire, afin de mettre en évidence des liens ou des écarts possiblement liés à la structure de rattachement/ au statut de la MDA. Les 8 MDA rattachées à un établissement de santé ainsi que les 3 GIP et la convention entre partenaires sont les structures publiques ; sans surprise, les 7 MDA rattachées aux associations et aux 2 groupements de coopérations sont privés.

Comment est constituée votre équipe ?



Cette question m'a permis avant tout de faire un état des lieux des spécificités des MDA dans la constitution des équipes.

D'après le rapport fait par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)⁴¹ d'Octobre 2013, certains éléments sont nécessaires pour une MDA couvrant 400 000 habitants :

1 Équivalent temps plein (ETP) de médecin (évalué à 90K⁴² € /an), 1 ETP de psychologue (40K € /an), 0.5 ETP infirmier (25K € /an), 0.5 ETP éducateur (25K € / an), 0.5 ETP de secrétaire (20K € /an), l'équivalent d'1 ETP de professionnel de la stratégie de la MDA selon les besoins locaux (50K € /an) soit 250K € à l'année auquel s'ajoute 50K € de frais de fonctionnement soit un total de 300K €.

Ainsi selon les réponses au questionnaire, les équipes se composent :

Pour chaque MDA on retrouve 1 secrétaire (21 au total donc). Dans 19 MDA il y a également un psychologue, pour 17 un infirmier et pour 15 un éducateur spécialisé. 12 MDA ont un directeur d'établissement, 10 un médecin pédopsychiatre, 9 une assistante sociale, et 7 un médecin généraliste, un pédiatre et un coordinateur.

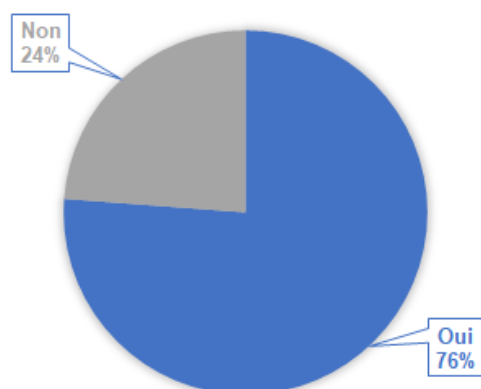
Ensuite, selon les partenariats, et les besoins de territoire on retrouve parmi les réponses, 6 addictologues, et 6 représentants de l'éducation nationale, 5 chefs de services, 5 psychiatres, et 5 conseillers conjugaux, 3 éducateurs de la PJJ, 2 nutritionnistes, 2 gynécologues, 2 avocats, 2 animateurs, 2 sages-femmes. Ensuite, 1 juriste, 1 cadre de direction, 1 cadre socio-éducatif, 1 aide médico-psychologique (AMP), 1 moniteur éducateur, 1 médiateur familiale, 1 éducateur technique, 1 art thérapeute, 1 intervenant yoga, 1 sophrologue, 1 conseiller d'orientation, 1 conseiller en insertion emploi formation, 1 chargé de projet prévention, 1 chargé de mission, 1 agent d'entretien.

Il paraît important de souligner qu'au vu des réponses à ce questionnaire, 12 MDA semble ne pas avoir de médecin au sein de son établissement, or c'est une exigence du cahier des charges.

⁴¹ Rapport IGAS d'Octobre 2013 Annexe 4, P.97

⁴² NB : 1K = 1 000

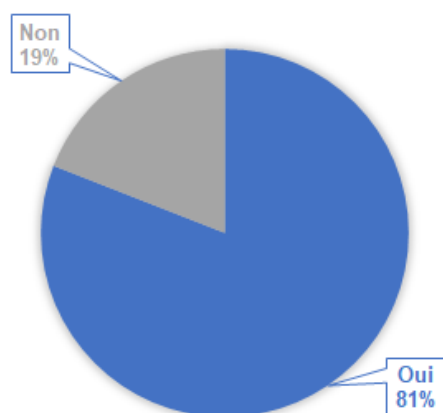
Utilisez-vous un rapport d'activité type ?



Parmi ces 16 réponses positives, 5 ne seront pas considérées comme étant des rapports d'activité « type » car ils ont été créés par la MDA pour la MDA et n'ont pas été transmis par la structure de rattachement ou par l'ARS par exemple.

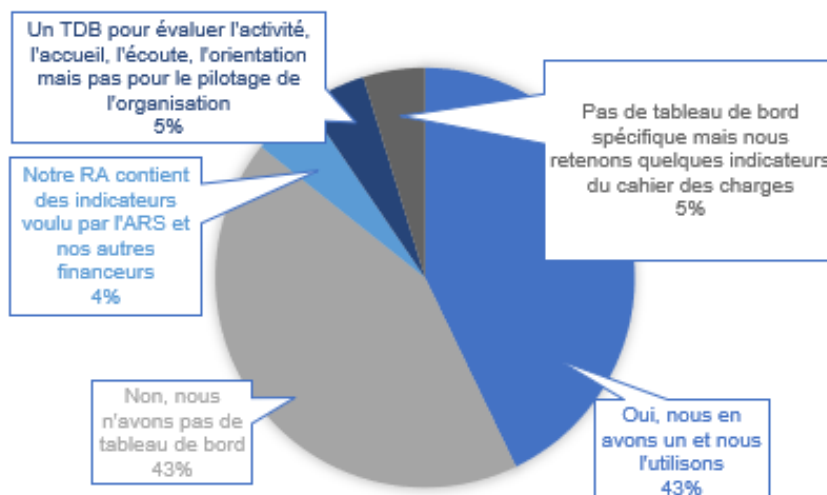
Il reste donc 11 « oui » : 3 qui viennent de l'association de rattachement, 5 de l'ARS, 1 MDA remplit deux rapports d'activités, un pour l'association de rattachement et un pour la MDA, 1 « oui » qui n'a pas été développé et 1 « bilan d'activité » pour lequel il n'y a pas non plus de précision. Rappelons qu'une particularité des Hauts de France est que contrairement au reste de la France, leur financement n'est pas assuré majoritairement par l'ARS mais par le Conseil Départemental. Pour les autres départements, les financements proviennent majoritairement de l'ARS.

Ce rapport d'activité type correspond t-il à votre activité, et permet-il de valoriser les spécificités de votre MDA ?



Cette différence de 1 peut provenir du fait qu'une MDA a précisé « pas de rapport d'activité type » mais a répondu « oui » à cette question. Cela signifie peut-être qu'elle n'utilise pas de rapport type mais que celui qu'elle utilise met en valeurs l'activité de sa structure.

Avez-vous et utilisez-vous un tableau de bord pour évaluer l'organisation de votre MDA ?



Au total, 10 MDA n'ont pas de TDB et 11 en ont un, en considérant que la MDA ayant précisé que son rapport d'activité contient des indicateurs, utilise son RA comme TDB. Cette question m'a permis de mettre en évidence le fait que cet outil n'était pas réellement généralisé. De plus, il aurait pu sembler qu'une MDA rattachée à un établissement de santé aurait eu plus facilement accès à ce type d'outil, or la moitié des MDA avec ce statut juridique n'ont pas de TDB. 2 MDA sur les 7 rattachées à une association n'ont pas non plus de TDB. Et 2 MDA sur 3 en GIP n'ont pas non plus de TDB. Ce résultat met en évidence le fait que le statut juridique et plus exactement la structure de rattachement n'est pas synonyme d'uniformisation des outils.

Concernant la MDA ayant un « *Tableau de bord pour évaluation activité accueil, écoute, orientation mais pas pour le pilotage de l'organisation* », on peut se demander si ce TDB n'a réellement qu'une utilité de « valorisation » de l'activité et s'il n'est pas malgré tout, utilisé comme outil d'aide à la décision.

Si vous avez un tableau de bord, permet-il de valoriser votre activité et de mettre en évidence les spécificités liées à votre MDA ?

Il semblerait que les TDB des 10 MDA permettent de valoriser l'activité des MDA. Une structure a répondu « partiellement ». Par ailleurs, cette structure utilise le rapport d'activité de son association, cela pourrait mettre en évidence un manque d'adaptation de l'outil. Les 10 autres n'ont pas de TDB.

Parmi ces 10 « oui », les 5 MDA ayant un rapport d'activité type construit avec leur ARS, 2 répondent ne pas avoir de tableau de bord, mais parmi eux, une répond à cette question « oui, sur le trimestre ».

On peut donc imaginer que s'ils n'ont pas de TDB formel ils bénéficient peut-être d'un outil permettant d'évaluer leur activité de façon trimestrielle. Ainsi, 80% des MDA ayant un rapport d'activité élaboré avec leur ARS ont également un TDB qui leur permet de valoriser leur activité.

De quels outils disposez-vous pour faire votre rapport d'activité ?

Parmi les outils les plus cités, on retrouve les trames de rapport d'activité, cités par 8 MDA, les guides mis à disposition par l'ANMDA, qui ont été cités par 5 MDA, et les tableaux de bord, cités 4 fois. Les MDA ont également fait mention d'outils statistiques notamment avec le logiciel EXCEL®, cités 4 fois. Une MDA met en évidence que ce tableur est « très fastidieux et insatisfaisant ». On retrouve également des « relevés d'activité », des « tableaux de suivi de l'activité », des « tableau de recueil de données » et d'autres « outils » créés par les MDA qui donnent notamment des indicateurs quantitatifs comme la « file active », ou le « nombre d'entretien ». Les MDA bénéficient également parfois d'un logiciel informatique, réponse citée 2 fois par une MDA rattachée à un établissement de santé et par une rattachée à une association. Pour finir, une MDA appartenant à une association cite une « grille d'évaluation clinique », des « vignettes », les « CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), politique de la ville » et une MDA appartenant à une association gérant un réseau de santé dont le rapport d'activité provient de son association cite les « indicateurs ARS ».

Comment définissez-vous la file active annuelle de votre MDA ?

Les MDA étant des structures spécifiques, il me paraissait intéressant de mettre en évidence la façon dont chacun définissait sa file active. En effet, le fait de ne pas avoir la même définition peut faire apparaître des écarts plus que significatifs et ne permet pas d'être cohérent lorsque l'on souhaite une vision harmonisée par rapport au nombre d'habitants par exemple.

Un des critères qui revient dans 5 définitions est « vu au moins une fois au cours de l'année civile ». On remarque qu'il peut exister plusieurs files actives, une par public par exemple, une regroupant les 3 publics, une différenciant les modes d'entrée ou alors les profils. 10 MDA parlent de « jeunes » ou « d'ados » accueillis tandis que 2 parlent de « sollicitations » et différencient les publics. 2 autres parlent de « situations », et 2 autres de « dossiers ». On remarque également que parfois la définition regroupe tous les modes d'entrée (téléphonique, physique...).

La définition change également lorsqu'il s'agit de compter les « nouveaux dossiers » sur une année ou de compter également les dossiers antérieurs encore actifs sur l'année en cours, c'est-à-dire le public pour lequel le suivi se poursuit.

Quelle est votre file active annuelle ?

Pour les 2 MDA ayant parlé de « situations », les files actives sont de 611 et 740.

Concernant les 10 MDA parlant de « nombre de jeunes suivis » on passe de « 194 » à « 2200 » avec 6 MDA dont la file active moyenne est d'environ 500 jeunes. 1 autre MDA évoque « 630 » suivi sans détailler davantage. Nous avons également « 535 sollicitations des 3 publics » ou « 353 personnes accompagnées ». Pour les 2 MDA parlant de dossiers leur file active est de 862 et 950. Pour finir une MDA répond « 1591 jeunes différents et 429 parents suivis soit un total de 4142 entretiens ».

Certaines données ne sont pas exploitables car à la question précédente, demandant de définir leur file active certaines MDA ont fait figurer plusieurs « définitions » de ce fait certains chiffres ne sont pas rattachés à une définition précise.

À cette question, on peut conclure l'importance de la définition de la file active, surtout lorsque l'on met en évidence que selon les réponses nous passons de « 194 » à « 4142 ». Harmoniser la définition de la file active, en mettant l'accent sur la possibilité de quantifier d'autres indicateurs en lien avec cette file active permettrait d'harmoniser la vision de la « performance » des MDA entre elles par exemple.

Quels sont les catégories d'indicateurs que vous utilisez pour évaluer et piloter votre établissement ?

1 MDA a répondu à cette question : « ? » et après vérification c'est un coordinateur qui a répondu pour ce questionnaire. La secrétaire d'1 MDA a répondu : « aucun » et la seconde secrétaire a répondu uniquement : « la file active » malheureusement la 1^e partie de ce questionnaire est difficilement exploitable étant donné le manque de cohérence et de détail des informations fournies par cette secrétaire. 4 MDA ont répondu « qualitatifs et quantitatifs » tandis qu'1 autre a répondu « quantitatif principalement ».

Pour les 13 autres MDA, certains indicateurs reviennent souvent comme un indicateur portant sur les actions collectives qui revient 6 fois et dont la moitié des répondants (3) différencient les destinataires de ces actions (familles ou professionnels...). Les données de caractérisation de la population comme l'âge, le sexe, la provenance géographique et le motif de venue reviennent dans 4 questionnaires. 5 MDA ont également évoqués comme indicateur « adressé par... ». Certaines données comme l'orientation et la file active sont

citées 3 fois, et d'autres comme l'aspect budgétaire, l'aspect RH, les projets ou encore le mode de 1^e contact apparaissent dans 2 questionnaires. On peut par ailleurs noter que le lexique est important lorsque qu'il s'agit de mesurer et d'évaluer sa structure car on retrouve des termes différents : « consultations », « entretiens », « actes », « rencontres », « personnes vues », et lorsque l'on s'intéresse aux structures de rattachement des MDA ayant rempli avec ces termes, elles sont aléatoires. Cela signifie par exemple qu'une MDA rattachée à un établissement de santé ne privilégie pas les termes liés au monde sanitaire comme « consultations » ou « actes ».

La seconde partie du questionnaire concernait le TDB de la performance fournit par l'ANAP. Afin de faciliter la lecture de ces tableaux, j'ai décidé de diviser les réponses en 3 catégories :

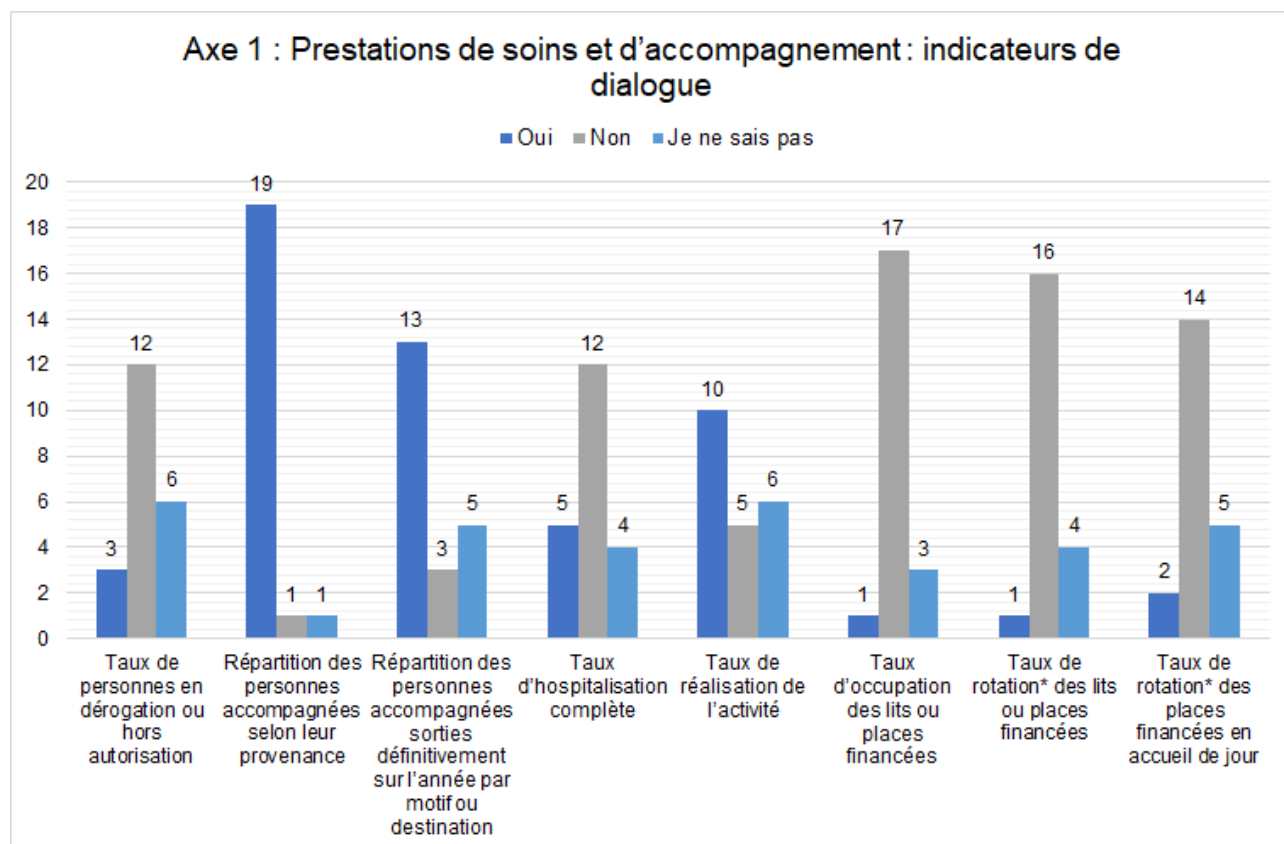
21 > 15 : cette catégorie représente les résultats les plus significatifs, donc les indicateurs ayant obtenus le plus de réponses que ce soit positives ou négatives.

14 > 8 : cette catégorie représente des résultats discutables, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas reçu ni la majorité ni la minorité des réponses.

7 > 0 : cette catégorie représente les réponses les moins significatives, les indicateurs ayant récoltés le moins de réponses.

Cette classification m'a permis de mettre en évidence, une majorité, une minorité mais aussi des égalités, peut être liées à des incompréhensions du questionnaire, ou du TDB en lui-même.

Axe 1 : Prestations de soins et d'accompagnement : Selon vous, ces indicateurs de dialogue sont-ils pertinents pour votre MDA ?



Ainsi pour 12 personnes le taux de dérogation ne semble pas important. Selon moi c'est une donnée qui pourrait être intéressante pour les MDA venant d'ouvrir, et ayant ciblé une tranche d'âge particulière. Cela pourrait permettre de s'assurer de la pertinence de la tranche d'âge ciblée sur une première année de fonctionnement par exemple.

Pour 19 répondants la répartition des personnes accompagnées selon leur provenance est un indicateur pertinent. Dans le cadre d'un ESMS, cet indicateur correspondrait au lieu de vie de la personne avant son arrivée dans la structure. En effet pour une MDA cet indicateur pourrait mettre en évidence le lieu (ou la personne) qui a orienté le jeune vers la structure et il serait pertinent pour permettre d'identifier les partenaires qui orientent les jeunes.

Pour 13 personnes, connaître le motif ou la destination du jeune est pertinent. En effet, il serait intéressant de recueillir les informations de type « sorties définitives » ou « orientations » notamment pour permettre de mesurer « l'efficacité » du travail effectué mais également du travail de réseau.

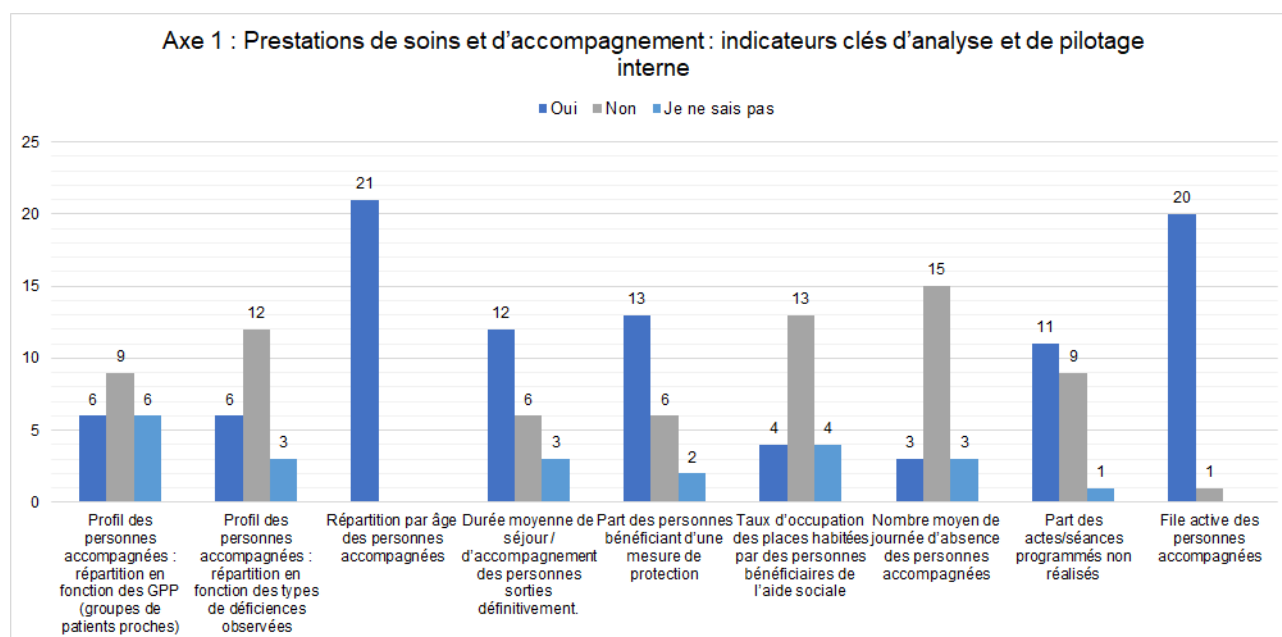
Le taux d'hospitalisation complète n'est pas pertinent selon 12 personnes.

Dans 10 questionnaires on retrouve l'indicateur « taux de réalisation de l'activité » comme pertinent.

En effet, comme dans le TDB créé par la SDN pour la MDA de Lille, il peut être intéressant de mesurer mensuellement son activité en la comparant à l'année N-1 : cela permet d'identifier les périodes de flux, et les périodes plus creuses, mais également de voir l'évolution de l'activité d'une année sur l'autre afin d'analyser les écarts.

Pour respectivement 17, 16 et 14 personnes les indicateurs de taux d'occupation et de taux de rotation des lits et des places ne sont pas pertinents : en effet ces indicateurs ne concernent pas les structures comme les MDA.

Axe 1 : Prestations de soins et d'accompagnement : Selon vous, ces indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne sont-ils pertinents pour votre MDA ?



Concernant le premier indicateur sur les GPP les réponses sont plutôt diverses. 9 personnes pensent que cet indicateur n'est pas pertinent, 6 pensent qu'il l'est et 6 autres personnes ne savent pas. On peut donc penser qu'en effet ça ne semble pas pertinent, d'autant plus que si on se rapproche de la définition d'un « groupe de patient proche » on apprend que cet indicateur signifie que ce sont des patients avec les mêmes soins médico-techniques importants (SMTI), ce qui ne correspond pas aux publics des MDA.

Concernant le type de déficience observé, cet indicateur n'est pas pertinent pour 12 personnes. Pour une MDA on pourrait donc plutôt songer à regrouper ces deux indicateurs en « motif de la 1ère venue ». Indicateur qui serait intéressant à mettre en lien avec le « motif détecté par l'accueillant », car ils diffèrent souvent : par exemple, une difficulté scolaire peut cacher des relations intrafamiliales compliquées.

Le troisième indicateur d'analyse et de pilotage « répartition par âge » est validé par tous les répondants. En effet, cet indicateur est déjà utilisé par la plupart des MDA dans leurs RA, dont celle de Lille.

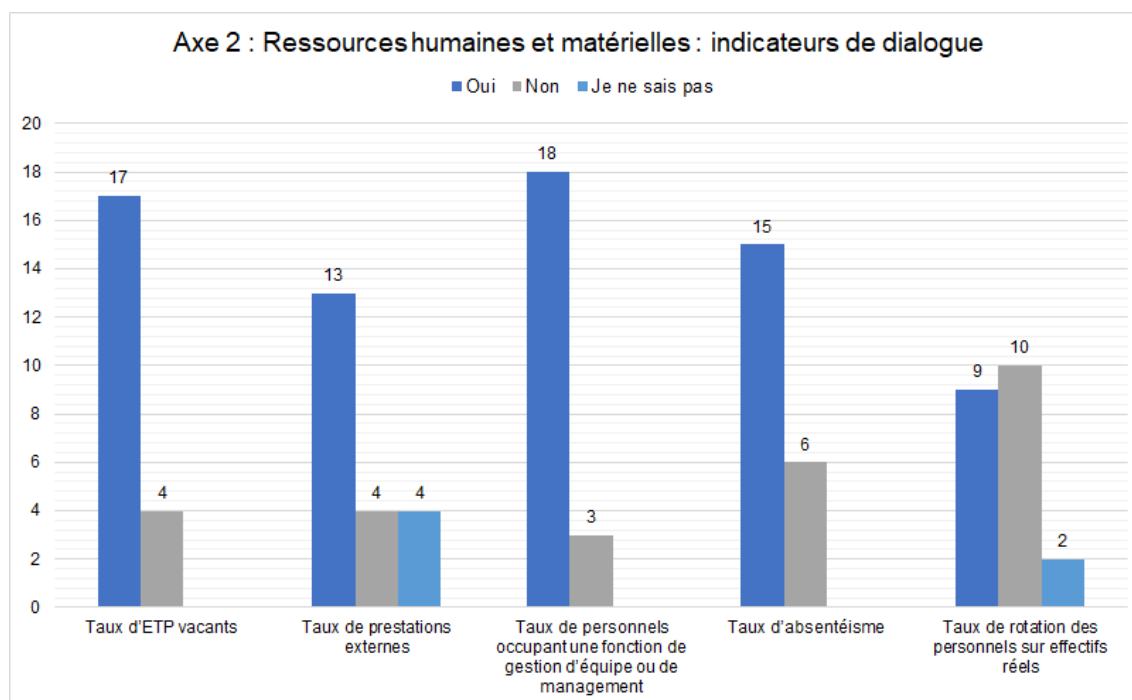
L'indicateur concernant la durée moyenne d'accompagnement est pertinent pour 12 répondants et en effet, ce type d'indicateur permet de mettre en évidence le nombre d'entretiens moyens pour un jeune. Il pourrait être à croiser par exemple avec le motif de venu.

13 personnes pensent que savoir si le jeune bénéficie d'une mesure de protection peut être pertinent pour une MDA, et en effet, cela donne des informations importantes pour son accompagnement.

L'indicateur « taux d'occupation des places habitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale » dans sa définition qu'en donne l'ANAP c'est-à-dire « l'aide sociale départementale à l'hébergement », ne correspond pas, comme le pensent les 13 répondants, à l'activité d'une MDA. Les aides sociales sont des prestations qui peuvent être de l'ordre d'une aide sous forme de service ou d'aide pécuniaire versée par le département aux personnes sujettes à des difficultés sociales, économiques, de dépendance, de handicap. Néanmoins, s'il s'agissait de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), comme on pourrait l'entendre pour des adolescents, cette information pourrait être intéressante pour l'accompagnement. Selon 15 répondants, le nombre de journée d'absence des personnes accompagnées n'est pas un indicateur pertinent. Concernant la part des actes/séances programmés non réalisés, bien que 11 personnes pensent cet indicateur pertinent, 9 pensent qu'il ne l'est pas. Selon moi cet indicateur ainsi que le précédent pourraient être remplacés par la « répartition des rendez-vous honorés et non honorés » que l'on pourrait classer par motif par exemple, et qui serait davantage intéressant pour le pilotage d'une MDA.

Le dernier indicateur de cette catégorie correspond à la file active, et en effet comme 20 personnes le pensent pertinent, cet indicateur est déjà utilisé par les MDA comme celle de Lille.

Axe 2 : Ressources humaines et matérielles : Selon vous, ces indicateurs de dialogue sont-ils pertinents pour votre MDA ?



Pour 17 répondants, le taux d'ETP vacant est un indicateur pertinent pour une MDA car en effet il permettrait de mettre en évidence des difficultés de recrutement. Pour 13 personnes le taux de recours aux prestations externes est également un indicateur intéressant, car il pourrait permettre d'apprécier l'importance de la contribution des services ou professionnels externes, et de mettre en évidence le manque d'une compétence particulière dans la structure. Cependant, selon moi il n'est pas l'indicateur le plus important, car les MDA bénéficient de beaucoup de « mise à disposition » notamment de par leur fonctionnement. Pour 18 personnes le taux de personnel occupant une fonction de management est un indicateur pertinent pour les MDA, structures dont l'objet est l'accueil et l'accompagnement des publics, ce qui est cohérent.

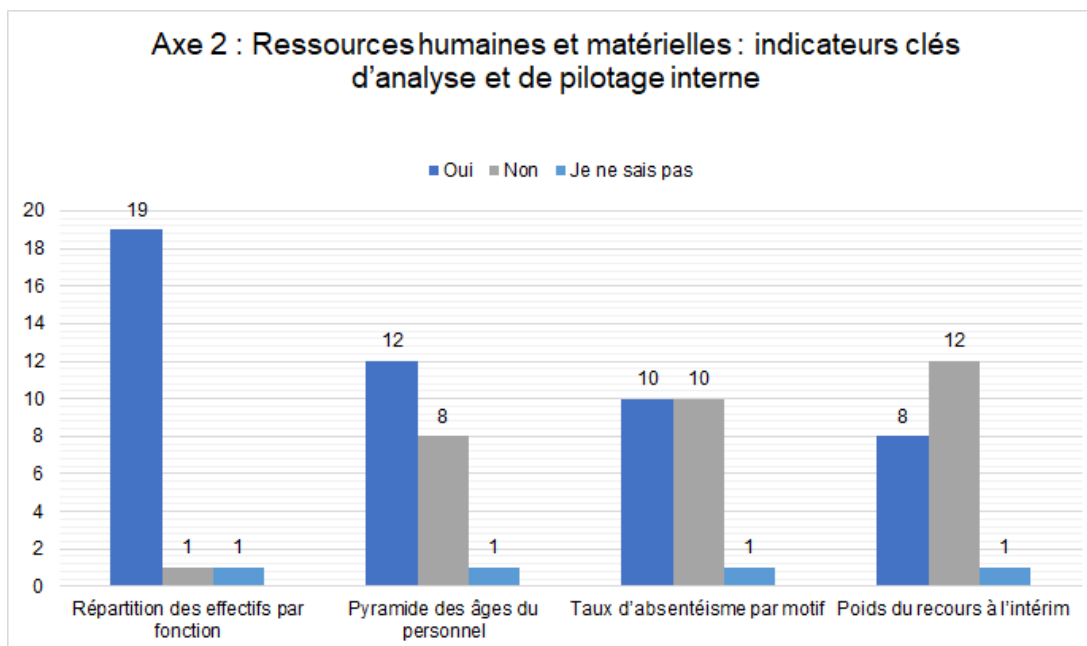
L'indicateur du taux d'absentéisme des professionnels est en effet un indicateur pertinent, comme le pense 15 des répondants. Cet indicateur donne de bonnes précisions notamment sur la qualité de vie au travail (QVT) par exemple.

L'indicateur concernant le taux de rotation sur effectif réel n'obtient pas les mêmes chiffres que les indicateurs précédents. En effet 10 personnes pensent qu'il n'est pas pertinent pour les MDA et 9 personnes pensent qu'il l'est. Cet indicateur pourrait être calculé comme suit :

$$\frac{\text{Nombre de recrutements au cours de l'année} + \text{nombre de départs dans l'année}}{\text{L'effectif réel}}$$

En effet, le turn-over c'est-à-dire le renouvellement du personnel est également un indicateur de QVT. La pertinence de ces indicateurs RH, est donc à prioriser pour le fonctionnement d'un établissement comme les MDA.

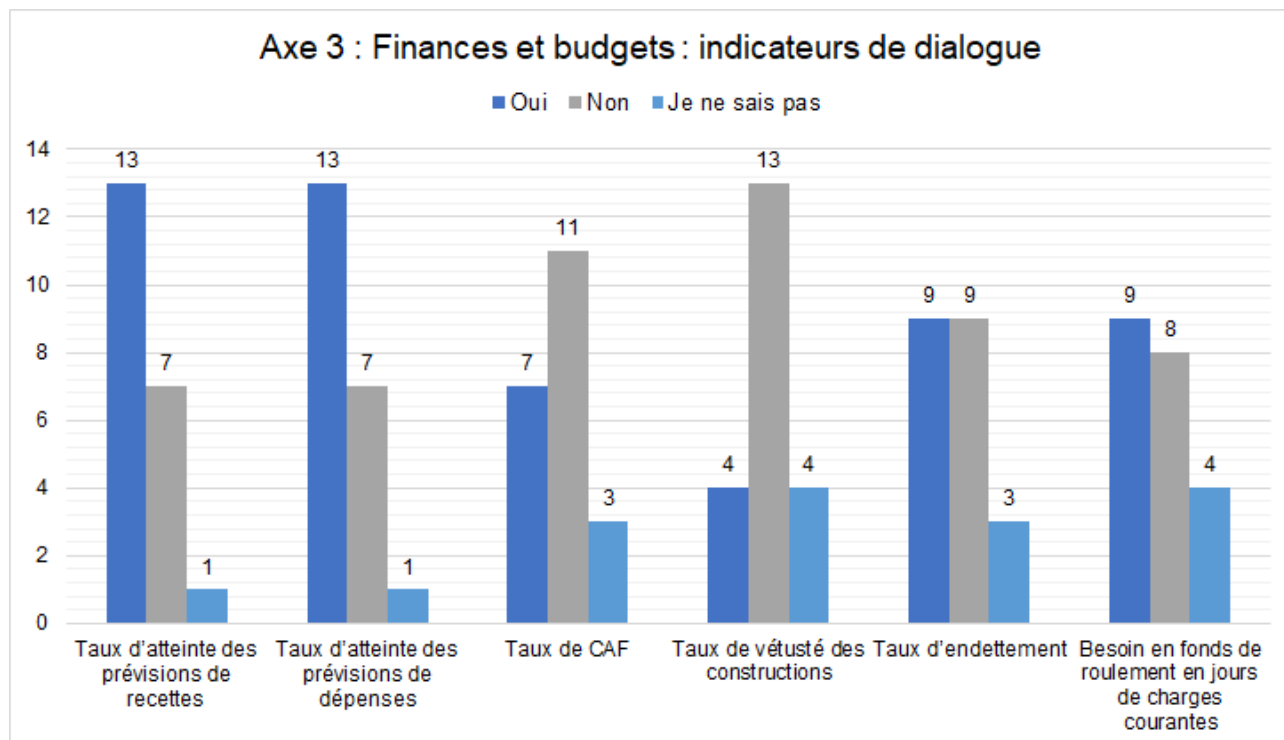
Axe 2 : Ressources humaines et matérielles : Selon vous, ces indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne sont-ils pertinents pour votre MDA ?



Le premier indicateur concerne la répartition des effectifs par fonction, et 19 répondants pensent que c'est un indicateur clé d'analyse et de pilotage pertinent. En effet cet indicateur rejoint celui concernant le taux de personnel occupant une fonction de management. La mission des MDA étant l'accueil et l'accompagnement des publics, un taux trop élevé de professionnels occupant une fonction liée à la stratégie peut mettre en évidence une incohérence dans les priorités de la structure, selon son contexte.

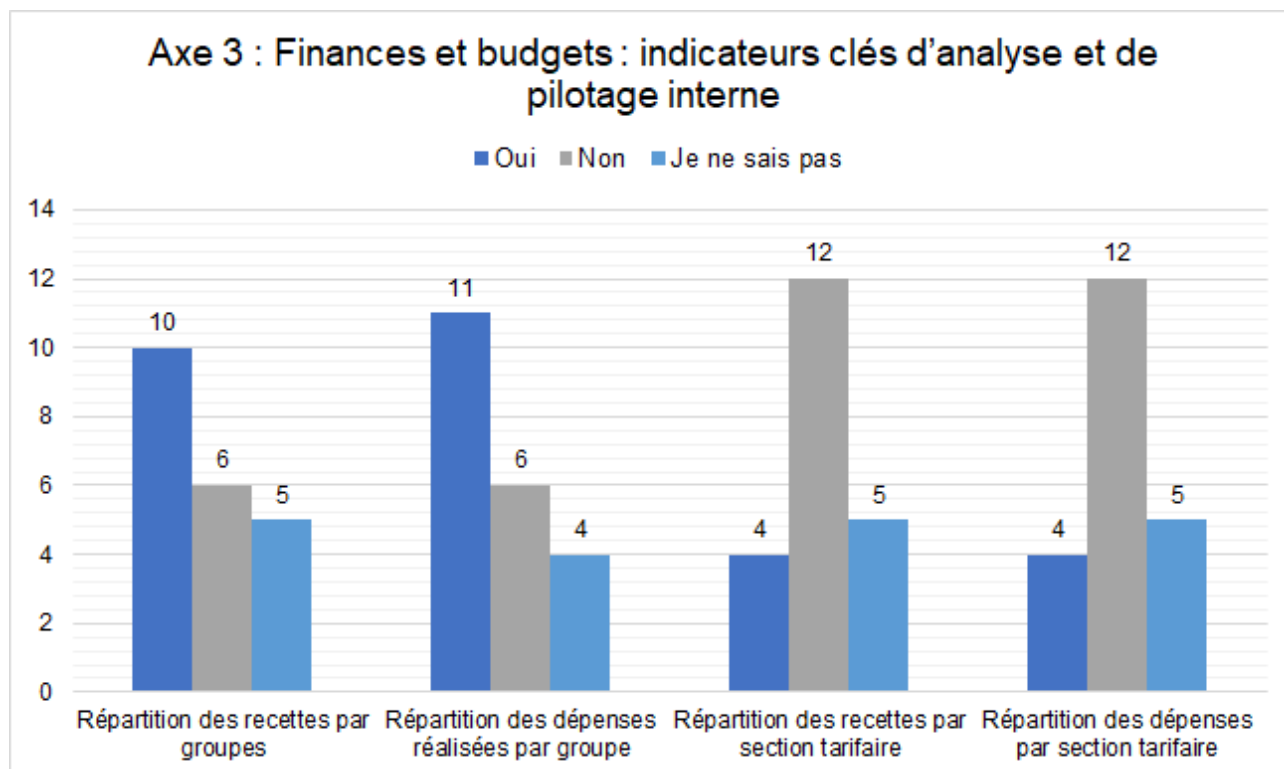
Les indicateurs suivants n'ont pas obtenu de résultats significatifs. Pour la pyramide des âges du personnel 12 personnes pensent que l'indicateur est pertinent, pour 8 qui pensent qu'il ne l'est pas. Pourtant cet indicateur permet par exemple d'envisager les départs en retraite et donc d'éventuels recrutements à prévoir. Le taux d'absentéisme par motif obtient 10 oui et 10 non : pourtant cet indicateur est également un bon moyen de mesurer la QVT ou encore les éventuels risques liés aux postes. Concernant le taux de recours à l'intérim, 12 personnes pensent qu'il n'est pas pertinent alors que 8 personnes pensent qu'il l'est. Cet indicateur peut informer sur la stabilité des RH et sur la QVT : il pourrait donc être à envisager pour une MDA.

Axe 3 : Finances et budgets : Selon vous, ces indicateurs de dialogue sont-ils pertinents pour votre MDA ?



Les indicateurs de taux d'atteinte des prévisions de recettes et de dépenses sont pertinents d'après 13 personnes. 11 personnes ont répondu que la capacité d'autofinancement (CAF) n'était pas un indicateur pertinent. 13 personnes pensent également que la vétusté des constructions n'est pas un indicateur pour le pilotage d'une MDA. Or ces indicateurs peuvent permettre de prévoir certaines dépenses et informer sur la capacité de la structure à dégager des fonds. Concernant le taux d'endettement et le besoin en fond de roulement ils sont pertinent selon 9 personnes et ne le sont pas pour respectivement 9 et 8 personnes, pourtant ils informent sur la santé financière de la structure.

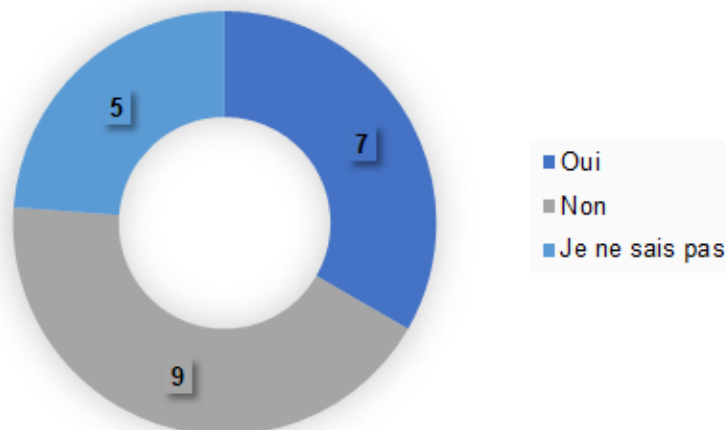
Axe 3 : Finances et budgets : Selon vous, ces indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne sont-ils pertinents pour votre MDA ?



Comme pour le tableau précédent, ces indicateurs n'ont pas obtenu de résultat formel et révélateur. La répartition des recettes et des dépenses par groupe sont pertinents pour 10 et 11 personnes respectivement. Ces indicateurs peuvent permettre de mettre en évidence les catégories ou groupes avec les dépenses les plus importantes. Les deux indicateurs de répartition par section tarifaire ne sont pas pertinents pour 12 personnes. En effet, les MDA n'ayant pas de catégories de tarification comme les ESMS (soin, dépendance, hébergement), j'aurais également pu retirer ces indicateurs du questionnaire.

Axe 4 : Objectifs : Selon vous, cet indicateur dialogue est-il pertinent pour votre MDA ?

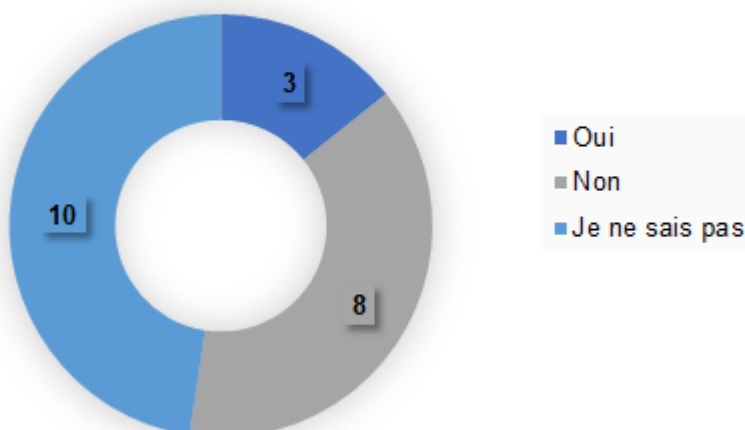
État d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe



Pour 9 personnes cet indicateur n'est pas pertinent or il convient de préciser que l'ANMDA met en évidence le fait que la démarche d'évaluation est une démarche à encourager pour apprécier l'activité des maisons des adolescents. Selon moi, s'il est bien une démarche appartenant aux secteurs sanitaires et médico-sociaux à valoriser, c'est l'évaluation qu'elle soit interne sous forme d'audit par exemple ou externe. Néanmoins pour que la démarche aboutisse, il serait intéressant de créer un outil d'évaluation réellement approprié aux MDA.

Axe 4 : Objectifs : Selon vous, cet indicateur clé d'analyse et de pilotage interne est-il pertinent pour votre MDA ?

État des lieux de la fonction « système d'information » dans les ESMS



C'est le seul indicateur qui a obtenu autant de « je ne sais pas », signe d'incompréhension. 10 personnes ont répondu ne pas savoir si cet indicateur serait pertinent pour leur MDA contre 8 qui pensent que non. La fonction système d'information représente la circulation de l'information dans la structure. Que ce soit la communication, la sécurité des données ou l'informatisation des systèmes. Selon moi cette fonction est pertinente et pourrait permettre de développer la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'information.

Globalement, ce TDB de l'ANAP permet t-il de valoriser votre activité et de mettre en évidence les spécificités des MDA ?

1 chef de service ainsi qu'1 adjoint de direction ont répondu « oui » à cette question. Cet adjoint de direction, qui a répondu « oui » à presque 87% des indicateurs de ce TDB, précise qu'il « *a permis de recenser les indicateurs de suivis en lien avec les recommandations et définir également des axes d'amélioration* ». Le chef de service a quant à lui répondu « oui » à 50% des indicateurs et 37% « je ne sais pas ». 7 autres répondants sont plus nuancés dans leurs réponses. Ils précisent que ce TDB pourrait y répondre partiellement sur certains indicateurs précis, mais qu'il manque une approche qualitative ainsi que les spécificités des MDA : « *accueil de courte durée, libre adhésion, notion de parcours amont/aval, adressage, prise en charge graduée* » et la valorisation de l'activité de réseau.

1 personne pense que cette réponse nécessite un échange préalable. Elle a par ailleurs répondu « oui » pour 16 indicateurs, « non » pour 11 et également 11 « je ne sais pas ».

11 personnes ont répondu que ce TDB ne correspondait pas car très peu adapté à l'activité réalisée et au public accueilli. De plus les MDA n'ont pas les mêmes règles de financements, ni de restitution d'activité qu'un ESMS, note l'une d'entre elles.

Notons qu'1 personne met en évidence le fait que les MDA se sont décalées de la pédopsychiatrie, et que le lexique utilisé en MDA est bien différent d'un ESMS.

Avez-vous des remarques ?

Une personne met en évidence qu'il existe peu d'outils de gestion dans son établissement de santé et que « *tous ces paramètres seraient beaucoup trop lourds à mesurer, et n'apporteraient pas de renseignements indispensables* ».

Un autre précise que « *tous les critères relatifs aux prestations de soins, aux "patients" ne nous concernent pas ou ne sont pas adaptés à notre spécificité* ».

Pour finir, une personne met en évidence le fait que les MDA devraient « *posséder des indicateurs d'activité cohérents afin de promouvoir et valoriser leurs missions* ».

3. Parallèle entre les deux questionnaires :

Pour rendre les tableaux plus visuels, les réponses données par la MDA de Lille sont :

Encadrées comme ceci, avec un double trait
--

Les résultats présentant un écart entre les réponses des MDA de France et celles de la MDA de Lille sont en ***gras et en italique***.

De plus les MDA de France sont également appelées « panel ».

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation	3	12	6
Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance	19	1	1
Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination	13	3	5
Taux d'hospitalisation complète	5	12	4
<i>Taux de réalisation de l'activité</i>	10	5	6
Taux d'occupation des lits ou places financées	1	17	3
Taux de rotation* des lits ou places financées	1	16	4
Taux de rotation* des places financées en accueil de jour	2	14	5

Axe 1 : il n'y a que pour l'indicateur de dialogue **Taux de réalisation de l'activité** pour lequel la direction de la MDA de Lille considère qu'il n'est pas pertinent alors que dans le questionnaire adressé aux MDA de France, 10 d'entre-elles pensent qu'il l'est. Selon moi, cet indicateur n'est pertinent que s'il est comparé avec l'activité à n-1, car il permet de mesurer l'évolution rapidement.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GPP (groupes de patients proches)	6	9	6
Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées	6	12	3
Répartition par âge des personnes accompagnées	21		
Durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement.	12	6	3
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection	13	6	2
Taux d'occupation des places habitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale	4	13	4
Nombre moyen de journée d'absence des personnes accompagnées	3	15	3
Part des actes/séances programmés non réalisés	11	9	1
File active des personnes accompagnées	20	1	

Pour deux indicateurs d'analyse et de pilotage le panel n'est pas en accord avec la réponse donnée par la MDA de Lille. Pour les indicateurs « **profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GPP (groupes de patients proches)** » et « **profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées** » la direction de la MDA de Lille les pense pertinents, comme 6 autres personnes du panel tandis que respectivement 9 et 12 répondants au questionnaire pensent qu'ils ne le sont pas. Selon moi, ces indicateurs ne le sont pas réellement non plus car ils sont plus spécifiques aux ESMS. Un indicateur comme « motif de 1^e venue » serait plus approprié.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux d'ETP vacants	17	4	
Taux de prestations externes	13	4	4
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	18	3	
Taux d'absentéisme	15	6	
Taux de rotation des personnels sur effectifs réels	9	10	2

Axe 2 : il n'y a que pour l'indicateur de dialogue « **taux de rotation des personnels sur effectifs réels** » pour lequel il y a un désaccord. En effet dans le panel de répondants, 9 personnes pensent comme la direction de la MDA de Lille, que cet indicateur est pertinent alors que 10 autres répondant pensent qu'il ne l'est pas. Selon moi, cet indicateur pourrait être pertinent car il permet de mesurer l'importance du renouvellement des équipes.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Répartition des effectifs par fonction	19	1	1
Pyramide des âges du personnel	12	8	1
Taux d'absentéisme par motif	10	10	1
Poids du recours à l'intérim	8	12	1

Pour ces indicateurs clés d'analyse et de pilotage, les indicateurs « **taux d'absentéisme par motif** et **poids du recours à l'intérim** » montrent des divergences. La direction de la MDA de Lille pense que ces deux indicateurs sont pertinents. Or pour le taux d'absentéisme, 10 personnes pensent également qu'il l'est pour 10 personnes qui pensent qu'il ne l'est pas. Concernant le poids du recours à l'intérim, 8 personnes pensent comme la MDA de Lille qu'il est pertinent, et 12 personnes pensent qu'il ne l'est pas. Selon moi tous ces indicateurs RH sont pertinents et seraient cohérents pour le pilotage de l'activité d'une structure comme les MDA, néanmoins, il me semble nécessaire de sélectionner les plus appropriés.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux d'atteinte des prévisions de recettes	13	7	1
Taux d'atteinte des prévisions de dépenses	13	7	1
Taux de CAF	7	11	3
Taux de vétusté des constructions	4	13	4
Taux d'endettement	9	9	3
Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes	9	8	4

Pour cet axe 3, plus de divergences : pour l'indicateur de dialogue « **taux d'atteinte des prévisions de recettes** » 13 personnes le pensent pertinent, et 7 personnes pensent comme la direction de la MDA de Lille, qu'il ne l'est pas. Selon moi cet indicateur pourrait être pertinent pour suivre l'évolution entre les recettes prévues et les recettes réellement fournies par les financeurs. Néanmoins il n'est peut-être pas l'indicateur le plus important à suivre pour une MDA, tant qu'il existe un indicateur pertinent qui regroupe éventuellement les taux de CAF, d'endettement et de besoins en fonds de roulement et permet d'évaluer la capacité à dégager des fonds pour les investissements et de suivre un ratio recettes / dépenses.

Pour le « **taux de vétusté des constructions** » seulement 4 personnes pensent comme la direction du site de Lille que l'indicateur est pertinent, pour 13 autres personnes qui pensent qu'il ne l'est pas. Selon moi il pourrait l'être également si la MDA est propriétaire de ses locaux. Concernant le « **taux d'endettement** » pas d'avis tranché non plus, 9 personnes pensent comme la MDA de Lille que cet indicateur est pertinent pour 9 autres personnes qui pensent qu'il ne l'est pas.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Répartition des recettes par groupes	10	6	5
Répartition des dépenses réalisées par groupe	11	6	4
Répartition des recettes par section tarifaire	4	12	5
Répartition des dépenses par section tarifaire	4	12	5

Concernant ces indicateurs clés d'analyse et de pilotage de cet axe 3, seul l'indicateur « **répartition des recettes par groupe** » obtient 6 personnes qui pensent comme la direction de la MDA de Lille qu'il n'est pas pertinent contre 10 personnes qui pensent qu'il l'est. Comme pour la direction de Lille, je ne pense pas que cet indicateur soit pertinent pour le pilotage de la MDA. Comme explicité plus haut, il faudrait dans ce cas un indicateur regroupant les recettes et les dépenses en un ratio.

	Oui	Non	Je ne sais pas
État d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe	7	9	5

	Oui	Non	Je ne sais pas
État des lieux de la fonction « système d'information » dans les ESMS	3	8	10

Concernant l'axe 4, 7 personnes pensent comme la direction de la MDA de Lille que l'indicateur de dialogue « **état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe** » serait pertinent pour 9 personnes qui pensent qu'il ne l'est pas.

L'indicateur concernant la démarche d'évaluation est selon moi intéressant, comme explicité dans l'analyse des questionnaires des MDA de France.

Pour l'indicateur concernant la « **fonction système d'information** », on peut penser à une incompréhension par rapport à cet indicateur état donné les 9 personnes ayant répondu « non », dont la MDA de Lille et les 10 personnes ayant répondu « je ne sais pas ». Or cet indicateur est selon moi pertinent dans le sens où il concerne la collecte, la sécurité et la communication des informations, question intéressante pour les MDA.

4. Limites et freins

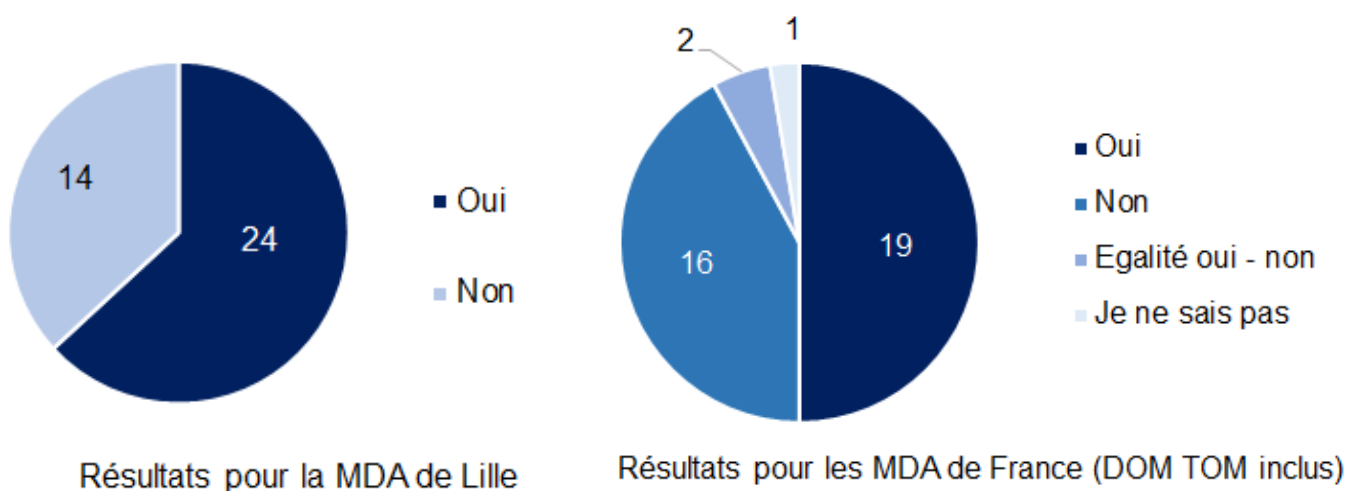
La première limite est le nombre de réponse. En effet, 21 réponses sur 87, ce qui donne un taux de réponse de 24,1% ne permet de pas de dire que ces résultats sont réellement significatifs. Ce manque de réponse peut être dû à la forme du questionnaire, et au fait qu'il soit chronophage. De plus, peut être que certains responsables de MDA n'ont pas compris l'intérêt de questionner un TDB prévu pour mesurer la performance d'ESMS,

sachant que les MDA sont éloignées de la pédopsychiatrie par leurs formes juridiques, leurs financements et par l'accueil et l'accompagnement qu'ils proposent. Peut être également que plus de 75% des MDA ne se sentent pas concernés par ce sujet. En effet, lorsque l'on met en évidence qu'environ 33% des MDA ayant répondu à mon questionnaire, ont répondu « oui » à l'indicateur lié à l'évaluation, on peut se questionner quant à l'intégration d'une éventuelle démarche qualité et de recherche de la performance (au sens adéquation objectifs, ressources, résultats comme vu dans la 1ère partie) au sein de ces structures.

Il aurait peut-être été intéressant de donner des explications sur chacun des indicateurs afin d'harmoniser leur appropriation par les répondants et de lever les incompréhensions éventuelles.

Par ailleurs j'ai sélectionné 38 indicateurs sur les 43 que contient initialement le TDB. Malgré cela certains autres indicateurs comme celui concernant les GPP (groupes de patients proches) ou ceux concernant les recettes et dépenses par section tarifaire auraient peut-être dû être retirés également.

Pour conclure cette seconde partie, à la question « les indicateurs présents dans le TDB de l'ANAP sont-ils pertinents pour une MDA ? » le résultat semble mitigé.



Pour les MDA de France, seulement 10 indicateurs ont obtenu un résultat significatif, c'est-à-dire supérieur ou égal à 15 répondants (soit une majorité) : 7 « oui » et 3 « non ». Les 28 autres indicateurs, soit presque 74% des indicateurs de ce TDB, ont été validés ou invalidés par 8 à 14 personnes. Ce qui ne met pas toujours en évidence de réponse formelle. Notons malgré tout que pour ces 28 indicateurs, la moyennes des réponses se situe à environ 11,4 soit une fourchette haute de cette catégorie. Le nombre moyen de « je ne sais pas » par indicateur est d'environ 3 répondants.

Par ailleurs les axes 1 « prestations de soins et d'accompagnement », 3 « financiers et budgets » et 4 « objectifs » sont ceux qui ont causé le plus d'incertitudes aux répondants. On peut donc dire que ce tableau de bord ne semble pas totalement pertinent pour une MDA, car en effet, si certains indicateurs peuvent donner des renseignements intéressants, ce questionnaire met en évidence un manque important d'indicateurs liés aux spécificités des MDA. Or, rappelons qu'un indicateur n'a de sens que s'il est cohérent avec la réalité de la structure et s'il est en adéquation, avec l'activité et les objectifs poursuivis.

C'est pourquoi, dans la troisième partie de ce mémoire, je vais tenter de proposer des indicateurs cohérents, qui permettraient d'optimiser le pilotage de la MDA de Lille. Pour ce faire, je me suis inspirée des objectifs du cahier des charges des MDA (version actualisée de 2016) que j'ai essayé de traduire en indicateurs pertinents. J'ai également pris en compte les résultats des questionnaires précédemment analysés et donc sélectionné certains indicateurs fournis par le TDB de l'ANAP. Pour finir, j'ai également utilisé des outils mis à disposition par l'ANMDA, comme du « Recueil des données d'activité MDA » de 2015.

III. TROISIÈME PARTIE

Selon Pierre Voyer, dans son ouvrage « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance »⁴³ pour qu'un projet de tableau de bord soit pertinent et fructueux, il doit combiner certains éléments. Dans un premier temps il faudrait faire « *une analyse des besoins de gestion, c'est-à-dire l'identification des objectifs, des préoccupations des gestionnaires et des indicateurs correspondants* ». En effet, pour qu'un indicateur ait du sens, il doit être mis en lien avec un objectif ; de ce fait, les indicateurs exposés ci-dessous ont été traduits des objectifs du cahier des charges des MDA de 2016⁴⁴. Dans un second temps et toujours selon son ouvrage, il est nécessaire de développer « *un système d'information pouvant fournir ces indicateurs* », et troisièmement il est intéressant d'utiliser les « *capacités offertes par les nouvelles technologies de l'information pour la consolidation des données, la présentation graphique sophistiquée, l'accès interactif et la communication des tableaux de bord.* » ce qui correspond, pour la MDA de Lille à la mise en place du logiciel CAMELI®, qui permettrait un accès simplifié et davantage sécurisé, à certaines données cohérente avec le pilotage de la MDA.

L'objectif de ce mémoire était de proposer un outil de pilotage pour la MDA de Lille et cet outil a pour but de fournir une vision claire et synthétique de la situation de la structure à un moment donné.

Dans un premier temps et comme le propose l'ANAP, il sera intéressant d'introduire cet outil avec les « données de caractérisation » de la MDA de Lille. Ces données pourraient prendre la forme proposée par le « Recueil des données d'activité MDA » de 2015. Elle contiendrait une description de la structure avec une mise en contexte et une présentation (forme juridique, l'établissement de rattachement, particularités locales...). Puis la mise en évidence de son organisation administrative et fonctionnelle, ainsi que le détail des activités proposées, les RH, les moyens matériels et logistiques et quelques données budgétaires.

Ce TDB est ainsi construit, l'indicateur retenu est en **gras**, il y a son mode de calcul, et des précisions le concernant.

⁴³ « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance » Voyer, Pierre Ed. Presses de l'Université du Québec, 1999, P.73

⁴⁴ « Cahier des charges des maisons des adolescents » attaché à la circulaire n°5899-SG du 28 novembre 2016,

1. Accueil et accompagnement

INDICATEUR	MODE DE CALCUL	PRECISIONS
Répartition des adolescents selon les institutions les ayant orientés	Exemple : (Nombre des jeunes orientées par l'infirmière scolaire / Effectif des jeunes total) X 100	Réponse en %. Se calcule sur les suivis de l'année en cours. La répartition peut se faire ainsi : Infirmière scolaire ou représentant scolaire (CPE, conseiller d'orientation...) Services sociaux (ASE, UTPAS, AS...) Accès direct Médecin Parents Pairs Autres
Origine géographique des adolescents accompagnés	Exemple : (Nombre de jeunes habitant la MEL / Effectif des jeunes total) X 100	Réponse en %. Se calcule sur les suivis de l'année en cours. La répartition peut se faire ainsi : MEL VNE Hors métropole Lilloise
Répartition des adolescents accompagnés sortis selon le motif d'interruption	Exemple : (Nombre de jeunes réorienté vers .../ Effectif des jeunes total) X 100	Réponse en %. Se calcule sur les suivis de l'année en cours. La répartition peut se faire ainsi : Réorientation vers... (CMPP, psychologue libéral...)

		Décision de l'adolescent Absences répétées Consultation sans suite Fin de suivi Limite d'âge Autre
Taux de réalisation de l'activité par public et par activité (voir tableau en annexe 4) ⁴⁵	Exemple : (File active des jeunes de l'année en cours sur le mois de Janvier / File active des jeunes de l'année n-1 sur le mois de Janvier) X 100	Résultat en %. Comparatif mensuel de l'année en cours selon les données de l'année n-1
Répartition selon le motif de 1^e entretien par public Possibilité de mettre en lien cet indicateur notamment pour les adolescents avec l'indicateur : Répartition selon le motif repéré par le professionnel pour le public des adolescents	Exemple : (Nombre de jeunes venu pour mal-être / Effectif des jeunes total) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur les suivis de l'année en cours. La répartition peut se faire ainsi : Mal-être Relation intra-familiale Difficulté scolaire Harcèlement / violence Difficulté d'insertion professionnelle Précarité sociale et financière Trouble somatique Trouble psychique IDS Addiction Juridique Sexualité contraception Relations

⁴⁵ Voir Annexe 4 : Exemple de tableau mensuel de suivi de l'indicateur « taux de réalisation de l'activité par public et par activité »

Répartition par âge des adolescents accompagnés	Exemple : (Nombre de jeunes âgé de 11 à 14 ans / Effectif des jeunes total) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur les suivis de l'année en cours. La répartition peut se faire ainsi : 11 ans – 14 ans 15 ans – 17 ans > 18
Durée moyenne (en jours) des accompagnements d'adolescents Indicateur à mettre en lien avec l'indicateur : Nombre moyen d'entretien par public	Exemple : Somme des durées d'accompagnement (écart en jour entre le 1 ^e entretien et le dernier entretien) des jeunes sortis définitivement / Nombre de jeunes sortis dans l'année	Résultat exprimé en jours. Se calcule sur les suivis de l'année en cours.
Répartition des rendez-vous non honorés par les adolescents par motif	(Nombre de rendez-vous honoré / Nombre de rendez-vous programmé) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur les suivis de l'année en cours.
File active par public File active totale	Exemple : Nombre des entretiens d'adolescents (vu au moins 1 fois dans l'année) physiques + téléphoniques	File active par public : Nombre d'entretiens (physiques et téléphoniques, au moins 1 dans l'année en cours) par public, puis pour les 3 publics.
Répartition des nouvelles demandes (dossiers ouverts sur l'année en cours) sur la file active totale (suivis n-1 poursuivis)	(Nombre de nouveau dossier (ouverts sur l'année) / Nombre de dossiers en cours) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur les suivis de l'année en cours.
Répartition des entretiens avec / sans rendez-vous	Exemple :	Résultat exprimé en %.

	(Nombre d'entretien avec rendez-vous / Nombre d'entretiens total) X 100	Se calcule sur les suivis de l'année en cours.
Nombre de situations préoccupantes ayant fait l'objet d'une Information Préoccupante (IP)	Exemple : Sommes des IP	
Répartition des jeunes (avec un dossier) avec suivis multiples	Exemple : (Somme dossiers concernant des jeunes avec suivis multiple / Dossiers totaux) X 100	Résultat en %. Nombre de jeunes avec un dossier (en cours de suivi à la MDA) suivis parallèlement par un psychologue libéral, le CMPP...
Répartition des dossiers médicaux et éducatifs	Exemple : (Nombre de dossiers médicaux / Nombre de dossiers total) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur les suivis de l'année en cours. Permet de renseigner sur l'orientation à l'interne.

2. Prévention

INDICATEUR	MODE DE CALCUL	PRECISIONS
Nombre d'actions collectives par public	Exemple : Somme des actions collectives par public.	Se calcule sur l'année en cours, par public. Analyser les écarts entre les publics.
Nombre de participants aux actions collectives par public	Exemple : Somme des participants aux collectives par public.	Se calcule sur l'année en cours, par public. Analyser les écarts entre les publics.
Répartition des actions collectives effectuée sur les sollicitations	Exemple : (Nombre des actions de prévention effectuées /	Résultat exprimé en %. Se calcule sur l'année en cours.

	Nombre de sollicitations) X 100	Permet de renseigner sur le taux de réponse apporté aux sollicitations.
--	---------------------------------	---

3. [Réseau](#)

INDICATEUR	MODE DE CALCUL	PRECISIONS
Répartition des présentations de la MDA (internes et externes) par public	Exemple : (Nombre de présentation de la MDA aux adolescents / nombre de présentation de la MDA total) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur l'année en cours.
Répartition des réunions partenariales par secteur	Exemple : (Nombre réunions partenariales pour l'enseignement / nombre de réunions partenariales total) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur l'année en cours. Secteurs : 0 : MDA et PAEJ 1 : Enseignements 2 : Formations 3 : Logement 4 : Éducatif 5 : Santé 6 : Animation 7 : Grand public 8 : Instances 9 : Conseil Départemental
Répartition des partenariats par publics	Exemple : (Nombre de partenariats à destination des parents / nombre de partenariats total) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur l'année en cours.

Il serait par ailleurs intéressant de questionner l'opérationnalité des partenariats et des conventions passées. Cette démarche aurait pour but de s'assurer de leur pertinence, leur

efficacité, leur efficience, leur cohérence et leur impact concret (mise à disposition de professionnels, interventions...).

4. Ressources humaines

INDICATEUR	MODE DE CALCUL	PRECISIONS
Répartition des effectifs par fonction	Exemple : (Nombre de professionnels d'encadrement / Nombre de professionnels total) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur l'année en cours. Fonctions (inclure les stagiaires) : Encadrement Logistique (gestion et administratif) Socio-éducatif Soins (psychologues, professionnels médicaux et paramédicaux)
Pyramide des âges du personnel	Exemple : Somme des professionnels du même groupe d'âge : < 20 ans 20 – 29 ans 30 – 39 ans 40 – 49 ans 50 – 59 ans 60 – 64 ans > 64 ans	Se calcule sur l'année en cours.
Taux d'absentéisme par motif	Exemple : (Nombre d'arrêts maladies / Nombre d'arrêts total) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur l'année en cours. Motifs possibles : Maladie Enfant Malade

		Maternité / paternité Accident de travail / maladie professionnelle Congés spéciaux / congés sans soldes
Taux de professionnels ayant bénéficié d'une formation	Exemple : (Nombre de professionnel ayant suivi une formation / Nombre de professionnels total) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur l'année en cours.
Taux d'ETP mobilisés lors des réunions par type de réunion	Exemple : (Nombre d'ETP mobilisés par réunion / ETP total) X 100	Résultat exprimé en %. Se calcule sur l'année en cours. Cet indicateur est à calculer par type de réunion (équipe, clinique, clinique élargie). Il serait également intéressant à généraliser et à calculer lors des réunions liées à un projet par exemple.
Budgétisation des ETP mobilisés lors des réunions par type de réunion	Coût brut des ETP mobilisés par heure et par type de réunion.	Résultat exprimé en €/Heure. Se calcule sur l'année en cours.

Certains indicateurs comme le « **taux d'ETP vacants** » ou le « **taux de rotation des personnels sur effectifs réels** » ou encore « **poids du recours à l'intérim** » peuvent être des indicateurs intéressants pour d'autres MDA, avec davantage de professionnels que la MDA de Lille et avec un fort turn-over.

5. Financier

INDICATEUR	MODE DE CALCUL	PRECISIONS
Ratio entre les dépenses et les recettes	Comparaison dépenses et produits (subvention CD + ARS)	
Taux de vétusté des constructions	Total des amortissements / la valeur brut du bien	Peut-être un indicateur intéressant si les locaux rue St Genois appartiennent à la MDA.
Taux d'endettement	Rapport entre les encours de la dette à moyen et long terme et les capitaux permanents (source ANAP ⁴⁶)	
Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes	(Écart entre les actifs circulants et passifs circulants / montant des charges courantes annuelles) x 365 ⁴⁷	
Répartition des dépenses réalisées par groupe	Groupe lié aux charges de fonctionnement liées à la structure (+ professionnels administratifs) et groupe lié à l'accueil (fourniture + professionnels)	Calculer cet indicateur de cette manière permet de veiller à ce que les charges de fonctionnement ne dépassent pas les charges liées à l'accueil.

L'indicateur « **taux de CAF** » pourrait être intéressant car il permet de savoir ce que la structure dégage annuellement en fonds pour les investissements.

⁴⁶ « Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social » Guide des indicateurs - Version 2015 – ANAP P.109

⁴⁷ « Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social » Guide des indicateurs - Version 2015 – ANAP P.110

6. Objectif

INDICATEUR	MODE DE CALCUL	PRECISIONS
État d'avancement de la démarche d'évaluation	Par exemple il faudra répondre aux questions : « Une démarche d'évaluation est-elle prévue ? En cours ? Terminée ? » « Le rapport a-t-il été étudié ? En découle-t-il des objectifs et un plan d'action ? »	Pour répondre à cet indicateur il sera nécessaire d'évaluer l'avancement de la démarche, que ce soit une évaluation interne ou externe.
État des lieux de la fonction « système d'information »	Par exemple il s'agira d'évaluer l'avancement de la démarche d'informatisation. Il pourra également s'agir de questionner la politique de sécurité des informations, pour les dossiers papiers par exemple.	Dans le cas de la MDA de Lille, il serait intéressant d'évaluer l'évolution de la démarche d'acquisition du logiciel informatique. De plus une intervention ayant récemment eu lieu à propos du dossier de l'utilisateur, du secret médical et du droit médical il serait intéressant de calculer l'appropriation de ces informations par les professionnels

Il serait également intéressant d'intégrer une dimension reprenant les éventuelles difficultés rencontrées par la structure, avec notamment des objectifs en adéquation et un plan d'action pour y faire face.

Par ailleurs, il me paraîtrait également opportun de mettre en évidence les projets envisagés, ou en cours de construction, avec un calendrier afin de s'assurer de leur opérationnalité.

CONCLUSION

Pour répondre à la problématique de ce mémoire, « quels indicateurs pertinents construire pour permettre d'optimiser le pilotage de la MDA de Lille ? » j'ai décidé de débiter en vous introduisant le dispositif qu'est une Maison des Adolescents pour me permettre de vous présenter la MDA dans laquelle j'ai eu l'occasion de faire mon Master 2 en contrat de professionnalisation. Bien que n'ayant pas le même type de gouvernance, et de contraintes, j'ai souhaité mettre en évidence quelques similitudes qui existent avec les ESMS, au-delà de ces notions d'accueil, d'accompagnement, et de prise en soins, notamment à travers des outils. Pour développer le thème abordé, j'ai décidé de développer quelques notions clés, comme les indicateurs, la performance, le pilotage et les tableaux de bords. Afin d'introduire ma seconde partie, j'ai présenté brièvement l'ANAP et le TDB de la performance qu'elle a coconstruit avec les professionnels des ESMS et développé à destination de ces derniers.

La deuxième partie de ce mémoire avait pour but dans un premier temps, de constater que selon la direction de la MDA de Lille, ce TDB n'était pas réellement adapté. J'ai choisi de présenter ce TDB aux autres MDA de France afin de voir si ce constat était partagé. En effet, certains indicateurs très généraux et utilisables dans beaucoup de structures, comme les indicateurs liés aux RH semblaient cohérents avec le pilotage d'une MDA. Néanmoins le manque de spécificité de cet outil et évidemment, le fait qu'il ne soit pas adapté aux spécificités des MDA comme la prévention et les activités de réseau, m'ont permis de dire, que s'il pouvait être intéressant de s'en inspirer, il nécessitait d'être adapté aux particularités d'une MDA.

La troisième et dernière partie de mon mémoire contient donc un outil, type tableau de bord, avec des indicateurs généraux de RH par exemple, et des indicateurs plus spécifiquement liés aux 3 missions (accueil, prévention, réseau) et aux 3 publics (adolescents, parents et professionnels).

Bien que les MDA ne soient pas soumises aux mêmes obligations que les ESMS, initier une démarche de qualité et de sécurité pourrait être une plus value dans le pilotage de ces structures. De par leurs spécificités et la liberté qui en émane, elles disposent d'une certaine autonomie dans la mise en place d'outils innovants. Il ne s'agit pas d'enfermer ces dispositifs avec des contraintes, ni de les cloisonner, mais de s'inspirer de l'existant qui les entoure, et de les adapter aux MDA. Ce type de démarche, permettraient aux MDA d'initier et d'harmoniser des résultats, d'échanger des problématiques liées au pilotage, et de se comparer les unes aux autres.

Pour compléter ce TDB il serait intéressant de faire des évaluations qualitatives de la MDA comme le recommande le guide « Méthodologie d'appréciation des activités des MDA » créé par l'ANMDA, notamment à travers des questionnaires de satisfactions aux 3 publics et pour les 3 missions cités précédemment. Cela permettrait d'apprécier et d'évaluer de façon ciblée la qualité des prestations fournies, dans le but d'améliorer la cohérence des activités des MDA ainsi que le pilotage de ces dernières en matière d'orientation.

BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques

- AFNOR, 2000 « *Norme FD 50-171 Système de management de la qualité – indicateurs et tableau de bord.* », Éd AFNOR, p1-10.
- ALECIAN S., F. D., 1994 « *Le management dans le service public* » Éd d'Organisation.
- AMARA F., NAVES P., 2013 « *Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) -RM2013-142P* ».
- ANAES, Mai 2002 « *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux* », P.28.
- ANAP, 2015 « *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social* » Guide des indicateurs, P.109.
- ANMDA, 2015, Guide « *Recueil des données d'activité MDA* », P. 32.
- AVENIER Marie-José et al., 1997 « *La stratégie « chemin faisant »*, Éd Economica.
- BRISON J.L, MORO M.R, Novembre 2016, Rapport « *Bien-être et santé des jeunes* », P.98.
- CROZET D., MARTORY B., 2013 « *Question des ressources humaines pilotage et performance* » 8^e ed, Éd Dunod, Paris.
- DGCS/DGOS, Décembre 2011 « *Bilan DGCS/DGOS du programme MdA 2005-2010* ».
- KAPLAN R.S., NORTON D.P, 1992 « *The Balanced Scorecard–Measures That Drive Performance* » Harvard Business Review, P.71.
- Ministère Délégué à la Famille, 2004 « *Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004 - Santé, adolescence et familles* » P.96.
- MINTZBERG, H., 2004 « *Le management voyage au centre des organisations.* » Éd Eyrolles Editions d'Organisation.
- PLANTET Joël, 29 janvier 2004 « *Les Maisons de l'adolescent : que sont-elles ?* » Lien social, N°694.
- VOYER Pierre, 1999 « *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance* » Éd Presses de l'Université du Québec.

Références législatives

- Article 18 de la LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.
- Article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles.
- Article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles.

Article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles.

Article L. 6113-10 Modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 18 (V) – Code de la Santé Publique.

Arrêté du 8/09/2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Circulaire n°138 DGAS du 24/03/2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L311-4 du CASF.

Circulaire n°5899-SG « Cahier des charges des maisons des adolescents » du 28 novembre 2016.

Décret n°2003-1095 du 14/11/2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L311-7 du CASF.

Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du CASF.

Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Décret n° 2018-467 du 11 juin 2018 L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a été intégrée au sein de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Lettre Circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 Janvier 2005.

Références WEB

ANAP, « *Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social* »
<http://www.anap.fr/les-projets/programme-de-travail/projets/detail/actualites/le-tableau-de-bord-de-la-performance-dans-le-secteur-medico-social/>

CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/indicateur>

HAS, « *L'évaluation externe : mode d'emploi* »

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2837139/fr/l-evaluation-externe-mode-d-emploi

Larousse, « *Indicateur* » <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/indicateur/42576>

Sauvegarde du Nord « *Santé* » : <https://www.lasauvegardedunord.fr/expertises/promotion-sante/>

Autres références

LE JEUNE P., 14 Avril 2018 « *Contrôle de gestion* ».

Projet d'Établissement de la MdA de Lille d'Avril 2015.

ACRONYMES

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANMDA	Association Nationale des Maisons des Adolescents
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
BSC	Balanced Score Card
CAF	Capacité d'Auto-Financement
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CD	Conseil Départemental
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CMPP	Centres Médico-Psycho-Pédagogiques
CNRTL	Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRA	Centres Ressources Autisme
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DPI	Dossier Patient Informatisé
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
ESMS	Établissements et Services Médico-Sociaux
ETP	Équivalent Temps Plein
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IP	Information Préoccupante
ITEP	Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique

JO	Journal Officiel
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MDA	Maison des Adolescents
PMP	Pathos Moyen Pondéré
QVT	Qualité de Vie au Travail
RA	Rapport d'Activité
RH	Ressources Humaines
SDN	Sauvegarde du Nord
SMTI	Soins Médico-Techniques Importants
TDB	Tableau De Bord
UNAF	Union Nationale des Associations Familiales
VNE	Versant Nord Est

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : « TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL » DE L'ANAP.....	2
ANNEXE 2 : TDB DE L'ANAP, RÉPONSES DE MADAME ROCHART, DIRECTRICE DE LA MDA DE LILLE.....	3
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE À DESTINATION DES MDA DE FRANCE (DOM TOM INCLUS).....	6
ANNEXE 4 : EXEMPLE DE TABLEAU MENSUEL DE SUIVI DE L'INDICATEUR « TAUX DE RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ PAR PUBLIC ET PAR ACTIVITÉ ».....	18

**ANNEXE 1 : « TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL » DE
L'ANAP**



ANNEXE 2 : TDB DE L'ANAP, RÉPONSES DE MADAME ROCHART, DIRECTRICE DE LA MDA DE
LILLE

Axe 1 : Prestations de soins et d'accompagnement : indicateurs de dialogue

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		X	
Score moyen dépendance GMP (dernier GMP validé et dernier GMP connu)	<i>Sans réponse</i>		
Score moyen en soins requis PMP (dernier PMP validé et dernier PMP connu)	<i>Sans réponse</i>		
Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance	X		
Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination	X		
Taux d'hospitalisation complète		X	
Taux de réalisation de l'activité		X	
Taux d'occupation des lits ou places financées		X	
Taux de rotation* des lits ou places financées		X	
Taux de rotation* des places financées en accueil de jour		X	

Axe 1 : Prestations de soins et d'accompagnement : (indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne)

	Oui	Non	Je ne sais pas
Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GIR (1 à 6)	<i>Sans réponse</i>		
Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GPP (groupes de patients proches)	X		
Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées	X		
Répartition par âge des personnes accompagnées	X		

Durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement.	X		
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection	X		
Taux d'occupation des places habitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale		X	
Nombre moyen de journée d'absence des personnes accompagnées		X	
Part des actes/séances programmés non réalisés	X		
File active des personnes accompagnées	X		

Axe 2 : Ressources humaines et matérielles : indicateurs de dialogue

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux d'ETP vacants	X		
Taux de prestations externes	X		
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	X		
Taux d'absentéisme	X		
Taux de rotation des personnels sur effectifs réels	X		

Axe 2 : Ressources humaines et matérielles : indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne

	Oui	Non	Je ne sais pas
Répartition des effectifs par fonction	X		
Pyramide des âges du personnel	X		
Taux d'absentéisme par motif	X		
Poids du recours à l'intérim	X		

Axe 3 : Finances et budgets : indicateurs de dialogue

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux d'atteinte des prévisions de recettes		X	

Taux d'atteinte des prévisions de dépenses	X		
Taux de CAF		X	
Taux de vétusté des constructions	X		
Taux d'endettement	X		
Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes	X		

Axe 3 : Finances et budgets : indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne

	Oui	Non	Je ne sais pas
Répartition des recettes par groupes		X	
Répartition des dépenses réalisées par groupe	X		
Répartition des recettes par section tarifaire		X	
Répartition des dépenses par section tarifaire		X	
Taux d'utilisation de la dotation en soin	<i>Sans réponse</i>		
Structure des dépenses financées par la dotation de soin	<i>Sans réponse</i>		

Axe 4 : Objectifs : indicateurs de dialogue

	Oui	Non	Je ne sais pas
État d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe	X		

Axe 4 : Objectifs : indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne

	Oui	Non	Je ne sais pas
État des lieux de la fonction « système d'information » dans les ESMS		X	

Les données de caractérisation ESMS

Description générale et statique des principales caractéristiques de la structure (descriptif des prestations de soins, RH, matériel, structure financière, objectifs)

Permet de documenter l'offre de soins et d'accompagnement de la structure , d'appliquer des filtres afin de réaliser les comparaisons entre groupes homogènes d'ESMS

Introduction : « La construction et la mise en place des indicateurs de pilotage dans un établissement non médico-social : Exemple de la Maison des Adolescents de Lille. »

Bonjour.

Dans un premier temps je tiens à vous remercier par avance pour votre contribution à ce travail de recherche.

Je suis Claire Mantovani, étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel à l'Institut Lillois de l'Ingénierie de la Santé (ILIS), à Lille dans les Hauts de France.

Mon mémoire porte sur la construction et la mise en place d'indicateurs de pilotage dans la Maison des Adolescents de Lille. En effet, je suis actuellement en contrat de professionnalisation au sein de cette MDA, et souhaite proposer un outil de pilotage de l'activité cohérent avec la structure et ses besoins.

L'objectif de ce questionnaire est de déterminer si le tableau de bord de la performance fournit par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) pour les Établissements Sociaux et Médico-sociaux (ESMS) peut correspondre aux besoins des Maisons des Adolescents (MDA), en termes de mesure et de pilotage de l'activité.

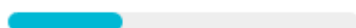
NB : Une fois finalisé, soutenu et publié, ce mémoire pourra vous être accessible.

***Obligatoire**

Adresse e-mail *

Votre adresse e-mail

SUIVANT



Page 1 sur 3

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Introduction : « La construction et la mise en place des indicateurs de pilotage dans un établissement non médico-social : Exemple de la Maison des Adolescents de Lille. »

*Obligatoire

PARTIE 1 : Votre MDA et la mesure de votre activité

Dans quel département exercez-vous ?

Votre réponse

Quelle fonction exercez-vous au sein de la MDA ? *

- ☐ Directeur d'établissement
- ☐ Adjoint de direction
- ☐ Chef de service
- ☐ Coordinateur
- ☐ Secrétaire
- ☐ Médecin pédopsychiatre / psychiatre
- ☐ Médecin généraliste / Pédiatre
- ☐ Autre : _____

Votre établissement : *

- ☐ Est autonome
- ☐ Appartient à une association gérant un réseau de santé
- ☐ Appartient à une association dont le principal objet associatif est la MDA
- ☐ Appartient à une mutuelle
- ☐ Appartient à un établissement de santé
- ☐ Appartient à un groupement de coopération sanitaire
- ☐ Appartient à un groupement d'intérêt public (GIP)
- ☐ Autre : _____

Votre statut juridique est : *

- ☐ Public
- ☐ Privé associatif à but non lucratif
- ☐ Privé commercial à but lucratif
- ☐ Autre : _____

Comment est constituée votre équipe ? *

L'intérêt de cette question est d'apprécier les professionnels qui forment votre équipe, et donc les compétences dont vous disposez au sein de votre MDA.

☐ Directeur d'établissement

☐ Chef de service

☐ Adjoint de direction

☐ Coordinateur

☐ Secrétaire

☐ Médecin pédopsychiatre

☐ Psychiatre

☐ Médecin généraliste

☐ Pédiatre

☐ Infirmier

☐ Psychologue

☐ Assistante sociale

☐ Sexologue

☐ Nutritionniste

☐ Addictologue

☐ Conseiller conjugal

☐ Gynécologue

☐ Avocat

☐ Représentant de l'Éducation Nationale

☐ Autre : _____

Utilisez-vous un rapport d'activité type ? Si oui, veuillez préciser lequel. *

Le rapport d'activité type peut être, par exemple, celui qu'utilise votre structure de rattachement.

Votre réponse

Ce rapport d'activité type correspond t-il à votre activité, et permet t-il de valoriser les spécificités de votre MDA ? *

Votre réponse

Avez-vous et utilisez-vous un tableau de bord pour évaluer l'organisation de votre MDA ? *

Un tableau de bord est un outil de pilotage et d'évaluation de l'organisation d'une structure sur une période donnée, et est constitué d'indicateurs.

- ☐ Oui, nous en avons un et nous l'utilisons
- ☐ Oui, nous en avons un mais ne nous l'utilisons pas
- ☐ Non, nous n'avons pas de tableau de bord
- ☐ Autre : _____

Si vous avez un tableau de bord, permet t-il de valoriser votre activité et de mettre en évidence les spécificités liées à votre MDA ?

Votre réponse

De quels outils disposez-vous pour faire votre rapport d'activité ?

*

Les outils peuvent être le tableau de bord, une trame de rapport d'activité, les guides de "Recueil des données d'activité" et de "Méthodologie d'appréciation des activités des MDA" fournis par l'Association Nationale des Maisons des Adolescents (ANMDA) etc...

Votre réponse

Comment définissez-vous la file active annuelle de votre MDA ?

★

Cette définition peut par exemple être "le nombre de sollicitations des 3 publics par an" ou "nombre de jeunes suivis sur une année (nouveaux dossiers + poursuite de suivis) ...

Votre réponse

Quelle est votre file active annuelle ?

Votre réponse

Quels sont les catégories d'indicateurs que vous utilisez pour évaluer et piloter votre établissement ? ★

Votre réponse

RETOUR

SUIVANT



Page 2 sur 3

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

PARTIE 2 : Le Tableau de Bord de la Performance (TDB) de l'ANAP

Ce tableau de bord est un outil coconstruit avec les professionnels des ESMS dont la co-conception a débuté en 2009 puis a été généralisé de 2015 à 2017 auprès de 20 catégories d'ESMS concernés par le TDB.

Il porte sur 4 domaines :

- Les prestations
- Les ressources humaines et matérielles
- Les finances
- Les objectifs : avec l'état d'avancement des évaluations internes et externes, et l'état des lieux de la fonction système d'information

On y retrouve :

- Des données de caractérisation qui permettent de décrire la structure et de calculer certains des indicateurs.
- Des indicateurs de dialogue qui constituent le 1^{er} niveau d'information, supports privilégiés du dialogue avec les autorités de régulation.
- Des indicateurs clés d'analyse qui permettent d'approfondir la compréhension des indicateurs de dialogue : ils sont le support du pilotage interne de la structure.

Pour information, ce TDB n'est pas complet. Un tri a été effectué concernant des indicateurs non applicables du fait de leurs spécificités : GIR, GMP etc...

Axe 1 : Prestations de soins et d'accompagnement : Selon vous, ces indicateurs de dialogue sont-ils pertinents pour votre MDA ?

★

Cela signifie que vous seriez en capacité de répondre à l'indicateur en question grâce aux données que vous récoltez dans votre MDA. *Remarque : le taux de rotation représente le (taux d'entrées + le taux de sorties) / 2

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation	☐	☐	☐
Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance	☐	☐	☐
Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination	☐	☐	☐
Taux d'hospitalisation complète	☐	☐	☐
Taux de réalisation de l'activité	☐	☐	☐
Taux d'occupation des lits ou places financées	☐	☐	☐
Taux de rotation* des lits ou places financées	☐	☐	☐
Taux de rotation* des places financées en accueil de jour	☐	☐	☐

Axe 1 : Prestations de soins et d'accompagnement : Selon vous, ces indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne sont-ils pertinents pour votre MDA ? *

Cela signifie que vous seriez en capacité de répondre à l'indicateur en question grâce aux données que vous récoltez dans votre MDA.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GPP (groupes de patients proches)	☐	☐	☐
Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées	☐	☐	☐
Répartition par âge des personnes accompagnées	☐	☐	☐
Durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement.	☐	☐	☐
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection	☐	☐	☐
Taux d'occupation des places habitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale	☐	☐	☐
Nombre moyen de journée d'absence des personnes accompagnées	☐	☐	☐
Part des actes/séances programmés non réalisés	☐	☐	☐
File active des personnes accompagnées	☐	☐	☐

Axe 2 : Ressources humaines et matérielles : Selon vous, ces indicateurs de dialogue sont-ils pertinents pour votre MDA ? *

Cela signifie que vous seriez en capacité de répondre à l'indicateur en question grâce aux données que vous récoltez dans votre MDA.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux d'ETP vacants	☐	☐	☐
Taux de prestations externes	☐	☐	☐
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	☐	☐	☐
Taux d'absentéisme	☐	☐	☐
Taux de rotation des personnels sur effectifs réels	☐	☐	☐

Axe 2 : Ressources humaines et matérielles : Selon vous, ces indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne sont-ils pertinents pour votre MDA ? *

Cela signifie que vous seriez en capacité de répondre à l'indicateur en question grâce aux données que vous récoltez dans votre MDA.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Répartition des effectifs par fonction	☐	☐	☐
Pyramide des âges du personnel	☐	☐	☐
Taux d'absentéisme par motif	☐	☐	☐
Poids du recours à l'intérim	☐	☐	☐

Axe 3 : Finances et budgets : Selon vous, ces indicateurs de dialogue sont-ils pertinents pour votre MDA ? *

Cela signifie que vous seriez en capacité de répondre à l'indicateur en question grâce aux données que vous récoltez dans votre MDA.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Taux d'atteinte des prévisions de recettes	☐	☐	☐
Taux d'atteinte des prévisions de dépenses	☐	☐	☐
Taux de CAF	☐	☐	☐
Taux de vétusté des constructions	☐	☐	☐
Taux d'endettement	☐	☐	☐
Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes	☐	☐	☐

Axe 3 : Finances et budgets : Selon vous, ces indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne sont-ils pertinents pour votre MDA ? *

Cela signifie que vous seriez en capacité de répondre à l'indicateur en question grâce aux données que vous récoltez dans votre MDA.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Répartition des recettes par groupes	☐	☐	☐
Répartition des dépenses réalisées par groupe	☐	☐	☐
Répartition des recettes par section tarifaire	☐	☐	☐
Répartition des dépenses par section tarifaire	☐	☐	☐

Axe 4 : Objectifs : Selon vous, cet indicateur dialogue est-il pertinent pour votre MDA ? *

Cela signifie que vous seriez en capacité de répondre à l'indicateur en question grâce aux données que vous récoltez dans votre MDA.

	Oui	Non	Je ne sais pas
État d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe	☐	☐	☐

Axe 4 : Objectifs : Selon vous, cet indicateur clé d'analyse et de pilotage interne est-il pertinent pour votre MDA ? *

Cela signifie que vous seriez en capacité de répondre à l'indicateur en question grâce aux données que vous récoltez dans votre MDA.

	Oui	Non	Je ne sais pas
État des lieux de la fonction « système d'information » dans les ESMS	☐	☐	☐

Globalement, ce TDB de l'ANAP permet t-il de valoriser votre activité et de mettre en évidence les spécificités des MDA ?
Merci de bien vouloir argumenter votre réponse. *

Votre réponse

Avez-vous des remarques ?

Votre réponse

☐ M'envoyer une copie de mes réponses

RETOUR

ENVOYER

Page 3 sur 3

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

ANNEXE 4 : EXEMPLE DE TABLEAU MENSUEL DE SUIVI DE L'INDICATEUR « TAUX DE RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ PAR PUBLIC ET PAR ACTIVITÉ »

- Mois (Janvier, février, mars ...)

Années N-1				Année N			
Action	Public			Action	Public		
	Adolescents	Parents	Professionnels		Adolescents	Parents	Professionnels
Accueil				Accueil			
Prévention				Prévention			
Réseau				Réseau			

RÉSUMÉ ET ABSTRACT

« QUELS INDICATEURS PERTINENTS CONSTRUIRE POUR PERMETTRE D'OPTIMISER LE PILOTAGE DE LA MDA DE LILLE ? »

Les « maisons des adolescents » sont des lieux spéciaux. Leurs missions principales sont l'accueil et l'accompagnement, les actions de prévention, et les actions de réseau et de partenariats. Ils reçoivent et informent trois publics des adolescents, des parents et des professionnels. Ces établissements ont des points communs avec les **établissements et services médico-sociaux**. Bien qu'ils ne soient pas soumis à la même réglementation ni aux mêmes obligations, ils reçoivent et accompagnent du public. Ils ont également quelques **outils** de présentation et d'évaluation en commun. L'objectif de ce mémoire de recherche était de proposer un outil capable de montrer une vision globale de la **MDA** à un instant précis.

Dans un premier temps, il s'agissait d'introduire les MDA et plus particulièrement celle de Lille, puis de faire un comparatif avec les établissements médico-sociaux, de définir quelques termes et finalement de présenter l'ANAP pour introduire les deux questionnaires. Dans un second temps, deux questionnaires basés sur le **tableau de bord** de l'ANAP ont été diffusés, analysés, et comparés. Le troisième et dernier temps consiste en la création de cet outil. Il comprend des **indicateurs** sélectionnés au regard des objectifs mentionnés dans le cahier des charges des MDA.

Mots clés : **Établissements et services médico-sociaux, outils, MDA, tableau de bord, indicateurs.**

"WHICH APPROPRIATE INDICATORS TO BUILD TO OPTIMIZE THE GUIDANCE OF THE MDA OF LILLE ?"

The « houses for the teenagers » are special places. Their main missions are to receive and to support people, do preventive actions, and to work on professional network and partnerships. Teenagers, parents and professionals are the three publics that the MDA can receive and inform. These establishments have some commonalities with **medical and social establishments and services**. Even if they are not submitted to the same regulations nor to the same obligations, they receive and support publics. They also have some **tools** in common to present and assess the establishment. The objective of this research paper was to provide a tool which can show a global vision of the MDA at a singular moment.

Initially, I wanted to introduce the **MDA** and more particularly Lille's one, then I wanted to compare medical and social establishments, to define concepts and finally to present the ANAP in order to introduce these two surveys. Secondly, two questionnaires based on the **scoreboard** of the ANAP were broadcasted, analyzed and compared. The third and last part consists of the creation of this tool. It comprises **indicators** which were selected according to the objectives mentioned in the specifications of the MDA.
Key-words : **Medical and social establishments and services, tools, MDA, scoreboard, indicators.**