



Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion : **2012 - 2014**

Date du Jury : **Mars 2014**

L'EVALUATION
DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX :
ENJEUX ET PERSPECTIVES
Etude réalisée en région Ile-de-France et dans les départements
d'Ile-et-Vilaine et de Loire-Atlantique

Gilles BALLEIDIER

Remerciements

Je tiens à remercier :

- En premier lieu, mon Maître de stage, **Monsieur Olivier LEGUEN**, Responsable du département appui au développement et à la qualité de l'offre, à l'ARS siège Ile-de-France, au pôle médico-social, pour son accueil et le stage professionnel réalisé dans le domaine des évaluations.
- **Monsieur Daniel MANCEL**, Directeur Général de l'Association de La Bretèche, située à Saint-Symphorien, pour m'avoir permis d'effectuer un stage sur la préparation ou finalisation d'évaluations internes et externes pour cinq de ses établissements.
- **Monsieur Luc DAHAN**, Directeur du Cabinet Bleu Social pour m'avoir permis, avec l'autorisation de l'établissement, de participer à une mission d'évaluation externe sur un foyer d'accueil médicalisé situé en Loire-Atlantique, dans le but de mieux comprendre l'organisation et le déroulement d'une évaluation sur site.
- **Madame Claire VEYRE REGNER**, Directrice de l'EPHAD de la commune de Marcillac-La-Croisille, situé en Corrèze pour m'avoir éclairé sur le sujet au cours de plusieurs échanges.
- Madame **Charlotte PENTECOUTEAU**, Chargée de mission Evaluations, Efficience, Performance, à la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et Monsieur **Dominique TRICARD**, Inspecteur Général des Affaires Sociales, à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) pour leur disponibilité, leur amabilité, leurs recommandations et conseils.
- **Madame Marie-Elisabeth COSSON**, Responsable du Dispositif Mémoires à l'EHESP, pour ses suggestions quant à la rédaction.
- L'ensemble de toutes les personnes rencontrées lors d'entretiens dans le cadre de cette étude et dont j'ai retiré un enrichissement tant professionnel qu'humain. Je pense tout particulièrement à **Madame PIOT**, Directrice de l'EHPAD « Sainte Monique » situé à Paris, **Monsieur Jean-Luc FRANZONI**, Directeur de l'ESAT « Espace Aurore » situé à Paris, **Monsieur Serge GALLY**, Directeur de la MAS « ISA 13 », situé à Paris, **Madame Arlette GAUTHERON**, Directrice de l'IME « Les 10 000 Rosiers », situé à Rosny-sous-Bois, **Monsieur Yann LEBERRE**, Responsable Projets Evaluation Qualité à l'UNAPEI à Paris et **Madame Laurence LEREVEREND**, Chef de service support qualité et information-Direction des Personnes Agées au sein du Conseil Général du Val d'Oise.
- Enfin, toutes les personnes qui m'ont soutenu dans la réalisation de ce travail, notamment **Régine, Marcelle et Geneviève**.

Sommaire

Introduction.....	1
1. La mise en œuvre des évaluations internes et externes dans les établissements médico-sociaux.....	5
1.1 L'obligation d'une évaluation interne : un regard porté par l'établissement sur lui-même.....	5
1.1.1 Définition et nature de l'évaluation	5
1.1.2 Les objectifs et thèmes à traiter dans le cadre de l'évaluation interne.....	6
1.1.3 Les établissements concernés par l'évaluation interne	7
1.1.4 La conduite de l'évaluation interne en huit étapes.....	8
1.1.5 Des solutions apportées en cas de difficultés de réalisation	12
1.2 L'obligation d'une évaluation externe : un autre point de vue sur l'établissement	14
1.2.1 Le respect du cahier des charges imposé par l'Annexe 3-10 au Code de l'action sociale et des familles.....	14
1.2.2 L'application de l'évaluation externe sur le terrain.....	15
1.2.2.1 La nécessaire et indispensable préparation des établissements	15
1.2.2.2 Les trois étapes dans le déroulement d'une évaluation externe.....	16
1.2.2.3 Quel système d'évaluation en Allemagne ?	21
2. Place et effets des évaluations internes et externes dans la démarche d'amélioration continue de la qualité rendue dans les établissements.....	22
2.1 La place des évaluations dans la démarche qualité et le cycle de qualité.....	22
2.1.1 Quelle place de l'évaluation dans la démarche qualité ?.....	22
2.1.2 La qualité par la satisfaction du bénéficiaire à travers le cycle de la qualité	24
2.2 La démarche d'amélioration continue de la qualité faisant suite aux résultats des évaluations	26
2.2.1 Démarche qualité et mise en œuvre des plans d'action issus de l'évaluation interne	26
2.2.1.1 Nécessité d'une méthodologie organisationnelle de la démarche d'amélioration continue de la qualité	26
2.2.1.2 Les autres conditions de réussite d'une démarche d'amélioration de la qualité	27
2.2.1.3 Les résultats des plans d'action échelonnés dans le temps.....	30

2.2.2 Démarche qualité et mise en œuvre des préconisations issues de l'évaluation externe.....	31
2.2.2.1 La révision du projet de vie personnalisé	31
2.2.2.2. La nécessité du développement des partenariats	33
3. Les suites données aux rapports reçus par les autorités et suggestions apportées sur les évaluations	35
3.1 Un état des lieux des rapports d'évaluations internes et externes	35
3.1.1 Un éclairage national sur la situation des évaluations externes	35
3.1.2 Comparaisons interrégionales sur l'enregistrement des évaluations internes et externes.	36
3.1.2.1 Des différences interrégionales notables	37
3. 1.2.2 Quelle interprétation donner à ces chiffres ?	38
3.1.3 Des inégalités départementales en Ile-de-France en termes de recensement d'évaluations	39
3.2 Le contrôle des rapports d'évaluation par les autorités	41
3.2.1 Phase préparatoire avant l'analyse des rapports par les autorités.....	42
3.2.1.1 Une volonté de travail collectif.....	42
3.2.1.2 Un soutien méthodologique et des conseils transmis en amont aux établissements.....	45
3.2.2 L'analyse proprement dite des rapports.....	45
3.3 Suggestions apportées sur les évaluations tant pour les autorités que pour les établissements.....	47
3.3.1. La nécessité d'une réglementation adaptée aux réalités du terrain.....	47
3.3.2 L'obligation d'une vigilance accrue des autorités dans l'analyse des rapports d'évaluation externe	49
3.3.3 Le devenir des rapports d'évaluation	51
Conclusion.....	53
Bibliographie	55
Liste des Annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACT :	Appartement de Coordination Thérapeutique.
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASG :	Assistante de Soins en Gérontologie
ASHQ	Agent de Services Hospitaliers Qualifiés
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues.
CAMSP :	Centre d'Action Médico-sociale Précoce
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CHSCT :	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CG :	Conseil Général
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CNR :	Crédit Non Reconductible
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTP :	Convention Tripartite Pluriannuelle
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DT :	Délégation Territoriale
EE :	Evaluation Externe
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EHPA :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EI :	Evaluation Interne
ESAT :	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS :	Etablissement et Service Médico-social
ESSMS :	Etablissement et Service Social et Médico-social
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
FEGAPEI :	Fédération des Associations Gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées (l'acronyme ne correspond pas à l'intitulé de la fédération)
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDF :	Ile-de-France
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales

IME :	Institut Médico-Educatif
ITEP :	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAIA :	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
PA :	Personne Agée
PASA :	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PDS :	Personne à Difficultés Spécifiques
PH :	Personne Handicapée
PTF :	Proposition Technique et Financière
RBPP :	Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SEES :	Section d'Education et d'Enseignement Spécialisés
SIFPRO :	Section d'Initiation et de Formation Professionnelle
SMAD :	Service de Maintien à Domicile
SPASAD :	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD :	Service de Soins Infirmier à Domicile
SYNERPA :	Syndicat National des Etablissements et Résidences privées pour Personnes Âgées
UNAPEI :	Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

Introduction

Depuis la publication de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, dite loi 2002-2, rénovant l'action sociale et médico-sociale, les évaluations internes et externes sont obligatoires pour les établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS). Ainsi, près de 24 500¹ ESSMS sur un total de 36 000², soit 68%, ont eu à adresser à leur(s) autorité(s) de contrôle et de tarification³ (ACT) leur évaluation interne (EI) au plus tard le 3 janvier 2014. Ils auront également à envoyer leur évaluation externe (EE) au plus tard le 3 janvier 2015, dans le but d'obtenir un renouvellement d'autorisation de fonctionnement à compter du 3 janvier 2017. Les autorités se préparent à une charge supplémentaire de travail.

En région Ile-de-France (IDF), plus de 1500 rapports d'évaluation interne et externe émanant d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) seront à traiter par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dont 40% conjointement avec les Conseils Généraux⁴ (CG) pour l'ensemble des ESMS autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi 2002-2. Les dossiers les plus nombreux à analyser concernent les départements de Seine et Marne (77), des Yvelines (78), de l'Essonne (91) et des Hauts de Seine (92).

Pour autant, l'évaluation de la qualité du service rendu dans le secteur médico-social est une démarche récente. Mais que signifie le mot « évaluation » ? Que s'était-il passé avant la loi 2002-2 ? Quels sont les changements fondamentaux ?

La notion « d'évaluation » signifie étymologiquement à mettre en évidence. L'évaluation d'un bien, d'un service ou d'une personne, démarre toujours par des mesures à l'aide d'un outil (grille, questionnaire, entretien) à partir de critères ou d'indicateurs de mesure. Une interprétation des résultats est, par la suite, donnée permettant de prendre des décisions. L'évaluation dans le secteur médico-social a été historiquement très lente à se mettre en place. La loi N°1975-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et Médico-sociales, qui est la première dans le secteur, a connu vingt et une modifications en vingt-cinq ans, sans pour autant connaître des modifications majeures, ni d'adaptation réelle par rapport à l'évolution de la société. Elle reste muette sur deux points : les droits des usagers et l'évaluation de la qualité des prestations des établissements et services.

¹ Chiffre trouvé dans TSA, « L'évaluation externe enfin sur les rails », dont la source est l'ANESM daté de juin 2011, n°29, février 2012, p.16. Chiffre retrouvé également dans Direction(s), « Evaluations interne et externe : rappel des règles du jeu », n°92, janvier 2012, p.30.

² Chiffre trouvé sur le site du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/informations-pratiques,1329/les-etablissements-et-services,853/>

³ ARS (siège et délégations territoriales) et conseils généraux.

⁴ Les établissements concernés sont les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM). Les services visés sont les Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) et les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD).

En 1994, Amédée THEVENET dans son ouvrage L'équipement médico-social de la France plaide pour une « culture de l'évaluation » dans le secteur et regrette que celle-ci ait du mal à s'adapter dans ce domaine. Le détonateur de la loi 2002 est le rapport rendu par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en décembre 1995 intitulé « Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales »⁵. Celui-ci pointe une double absence d'évaluation dans le secteur médico-social : d'une part, il n'existe pas d'évaluation de la qualité du service rendu à l'utilisateur, d'autre part, les réels besoins de la population ne sont pas davantage évalués. Pour autant, ce rapport n'a pas donné lieu à une législation importante permettant d'inverser cette tendance.

A l'exception du secteur des personnes âgées (PA) avec la création de la grille ANGELIQUE⁶, en avril 1999, qui permet de mesurer et d'évaluer la qualité des prestations offertes en Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), le champ médico-social est moins doté dans son ensemble par rapport au champ sanitaire⁷. Suite à un nouveau rapport d'information présenté devant l'Assemblée Nationale le 15 mars 2000⁸ par Pascal TERRASSE, qui reprenait en grande partie les constats établis du rapport de 1995, et après de nombreux débats parlementaires, la loi du 2 janvier 2002 est votée. Elle comprend quatre orientations qui vont avoir des répercussions en matière d'évaluation.

⁵ Rapport de l'IGAS présenté par M. F. GUERIN, M. T. JOIN-LAMBERT, S. MORLA et D. VILAIN, N°95-155, 1995.

⁶ Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements Le référentiel ANGELIQUE sera uniquement utilisé en EHPAD. L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales rend obligatoire l'autoévaluation avant la signature des conventions tripartites pluriannuelles (CTP) mais n'impose aucunement l'utilisation de ce référentiel pour la faire. ANGELIQUE est un « outil d'autoévaluation » de la qualité des prestations offertes par les EHPAD, créé avec un large consensus de partenaires du secteur. Il est uniquement utilisé dans ce type de structures pour connaître leur niveau de qualité actuel et pour définir les objectifs d'amélioration pour les cinq ans à venir. L'autoévaluation réalisée sur la base du cahier des charges définie à l'article L-312-8 du CASF ne répond pas intégralement aux recommandations de l'ANESM en matière d'évaluation interne. L'autoévaluation porte sur l'analyse des processus et des procédures tandis que l'évaluation interne s'attarde sur les effets de l'accompagnement sur les résidents et les propositions d'actions décidées. En d'autres termes, l'autoévaluation n'est qu'une partie de l'évaluation interne.

⁷ La Loi du 31 juillet 1991 sur la réforme hospitalière rend compte de l'évaluation et de l'analyse de l'activité des établissements de santé. Puis l'ordonnance du 24 avril 1996 N° 96-316 oblige tout établissement de santé public ou privé à « faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation » dans le but d'améliorer continuellement la qualité des soins. Enfin, des agences ou autorités ont été créées, pour la mise en œuvre et le contrôle de l'évaluation médicale. La dernière créée est la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004. Ses missions se regroupent en deux principales activités : évaluation et recommandation d'une part, accréditation et certification d'autre part.

⁸ Assemblée Nationale, rapport d'information sur la réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales présenté par Pascal TERRASSE, député, le 15 mars 2000.

Tout d'abord, le droit des bénéficiaires et de leur entourage est affiné⁹. Contrairement à la loi de 1975, l'usager est placé au cœur du dispositif de la loi sociale et médico-sociale renouvelée. Il revient, par conséquent, à l'établissement ou au service de répondre aux besoins et attentes du bénéficiaire en fonction de ses capacités intellectuelles, physiques et sensorielles et non l'inverse. Ensuite, les évaluations visent à analyser l'instauration d'outils pour protéger les droits fondamentaux des usagers¹⁰. De plus, tout établissement doit se soumettre à une procédure d'évaluation interne et externe.

Enfin, la loi prévoit un élargissement des missions de l'action sociale et médico-sociale, la diversification des interventions des ESSMS, le respect de l'égalité de tous et l'accès équitable sur tout le territoire. Les autorisations ne sont plus accordées pour une durée indéterminée mais pour une période de quinze ans. Leur renouvellement est conditionné uniquement sur les résultats de l'EE.

Sur ce thème, l'état d'esprit a évolué ces dernières années, passant des réticences du monde professionnel et associatif à l'introduction d'une volonté de changement et d'amélioration de la qualité rendue dans les établissements. Les opportunités présentées par les évaluations ont définitivement pris le dessus sur les freins et les craintes, créant une dynamique pour les réaliser. J'ai pu le constater lors d'entretiens individuels conduits sur le terrain.

Parallèlement, les ACT ont dû s'adapter, s'organiser et se « professionnaliser » par rapport à cette thématique dans un environnement de restrictions budgétaires, de manque de personnels et de temps. Lors de mon stage professionnel à l'ARS siège IDF, au sein du pôle médico-social, j'ai pu me rendre compte des difficultés rencontrées par les professionnels, en participant à différentes réunions regroupant l'ARS siège, les Délégations Territoriales (DT) et les CG, en analysant une trentaine de rapports d'évaluations internes et externes¹¹, en utilisant l'outil commun de traitement des rapports et en étant source de propositions dans l'élaboration d'une procédure de traitement des rapports d'EE.

Ainsi, la question centrale de ce mémoire s'intéresse aux enjeux et aux perspectives des évaluations pour les établissements médico-sociaux, leurs usagers et les tutelles.

Pour répondre à cette problématique, j'ai commencé par faire des recherches documentaires sur les évaluations internes et externes.

⁹ L'article L116-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) stipule que « l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature ».

¹⁰ A titre d'exemples, ces outils représentent le projet d'établissement ou le livret d'accueil.

¹¹ 12 rapports d'EI et 17 rapports d'EE, chiffres incluant ceux directement transmis par les directeurs d'établissement lors d'un entretien individuel.

Plus précisément, j'ai centré mon travail uniquement sur les établissements médico-sociaux, en particulier sur six types d'établissements : les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), les Instituts Médico-Educatifs (IME), les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP), les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) et les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS).

Dans le même temps, plusieurs entretiens ont été menés auprès d'établissements, de fédérations, d'organismes habilités, et d'autorités de financement, situés dans la région IDF, dans les départements d'Ille-et-Vilaine et de Loire-Atlantique. Avec l'autorisation de mon maître de stage, je suis parti deux jours en mission d'EE, par l'intermédiaire d'un cabinet habilité, dans un FAM situé en Loire-Atlantique dans le but d'aider le service et de mieux percevoir les applications des textes et recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM¹² en établissement.

En outre, dans le cadre d'un autre stage réalisé durant la formation, j'ai présenté des propositions à une association médico-sociale située en Ille-et-Vilaine, en termes de méthodologie pour achever une EI en IME et pour préconiser à d'autres établissements des recommandations dans le cadre d'une préparation à l'EE (ESAT et Foyers d'Hébergement).

Dans le but d'obtenir une vision globale du sujet du côté des tutelles, j'ai adressé une fiche de recueil de données sur les évaluations internes et externes aux vingt-deux autres ARS siège.

L'ensemble des professionnels, y compris les inspecteurs, sont à ce jour dans une phase d'apprentissage concernant la réglementation, l'utilisation d'outils créés permettant l'analyse des rapports d'évaluation et l'organisation du travail en commun entre l'ARS et les CG. Les autorités ayant à gérer un nouveau domaine, actuellement en construction, j'ai abordé la position de l'inspecteur face à l'analyse des rapports d'évaluation et à leur compréhension.

S'appuyant sur les données ainsi collectées, le présent mémoire s'attachera à décrire les modalités de mise en œuvre des évaluations internes et externes dans les établissements médico-sociaux **(1)**. Ces évaluations occupent une place et produisent des effets dans une démarche d'amélioration continue de la qualité du service rendu aux bénéficiaires et sur l'organisation de l'établissement **(2)**. Enfin, seront évoquées les suites des rapports transmis aux tutelles et des suggestions sur les évaluations **(3)**.

¹² L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux.

1. La mise en œuvre des évaluations internes et externes dans les établissements médico-sociaux

Les deux types d'évaluation ont pour finalité d'améliorer la qualité du service mais ne sont pas conduites par les mêmes acteurs, ni réalisées de la même manière. Leur réalisation se fait sur une période longue pour l'EI et plutôt courte sur l'EE. Elles répondent à des calendriers réglementaires¹³. Si les champs à évaluer sont identiques, l'une est la suite de l'autre. L'EI est un regard de l'établissement sur lui-même qui sera suivi par l'EE réalisée par un organisme habilité¹⁴.

1.1 L'obligation d'une évaluation interne : un regard porté par l'établissement sur lui-même

Il convient, en premier lieu, de définir la notion d'évaluation dans le champ médico-social pour se centrer sur l'EI, en comprendre les objectifs, identifier les établissements qu'elle vise, sa mise en œuvre et les solutions apportées en cas de difficultés dans sa réalisation.

1.1.1 Définition et nature de l'évaluation

L'évaluation est définie comme « un procédé qui doit permettre à l'institution et à l'ensemble des membres de son équipe d'entreprendre une démarche collective continue d'amélioration de la qualité¹⁵ ». Elle « doit viser à la production de connaissances et d'analyses...Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts¹⁶ ». A titre d'exemple, pour beaucoup d'établissements, une corrélation existe entre EI et projet d'établissement. « L'objectif de l'évaluation est de porter un regard critique sur le projet d'établissement ou de l'association, en se demandant si, à notre insu, nous ne nous sommes pas écartés de la finalité. Les professionnels doivent s'approprier ce regard, analyser collectivement les conséquences des actions menées sur les usagers », affirmait Gérard Tonnelet, directeur de la Sauvegarde du Nord¹⁷ (association médico-sociale).

¹³ ANNEXE N°II : Calendrier des évaluations internes et externes sur une période d'autorisation de quinze ans et schéma de procédure de renouvellement d'autorisation.

¹⁴ L'article D 312-197 du CASF stipule « L'exercice de façon temporaire et occasionnelle de l'activité d'évaluation mentionnée au troisième alinéa de l'article L312-8 par un prestataire légalement établi dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen est subordonné à la réception, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, d'une déclaration préalable du prestataire »

¹⁵ Circulaire du 21 Octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les ESSMS.

¹⁶ Décret du 15 Mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux inséré à l'Annexe 3-10, Chapitre I, Section 1 au CASF.

¹⁷ PASQUIER B., « Evaluation interne : la première pierre posée », Directions N°34, octobre 2006, p.24.

Les équipes peuvent commencer à vérifier si leurs pratiques professionnelles sont en adéquation avec le projet d'établissement.

En outre, l'évaluation est un procédé à distinguer des démarches d'audit, de certification et de contrôle¹⁸.

En effet, l'audit consiste en une vérification d'une situation par rapport à une grille pré-établie (par exemple audit comptable ou audit sur la sécurité). Il est réalisé par des experts extérieurs, parfois agréés¹⁹. Dans l'EI, les critères sont déterminés au regard des RBPP de l'ANESM. Ces critères font directement référence au projet d'établissement, et au cadre de la mission défini par autorisation. Il ne peut s'agir simplement d'analyser des écarts par rapport à ces critères, mais d'apprécier la façon dont ces écarts seront pris en compte pour dégager des axes d'amélioration de la qualité rendue à l'utilisateur.

De son côté, la démarche de certification, réalisée par un agent externe à l'établissement, a vocation à obtenir un certificat attestant de la conformité des procédures de production à un cahier des charges préalablement établi et dont l'organisme certificateur est garant. Contrairement à la certification, l'EI (ou EE) contribue à une démarche autonome d'appréciation de l'activité et de la qualité des prestations, en vue d'éclairer les décisions de l'établissement.

Enfin, le contrôle consiste en une vérification destinée à apprécier le bon fonctionnement d'un système, au regard des règles administratives, législatives ou réglementaires préalablement édictées qui s'imposent au secteur.

1.1.2 Les objectifs et thèmes à traiter dans le cadre de l'évaluation interne

Le législateur ne définit pas l'EI en tant que telle mais la distingue de l'EE. Ainsi, l'article L312-8 du CASF modifié stipule que « Les établissements et services mentionnés à l'Article L312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de RBPP validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux²⁰ ». Des précisions sont données concernant les « activités » et la « qualité des prestations » dans la section I du chapitre 4 de l'Annexe 3-

¹⁸ Précisions faites dans la Circulaire du 21 octobre 2011 et dans l'Annexe 3-10 du CASF.

¹⁹ Il peut parfois être réalisé par des auditeurs internes à une organisation qui mèneront alors un « audit interne ».

²⁰ Contrairement à la rédaction originale, les ESSMS ne procèdent plus à « l'évaluation » de leurs activités mais à « des évaluations » de leurs activités marquant ainsi la différence entre l'interne et l'externe.

10 du CASF qui stipule que « l'observation porte sur les prestations et les activités, qui sont un ensemble d'actions et interventions organisées autour d'un ou plusieurs objectifs ».

De son côté, l'ANESM a produit deux recueils de RBPP sur l'EI concernant les établissements, d'une part « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles » paru en avril 2009 et d'autre part, « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » paru en février 2012. Ces RBPP ont un double intérêt : aider les acteurs à conduire ou à participer à la mise en œuvre d'une EI, et permettre aux autorités une meilleure compréhension de la démarche pour analyser les résultats. Dans le but d'aider le secteur du handicap, deux recueils de RBPP supplémentaires sur l'EI pourraient sortir au premier semestre 2014 sur l'inclusion sociale et l'enfance protégée.

Selon l'ANESM, l'évaluation porte « sur les effets produits par les activités, leur adéquation aux besoins et attentes des personnes accueillies, leur cohérence avec les missions imparties et les ressources mobilisées et permet d'interroger le cœur de métier, c'est-à-dire les réponses apportées aux usagers²¹ ».

La démarche évaluative passe par l'examen de quatre domaines²² :

- la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale
- la personnalisation de l'accompagnement
- la garantie des droits et la participation des usagers
- la protection et prévention des risques liés à la vulnérabilité des usagers.

Sans chercher à généraliser, certains cabinets, tel Bleu Social²³, considèrent que les deux thématiques majeures portent d'une part sur la garantie des droits et la participation des usagers et d'autre part, sur la protection et la prévention des risques.

1.1.3 Les établissements concernés par l'évaluation interne²⁴

Comme indiqué en introduction, la loi 2002-2 souhaite individualiser les prises en charge et, par voie de conséquence, diversifier les accompagnements.

²¹ ANESM, La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, Avril 2009, p.10.

²² Circulaire du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux – paragraphe 3.1.2 Le périmètre (EI). En EHPAD, l'accompagnement de la fin de vie est un axe supplémentaire d'évaluation.

²³ Cabinet créé en mars 2008, spécialisé dans le conseil et la formation auprès de structures sociales et médico-sociales et habilité par l'ANESM pour l'EE, site : <http://www.bleusocial.com/>. Un entretien a été réalisé avec son directeur.

²⁴ ou externe.

Ainsi, la liste des établissements soumis à l'évaluation, mentionnée à l'article L 312-1 du CASF, s'est élargie entre 2002 et 2005, en créant et en affinant l'identité de nombreuses structures comme par exemple les FAM²⁵. Le champ de l'évaluation en médico-social couvre les établissements pour l'enfance handicapée (CAMSP²⁶, IME, ITEP), les établissements en faveur des adultes handicapés (MAS, FAM, ESAT), les établissements pour personnes en difficultés spécifiques (CSAPA²⁷, CARRUD²⁸), ou encore les EHPAD.

1.1.4 La conduite de l'évaluation interne en huit étapes

Suivant une méthodologie rigoureuse, l'EI est une démarche conduite par l'établissement au moyen de son propre référentiel qu'il aura préalablement construit ou « acheté ».

La démarche d'évaluation peut se dérouler en huit étapes²⁹.

La première étape consiste à définir les objectifs et l'organisation de la mise en œuvre de l'évaluation. Les premières réunions regroupent, généralement, le comité de direction de l'association et/ou de l'établissement, les responsables de services, les principaux vacataires (médecin coordinateur, qualificateur) et les représentants des usagers à travers le Conseil de la Vie Sociale (CVS)³⁰. Le directeur de l'établissement doit normalement s'impliquer dans la démarche³¹. L'EI doit permettre de s'interroger sur le management et sur les pratiques professionnelles. Dans le but de mettre en évidence les forces et les faiblesses de l'établissement, deux possibilités de diagnostic sont alors possibles :

- Soit l'établissement se base sur des données chiffrées, sur des problèmes vécus, sur des événements indésirables déclarés et sur des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des projets personnalisés. L'ANESM préconise alors un « pré-diagnostic », une étape indispensable avant de planifier l'EI dans un délai raisonnable, en dégagant obligatoirement des priorités.
- Soit l'établissement utilise un référentiel existant, ce qui permet d'identifier des points sensibles à améliorer et le niveau de réalisation des actions déjà menées.

Selon l'ANESM, ce « diagnostic rapide » permet de dégager des objectifs prioritaires à traiter dans l'EI.

²⁵ Foyer d'Accueil Médicalisé, anciennement appelé « Foyer d'Accueil à Double Tarification ».

²⁶ Centres d'Action Médico-Social Précoce.

²⁷ Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

²⁸ Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues.

²⁹ LE NAGARD J.B., RENARD M., L'évaluation interne en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Concepts, méthodologie et outils pour l'amélioration continue de la qualité, Edition Seli Arslan, 2010, p.65.

³⁰ Des variations s'observent selon le type et la taille de l'établissement.

³¹ Lors de plusieurs entretiens individuels avec des chefs d'établissement, je me suis rendu compte que leur intérêt pour la démarche n'était pas toujours au rendez-vous.

Quelle que soit la méthode choisie, l'établissement doit bien identifier ce qu'il veut évaluer et les raisons qui l'amènent à le faire. Le responsable du pôle qualité d'un conseil général d'IDF rencontré sur le sujet, explique que le choix des priorités à évaluer est important et que « vouloir se fixer des objectifs ambitieux est louable mais pas facilement réalisable. Se focaliser sur deux ou trois thématiques tels la révision de projets individuels, la prévention des risques inhérents à la maltraitance ou encore la personnalisation de l'accompagnement peut être un objectif suffisant à traiter dans le cadre de l'évaluation interne».

Certains établissements ont pu cibler davantage de thèmes en s'y prenant bien en amont. Ainsi, la directrice d'un IME que j'ai rencontrée a défini et travaillé onze thèmes en se posant initialement la question « Qu'est-ce qu'on met en place pour nos enfants ? »³².

Dans tous les cas, il est incontournable de formaliser par écrit ces thématiques et d'organiser dans le temps la démarche d'évaluation en prévoyant à l'avance les aléas possibles.

La seconde étape est d'informer l'ensemble des professionnels dans le but d'expliquer la démarche et de créer une équipe projet. Cette information porte sur la réglementation en vigueur, les recommandations de l'ANESM, sur la notion de référentiel et les étapes de l'évaluation. Elle s'organise sous la forme de réunions d'informations.

La communication est un moteur essentiel dans la démarche et permet d'informer, mais aussi de motiver ou de vaincre les résistances. La mobilisation des équipes est une condition à la réussite de l'évaluation.

La troisième étape concerne la constitution de l'équipe projet ou comité de pilotage.

Le chef projet ou « référent qualité » est le garant de l'atteinte des objectifs :

d'une part en menant à bien l'EI et d'autre part en proposant des plans d'action issus de celle-ci. Il lui incombe de constituer une équipe projet (entre huit et douze personnes selon la taille de l'établissement réunissant la direction, professionnels, usagers, membres du CVS, membres de l'association) pour mener à bien l'évaluation.

La quatrième étape portera sur la création ou l'appropriation d'un référentiel³³ déjà existant. Cette décision dépend de l'association ou de l'établissement. Quel que soit le référentiel utilisé, il se doit de respecter la réglementation et les RBPP en vigueur.

³² Propos recueillis lors d'un entretien réalisé avec la directrice d'un IME situé dans le département de Seine-Saint-Denis.

³³ « Un référentiel se structure sur la base de dimensions définies chacune par plusieurs critères...ces critères à leur tour se déclinant en indicateurs. L'architecture de l'ensemble s'apparente à une arborescence », CHARLEUX F. et GUAQUERE D., Evaluation et Qualité en Action Sociale et Médico-sociale, édition ESF, 2006, p.128.

Aucune obligation législative ou réglementaire n'oblige l'utilisation d'un référentiel pour l'EI. Néanmoins, certaines associations ont eu besoin d'être aidées et se sont tournées, le cas échéant, vers leur fédération. L'UNAPEI³⁴ a créé le référentiel Promap qui est un service rendu³⁵ aux associations adhérentes, tout comme la FEGAPEI³⁶ avec le logiciel Quali-Eval, ou encore le SYNERPA³⁷ avec son outil Evalbox. Si le SYNERPA ne se déplace pas chez ses adhérents en conseillant à distance, en revanche, la FEGAPEI se charge de les accompagner dans la démarche d'EI (méthodologie, conseil, calendrier, aide à l'adaptabilité du référentiel aux spécificités de la structure, aide à la mise en oeuvre de l'évaluation ainsi qu'à la rédaction du rapport).

La cinquième étape consiste à recueillir les informations. Un « audit » documentaire permet de vérifier et de valider la qualité d'un document³⁸ au regard du référentiel.

Les professionnels sont interrogés sur leurs pratiques et l'opinion des usagers est également prise en compte, souvent via un questionnaire de satisfaction.

Les réponses apportées aux questions par les uns ou les autres sont ou devraient être objectives.

Plusieurs établissements rencontrés se réfèrent à un management participatif en parlant de l'EI car elle réunit l'ensemble des acteurs c'est-à-dire tous les professionnels (y compris les intervenants extérieurs³⁹), les bénéficiaires, les familles et les instances. « Les professionnels se sont fortement mobilisés, impliqués et ont considéré que celle-ci n'est pas seulement une contrainte mais un vecteur de progrès et d'amélioration dans la qualité du service rendu.⁴⁰»

Les usagers expriment leur avis par rapport à leur cadre de vie, aux soins, à l'accueil, aux activités, aux repas, à leur relation avec le personnel ou au respect de leur dignité.

Un directeur de FAM, explique que l'EI a montré les effets positifs à travers le respect de la citoyenneté des résidents. « Pour des personnes autistes handicapées et éloignées de ce lien de citoyenneté, l'établissement les a mises en contact avec la mairie pour les inciter à obtenir une carte d'électeur » précise ce dernier lors de l'entretien.

³⁴ Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés, devenue Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis.

³⁵ Sur le site www.unapei.org, le tarif adhérent varie de 478 à 540 euros TTC et pour le non adhérent de 956 à 1080 euros TTC.

³⁶ Fédération des Associations Gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées (la définition ne correspond pas au sigle).

³⁷ SYndicat National des Etablissements et Résidences privés pour Personnes Agées.

³⁸ Par exemple le livret d'accueil.

³⁹ Par exemples : Médecins spécialistes, psychologue ou ergothérapeute.

⁴⁰ Propos recueillis au cours d'un entretien individuel mené avec un directeur d'un FAM situé sur Paris.

Les familles s'expriment également. Par exemple, en IME, les parents demandent souvent davantage de scolarité pour les enfants en bas âge ainsi que des séances d'orthophonie.

L'un des moyens de recueillir les attentes et les besoins des usagers est de consulter les instances. En EHPAD, les résidents sont représentés dans le CVS, dans la commission des menus, dans la commission des animations. Dans les ESAT, les personnes accueillies sont également représentés dans le Comité d'entreprise, au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), voire au Conseil d'Administration.

Cette étape de l'EI est majeure car tout doit être dit et notifié par écrit. Néanmoins, ce recueil d'informations est « chronophage ». « Le recueil d'informations représente un temps de travail important pour lequel l'établissement doit s'organiser dans le but de continuer à remplir ses missions.⁴¹»

La sixième étape synthétise, par écrit, l'ensemble des informations recueillies.

Elle doit être comprise par l'ensemble des acteurs ayant participé à l'évaluation. Cette étape permet de vérifier la conformité ou non des pratiques professionnelles. Chaque indicateur est analysé. Tout écart par rapport à ce que prévoit le référentiel doit être mentionné. La mesure des actions à l'aide d'indicateurs⁴² est recommandée par l'ANESM. Celle-ci parle « d'évaluer les effets pour les usagers » c'est-à-dire « d'apprécier les changements ou apports, attendus ou effectifs, prévus ou imprévus, pour les usagers.⁴³» Pour chaque indicateur prévu dans le référentiel, l'existence d'un écart, entre l'acte réalisé et la cotation normalement prévue permet à l'établissement de définir un ou des plans d'action participant à la démarche qualité.

L'ensemble de ces plans d'action constitue le plan d'action global de la qualité qu'il convient de bâtir dans une septième étape.

Une méthodologie et un pilotage sont des étapes préalables à la mise en œuvre de ces plans avec un calendrier fixé et les moyens utilisés. Il paraît normal que les usagers soient nécessairement davantage associés dans le pilotage de certains plans d'action, entendu qu'ils sont à l'origine des améliorations souhaitées.

⁴¹ Propos recueillis au cours d'un entretien individuel avec une directrice d'un EHPAD situé sur Paris.

⁴² L'ANESM fournit plusieurs exemples d'indicateurs, pouvant être utilisés en EHPAD lors d'une EI, dans ses RBPP intitulées L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, février 2012, p.20. Pour l'axe 1 d'évaluation intitulé « La garantie des droits individuels et collectifs », un indicateur conseillé serait le taux de réponses apportées aux demandes du CVS. Pour l'axe 2 d'évaluation intitulé « Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents », un indicateur conseillé serait le taux d'hospitalisation en urgence. Pour l'axe 3 intitulé « Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance », un indicateur conseillé serait le taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations. Enfin, pour l'axe 4 d'évaluation intitulé « Personnalisation de l'accompagnement », un indicateur conseillé serait le taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées.

⁴³ Ibid note 21, p.21.

En théorie, un pilotage et une équipe projet sont désignés pour mettre en œuvre chacun des plans d'action. Il semble indispensable qu'ils ne soient pas trop complexes à mettre en œuvre pour que des changements positifs se produisent. « Les plans d'action doivent être simples, réalistes et réalisables. Mettre les équipes en situation d'échec n'aurait pas de sens. Pour chaque thématique, deux à trois actions sont suffisantes⁴⁴. »

Enfin, l'EI fait l'objet d'un rapport envoyé à ou aux l'autorité(s), huitième et ultime étape de l'EI.

L'EI s'étend sur une longue durée et varie selon que l'établissement la réalise seul (entre huit et douze mois en moyenne) ou accompagné (six mois en moyenne). Ce travail a pour finalité la rédaction d'un rapport. L'ANESM recommande de « structurer le document de transmission des résultats en trois parties : la présentation de l'établissement ou du service et des activités ; les éléments de méthode utilisés pour l'évaluation et une présentation des résultats⁴⁵. » Dans des conditions normales, tout établissement se doit de respecter les délais de réalisation entendu que les dates limites de remise du rapport d'EI à ou aux autorité(s) sont légalement fixées en fonction de la date initiale d'autorisation⁴⁶. Il revient au gestionnaire des structures d'envoyer à ou aux autorités le rapport final d'EI en version papier ou/et électronique⁴⁷.

1.1.5 Des solutions apportées en cas de difficultés de réalisation

Il peut arriver que la procédure de conduite de l'EI telle qu'elle a été décrite précédemment n'aboutisse pas à la remise du rapport dans les délais à l'autorité. Ainsi, j'ai pu intervenir dans un IME⁴⁸, autorisé avant la loi du 2 janvier 2002, pour lequel l'EI avait commencé en 2008 et était loin d'être finalisée en novembre 2013. Dans ces conditions, il paraissait impossible d'envoyer le rapport à la DT pour le 3 janvier 2014 au plus tard. Pourtant, dès le départ, tous les prérequis étaient réunis (comité de pilotage, management participatif, groupe de travail donnant lieu à la rédaction de comptes rendus, questionnaire envoyé aux familles recensant leurs réponses et celles des usagers). La principale difficulté résidait dans l'absence de cadrage et de délimitation dans le temps de la démarche évaluative. Le travail de réflexion continuait mais demeurait toujours inachevé, générant pour le personnel un sentiment de travail inaccompli et une volonté de

⁴⁴ Propos recueillis au cours d'un entretien individuel avec une directrice d'EHPAD situé sur Paris.

⁴⁵ Ibid note 21, p. 46.

⁴⁶ Ibid note 13.

⁴⁷ L'absence d'envoi ou le non respect du cahier des charges entraînera à l'initiative de l'autorité un dialogue pour contraindre l'établissement à se mettre en conformité. Le dispositif évaluatif conditionne à terme le renouvellement d'autorisation, circulaire du 21 octobre 2011 (Ibid note 15).

⁴⁸ Etablissement rencontré parmi d'autres au sein d'une association située en Ile-et-Vilaine et dans le cadre d'un « stage extérieur » réalisé en novembre 2013 sur la thématique des évaluations dans le secteur médico-social.

tout arrêter. Dans le but d'apporter un soutien, j'ai proposé à la direction une méthodologie pour finaliser au mieux l'EI⁴⁹.

En cas de difficulté, l'établissement peut se faire aider par un prestataire extérieur⁵⁰. Plusieurs cabinets rencontrés parlent d'accompagnement dans la démarche d'EI. C'est-à-dire « de faire avec mais jamais à la place de l'établissement ».

Certains participent entièrement à la démarche d'élaboration de l'EI de la structure qui bénéficie alors d'un appui total. Beaucoup de petites associations, n'adhérant pas à une fédération et n'ayant pas de responsable qualité⁵¹ rencontrent des difficultés à produire « une bonne évaluation⁵² ». Une inégalité existe alors entre d'une part, les établissements qui ne bénéficient d'aucune aide extérieure, faute de moyens financiers, et ceux qui peuvent s'offrir les services d'une fédération, d'un prestataire ou d'un hôpital public⁵³.

Dans le but de réduire cette inégalité, certaines ARS ont décidé d'accompagner les établissements isolés. En Franche-Comté, par exemple le GIP RéQua⁵⁴ a été créé en 1999 dans le champ sanitaire puis s'est orienté, en 2011, vers le médico-social à la demande de l'ARS. Le RéQua a créé l'Equipe Mobile Qualité (EMQ)⁵⁵ pour accompagner les établissements médico-sociaux à mettre en place l'EI. Les deux principaux avantages sont la création d'une méthodologie d'EI commune à tous les ESMS et un appui concret dans sa réalisation.

A l'initiative de l'établissement, l'EI est donc une étape indispensable et obligatoire dans l'amélioration de la qualité puisqu'elle photographie l'établissement à l'instant « T ».

Les plans d'action, qui en découlent pour améliorer la qualité, doivent être mis en œuvre en respectant, dans la mesure du possible, le calendrier initialement prévu.

Dans le cadre du renouvellement d'autorisation, l'établissement doit par la suite effectuer une nouvelle évaluation réalisée par un œil extérieur, en respectant des délais⁵⁶.

⁴⁹ ANNEXE N°III : Méthodologie proposée pour finaliser une évaluation interne dans un IME.

⁵⁰ L'habilitation de l'organisme par l'ANESM n'est pas obligatoire pour l'évaluation interne.

⁵¹ Un(e) responsable qualité dans une association joue un rôle pivot pour l'évaluation interne. Cependant, les frais de siège étant limités à 2 ou 3%, peu d'établissements peuvent budgéter un tel poste.

⁵² ANNEXE N°XIV : Signification d'une bonne évaluation interne ou externe.

⁵³ Par exemple, un EHPAD rattaché à un hôpital public pourrait bénéficier de l'appui de professionnels (qualiticien, médecins, infirmiers) pour établir son EI car la culture médicale et paramédicale est commune à ces deux secteurs.

⁵⁴ Le Groupement d'Intérêt Public Réseau Qualité est financé par l'ARS, les établissements, et éventuellement les conseils généraux de la région. Au maximum, en EHPAD, la cotisation est de l'ordre de 3.5 euros par mois et par place. L'ARS a apporté une contribution de 350 000 euros en 2012, éléments indiqués dans le rapport du Dr. SCHAETZEL F. et TREGOAT J.J., Articulation de la fonction inspection contrôle des ARS avec les autres fonctions concourant à l'amélioration de la qualité au sein des établissements sanitaires et médicosociaux (certification, évaluation, contractualisation), IGAS, février 2013, p.81.

⁵⁵ Les EMQ sont des professionnels de la qualité ou du secteur médico-social qui apportent un appui aux établissements adhérents, site internet : <http://www.requa.fr/>

⁵⁶ Ibid note 13.

1.2 L'obligation d'une évaluation externe : un autre point de vue sur l'établissement

L'article L312-8 du CASF stipule que « les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur ». Cette nouvelle évaluation appelée « évaluation externe » doit être réalisée en respectant un cahier des charges codifié. Par ailleurs, sa concrétisation sur le terrain nécessite des explications.

1.2.1 Le respect du cahier des charges imposé par l'Annexe 3-10 au Code de l'action sociale et des familles

Le contenu du cahier des charges se trouve à l'annexe 3-10 au CASF. L'évaluation passe par un état des lieux qui, une fois analysé et interprété, permet de prendre des décisions à partir des préconisations et propositions de l'organisme agréé. L'objectif est de « mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits⁵⁷ ». L'EE est un processus d'aide à la décision, basé sur un travail de connaissance et d'analyse définissant des axes d'amélioration. Le diagnostic doit être partagé entre l'évaluateur extérieur et l'établissement. La mobilisation de tous les acteurs est nécessaire. Les activités et la qualité des prestations sont évaluées. Les évaluations interne et externe doivent porter sur les mêmes champs dans le but de procéder à des analyses complémentaires.

L'EE a quatre objectifs.

L'évaluateur externe devra « porter une appréciation globale »⁵⁸, donc non exhaustive sur le fonctionnement de l'établissement. La raison principale revient au temps limité qu'il passe dans la structure, ce qui ne lui permet pas de tout évaluer. Son travail le conduit à faire des choix. A travers quelques thèmes clés traités dans l'évaluation, l'autorité qui analysera son futur rapport, devra se faire une idée globale en termes de missions de l'établissement, d'actions qu'il développera et des réponses aux besoins des usagers.

L'évaluateur doit s'arrêter sur le déroulement de l'EI et sur ses conséquences, c'est-à-dire sur la réalisation des plans d'action. Les résultats des travaux préparatoires à l'élaboration d'un projet d'établissement, la mise en place de formations pour le personnel, la création de protocoles ou de procédures peuvent servir de base à l'EE⁵⁹.

⁵⁷ Chapitre I, section I de l'Annexe 3-10 au CASF.

⁵⁸ Chapitre II, section I, de l'Annexe 3-10 au CASF.

⁵⁹ L'approfondissement des effets de l'EI fera l'objet de la seconde partie du mémoire.

L'évaluateur doit également examiner quinze thématiques prévues par le décret⁶⁰. En examinant une procédure, l'évaluateur peut analyser plusieurs thématiques à la fois. Par exemple, la procédure d'accueil permet de se rendre compte du type de population accueillie au regard des missions, d'observer les droits des usagers (respect, écoute), de se faire une idée des pratiques professionnelles et du type de communication existant à l'intérieur de l'établissement.

Enfin, l'évaluateur aura à « élaborer des propositions et des préconisations ». Cet objectif est la raison d'être de l'EE. Tout comme l'EI, l'EE est un processus qui n'est pas une fin en soi mais un outil pour améliorer la qualité du service rendu, d'où la nécessité de faire des propositions et préconisations dans tous les domaines visités par l'évaluateur.

Ce cahier des charges imposé par le décret suscite plusieurs remarques.

Le décret dispose ce qu'il faut vérifier sans évoquer les raisons. En outre, certains cabinets, tel Bleu Social⁶¹, rencontrent des professionnels de santé et des directeurs d'établissement, qui ne comprennent pas toujours le contenu du décret, compliquant un tant soit peu la mission d'évaluation à accomplir. Enfin, au-delà du respect du cahier des charges, les directeurs d'établissements ou d'organismes habilités par l'ANESM, rencontrés lors d'entretien, considèrent dans la majorité des cas, que l'EE est une opportunité visant à bénéficier d'une démarche personnalisée et à définir des axes d'amélioration dans la qualité du service rendu aux usagers.

1.2.2 L'application de l'évaluation externe sur le terrain

Le système français d'EE est réalisé par le secteur marchand et se fait en deux temps. La préparation des établissements dans la démarche et son déroulement à proprement parler. Il en va différemment pour d'autres pays européens. A titre d'exemple, le cas de l'Allemagne sera évoqué.

1.2.2.1 La nécessaire et indispensable préparation des établissements

L'établissement est l'initiateur du déclenchement de l'EE. Le commanditaire⁶² qui est la personne publique ou privée, gestionnaire de l'établissement, choisit le moment le plus propice en tenant compte de son échéance posée par la loi et la réglementation (deux ans avant le renouvellement de son autorisation), de l'avancée d'un certain nombre

⁶⁰ ANNEXE N°IV : Les 15 thématiques examinées par l'évaluateur externe inscrites dans l'Annexe 3-10 au CASF.

⁶¹ Ibid note 23.

⁶² Terme employé dans l'Annexe 3-10 au CASF, Chapitre III, Section 3. Le commanditaire est souvent le président du conseil d'administration qu'il soit un élu ou non en fonction du statut de la structure. Dans un EHPAD public, le président du conseil d'administration est le maire.

d'actions suite à l'EI, de la préparation du questionnement, des points souhaitant être évalués, de la motivation des équipes et de l'implication de la direction.

La qualité de la préparation a des conséquences sur la qualité de l'EE. Faire une EE, alors même que rien n'est préparé, n'a pas de sens, pas plus que de la faire trois ou quatre mois après une EI en dehors de cas particuliers⁶³. Comme indiqué précédemment, j'ai apporté mon soutien à un IME pour finaliser une EI et préparer d'autres structures à l'évaluation externe⁶⁴ au cours d'un stage au sein d'une association médico-sociale. Sur celles-ci, le fil conducteur que j'ai choisi a été de m'appuyer sur les sept rubriques de l'abrégé de l'ANESM qui concernent tous les champs obligatoires devant être abordés normalement au cours de l'EE⁶⁵. Je me suis basé sur le modèle de l'abrégé qui prévoit de dégager des points forts, des points à améliorer et des préconisations. Ces dernières⁶⁶ étaient à mettre en place plus ou moins rapidement avant la véritable évaluation en fonction de ce qui avait déjà été réalisé préalablement. Par ailleurs, j'ai prévenu également l'ensemble des équipes des structures sur le déroulement d'une EE. En effet, avec l'autorisation de mon maître de stage de l'ARS siège IDF, j'ai eu l'opportunité de participer à une mission d'EE dans un FAM par l'intermédiaire d'un cabinet habilité par l'ANESM⁶⁷.

1.2.2.2 Les trois étapes dans le déroulement d'une évaluation externe

L'EE se déroule en trois étapes : la phase contractuelle et l'envoi des pièces au cabinet choisi, la mise en œuvre de l'évaluation, enfin l'élaboration et la diffusion du rapport final.

⁶³ ANNEXE N°III : Méthodologie proposée pour finaliser une évaluation interne dans un IME.

⁶⁴ Cinq autres structures : un autre IME, deux ESAT et deux foyers d'hébergement.

⁶⁵ L'abrégé et la synthèse sont obligatoires dans le rapport final d'EE depuis le 1^{er} juillet 2012 et pour toute EE engagée depuis cette date. Les sept rubriques de l'abrégé sont : la démarche d'évaluation interne ; la prise en compte des RBPP ; le projet d'établissement ; l'ouverture de l'établissement sur son environnement extérieur ; la personnalisation de l'accompagnement ; l'expression et la participation individuelles et collectives des usagers ; les garanties des droits et gestion des risques.

⁶⁶ A titre d'exemples, j'ai préconisé de mettre à jour des affichages réglementaires dans les locaux, de développer la formation du personnel, de réviser les projets personnalisés, de développer les partenariats dans le but de répondre au mieux aux besoins et attentes des bénéficiaires ou de faire participer les services extraprofessionnels au projet individuel des travailleurs handicapés en ESAT.

⁶⁷ Cette mission d'une durée de deux jours s'est déroulée en Loire-Atlantique en octobre 2013.

1.2.2.2.1 L'envoi du document de mise en concurrence, le contrat d'engagement et l'envoi des neuf pièces techniques obligatoires

Le commanditaire choisit donc le moment de l'évaluation et définit le cahier des charges. Un document de mise en concurrence⁶⁸ formalise l'intégralité du cahier des charges c'est-à-dire que l'établissement doit présenter ses missions, son projet d'établissement, les résultats de l'EI et ses plans d'action à un stade d'élaboration ou de mise en œuvre, le contexte de l'EE, les questions à aborder, ses souhaits en termes de calendrier, de déroulement de l'évaluation, de finalisation du rapport et de facturation. Le commanditaire doit rédiger et diffuser ce document. Après l'envoi du cahier des charges, un candidat y répond, en général, par « une proposition technique et financière » (PTF). Cette dernière mentionne le cadrage de la mission, la méthodologie utilisée, les référentiels utilisés, la composition de l'équipe d'intervenants avec les curriculum vitae, les modalités d'interruption du contrat, l'organisation, la clarté d'un devis détaillé.⁶⁹ A l'issue d'un retour de plusieurs candidats, le commanditaire analysera la PTF et vérifiera, à travers les curriculum vitae, que chaque évaluateur a bien rempli les conditions prévues par le décret⁷⁰.

Il choisira alors un prestataire habilité par l'ANESM⁷¹. Normalement, les établissements publics sont tenus de respecter le Code des marchés publics pour la passation d'un appel d'offres pour l'EE.

Cependant, plusieurs cabinets interrogés m'ont ouvertement affirmé que les faits sont souvent différents. En pratique, la procédure sera respectée sur la forme mais officieusement, dans beaucoup de cas, le bouche à oreille, les recommandations de fédérations données en « off » à leurs associations adhérentes, contribuent à fausser le jeu de la concurrence. Enfin, à l'issue de ce choix, un contrat d'engagement est signé, reprenant le document de mise en concurrence, les obligations de chaque partie, les méthodes de travail, les modes d'implication des parties prenantes, le calendrier et le prix de la prestation. L'établissement envoie alors au prestataire la liste des neuf pièces

⁶⁸ Chapitre III, Section 2 de l'Annexe 3-10 au CASF.

⁶⁹ Le tarif varie en fonction du nombre de jours travaillés. Ce point sera abordé ultérieurement. En général, le coût d'une EE est plus élevé en EHPAD qu'en ESAT, car le coût d'un médecin évaluateur est onéreux bien qu'il ne soit pas obligatoire. Dans tous les cas, compte tenu de son coût, la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale avait adopté à l'unanimité, le 16 octobre 2013 l'amendement AS239 présenté par Madame POLETTI devant insérer le nouvel article L. 312-8-1 au CASF autorisant « l'évaluation externe commune de plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ». Néanmoins, l'amendement n'avait finalement pas été retenu en séance publique, au risque d'avoir été considéré par le Conseil constitutionnel comme un "cavalier social".

⁷⁰ Les conditions sont : une expérience professionnelle dans le champ social ou médico-social ; une formation aux méthodes évaluatives et des connaissances actualisées et spécifiques dans le domaine de l'action sociale portant sur les RBPP, sur les orientations générales des politiques d'action sociale, Chapitre III, Section 2, de l'Annexe 3-10 au CASF.

⁷¹ L'organisme, choisi par l'établissement, doit être obligatoirement habilité pour réaliser l'EE. Au 15 mars 2013, 1164 organismes ont été habilités par l'ANESM qu'ils soient français ou européens. Au 15 décembre 2013, deux cabinets suisses, CONFIDENTIA et SEMINO ARTE étaient les seuls cabinets européens habilités par l'ANESM à cette date (réf : 19^{ème} liste des organismes habilités sur le site de l'ANESM, publication au 15 mars 2013).

obligatoires⁷² prévues par l'Annexe 3-10 au CASF, qui les analyse avant un déplacement sur site.

1.2.2.2 La mise en œuvre de l'évaluation

La formalisation du projet évaluatif finalise les objectifs définis dans l'évaluation. Il comprend le « cadre de référence spécifique » et le « questionnaire évaluatif » qui sont validés par le commanditaire⁷³. La construction de ce cadre permet de fixer des critères sur lesquels l'évaluation portera. « Le questionnaire évaluatif est co-construit entre l'établissement et le prestataire. Un prestataire est obligé de tenir compte des spécificités de l'établissement qu'il évalue dans le but de rendre un travail de qualité et exploitable par la suite par ce dernier »⁷⁴. Par ailleurs, le questionnaire évaluatif guide le processus de collecte d'informations⁷⁵.

Des représentants des usagers et du personnel doivent être auditionnés avec validation des informations données. A ce stade, les cabinets peuvent s'apercevoir de difficultés.

« L'exemple récurrent concerne le règlement de fonctionnement dans un établissement.

Il est, la plupart du temps, affiché mais pas forcément compris par les personnes handicapées interrogées. Le cabinet peut suggérer alors de l'adapter sous forme de DVD ou de bande dessinée pour que tout le monde puisse se l'approprier »⁷⁶. La collecte même d'informations peut aussi se révéler difficile. Pour les usagers ne pouvant s'exprimer verbalement ou ayant des difficultés de compréhension des questions (entretiens avec des enfants handicapés ou polyhandicapés, personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer), tout moyen de communication doit être recherché pour obtenir des réponses (l'écrit, des gestes de la tête ou de la main, l'appui des parents ou d'un professionnel le cas échéant) dans le but de connaître le respect de leurs droits, leur degré de satisfaction en termes de prise en charge individuelle. Par exemple, dans un EHPAD où 80% des résidents sont des personnes désorientées, le point de vue des usagers ne sera connu essentiellement qu'au travers des dires des familles.

Dans le cadre d'une EE, la vocation d'un cabinet n'est pas de décréter que la structure devrait fonctionner de telle ou telle façon mais d'analyser si elle répond bien aux attentes du public concerné et aux missions de services publics qui lui sont confiées. « Au cours

⁷² 1- Identification de la personne physique ou morale gestionnaire, 2- Autorisation avec descriptif des activités, du public, un organigramme, un document relatif au personnel, 3- Le projet d'établissement et autres documents utilisés (charte, supports de démarche qualité, contrat de séjour...), 4- Le livret d'accueil, 5- Le règlement de fonctionnement, 6- Résultats de l'évaluation interne, 7- Choix opérés pour en tenir compte, 8- Documents relatifs à l'hygiène et la sécurité, 9- Les comptes rendus du CVS.

⁷³ Dans le cas où un établissement possède une certification, il peut sous certaines conditions la faire valoir, ANNEXE N°V : La prise en compte de la certification au moment de l'évaluation externe.

⁷⁴ Propos recueillis au cours d'un entretien individuel avec une directrice d'un cabinet habilité situé dans les Hauts-de-Seine.

⁷⁵ ANNEXE N°VI : Type de questions posées et vécues lors d'une participation à une mission d'évaluation externe sur un FAM.

⁷⁶ Propos recueillis au cours d'un entretien individuel avec une directrice d'un cabinet habilité situé à Paris.

d'une évaluation en EHPAD, nous pouvons constater un manque d'animation pour des résidents et des projets répétitifs. Le projet institutionnel de l'établissement explicite clairement qu'ils apprécient cette situation avec des écrits confirmés par des entretiens avec eux. Dans ces conditions, nous ne pourrions rien dire puisque les projets ont été pensés, approuvés, et appréciés, vérifications faites »⁷⁷.

En outre, la prévention des risques professionnels et la qualité de vie au travail sont abordées avec les professionnels de santé. Toutes les personnes interrogées ne parleront pas librement par crainte d'éventuelles représailles. Des évaluateurs ont parfois des difficultés à cerner le rôle d'un chef de service.

Enfin, l'évaluation de la qualité du management n'est pas un objectif en soi prévu par l'Annexe 3-10 du CASF. Les mots « management » ou « encadrement » n'apparaissent pas une seule fois dans ce dernier. « La gestion, le pilotage et les ressources ne sont évalués que marginalement dans les évaluations »⁷⁸. Cependant, la direction est systématiquement interrogée sur les absences, les arrêts maladie, la formation et le système d'échanges d'informations.

1.2.2.2.3 L'élaboration et la diffusion du rapport final

La dernière étape concerne l'élaboration et la diffusion du rapport final. Préalablement à ce rapport, un pré rapport est établi donnant lieu à un temps d'échanges entre l'établissement et le prestataire car il convient que le diagnostic soit partagé comme il a déjà été évoqué précédemment. Le commanditaire peut faire des observations et les faire inscrire dans le rapport final en cas de désaccord avec l'évaluateur externe⁷⁹. Suite au pré rapport, une dernière réunion est normalement prévue entre l'évaluateur et en général le directeur (à défaut l'échange se fait par contact téléphonique) avant la rédaction finale du rapport et son envoi au commanditaire. L'évaluateur peut tenir compte ou non des observations faites par le directeur. En cas de désaccord persistant entre les deux, l'établissement reste maître en inscrivant ses observations dans le rapport final.

Le rapport final ne correspond pas à un résumé de l'évaluation conduite. Une séparation, entre l'analyse et les propositions et/ou préconisations, doit être faite.

Avant le 1^{er} juillet 2012, le rapport prévoyait, entre autres, une synthèse permettant une meilleure connaissance du service rendu et un abrégé en cours d'expérimentation prévu par la circulaire du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des

⁷⁷ Ibid note 76.

⁷⁸ Ibid note 76.

⁷⁹ Chapitre V, section 2 de l'Annexe 3-10 au CASF.

prestations délivrées dans les ESSMS. Depuis le 1^{er} juillet 2012, le rapport doit, entre autres, comporter une synthèse et un abrégé formalisés. La synthèse consiste à reprendre les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points faibles). L'ANESM a publié à la fois un modèle pour la synthèse répertoriant vingt-deux points⁸⁰ et pour l'abrégé⁸¹.

Pour chacune des sept rubriques de l'abrégé, l'évaluateur en concertation avec le commanditaire, peut remplir cinq items au maximum. Pour chaque item retenu, il doit faire ressortir des forces et des faiblesses pour lesquelles il est fait des propositions ou préconisations dans le rapport d'EE.

Le contenu minimum du rapport porte sur huit parties : des éléments de cadrage, un descriptif de la procédure d'EE, des développements informatifs, les résultats de l'analyse détaillée, une synthèse, toute observation utile à l'aide à la décision, l'abrégé et les Annexes.

Enfin, le commanditaire devra alors envoyer ce rapport d'évaluation à ou aux autorités ayant délivré l'autorisation en respectant des dates butoirs⁸².

Ces EE nécessitent cependant trois remarques.

Tout d'abord, lors de plusieurs entretiens avec des chefs d'établissements, l'EE est présentée à la fois comme un outil permettant de porter une appréciation sur l'établissement et une amélioration de la qualité du service tout en étant une sanction potentielle (non renouvellement d'autorisation) en cas de non-conformité au cahier des charges.

La seconde s'applique au temps passé sur le site. Auditionner un maximum de personnes, en un minimum de temps, et analyser, sur place, toutes les thématiques demandées par les textes, est un exercice fastidieux. Une évaluation exhaustive est impossible faute de temps, le cabinet ne pouvant se rendre compte de tous les dysfonctionnements existant dans l'établissement.

La troisième et dernière, concerne l'objectivité des rapports d'EE. Certains cabinets risquent d'être plus conciliants entendu qu'un chef d'établissement, quel qu'il soit, souhaite, préalablement à toute amélioration de la qualité, obtenir de « bons résultats », condition nécessaire pour l'obtention du renouvellement d'autorisation de son établissement par l'ACT. « En cas de mauvais rapport, une association craindrait de l'autorité de ne plus être en mesure de gérer l'établissement qui pourrait la confier à une

⁸⁰ Modèle de la synthèse sur le site : http://www.ANESM.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=688

⁸¹ Modèle de l'abrégé sur le site : http://www.ANESM.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=688

⁸² Ibid note °13.

autre »⁸³. Cette objectivité du rapport est parfois relative car l'établissement évalué rémunère le prestataire, ce qui peut conduire à des dérives.

Si en France, le système d'EE est réalisé de manière globale, concernant la prise en charge, par le marché privé, il en va différemment dans d'autres pays européens. Le cas de l'Allemagne est un bon exemple de différence d'approche de l'EE.

1.2.2.3 Quel système d'évaluation en Allemagne ?

Le système d'évaluation est différent en Allemagne. En effet, l'assurance sociale sous contrôle gouvernemental procède aux évaluations obligatoires en EHPAD et pour les établissements accueillant des personnes handicapées⁸⁴. Contrairement en France, elles sont réalisées une fois par an et portent uniquement sur les soins et sur le contenu des contrats proposés aux résidents. Par ailleurs, en 2006, le site www.Heimverzeichnis.de a été créé par « un collectif » composé d'associations d'établissements, d'assureurs, de groupes d'usagers, et d'instituts de protection des consommateurs, pour donner un éclairage complémentaire sur la qualité de vie du point de vue des usagers. Toute personne peut obtenir par Internet des informations sur les établissements concernés.

A l'époque, le projet a été financé pour 1,1 million d'euros par le Ministère de la protection des consommateurs. Toute visite en établissement est réalisée, de façon indépendante, par des bénévoles qui ont tous un parcours dans le secteur des personnes âgées. Le processus commence par une réunion avec le directeur et le personnel, puis une visite complète de l'établissement pour finir par un entretien avec le conseil des résidents. L'évaluation est basée sur un référentiel de 121 critères en collaboration avec l'Institut Isis de Francfort. Les consultants ont la possibilité d'accorder la certification qui donnera automatiquement l'accès au site ou de donner des conseils d'amélioration aux établissements visités.

Ainsi, nous avons analysé l'ensemble de la mise en œuvre des évaluations internes et externes dans les établissements médico-sociaux, tant d'un point de vue réglementaire que pratique. Ces dernières prévoient des plans d'action (EI) ou des préconisations (EE). Il devient alors opportun d'aborder la place et les effets des évaluations dans la démarche d'amélioration continue de la qualité établie dans les établissements.

⁸³ Propos recueillis au cours d'un entretien individuel avec une directrice d'un cabinet habilité situé dans le département 92.

⁸⁴ « Deux systèmes complémentaires en Allemagne », TSA, n°29, février 2012, p.22.

2. Place et effets des évaluations internes et externes dans la démarche d'amélioration continue de la qualité rendue dans les établissements

L'évaluation n'est pas une fin en soi. L'annexe 3-10 au CASF⁸⁵ pour l'EE, rappelle que cette « évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision ». Les évaluations, en tant que telles, tiennent une place particulière dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et dans le cycle de la qualité. La démarche de la qualité se poursuit dans le temps par la réalisation des plans d'action décidés ou de préconisations prévues dans les rapports.

2.1 La place des évaluations dans la démarche qualité et le cycle de qualité

La circulaire du 21 octobre 2011⁸⁶ souligne le lien entre évaluation et démarche qualité⁸⁷. L'évaluation est « un procédé qui doit permettre à l'institution et à l'ensemble des membres de son équipe d'entreprendre une démarche collective continue d'amélioration de la qualité ». Dans le secteur médico-social, elle s'inscrit dans la démarche qualité mais également dans un cycle de la qualité pour la satisfaction du bénéficiaire.

2.1.1 Quelle place de l'évaluation dans la démarche qualité ?

La démarche qualité se base sur la roue de Deming ou boucle de l'amélioration continue⁸⁸. William Deming illustre le principe PDCA (Plan (Planifier)-Do (Faire) -Check (Vérifier) - Act (Agir)) par une roue, représentant un cercle vertueux.

⁸⁵ Ibid note 16.

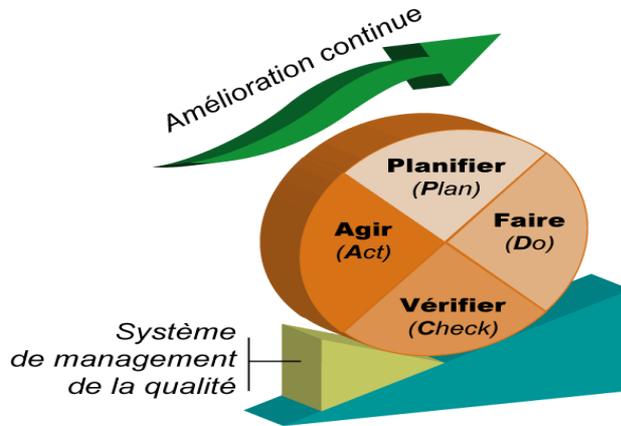
⁸⁶ Ibid note 15.

⁸⁷ Selon la Direction de la Compétitivité de l'Industrie et des Services une démarche qualité est « un processus volontaire et participatif d'amélioration continue nécessitant une implication totale des acteurs de l'entreprise, du salarié au dirigeant en passant par les managers. Elle touche l'ensemble des secteurs clés de l'entreprise ». Dans le secteur médico-social, plusieurs organismes habilités, rencontrés et interrogés sur ce point la définissent comme « la mise en place de process pour répondre aux besoins des personnes accompagnées ou comme une dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles ». La démarche qualité est à différencier de la qualité qui selon la norme AFNOR NFX 50-109 est « un ensemble de propriétés caractéristiques d'un produit ou d'un service, qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire durablement des besoins exprimés ou implicites des utilisateurs ». Un acte de soins dans un EHPAD est considéré comme un produit. Porter un jugement sur la qualité, c'est pouvoir la mesurer, l'évaluer, en utilisant une échelle de mesure connue et partagée.

La politique qualité dans les ESMS est le résultat de l'écoute des bénéficiaires, de sa stratégie, des ressources et moyens mis en œuvre. Les orientations qualité s'intègrent au projet d'établissement.

⁸⁸ Cette roue a été rendue populaire suite à sa présentation au Nippon Keidanren dans les années 50 par le statisticien William Edwards Deming (14 octobre 1900 - 20 décembre 1993).

Schéma de la roue de Deming



Source : Christian DOUCET, *La qualité*, PUF, Collection « Que-sais-je ? », 2010

Les quatre phases « Planifier - Faire - Vérifier - Agir » doivent être répétées tant que le niveau attendu n'est pas atteint.

La première étape de cette roue est la planification des actions. L'établissement définit les caractéristiques, la stratégie et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre la qualité de service souhaitée⁸⁹.

La seconde étape consiste en la mise en œuvre des actions planifiées. A titre d'exemple, dans le domaine de la restauration ou de la vie sociale, un EHPAD doit définir des dispositions d'organisation et de fréquence des réunions. Le suivi ou le traçage de la démarche qualité peut se retrouver dans des comptes rendus établis respectivement par la commission restauration ou par le CVS. En matière d'admission, quelque soit l'établissement, il a l'obligation de créer un livret d'accueil conformément à la loi 2002-2. En cas d'absence totale ou de non actualisation, Il devrait y remédier rapidement.

La troisième étape à vérifier ou évaluer est la qualité du service. Comme évoqué précédemment, l'établissement est obligé depuis la loi 2002-2 de mettre en place un système d'évaluation qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Pour pouvoir évaluer les actions réalisées, La structure doit se doter préalablement d'indicateurs⁹⁰ mesurables. Plus l'établissement mettra en place d'actions mesurables par des indicateurs suggérés par l'ANESM ou définis par lui seul, plus précise sera l'appréciation de la qualité globale délivrée sur le service rendu aux bénéficiaires.

⁸⁹ Les moyens utilisés sont humains, financiers, logistiques, communicatifs ou organisationnels.

⁹⁰ Ibid note 42.

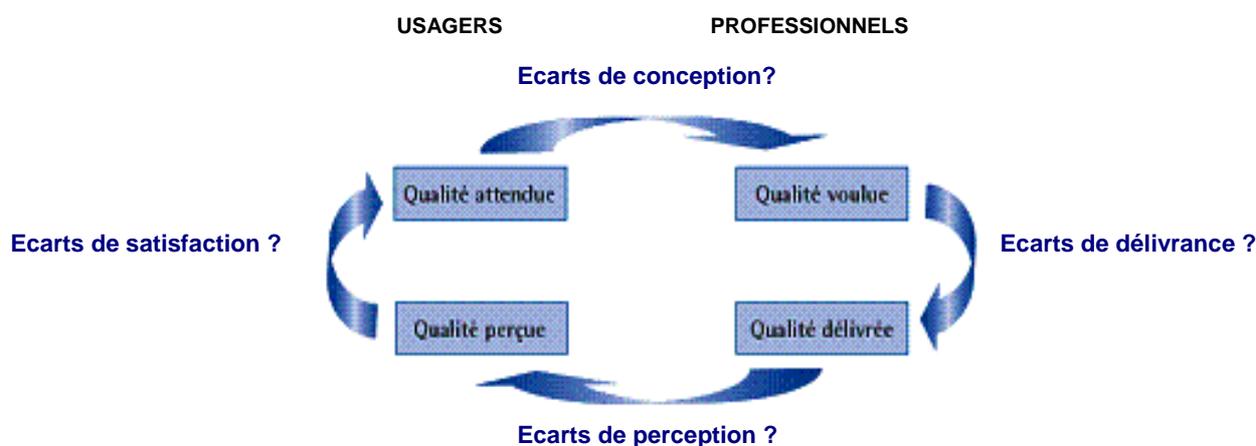
La quatrième et dernière étape, consiste à agir ou améliorer, c'est à dire à mettre en place des actions correctives pour améliorer les points faibles en fonction des écarts constatés et maintenir les points forts. Le pilotage de la démarche d'amélioration continue (comité de pilotage, réunions, comité de suivi) et les acteurs impliqués dans la conduite de la démarche qualité sont identifiés.

Pour éviter de revenir en arrière, une cale figurée sous la roue symbolise l'entretien d'un système formel avec des procédures claires, écrites et accessibles, des audits réguliers ou encore un système qualité qui capitalise les pratiques et les décisions.

L'évaluation est donc bien présente dans la notion de démarche qualité, mais elle l'est aussi dans la notion de cycle de la qualité.

2.1.2 La qualité par la satisfaction du bénéficiaire à travers le cycle de la qualité

L'établissement doit connaître la satisfaction des usagers par rapport aux activités et prestations délivrées en la mesurant. La recherche des causes des insatisfactions de ceux-ci, permet de faire un point sur ses missions et de progresser. Cette satisfaction peut se schématiser par le cycle de la qualité ou « carré d'AVEROUS⁹¹ ».



Danièle et Bernard AVEROUS distinguent quatre types de qualité : la qualité attendue, la qualité voulue, la qualité réalisée et la qualité perçue.

Tout d'abord, la qualité attendue correspond aux attentes et besoins des bénéficiaires. Cette qualité est souvent inscrite dans le contrat de séjour en IME pour les jeunes et en EHPAD pour les personnes âgées dépendantes, ou encore en ESAT dans le contrat de soutien et d'aide par le travail pour les travailleurs handicapés. Toutefois, la difficulté peut parfois résider dans l'absence de besoins et d'attentes de la part du bénéficiaire. Ainsi, au

⁹¹ Cette idée du cycle de la qualité a été lancée pour la première fois par Danièle et Bernard AVEROUS. Leur ouvrage de référence est Mesurer et manager la qualité de services, Insep Consulting Editions, 1998.

cours d'un entretien réalisé avec une directrice d'ESAT, ce constat est confirmé. « Le problème vient également d'une absence de réponse ou de choix clairement défini par l'utilisateur. Les personnes handicapées psychiques ne savent pas ce qu'elles veulent faire, n'ont pas de projet. Comment bâtir alors un projet personnalisé ? Un établissement peut orienter, donner des directions, encadrer, rassurer, mais ne peut choisir à la place des usagers⁹² »

Par ailleurs, la qualité voulue est, de son côté, ce que l'établissement prévoit pour satisfaire les besoins des usagers. Par exemple, le projet d'établissement et le projet personnalisé traduisent son engagement sur la qualité voulue.

En outre, la qualité délivrée est le niveau de qualité atteint par l'établissement, elle est « évaluable ». Par exemple, pour le soin en EHPAD, l'évaluation peut porter sur la distribution des médicaments par une infirmière aux résidents.

L'écart entre la qualité voulue et la qualité délivrée témoigne de dysfonctionnements (manque d'information délivrée aux familles ou encore l'absence du respect du contrat d'aide et de soutien par le travail par l'ESAT envers le travailleur handicapé).

Enfin, la qualité perçue consiste à connaître la satisfaction de l'utilisateur, c'est-à-dire ses ressentis au regard de ses attentes initiales, à travers des questionnaires de satisfaction. Néanmoins, en EHPAD, les résidents sont moins intéressés à remplir des fiches de satisfaction sur la qualité des animations et des menus qu'au développement des rapports humains. Bon nombre d'entre eux souhaiteraient simplement converser et être écoutés. Certaines associations, comme l'Association Citoyennage⁹³, les représentent et ont mis en place de « vrais lieux de parole » pour que les personnes âgées en établissement puissent s'exprimer et être entendues, permettant ainsi la consolidation du lien social.

Cependant, la qualité perçue reste primordiale car plus l'écart entre celle-ci et la qualité attendue est faible, plus les plans d'action des évaluations sont en adéquation avec la satisfaction des bénéficiaires.

L'objectif d'une démarche d'amélioration de la qualité doit remplir trois conditions selon ce cycle.

En premier, la structure doit faire en sorte que la qualité voulue soit égale à celle attendue⁹⁴. En second, la qualité délivrée doit se rapprocher le plus possible de la qualité voulue. Ce but ne peut être atteint qu'à la condition que les professionnels soient

⁹² Propos recueillis lors d'un entretien réalisé avec la directrice d'un ESAT situé à Paris.

⁹³ Site : <http://www.sante.gouv.fr/citoyennage-la-parole-des-personnes-agees-48.html>

⁹⁴ Par exemples, le projet personnalisé et le projet d'établissement doivent contenir des engagements tenables au profit des bénéficiaires.

impliqués dans la démarche. Enfin, la qualité perçue doit être la plus proche possible de celle attendue donnant entière satisfaction aux usagers.

Il est indéniable que les évaluations participent à la démarche qualité globale de l'établissement en se focalisant sur une entière et réelle satisfaction des bénéficiaires. Pour autant, cette démarche d'amélioration de la qualité se poursuit par la réalisation des résultats issus de celles-ci.

2.2 La démarche d'amélioration continue de la qualité faisant suite aux résultats des évaluations

Les évaluations internes et externes produisent des résultats dont la mise en œuvre contribue à améliorer la démarche qualité de l'établissement.

2.2.1 Démarche qualité et mise en œuvre des plans d'action issus de l'évaluation interne

Une fois l'EI réalisée, la démarche d'amélioration continue de la qualité passe par la mise en place d'une méthodologie organisationnelle et la réunion de conditions spécifiques.

A la suite des résultats obtenus, des plans d'action s'échelonnent dans le temps.

2.2.1.1 Nécessité d'une méthodologie organisationnelle de la démarche d'amélioration continue de la qualité

L'inscription des résultats de l'EI dans une démarche d'amélioration continue de la qualité doit s'effectuer par étape⁹⁵.

Tout d'abord, une analyse stratégique des résultats de l'EI s'impose et conduit la direction à bâtir un plan qualité définissant les priorités des actions à planifier sur une ou plusieurs années. Toutes les actions ne peuvent être conduites en même temps. Les entretiens menés et les rapports analysés ont révélé des différences entre divers types d'établissements et pour une même catégorie d'établissements.

Sans vouloir généraliser, les EHPAD auraient tendance à décider des actions à mener, à moins d'un an, sur la formalisation des protocoles en matière de contention et de prévention contre le risque infectieux ou sur l'informatisation du dossier de soin. Concernant la révision des projets de soins, des projets de vie individualisés, du circuit du médicament ou de la mise en place d'enquêtes de satisfaction, le délai pour réaliser ces actions serait compris entre un et cinq ans.

⁹⁵ LOUBAT J.R., « Des évaluations au management de la qualité », Les cahiers de l'actif, n°410-413, juillet/octobre 2010, p. 221.

Pour les ESAT, la tendance serait que la révision du livret d'accueil ou la mise en place de formation sur la bientraitance soit prévue en moins d'un an.

Pour la diversification du partenariat avec les entreprises et la révision des projets personnalisés le délai se situe plutôt entre un et trois ans.

Puis, un système qualité est à définir pour pérenniser la démarche d'amélioration continue de la qualité. L'identification des rôles de chacun, des règles, des instances et des procédures sont à définir. Le rôle du responsable qualité, quand le poste existe, est de veiller au bon déroulement de la démarche qualité, de réunir les instances et de mettre en œuvre les procédures. A défaut, ce rôle sera rempli par les chefs de service.

Ensuite, des groupes de progrès ou de travail sont à mettre en place, véritables relais des groupes d'EI en concrétisant sur le terrain les axes d'amélioration. Ces groupes peuvent être les mêmes que ceux constitués au moment de l'EI. Ils regroupent plusieurs champs de compétences et sont validés par la direction. Ils peuvent être animés par le responsable qualité de l'association quand il existe. Dans beaucoup d'établissements, il n'existe ni qualicien, ni référent qualité, il revient au directeur de revêtir cette casquette. Ainsi, sur treize chefs d'établissements rencontrés, douze endossaient cette fonction. La fréquence des réunions de groupes de progrès dépend de l'organisation de la structure et de l'urgence quant à la réalisation d'actions prévues initialement.

Le référent qualité, quand il existe, peut suivre l'avancée des projets au travers des diagrammes de PERT⁹⁶ ou GANTT⁹⁷. A défaut, le responsable de chaque groupe de progrès rend ses conclusions sur l'avancement des actions lors du Comité de Direction.

Enfin, l'ultime étape est la création d'une méthodologie de travail pour ces groupes de progrès. Des priorités selon un calendrier ont été définies dans le plan qualité. La mise en œuvre de l'action pour améliorer la qualité doit être débattue. L'ensemble de ces étapes se retrouve dans ce qu'on appelle des fiches projets qui rassemblent une ou plusieurs actions.

Cette étape est donc primordiale, mais non suffisante, pour contribuer à une démarche d'amélioration de la qualité.

2.2.1.2 Les autres conditions de réussite d'une démarche d'amélioration de la qualité

La démarche d'amélioration de la qualité passe par la réunion d'un ensemble de conditions. La mise en œuvre de plans d'action nécessite des moyens financiers qui ne sont pas forcément inclus dans le budget alloué à l'établissement. Leur absence pour financer des investissements, embaucher du personnel paramédical ou rétribuer des

⁹⁶ Program Evaluation and Review Technique, en français Technique d'Evaluation et d'Examen de Programmes.

⁹⁷ Le nom de cet outil de planification des tâches vient du nom de son créateur Henry GANTT.

vacataires (animateurs), compromet leur réussite. Pour répondre aux référentiels de bonnes pratiques, il faudrait des moyens supplémentaires, ce qui n'est pas toujours le cas. Aussi, certains directeurs expriment clairement leurs revendications en faisant pression sur les autorités. «Voilà les objectifs de l'établissement, pour les atteindre, nous avons besoin de moyens⁹⁸». D'autres, faute de moyens financiers, prennent des risques dans la réalisation de leurs plans d'action en réorganisant leurs ressources humaines. Par exemple, en EHPAD, le personnel soignant est souvent insuffisant. Il n'est pas rare de trouver un professionnel faire douze toilettes. Pour augmenter le volume, de plus en plus de directeurs ont recours au personnel de service non qualifié. Afin d'éviter des accidents, des formations d'Agents de Services Hospitaliers Qualifiés (ASHQ) sont proposées par l'un des Conseils Généraux de la Région IDF. Cette formation permet de créer une émulation, de responsabiliser les professionnels et d'éviter la prise de risques pour les chefs d'établissement.

Les plans d'action nécessitent une adhésion au moment de leur réalisation et un management par la qualité. L'appropriation de l'évaluation par l'ensemble des équipes sans une mobilisation⁹⁹ dans la mise en œuvre rend difficile l'amélioration de la qualité. L'évaluation entraîne un changement dans les habitudes, les pratiques, l'organisation, à des degrés divers et en fonction de la situation spécifique de l'établissement. Ce constat s'illustre par un exemple : La directrice d'un EHPAD, rencontrée lors d'un entretien rapporte que l'EE faisait ressortir la nécessité de progresser dans la prise en charge de la fin de vie. Les professionnels avaient décidé que l'initiative devait venir, dans la mesure du possible, de la résidente à l'approche de la mort. « J'ai travaillé avec mes équipes sur les repas dans le cadre de la prise en charge de fin de vie afin de répondre à tous les désirs et souhaits de la résidente dans ce domaine¹⁰⁰».

Le rôle de la direction dans sa mission de management est d'accompagner les personnels dans cette évolution. Le management par la qualité désigne « un management qui a fait de la recherche de la qualité totale le moteur principal du fonctionnement d'une organisation d'un service. La qualité devient l'affaire de tous »¹⁰¹. Il est basé sur la participation, la consultation et l'orientation des ressources du personnel vers la satisfaction du bénéficiaire.

⁹⁸ Propos recueillis au cours d'un entretien individuel avec un directeur d'un FAM situé à Paris.

⁹⁹ Cette motivation se traduit par des professionnels « passionnés » par leur travail, imaginatifs, compétents et humains car leur métier est difficile.

¹⁰⁰ Propos recueillis lors d'un entretien réalisé en EHPAD à Paris.

¹⁰¹ LOUBAT J.R., « Des évaluations au management de la qualité », Les cahiers de l'actif, n°410-413, juillet/octobre 2010, p. 215.

La mise en œuvre des plans d'action incite le management à changer sur trois points. Pour commencer, le parangonnage (en anglais benchmarking) est en train de se généraliser dans les établissements¹⁰². Ensuite, l'organisation de l'établissement doit se mettre en place et les décisions sont à prendre au plus proche du bénéficiaire. Enfin, tous les acteurs doivent être mobilisés et partager leurs pratiques et compétences.

Sur la question du management, le législateur ou l'ANESM n'évoque à aucun moment cette notion. Le mot « management » ou « encadrement » n'est pas inscrit dans les RBPP. Si la qualité du management n'est pas examinée dans les thématiques de l'évaluation, la réussite de la mise en œuvre et les effets des plans d'actions dépendent en grande partie de ce facteur. Donner des formations aux professionnels sur la bientraitance et sur la fin de vie ou mettre en place des ateliers pour prévenir des dérapages sur ou entre les bénéficiaires aurait peu de sens si en amont le directeur ne respectait pas son personnel.

Par ailleurs, la réussite des plans d'action doit intégrer les conditions de travail du personnel. La qualité des relations entre professionnels et vis-à-vis des bénéficiaires impacte la qualité du travail fourni, accélère ou ralentit la réalisation d'actions.

De même, écouter les professionnels en première ligne avec les usagers (Agents de Services Hospitaliers et Aides Médico-Psychologiques), en contact permanent avec les résidents, est indispensable et peut contribuer à l'amélioration des plans d'action.

Les prises d'initiatives, les attitudes ou comportements constructifs et positifs du personnel vis-à-vis de l'utilisateur devraient être valorisés et incités. Enfin, responsabiliser les équipes en leur faisant confiance et en leur laissant une certaine autonomie sont des facteurs à intégrer dans la réalisation d'actions. A ce sujet, j'ai rencontré des directeurs, en fin de carrière, non motivés pour réaliser soit les évaluations, soit la réalisation des plans d'action. Ils laissent à leurs équipes le soin de les mettre en œuvre en leur faisant confiance.

Enfin, la mise en place d'outils pour suivre les actions est nécessaire. Par exemple, la création d'un classeur qualité qui répertorie l'ensemble des procédures et protocoles nouveaux issus de l'EI, pourrait être bénéfique pour le personnel. Il appartiendrait au responsable qualité ou à la personne désignée comme telle, de mettre en œuvre ces actions précitées et de tenir à jour ce classeur. D'autres outils mis en place sous forme de tableaux de bord permettraient de suivre l'avancée des actions. La démarche qualité

¹⁰² Il consiste à se comparer de manière continue par rapport à d'autres structures identiques dans les pratiques, l'organisation, le fonctionnement ou les missions. Le but est de retenir les aspects positifs faits à l'extérieur de la structure en vue de s'améliorer soi-même dans ses méthodes et performances. Le benchmarking vise une amélioration continue en s'appuyant sur la circulation des expériences.

serait alors suivie chaque année et anticiperait la prochaine EI. Par exemple, un EHPAD constate un manque d'activités spécifiques pour résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Son plan d'action pourrait être alors la création d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Les moyens d'action seraient, par exemple, l'aménagement de locaux et la création de deux équivalents temps plein pour des postes d'Assistants de Soins en Gériatrie (ASG). Il conviendrait de mesurer la réalisation de ce plan d'action à travers un indicateur, comme celui d'un taux de remplissage de places à 100%. Dans le cas où le taux la première année atteindrait 20%, le directeur d'établissement et les autorités pourraient alors s'interroger¹⁰³. Leurs réponses entraîneraient de nouvelles actions dont l'amélioration satisferait davantage les résidents. L'intérêt serait également pour les autorités de rentabiliser cet investissement en créant de l'efficacité budgétaire.

Tous les plans d'action ne peuvent pas être mis en place en même temps. Ils nécessitent un échelonnement dans le temps.

2.2.1.3 Les résultats des plans d'action échelonnés dans le temps

Les actions menées varient dans le temps en fonction de leur complexité impactant dans les mêmes proportions la qualité du service rendu au bénéficiaire et l'organisation de l'établissement. Ainsi, dans le secteur du handicap, des actions ayant un effet rapide sur la qualité représentent, par exemple, la mise en place de formations sur la bientraitance, des réunions d'information aux familles sur l'utilisation d'un défibrillateur, la réactualisation de l'organigramme du personnel et la modification de l'organisation (passage d'un ordre du jour global à un ordre du jour par thèmes).

En général, le bénéficiaire se rend compte rapidement des changements. La révision de la signalisation au sol dans un établissement et l'inscription de photos sur les portes des chambres en sont des exemples. « Une personne handicapée ne voit pas forcément le changement d'un livret d'accueil ou d'un projet d'établissement mais la signalétique, cela se voit »¹⁰⁴.

En EHPAD, ces actions concernent, par exemple, la rédaction de conventions passées avec des bénévoles, l'évaluation de projets intergénérationnels (comme par exemple le soutien scolaire) ou la mise en place de projets occupationnels¹⁰⁵. Les résidents seront d'autant plus réceptifs à des changements dans les activités qu'ils ont envie de vivre,

¹⁰³ Les questions à se poser peuvent être : Cela provient-il d'un manque de motivation des personnes âgées qui préfèrent ne pas y participer ? Existe-il des problèmes d'attitude ou de comportement entre résidents ? Cela provient-il de la qualité des animations proposées qui n'intéressent pratiquement personne ? Quelle est la qualité des relations des animateurs envers les résidents ?

¹⁰⁴ Propos recueillis au cours d'un entretien individuel avec un directeur d'un FAM situé à Paris.

¹⁰⁵ Exemples : initiation à l'informatique, atelier de photolangage, groupes de paroles de résidents, ateliers mémoire, accompagnement d'une hospitalisation.

comme de partager un savoir-faire leur donnant le sentiment de se sentir utiles, ce qui aura pour reconnaissance de créer une émulation avec des effets positifs leur apportant un mieux-être.

Ainsi, la mise en place des actions issues de l'EI participe à la démarche d'amélioration continue de la qualité, à partir du moment où des conditions sont remplies. Le processus est exactement identique dans le cadre de l'évaluation externe.

2.2.2 Démarche qualité et mise en œuvre des préconisations issues de l'évaluation externe

J'ai rencontré la directrice d'un IME situé dans le département de Seine-Saint-Denis, autorisé et ouvert avant 2002. Deux exemples démontrent, à travers la révision du projet de vie personnalisé et le développement des partenariats, que la mise en œuvre d'actions provenant de l'EE, participe à la démarche d'amélioration continue de la qualité.

2.2.2.1 La révision du projet de vie personnalisé

Cet établissement présentait la particularité d'avoir réalisé son évaluation interne et externe entre 2006 et 2012. L'EE a montré, entre autres, la nécessité de réviser la procédure de projet de vie personnalisé de l'enfant. En effet, avant l'EE, le projet personnalisé était découpé en trois grandes parties : le bilan, la conclusion et le projet. Le bilan répertoriait cinq points d'observation : l'autonomie de l'enfant, sa communication, sa socialisation, ses capacités d'intégration scolaire, culturelle et sportive et les rééducations. La conclusion répertoriait la synthèse qui dégagait les points positifs et ceux à améliorer pour sa prise en charge. Enfin, les projets concernant l'enfant étaient mentionnés, comme par exemple, le développement de l'hygiène, de l'expression verbale, de l'acquisition de savoir-faire dans des activités.

Ces projets individualisés présentaient trois difficultés.

Les objectifs et axes d'amélioration dans tous les domaines pour l'enfant n'étaient pas clairement définis, aucune échéance dans le temps n'était prévue. Les familles ne savaient pas qui réalisaient les activités, les soins, la scolarité de leurs enfants.

L'évaluatrice externe a donc préconisé de réviser le projet personnalisé qui a abouti, huit mois plus tard, à une nouvelle version en suivant un processus rentrant dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Ainsi, six réunions de groupes de travail regroupant direction et professionnels ont permis la rédaction finale d'un outil, partagé par les acteurs.

En consultant plusieurs projets personnalisés, des modifications, tant sur la forme que sur le fond, sont à relever.

Sur la forme, le document est plus structuré, plus synthétique. Il est compréhensible pour des familles ne maîtrisant pas forcément le français à l'écrit. Ce document est maintenant signé par la directrice, la coordinatrice de projet, le référent éducatif, la famille et le bénéficiaire, c'est-à-dire l'enfant quant il peut écrire.

Sur le fond, le projet individualisé¹⁰⁶ reprend les onze prestations¹⁰⁷ qui ont été définies avant toutes modifications.

Le nouveau projet appelle sept remarques :

En premier, certains mots employés ont changé. Au moment de réaliser l'EI, une réflexion a porté sur la valorisation du travail accompli dans les actes et dans sa présentation. Il convenait alors d'adapter, dans la mesure du possible, le vocabulaire employé. Les mots « prestation¹⁰⁸ », « prestation hôtelière¹⁰⁹ » ou « bénéficiaire » démontrent cette volonté de donner une autre image d'un établissement médico-social. L'objectif n'est pas de transposer le mode de pensée du secteur marchand mais bien de valoriser ce qui se fait dans cet établissement au regard de la loi 2002-2.

Deuxièmement, chaque prestation présente le même formalisme, permettant de prendre connaissance de ce qui est proposé par l'établissement pour ladite prestation, les modalités de mise en œuvre, les personnels concernés, les échéances données pour connaître sa date de mise en place et son évaluation.

Troisièmement, contrairement à l'ancien projet personnalisé, les objectifs poursuivis par l'établissement, pour améliorer la qualité de prise en charge en termes de soins, sont définis et correspondent à un engagement vis-à-vis du bénéficiaire (nombre de séances hebdomadaires de balnéothérapie).

Quatrièmement, la famille a également sa part de responsabilité dans l'amélioration du bien-être de l'enfant, faute de possibilité dans l'établissement (exemple : recherche d'un orthophoniste). Les modalités de mise en oeuvre reprennent le type de soins en indiquant la fréquence. La famille connaît les noms des personnels médicaux et paramédicaux agissant pour l'enfant.

¹⁰⁶ Le mot « personnalisé » a été remplacé par celui d'« individualisé ». La formalisation écrite du projet personnalisé est identique quelque soit le type d'enfant pour les enfants relevant de la Section d'Education et d'Enseignement Spécialisés (SEES) et de la Section d'Initiation et de Formation Professionnelle (SIFPRO), ou pour la section pour enfants polyhandicapés.

¹⁰⁷ Elles portent sur : une prestation hôtelière, une prestation de sécurité et de protection, une prestation de surveillance médicale, de rééducation et d'éducation à la santé, une prestation de soutien psychologique, une prestation pour promouvoir l'autonomie, une prestation pour promouvoir la socialisation, une prestation proposant une scolarité adaptée ou un suivi en milieu scolaire ordinaire, une prestation permettant d'assurer une formation préprofessionnelle, une prestation proposant des activités de développement personnel, une prestation proposant des loisirs, et une prestation proposant un suivi de l'intégration sociale et professionnelle du bénéficiaire.

¹⁰⁸ Terme utilisé dans le CASF ou par l'ANESM.

¹⁰⁹ La prestation hôtelière regroupe l'accueil de l'enfant dans un groupe, son alimentation spécifique ou non, les équipements utilisés et son transport.

Cinquièmement, une évaluation globale est fixée dans le temps variant en fonction des besoins de l'enfant.

Sixièmement, la révision du projet personnalisé a nécessité un changement dans les habitudes de travail. Ainsi, à l'issue de l'évaluation, la direction a demandé aux éducateurs appartenant aux différentes entités de l'IME de réfléchir à une fiche projet préalable à toute mise en œuvre d'activité, notamment en donnant davantage d'activités pour les enfants les moins développés sur le plan intellectuel et physique. Pendant un mois, pour chaque activité¹¹⁰, les évaluateurs se sont concertés sur l'élaboration d'objectifs principaux¹¹¹ et personnalisés¹¹² pour chaque jeune, ce qui les a amenés à écrire et à repenser leur manière de travailler. Un « inventaire d'activités » a été fait à ce moment précis. Les activités recevant une faible écoute ont été retirées. Après plusieurs réunions, un modèle-type de fiches projet a été présenté à la direction qui, après négociation, a tranché.

Septième et dernière remarque, une fiche bilan a été créée. Elle permet à un chef de service, après la réalisation de l'activité, de prendre la décision de la reconduire ou non l'année suivante en fonction de son succès. Tous les mois, des groupes de travail se réunissent pour suivre les prestations écrites dans les projets personnalisés car des échéances sont marquées pour chaque action menée par le bénéficiaire.

A travers cet exemple de réalisation d'une révision du projet personnalisé, l'établissement a réfléchi sur ses activités et sur sa manière de travailler en équipes, pour répondre au mieux aux besoins et attentes de l'enfant, et s'inscrit donc dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

2.2.2.2. La nécessité du développement des partenariats

L'EE de cet IME avait décelé également la nécessité de développer d'autres activités ou d'autres soins dans le but d'améliorer la qualité de prise en charge.

Le point de départ de l'analyse était qu'un établissement ne peut satisfaire tous les besoins et attentes d'un enfant. L'individualisation de la prise en charge a obligé l'IME à chercher des débouchés à l'extérieur, faute de ne pouvoir y répondre par lui-même.

La désinstitutionnalisation a amélioré le parcours de prise en charge et a été mise en œuvre dans les plans d'action visant à améliorer l'accompagnement de l'utilisateur. La direction avait décidé de multiplier les échanges en réseaux afin de permettre à l'enfant de bénéficier du soin ou d'une activité particulière dans un environnement adéquate.

¹¹⁰ Une activité par fiche de projet.

¹¹¹ Par exemple : Le travail du relationnel avec les autres enfants.

¹¹² Par exemple : le travail de l'autonomie.

La concrétisation de cette idée s'est mise en place en deux temps :

Une première étape avait consisté, en 2012, à réunir cinq structures médico-sociales et un hôpital intéressés par la démarche, en mettant en place des « activités circulaires ». Par exemple, un enfant autiste qui se trouvait dans un des six établissements devait pouvoir trouver les mêmes moyens de communication, quelque soit l'établissement où il se trouvait. A cette époque, chacun de ses six établissements enseignait avec ses propres pictogrammes. Après de nombreuses réunions et une volonté des directeurs des différentes structures de travailler ensemble, dans le but d'améliorer la prise en charge des enfants autistes, un accord avait été trouvé. L'hôpital acceptait de former à tour de rôle, l'ensemble des professionnels se trouvant dans les cinq autres structures sur un corpus commun de connaissances. La méthode PECS¹¹³ utilisée par ces six établissements permettait à l'enfant d'apprendre des pictogrammes universels. Concrètement cela signifiait que chaque structure devait s'adapter et revoir ses méthodes d'apprentissage. Un établissement qui ne répondrait plus aux besoins de l'enfant, peut maintenant le transférer dans un des cinq autres établissements sans le désorienter.

La deuxième étape a pour objectif, dès septembre 2013, d'élaborer des « journées circulaires » en échangeant des professionnels à l'intérieur des six établissements pour observer les méthodes de travail pratiquées et en permutant des enfants pour répondre à leurs besoins et leurs attentes (une activité équitation contre une activité football). Les professionnels de l'IME comme ceux des autres structures vont pouvoir mieux se former, améliorant ainsi la qualité des prestations rendues.

La mise en œuvre de recherches de partenariats s'inscrit bien encore dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge à travers une remise en cause des pratiques, d'une volonté de progresser et d'une motivation de la part de tous les professionnels.

Après avoir analysé la mise en œuvre des évaluations internes et externes dans les établissements médico-sociaux, la place et les effets de ces dernières sur la démarche d'amélioration de la qualité, il convient d'aborder les suites données aux rapports transmis aux autorités de contrôle et de tarification. Des suggestions seront également évoquées sur le thème de cette étude tant pour les autorités que pour les établissements.

¹¹³ En anglais, Picture Exchange Communication System.

3. Les suites données aux rapports reçus par les autorités et suggestions apportées sur les évaluations

Un état des lieux national, régional et départemental des évaluations internes et externes sera examiné par l'intermédiaire d'une note de l'ANESM, d'une fiche de recueil de données envoyée aux ARS siège et d'une extraction d'une base de données de l'ARS siège IDF. Le contrôle par les autorités des rapports d'évaluation reçus sera ensuite analysé. Des suggestions portant sur l'amélioration du dispositif d'évaluation, l'utilisation et le devenir des rapports ainsi que la gestion de ceux-ci par les autorités, seront finalement évoqués.

3.1 Un état des lieux des rapports d'évaluations internes et externes

Un état des lieux sur les EE sera analysé sur le plan national, se poursuivra par des comparaisons interrégionales en termes d'enregistrement sur les deux types d'évaluations, pour finir sur un focus en Région IDF.

3.1.1 Un éclairage national sur la situation des évaluations externes

L'ANESM a publié une note d'information le 4 septembre 2013 intitulée « Bilan des évaluations externes au 30 juin 2013 » provenant de remontées de statistiques d'activités obligatoires par les organismes habilités.

Au deuxième semestre 2012, 23 % des 1047 organismes habilités par l'ANESM, ont déclaré avoir eu une activité d'EE durant ce semestre et ont conduit 2050 missions d'EE dont 42% achevées au 30 juin 2013. Par rapport au second semestre 2012, l'activité d'EE a doublé.¹¹⁴ Au premier semestre 2013, les quatre régions en Métropole les plus avancées en matière d'évaluation (réalisée et en cours) quels que soient les ESSMS, étaient les Pays-de-La-Loire (255), l'Île-de-France (228), la Bretagne (142) et Rhône-Alpes (137). En revanche, les régions Champagne-Ardenne (50), Limousin (47), Bourgogne (46) et Poitou-Charentes (32) étaient les moins avancées¹¹⁵.

Parmi les 3 593 EE réalisées en établissements médico-sociaux (EMS) au 30 juin 2013¹¹⁶, les EHPAD venaient largement en tête avec 9 %, suivies par les MAS/FAM avec 7 %, les IME/ITEP avec 6 % et les ESAT avec 5 %.

¹¹⁴ Au deuxième semestre 2012, 1022 missions ont été déclarées réalisées ou en cours de réalisation. Au total, 4785 ESSMS sont, au 30 juin 2013, dans la démarche d'EE dont 3593 ESSMS ayant terminé la leur, soit 19.5% de ceux devant la transmettre au plus tard le 3 janvier 2015.

¹¹⁵ Ces chiffres sont à relativiser car la situation semble différente en analysant uniquement six types d'établissements médico-sociaux (partie 3.1.2 de ce chapitre).

¹¹⁶ Chiffre cumulé au 30 juin 2013 provenant des déclarations d'activité des organismes habilités.

Des différences significatives sont à noter entre établissements médico-sociaux concernant le coût des EE. Le coût moyen TTC d'une EE, calculé au 30 juin 2013, revenait aux EHPAD à 7 850 euros pour huit jours travaillés en moyenne. Pour les IME/ITEP, le coût moyen était de 7 337 euros pour six jours et demi travaillés en moyenne. Les ESAT affichaient un coût moyen de 6 345 euros pour six jours travaillés en moyenne. Enfin, les MAS et FAM présentaient un coût moyen de 5 858 euros pour cinq jours et demi travaillés en moyenne.

L'étude de l'ANESM appelle trois remarques :

Tout d'abord, l'ensemble des chiffres présentés par région, regroupent les établissements et les services, ne permettant pas d'établir une analyse fine. En outre, toute indication sur un type d'établissement ne permet pas de savoir où il est situé géographiquement.

Ce constat est à réitérer par rapport à « L'enquête nationale 2012 sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du CASF », enquête réalisée également par l'ANESM.

Par ailleurs, dans cette dernière enquête, un mixte a été fait entre EHPAD et Etablissements Hébergeant des Personnes Agées (EHPA). Les bénéficiaires sont néanmoins différents car la composante « soins » est prise en compte en EHPAD et non en EHPA.¹¹⁷

Enfin, le marché de l'EE est lucratif. En effet, au 30 juin 2013, les six types d'établissements analysés (EHPAD, ESAT, IME, ITEP, FAM et MAS¹¹⁸) représentaient, selon la note de l'ANESM, au niveau national, 1010 établissements ayant déjà réalisé leur EE soit 28% des ESSMS. En se basant sur les prix moyens mentionnés, le coût global que j'ai calculé, atteignait alors plus de sept millions d'euros¹¹⁹.

3.1.2 Comparaisons interrégionales sur l'enregistrement des évaluations internes et externes.

Force est de constater qu'aucune enquête ne pouvait réellement apporter des informations sur le recensement au niveau régional des évaluations internes et externes provenant uniquement d'établissements médico-sociaux ; J'ai donc envoyé une fiche de

¹¹⁷ Annexes de l'enquête intitulées « Structures de l'échantillon 2012 » p.53.

¹¹⁸ Introduction.

¹¹⁹ Selon cette note du 4 septembre 2013, l'ANESM précise « Toutes catégories confondues, depuis 2010, l'évaluation externe représente 24 877 218 euros ». Cette somme correspond à 4785 ESSMS qui ont une EE réalisée ou en cours au 30 juin 2013. Près de 24500 ESSMS devront envoyer leur rapport d'EE à leur autorité au plus tard le 3 janvier 2015. Le marché est donc au minimum de 127 millions d'euros.

recueil de données¹²⁰ auprès de vingt-trois ARS siège¹²¹, en me focalisant sur six types d'établissements, dans le but de faire une analyse comparative. Cette enquête¹²² a été réalisée du 19 juillet au 25 octobre 2013 inclus et a présenté quelques difficultés quant à son déroulement¹²³. Compte tenu des réponses, j'ai dû construire plusieurs tableaux¹²⁴. La situation du recensement des rapports en régions sera en premier lieu soulignée permettant d'aboutir à une interprétation potentielle des chiffres.

3.1.2.1 Des différences interrégionales notables

Pour la comptabilisation des rapports d'évaluations internes et externes reçus par les ARS siège, sur vingt-trois contactées, dix-huit ont répondu. Sur les quinze fiches exploitables, neuf Agences ont répondu entièrement ou presque, six très partiellement. Le résultat général montre des différences entre types d'établissements et entre régions. Le secteur personnes handicapées (PH) enfants ou adultes paraît plus mobilisé que celui des personnes âgées (PA) dans l'envoi des rapports d'évaluation.

En comparant les régions, le Limousin semblerait la région la plus avancée dans l'enregistrement des rapports d'EI : 44% des EHPAD ont envoyé leur rapport, 60% des ESAT, 92% des IME et 70% des MAS. Les régions Franche-Comté, Haute-Normandie et Pays-de-La-Loire montreraient également des résultats probants en la matière. 90% des ESAT de cette dernière région auraient envoyé leur rapport à leur autorité. Pour les régions répertoriant le plus de structures dans ces six catégories (IDF et Rhône-Alpes), les taux d'enregistrement seraient les plus faibles. Des différences existeraient cependant entre ces deux régions. Ainsi, la région Rhône-Alpes, avec un nombre supérieur d'établissements en ESAT et FAM, enregistrerait le double de rapports d'EI par rapport à l'IDF, avec d'une part pour les ESAT 20% contre 10% et d'autre part pour les FAM 19% contre 11%.

¹²⁰ ANNEXE N°VII : Fiche de recueil de données envoyées à 22 ARS siège hors Ile de France.

¹²¹ Pour cette enquête, les ARS siège de Métropole et de l'Océan Indien ont été contactées. Pour des raisons techniques, l'ARS Guadeloupe n'a pas pu l'être. Réalisant mon stage à l'ARS siège IDF, dans le service médico-social portant, entre autre, sur les évaluations, je n'ai pas eu besoin d'envoyer ma fiche de recueil de données. Au total, 23 ARS ont été contactées y compris l'IDF.

¹²² Les résultats de cette enquête présente uniquement le nom des ARS pour la partie concernant le recensement des rapports d'évaluation. En revanche, la suite de l'analyse de l'enquête décrite dans cette troisième partie respectera l'anonymat quant à la provenance des informations.

¹²³ Les difficultés rencontrées proviennent de l'hétérogénéité des réponses. Certaines ARS ont parfaitement rempli le document, d'autres ont répondu de manière incomplète, ont mélangé établissements et services, ont regroupé totalement ou partiellement les six types d'établissements étudiés, ont modifié complètement mes tableaux envoyés, ou m'ont envoyé leur base de données pour que je trouve moi-même les réponses. La plupart des ARS ont mentionné le manque de temps pour me rendre un travail exhaustif ou pour répondre à l'enquête. De nombreuses relances ont été effectuées. Le traitement des informations ainsi collectées n'a pas été simple.

¹²⁴ ANNEXE N°VIII: Tableaux comparatifs entre ARS siège sur le nombre d'évaluations internes et externes reçues directement ou non par les EHPAD, ESAT, IME, ITEP, FAM et MAS.

Le Limousin et l'Aquitaine sembleraient être les régions ayant enregistré le plus de rapports d'EE. Pour la région Limousin, 16% des EHPAD auraient envoyé leur rapport et 30% pour les MAS. Cette dernière possède moins d'établissements comparativement à d'autres, ce constat est donc à relativiser. Par exemple, bien que moins peuplée que la Franche-Comté, elle recenserait plus d'ESAT et enregistrerait pour autant 30% de rapports d'EE contre 4%.

De plus, selon le type d'établissement, les ARS Bourgogne, Poitou-Charentes et Lorraine n'auraient enregistré aucune EE.

Enfin, les ARS IDF, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées présenteraient un faible recensement de rapports d'EE. Pour cette dernière région, sur les quinze ARS ayant répondu à cette partie de l'enquête, elle comptabiliserait le plus faible taux de recensement pour les EHPAD avec moins de 2% pour les EE.

3. 1.2.2 Quelle interprétation donner à ces chiffres ?

Cette analyse porte sur quinze ARS sur vingt-trois contactées, soit 65% de répondants seulement.

Les évaluations internes et externes sont déterminées en fonction de la date d'autorisation. Tous les établissements n'ont pas à fournir leur EI pour le 3 janvier 2014. Néanmoins, beaucoup de rapports d'évaluations internes et externes sont en cours de réalisation et ne sont pas encore comptabilisés par les ARS. Il est vraisemblable que le nombre de rapports d'EI a augmenté à la fin de l'année 2013, et sans doute pour les établissements retardataires tenus de l'envoyer avant le 3 janvier 2014.

Une plus forte mobilisation du secteur PH enfants ou adultes par rapport au secteur PA proviendrait d'une offre structurée, plus développée et un accompagnement plus soutenu de la part d'associations gestionnaires plus importantes. Le secteur PA pourrait, à l'heure où est écrit ce mémoire, être en train d'attendre un report de calendrier.

Les contraintes de temps, d'organisation, les évènements imprévus, le manque de motivation, les difficultés de lisibilité des textes réglementaires et des RBPP de l'ANESM, rencontrés par les établissements, constitueraient des facteurs expliquant un recensement général faible des évaluations internes et externes.

Les ARS qui s'impliqueraient dans la démarche d'EI en soutenant les établissements, auraient sans doute les plus forts taux de recensement de rapports

(ARS Franche-Comté). Par exemple, le fait d'associer les fédérations¹²⁵ dans le travail des Agences, dans ce domaine, pourrait être un facteur bénéfique dans le recensement des rapports.

Pour aider au mieux les établissements et contrairement à la réglementation¹²⁶, certaines ARS ont considéré que le référentiel Angélique pour les EHPAD et l'application des RBPP de l'ANESM permettaient la réalisation d'une EI.

Plusieurs ARS ont mentionné être en possession de rapports d'EE sans avoir reçu au préalable les rapports d'EI. De même, des rapports d'EE ont été enregistrés par des cabinets habilités sur le site de l'ANESM¹²⁷, alors même que les établissements auraient dû les envoyer en amont aux autorités.

Enfin, des ARS financent l'EE (c'est le cas des ARS IDF et Corse¹²⁸) au travers des crédits non reductibles (CNR). Cependant, il ne semblerait pas que ces régions aient des taux de recensements de rapports d'EE forts.

3.1.3 Des inégalités départementales en Ile-de-France en termes de recensement d'évaluations

En octobre 2013, selon la base de données de l'ARS siège IDF, le nombre total de rapports d'EE pour tous les ESMS, devant être envoyés aux autorités avant le 3 janvier 2015, était de 1514 sur un total de 2067 soit 73%.

Les autorités auraient donc eu à analyser auparavant 1514 rapports d'EI à partir du 3 janvier 2014 si ce n'était déjà commencé. Sur les 1514 ESMS répertoriés, 602 ont des financements conjoints avec les CG¹²⁹ sur un total global de 815¹³⁰.

Pour obtenir des chiffres récents et centralisés uniquement sur six types d'établissements, j'ai recensé à partir d'une base de données répertoriée au siège de l'ARS IDF, au pôle médico-social, alimentée par les DT et le siège, le nombre d'évaluations internes et

¹²⁵ Cette participation des fédérations pourrait prendre la forme d'échanges d'informations ou de conventions d'atelier commun pour les ESMS ayant des difficultés de méthodologie d'évaluation, la création d'un réseau régional évaluation ou de centres de ressources pour l'évaluation.

¹²⁶ Circulaire du 21 octobre 2011.

¹²⁷ Un organisme habilité doit envoyer par internet à l'ANESM, à la fin de chaque semestre civil, un rapport d'activité renseigné pour chacune des missions terminées ou en cours. A défaut, une suspension ou un retrait d'habilitation est possible.

¹²⁸ Pour IDF, il est de l'ordre de 7 500 euros pour les établissements (chiffre provenant d'entretiens individuels), trois millions d'euros ont été attribués pour financer les EE en 2011 (rapport d'activité ARS IDF 2011). Pour la Corse, il est de l'ordre de 5 000 euros pour les établissements cofinancés ainsi que 7 500 euros pour les établissements à compétence assurance maladie exclusive (chiffres provenant de l'enquête). A l'inverse, d'autres ARS ne subventionnent pas, comme par exemple l'ARS Bretagne.

¹²⁹ Ibid note 4.

¹³⁰ Tous ces chiffres ont été présentés plusieurs fois en réunion de travail réunissant l'ARS siège, les DT et les CG à partir d'octobre 2013. Néanmoins, leur fiabilité reste réduite.

externes enregistrées par département.¹³¹ La tendance générale de l'analyse des chiffres au 25 octobre 2013 semblait montrer de faibles taux d'enregistrement d'évaluation sur la région. Une montée en charge de rapports, surtout internes, devrait avoir eu lieu jusqu'à la fin de l'année 2013 et début 2014.

Une analyse plus détaillée montrerait des différences entre les départements :

Concernant l'EI, les départements de l'Essonne (91) et du Val-d'Oise (95) ont vraisemblablement envoyé le plus de rapports avec respectivement 33% et 24% sur les 90 répertoriés par l'ARS siège.

Sur les six types d'établissement, les EHPAD et les IME auraient envoyé le plus grand nombre de rapports avec respectivement 39% et 24% sur les 90 répertoriés.

Du côté de l'EE, 44 rapports auraient été répertoriés à l'ARS siège au 25 octobre 2013.

Les DT de Paris, des Yvelines, de l'Essonne et de Seine-et-Marne auraient enregistré 8 rapports chacune, et aucun concernant la DT93. Par type d'établissement, se seraient les EHPAD et les ESAT qui auraient envoyé le plus de rapports avec respectivement 16 et 10 rapports.

Le nombre d'établissement n'ayant envoyé aucun rapport d'évaluation (interne ou externe) s'élèverait à 886 sur les 1019 répertoriés dans la base, soit 87% du total. Au niveau régional, pour les FAM et ITEP, le nombre de rapports d'EE reçus serait supérieur au nombre de rapports d'EI reçus.

Enfin, les trois DT qui auraient le plus de travail sur ces six types d'établissements seraient celle de Seine-et-Marne (77) avec 167 établissements, celle des Hauts-de-Seine (92) avec 160 établissements et des Yvelines (78) avec 146 établissements. Or, les remontées de rapports d'EI seraient plutôt faibles à la date du 25 octobre 2013.

Ces chiffres conduisent à quatre observations :

La base de données ne comptabilise pas tous les rapports d'évaluations internes et externes en cours. Il serait fort possible qu'au moment de l'extraction des données, beaucoup de rapports aient été en voie de finalisation.

¹³¹ ANNEXE N°IX : Tableaux recensant le nombre d'évaluations internes et externes enregistrées par l'ARS siège Ile-de-France de la part des EHPAD, ESAT, IME, ITEP, FAM et MAS.

Tous les établissements ne sont pas concernés par la « première vague » de rapports à transmettre aux autorités pour 2014 et 2015 au plus tard.

L'ARS siège a demandé plusieurs fois aux DT de mettre à jour la base de données pour le nombre d'établissements dans un but de fiabiliser les chiffres comptabilisés. Cette requête est actuellement en cours.

Enfin, au vu du faible taux de remontées, il n'est pas certain que tous les directeurs appliquent les stipulations indiquées dans le courrier adressé par leur DT début 2013, à savoir l'obligation d'envoyer leur rapport d'évaluation interne et externe en version papier avec avis de réception à leur DT/CG et en version électronique à l'ARS siège et au CG. De même, il n'est pas certain que tous les établissements aient reçu ce même courrier leur rappelant également leurs obligations calendaires au regard de la réglementation en matière de transmission des rapports d'évaluations internes et externes à ou aux ACT.

Après avoir constaté des différences interrégionales et interdépartementales en IDF sur le recensement des évaluations internes et externes, il convient d'aborder, non plus l'intérêt de l'établissement de réaliser les évaluations pour améliorer la qualité de sa prise en charge et son organisation, mais son renouvellement d'autorisation délivrée après contrôle des rapports par les autorités.

3.2 Le contrôle des rapports d'évaluation par les autorités

Pour aborder cette nouvelle tâche obligatoire du traitement, de la gestion et du suivi des rapports d'évaluation, l'ARS IDF a enquêté sur le « terrain » ; Elle a questionné directement les ESMS¹³² sur cette thématique. Par ailleurs, l'enquête réalisée dans le cadre de la présente étude a montré que 14 ARS siège sur 15 (Hors IDF)¹³³ ayant répondu sur ce point, ont fait de même. Cette analyse auprès des ESMS est importante car elle donne des pistes de réflexion aux autorités, dans le contrôle des rapports en vue des renouvellements d'autorisation des établissements. En se basant, à la fois sur la situation de l'ARS siège IDF et sur les résultats de l'enquête réalisée, la phase préparant l'analyse des rapports sera tout d'abord définie avant d'aborder l'analyse proprement dite.

¹³² L'enquête intitulée « Enquête régionale Evaluation et mise en œuvre des outils issus de la loi 2002 », de l'ARS IDF, parue en juin 2012, permettait de connaître par type d'ESMS (PA, PH enfant, PH adulte et Personnes à Difficultés Spécifiques), leur degré d'avancement en matière d'évaluation interne et externe et leur mise en place d'outils issus de la loi 2002 (livret d'accueil, charte affichée, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, le CVS, le document individuel de prise en charge et le projet d'établissement). Cette enquête n'a pu être exploitée pour la présente étude car elle n'était pas découpée par type d'établissement et regroupait les résultats finaux en grandes masses mélangeant établissements et services. Les résultats de l'enquête sont situés sur le site http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/Medico-social/Evaluations/Evaluation_medico_social_enquete.pdf

¹³³ Colonne « enquête régionale sur les évaluations », ce n'est 15/16 mais 14/15, hors IDF, dans ANNEXE N°XI : Tableau portant sur l'organisation, le traitement et le suivi des rapports d'évaluations internes et externes.

3.2.1 Phase préparatoire avant l'analyse des rapports par les autorités

Les autorités ont établi un travail collectif pour se préparer et aider au mieux les établissements dans le cadre des évaluations.

3.2.1.1 Une volonté de travail collectif

Compte tenu de la charge de travail attendu et du fait que près de 40% des ESMS situés en Région IDF se trouvent en cofinancement, l'ARS et les huit CG ont souhaité travailler ensemble. Ce phénomène n'est pas isolé car 12 ARS siège sur 14 (hors IDF)¹³⁴, ayant répondu à l'enquête sur ce point, auraient décidé de monter des travaux en commun avec les CG pour tous les établissements cofinancés.

En IDF, de septembre 2012 à novembre 2013, plusieurs groupes de travail entre ARS (siège et DT) et CG ont eu lieu dans le but de réfléchir à une procédure commune pour les 600 rapports d'évaluations internes et externes à analyser dès le 3 janvier 2014 si ce n'est déjà fait. Les autorités ont donc créé un « référentiel d'organisation » définissant le traitement et la gestion des rapports d'évaluations internes et externes pour tous les ESMS à compétence partagée entre l'ARS et les CG.

Pour le traitement et la gestion de l'EI, le référentiel prévoit une analyse des rapports portant sur leurs modalités de recevabilité¹³⁵.

Pour le traitement et la gestion de l'EE, les points abordés portent sur la réception des rapports au regard de la date d'autorisation initiale, l'analyse de la conformité¹³⁶, le contenu des rapports¹³⁷ et les résultats de cette évaluation¹³⁸. L'IDF a donc créé des grilles de lecture pour l'évaluation interne et externe¹³⁹. Parallèlement, l'enquête réalisée a montré que 11 ARS siège sur 14 (hors IDF) ayant répondu sur ce point ont mis ou seraient en train de mettre en place une grille de lecture pour l'EI et 9 ARS siège sur 16 (hors IDF) ayant répondu en auraient fait autant pour l'EE¹⁴⁰.

¹³⁴ Colonne « travaux commun avec les CG pour les établissements cofinancés », ce n'est plus 13/15, mais 12/14, hors IDF, dans l'ANNEXE N°X : Tableau retraçant les grilles de lecture sur les évaluations, les relations avec les Conseils Généraux et les dispositifs mis en place pour les établissements sensibles.

¹³⁵ Ceci concerne, entre autres, le respect du délai imposé réglementairement, le respect du cahier des charges relatif à l'EE, la formalisation des résultats de l'EE et des préconisations d'amélioration.

¹³⁶ Le cahier des charges est stipulé à l'Annexe 3-10 au CASF. Par ailleurs, il revient à l'ARS siège d'analyser la conformité à l'aide d'une grille de lecture conjointe DT/CG en portant une attention particulière sur l'organisme habilité.

¹³⁷ Les sept thématiques de l'ANESM doivent être explicitées. L'abrégé et la synthèse sont obligatoires dans le rapport depuis le 1^{er} juillet 2012 (Ibid note 65).

¹³⁸ Les plans d'action réalisés ou non par l'établissement pour l'EI et les préconisations de l'évaluateur,

¹³⁹ La grille de lecture pour l'EE est pilotée par l'ARS siège IDF. Elle est commune aux deux autorités (DT/CG). La grille de lecture pour l'EI est laissée à la libre appréciation de celles-ci quant à la méthodologie d'analyse.

¹⁴⁰ Colonne « grille de lecture pour EI », ce n'est plus (10+2)/15 mais 11/14, hors IDF, colonne « grille de lecture pour EE », ce n'est plus (7+4)/15 mais 10/14, hors IDF, dans l'ANNEXE n°X : Tableau retraçant les

En IDF, pour mettre en place cette procédure de gestion et de suivi dans chaque DT et CG un référent « évaluation »¹⁴¹ a été désigné dans le but de coordonner et aider l'équipe à remplir au mieux la « fiche de liaison ». Créé par l'ARS siège, et issu d'une réflexion commune, cet outil informatique, qui est à un stade expérimental, permet au personnel des deux autorités, de saisir toutes les informations qu'elles jugeront utiles concernant les rapports d'EE pour chaque établissement (ou service) qu'il soit cofinancé ou non. La situation est identique pour les autres ARS puisque l'enquête a montré que 11 ARS siège sur 15 (hors IDF)¹⁴², ayant répondu sur ce point, ont agi de la même façon en créant un outil pour analyser les rapports de l'EE. Cependant, seulement 9 ARS siège sur 16 (hors IDF)¹⁴³ en ont fait autant pour analyser les rapports d'EI.

Plusieurs formations organisées par l'ARS siège IDF ont été dispensées sur l'utilisation de cette fiche de liaison. Cet outil n'est qu'une aide à la décision du renouvellement d'autorisation de fonctionnement de l'établissement. Faute de temps et d'effectifs suffisants, l'analyse de fond du rapport d'EE ne porterait prioritairement que sur les sept rubriques de l'abrégé et sur la synthèse de l'ANESM. Pour chaque rubrique de l'abrégé¹⁴⁴, cinq items maximum sont à remplir au libre choix de l'établissement. Chaque item est coté de façon individuelle. Les autorités ont souhaité qu'un ou deux items¹⁴⁵, appelés « points de vigilance », soient abordés prioritairement dans chaque rubrique de l'abrégé. Le respect de cette recommandation par l'établissement lui permettra d'obtenir des points supplémentaires (« bonus ») par rapport à la cotation normale de la rubrique mais ne peut en aucun cas lui en faire perdre.

L'ensemble de l'analyse et de la cotation du rapport permettent de savoir si l'établissement doit bénéficier d'un renouvellement d'autorisation ou susciter une analyse

grilles de lecture sur les évaluations, les relations avec les Conseils Généraux et les dispositifs mis en place pour les établissements sensibles.

¹⁴¹ En général, en DT, le référent occupe un poste d'Inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS) ou de chargé de mission. Ce référent a un homologue à l'ARS siège appelé « référent évaluation » qui d'une part, pilote le dispositif et d'autre part, apporte un soutien aux DT et CG en cas de besoin.

¹⁴² Colonne « traitement des rapports d'EE », ce n'est plus (10+2)/16 mais 11/15, hors IDF, dans l'ANNEXE N°XI : Tableau portant sur l'organisation, le traitement et le suivi des rapports d'évaluations internes et externes.

¹⁴³ Colonne « traitement des rapports d'EI », 9/16, hors IDF, dans l'ANNEXE N°XI : Tableau portant sur l'organisation, le traitement et le suivi des rapports d'évaluations internes et externes.

¹⁴⁴ Ibid note 65.

¹⁴⁵ Ces points de vigilance présentent une attention particulière pour les autorités. A titre d'exemple, pour la rubrique 5 de l'abrégé intitulé « La personnalisation de l'accompagnement », les deux points de vigilance portent sur l'accompagnement et les soins à travers « l'élaboration, rédaction, actualisation du projet personnalisé » et sur l'accueil des usagers à travers « l'entrée dans l'établissement, liens entre les usagers et relation avec le personnel ».

plus approfondie ou encore faire l'objet d'une demande d'un dossier de renouvellement¹⁴⁶.

Néanmoins, le renouvellement doit rester la règle.¹⁴⁷ Seuls les établissements identifiés comme sensibles¹⁴⁸ feraient l'objet d'une analyse détaillée et complète des rapports d'évaluations internes et externes. A ce sujet, l'enquête a révélé que 7 ARS siège sur 15 (incluant IDF), ont mis en place des dispositifs permettant d'identifier les établissements sensibles¹⁴⁹.

Par ailleurs, en IDF, un des points importants du référentiel est la répartition de lecture des rapports entre DT et CG pour les établissements conjoints. Les deux possibilités qu'ils peuvent choisir conjointement sont la répartition ou non des rapports d'EE.¹⁵⁰

La grande majorité des départements ont choisi la répartition de la lecture des rapports dans le but de diminuer la charge de travail. Dans les deux cas, pour chaque dossier, les conclusions de l'EE feraient l'objet d'une confrontation et d'une validation conjointe. Les deux autorités doivent se concerter pour accorder ou non le renouvellement d'autorisation.

Enfin, en IDF, les autorités ont fixé ensemble un seuil de 20% de dossiers de demandes de renouvellement, c'est-à-dire 20% de rapports analysés pour lesquels elles demandent aux établissements un complément d'informations avant de prendre toute décision sur leur renouvellement. En général, ce sont des établissements dits « sensibles » connus des autorités. Une réflexion sur la procédure de renouvellement d'autorisation sera menée au cours de l'année 2014.

¹⁴⁶ L'autorité demande des éléments complémentaires pour connaître précisément la situation de l'établissement : présentation générale de l'activité, les preuves de la mise en œuvre effective des outils de la loi 2002, les résultats des évaluations internes et externes, les plans d'action et décisions envisagées pour les mettre en œuvre, un engagement sur les points tangents. Un décret devrait fixer prochainement les modalités de dépôt et le contenu du dossier de demande de renouvellement. La procédure de renouvellement peut se schématiser (ANNEXE N°II).

¹⁴⁷ Le non renouvellement est l'exception car la fermeture d'un établissement constituerait une difficulté de remplacement des intéressés.

¹⁴⁸ Les critères pour identifier un établissement sensible sont, entre autres, l'absence de projet d'établissement, le manque d'informations sur la structure, des plaintes ou signalements récurrents, des problèmes de gouvernance ou encore le non respect des objectifs du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ou de la Convention Tripartite Pluriannuelle (CTP).

¹⁴⁹ Colonne « Dispositif mis en place pour identifier les établissements sensibles », 7/15, IDF inclus, dans l'ANNEXE N°X : Tableau retraçant les grilles de lecture sur les évaluations, les relations avec les Conseils Généraux et les dispositifs mis en place pour les établissements sensibles.

¹⁵⁰ Ce référentiel n'évoque pas la situation des rapports d'EI, entendu que chaque autorité apprécie seule la méthodologie d'analyse de ces rapports.

3.2.1.2 Un soutien méthodologique et des conseils transmis en amont aux établissements¹⁵¹

En IDF, un travail commun a été élaboré entre l'ARS et les CG pour apporter un soutien méthodologique et des conseils en envoyant un courrier adressé à tout chef d'établissement. Pour autant, l'enquête réalisée, a établi que 6 ARS siège sur 14 (hors IDF)¹⁵², ayant répondu sur ce point, ont envoyé ou vont adresser un courrier à l'attention des établissements pour leur rappeler leurs obligations réglementaires et calendaires en matière d'évaluation. Ce courrier vise à rappeler que la date d'autorisation initiale est le déclencheur pour les délais de réalisation des évaluations internes et externes, que le calendrier de l'évaluation et les RBPP de l'ANESM doivent être respectés. En IDF,

Le courrier répertorie également des conseils qui permettent à l'établissement de choisir un organisme habilité non nominatif¹⁵³.

3.2.2 L'analyse proprement dite des rapports

L'analyse des rapports d'évaluation a pour objectif de découvrir s'ils constituent un levier pour l'amélioration de la qualité du service rendu, et la mise en évidence de l'adéquation ou non des préconisations avec les constats déjà connus. A la question posée dans l'enquête « Concernant l'évaluation interne, sur quelles thématiques portez-vous un regard particulier ? », sur quinze répondants, treize réponses ont pu être exploitées.¹⁵⁴ Les résultats ont indiqué que la personnalisation de l'accompagnement serait le thème le plus analysé pour 8 ARS siège sur 13 (IDF inclus)¹⁵⁵.

La politique de prévention de la maltraitance (ou promotion de la bientraitance) serait ensuite le thème le plus examiné pour 5 ARS siège sur 13 (IDF inclus)¹⁵⁶.

L'explication plausible serait que l'utilisateur étant placé au cœur de l'établissement, ce dernier doit s'engager à lui apporter les prestations et activités les plus adaptées à ses besoins et attentes en évitant toute dérive.

Pour autant, des difficultés proviennent du contenu des rapports d'EI reçus. Plusieurs responsables de DT ou de CG, du secteur médico-social, rencontrés en IDF, partagent le même constat et ont fait les remarques suivantes : « C'est ni fait ni à faire », « la qualité est variable d'un rapport à l'autre », « les points essentiels ne sont pas abordés », « la

¹⁵¹ L'étude n'aborde pas les services qui sont toutefois concernés.

¹⁵² Colonne « Courrier envoyé aux établissements pour l'EI », ce n'est plus 7/15, mais 6/14, hors IDF, dans ANNEXE N°X (Ibid note 149).

¹⁵³ Il est suggéré d'incorporer dans le contrat passé avec l'organisme habilité des « clauses de responsabilité, les modalités de résiliation du contrat, les modalités d'une nouvelle évaluation externe ou du remboursement des frais en cas de faute....ou encore lorsque le rapport d'évaluation externe est analysé comme insatisfaisant par les autorités compétentes », ANNEXE 2 : Conseils de choix, accompagnant la lettre modèle adressée à tout chef d'établissement d'IDF.

¹⁵⁴ ANNEXE N°XII : Tableaux répertoriant les thèmes examinés de manière approfondie dans l'analyse des rapports d'évaluation.

¹⁵⁵ Ce taux correspond à 8/13 (IDF inclus) dans ANNEXE N°XII.

¹⁵⁶ Ce taux correspond à 5/13 (IDF inclus) dans ANNEXE N°XII.

participation des usagers n'est pas soulevée ». Au cours de mon stage, à l'ARS, j'ai analysé certains rapports d'EI.

L'action et le calendrier sont en général bien définis mais le pilotage et les moyens utilisés pour y arriver font défaut. En outre, dans la grande majorité des cas, il n'existe pas d'indicateur, rendant difficile la mise en place de tableaux de bord permettant de suivre ultérieurement l'amélioration de la qualité. Les rapports d'EI présentent donc de nombreuses limites.

Par ailleurs, l'ARS IDF a ciblé prioritairement l'EE car elle conditionne uniquement le renouvellement d'autorisation dans le but d'éviter de futurs contentieux. Pour les rapports d'EE, les résultats de l'enquête¹⁵⁷ montrent que le projet d'établissement et la personnalisation de l'accompagnement sont à leur tour analysés de manière approfondie. Cependant, trop peu de réponses ont été apportées sur ce point pour pouvoir les interpréter car la réflexion est en cours de construction dans la plupart des ARS.

Suivant l'analyse sur la conformité de certains rapports d'EE, durant mon stage à l'ARS, j'ai constaté que les contrats¹⁵⁸, concernant l'EE, ne prévoyaient pas de clause de responsabilité en cas d'invalidation potentielle du rapport. L'établissement a donc intérêt à bien contrôler le contenu du contrat avant de le signer avec le prestataire. En outre, je me suis rendu compte de la complexité, voire de l'impossibilité, actuellement de démontrer l'existence du conflit d'intérêt¹⁵⁹ entre établissement et organisme habilité. Deux raisons à cette affirmation. D'une part, l'absence d'élément inscrit à ce sujet dans le contrat passé entre l'établissement et le prestataire est récurrente. D'autre part, l'autorité n'a pas vocation à demander l'ensemble des contrats passés entre l'établissement et un prestataire sur l'année précédant la date de réalisation de l'EE.

En cas de validation de la conformité, le contenu du rapport d'EE est analysé conjointement par la DT et le CG ou séparément. Pour les établissements cofinancés, la signature des deux autorités est requise sur le même acte de renouvellement d'autorisation. Enfin, bien que la rédaction d'un acte ne soit pas obligatoire, le renouvellement d'autorisation, en IDF, se fera par écrit pour établir une preuve.

¹⁵⁷ ANNEXE N°XII : Tableaux répertoriant les thèmes examinés de manière approfondie dans l'analyse des rapports d'évaluation.

¹⁵⁸ L'obligation d'annexer le contrat au rapport est prévue à l'annexe 3-10 au CASF, chapitre V, section 3, point 3.2. En pratique, elle n'est pas systématiquement respectée, constat établi durant le stage à l'ARS.

¹⁵⁹ En cas de conflit d'intérêt, l'ANESM peut être saisie par les autorités qui appréciera les faits et engagera selon le cas une suspension ou un retrait d'habilitation (Article D312-202 du CASF).

Après avoir donné à voir l'état des lieux du recensement des rapports d'évaluation par les ARS, et évoqué leur contrôle, des suggestions portant sur les évaluations sont maintenant à développer tant pour les autorités que pour les établissements.

3.3 Suggestions apportées sur les évaluations tant pour les autorités que pour les établissements

La réglementation devrait être plus en adéquation avec les réalités du terrain. Les autorités devraient s'organiser au mieux dans l'analyse des rapports dans le but d'éviter des procédures contentieuses. Enfin, ces rapports d'évaluation présentent une utilité non négligeable.

3.3.1. La nécessité d'une réglementation adaptée aux réalités du terrain.

Les termes employés dans l'Annexe 3-10 au CASF sont trop généralistes comme par exemple, « L'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins »¹⁶⁰ ; « La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponse apportées aux usagers »¹⁶¹, ou encore « La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation »¹⁶². Dans le but d'éviter des maladroites de compréhension, le texte pourrait apporter des précisions.

L'Annexe 3-10 au CASF stipule la liste des neuf pièces techniques devant être envoyée à l'évaluateur.¹⁶³ Mais, aucune d'elles ne fait mention d'un rapport d'inspection à transmettre à ce dernier, le cas échéant. Il n'est pas davantage fait mention de porter à la connaissance de l'évaluateur une inspection qui aurait pu se produire « x mois » avant l'évaluation. Les conséquences de ce constat peuvent s'illustrer, par un exemple vécu¹⁶⁴ : Dans le cadre d'une mission d'évaluation, l'organisme habilité avait bien demandé et reçu les neuf pièces réglementaires, avant de se rendre sur le site de l'établissement sans que pour autant, le directeur ou le gestionnaire d'association ne lui ait communiqué des informations orales ou écrites sur l'inspection inopinée qui s'était produite trois mois avant la contractualisation. Sur place, les entretiens se sont succédé. A un moment donné, compte tenu des difficultés détectées, l'un des participants de l'équipe d'évaluateurs a

¹⁶⁰ Chapitre II, section 1.

¹⁶¹ Chapitre II, section 3.

¹⁶² Chapitre II, section 3.

¹⁶³ Ibid note 72.

¹⁶⁴ J'ai participé en tant qu'observateur à une mission d'EE, sur deux jours, par l'intermédiaire d'un cabinet habilité et avec l'autorisation du directeur d'un FAM situé en Loire-Atlantique et de mon maître de stage de l'ARS IDF, dans le but de mieux comprendre les rouages d'une évaluation sur le terrain, d'aider le service de l'ARS et d'enrichir cette étude sur le sujet.

demandé à un professionnel de santé si l'établissement avait connu une inspection récemment. La réponse fût positive. Cet élément nouveau a permis de poser de nouvelles questions à la direction et au personnel sur les actions menées depuis lors en vue d'une amélioration de la prise en charge du bénéficiaire et de faire des préconisations.

Ce cas suscite trois observations. Tout d'abord, il aurait été souhaitable que le prestataire puisse obtenir cette information en amont dans le but de mieux préparer la mission d'évaluation. Ensuite, dans le cas où la question d'inspection n'aurait pas été posée, le rapport d'évaluation final aurait omis de mentionner des précisions importantes et n'aurait pas donné une image fidèle de l'établissement à l'instant « T ». Enfin, l'autorité compétente a dû comparer, vraisemblablement, le rapport d'inspection avec le rapport d'EE. Dans le cas où ce dernier manquait d'informations, elle aurait alors demandé un complément d'éléments et/ou se serait déplacée avant de donner son accord pour le renouvellement d'autorisation. Pour rendre plus pertinente l'EE, une nouvelle pièce devrait être incorporée à la liste des neuf, avec comme intitulé par exemple « Rapports, notes ou conclusions internes, concernant une inspection en cours ou ayant eu lieu dans les deux ans précédant l'évaluation externe ». Une durée de deux ans serait nécessaire pour s'apercevoir des axes d'amélioration mis en place par l'établissement et des effets sur la qualité du service rendu.

Par ailleurs, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans un rapport de février 2013¹⁶⁵ souligne l'absence d'un référentiel national d'évaluation. La création d'un tel référentiel permettrait l'obtention d'un socle commun tout en prenant en compte les spécificités des structures. Aujourd'hui, il existe autant de référentiels que d'établissements. Cette solution aurait l'avantage de pouvoir créer pour une même catégorie d'établissements (ou de services) un outil permettant de faire des comparaisons, d'obtenir des analyses plus homogènes et un traitement facilité du dossier.

En outre, l'instruction de la DGCS du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les ESSMS présente dans son ANNEXE n°V une liste de quinze indicateurs¹⁶⁶ de la qualité en EHPAD provenant du recueil des RBPP de l'ANESM intitulé « l'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », daté de février 2012. Cependant, pour tous les autres types d'établissements, il n'existe pas à ce jour, d'indicateurs recommandés permettant le suivi de la qualité. Les rapports d'évaluations

¹⁶⁵ Ibid note 54 p.16.

¹⁶⁶ Ibid note 42.

internes ou externes ne font pas ressortir d'indicateurs. Il en résulte deux conséquences : d'une part, l'autorité ne peut pas faire de comparaison entre structures et établir des statistiques précises, d'autre part, l'établissement ne peut piloter avec précision ces plans d'action dans le temps. Ainsi, un indicateur (taux, ou un critère qualitatif), suivi régulièrement, permettrait d'éclairer le directeur de la structure dans l'amélioration continue de la qualité

Les autorités ont des difficultés à détecter un éventuel conflit d'intérêt entre un établissement et un organisme habilité. Dans un but de responsabiliser les acteurs, l'inscription d'une clause au contrat obligatoire, stipulant l'absence de conflit d'intérêt entre les parties signataires, pourrait être une solution pour y remédier.

Enfin, si le management participatif est largement prévu au moment de l'élaboration de l'EI, impliquant l'ensemble des équipes, l'évaluation même de la direction (directeur et chefs de service) par les professionnels et les usagers n'existe pas car elle n'est pas prévue. Or, la qualité du management, de l'encadrement et des relations humaines entre direction et personnel est primordiale. Les structures qui fonctionnent le mieux sont celles dont la direction est appréciée à la fois par le personnel et les bénéficiaires. En analysant les rapports d'EI, et sans généraliser, je n'ai pas vu une seule fois l'inscription de formations spécifiques dans ces domaines.

L'ANESM pourrait décider d'inclure un nouveau champ à évaluer dans ce sens qui se matérialiserait, par exemple, par un questionnaire de satisfaction spécifique sur le management et les relations humaines remis aux professionnels et/ou usagers. Cette démarche permettrait d'améliorer le fonctionnement de la structure et de progresser, y compris pour la direction, en se remettant elle-même en cause, créant in fine un effet positif sur la qualité du service rendu aux bénéficiaires.

3.3.2 L'obligation d'une vigilance accrue des autorités dans l'analyse des rapports d'évaluation externe

Dans le cadre de mon stage à l'ARS IDF et après avoir analysé plusieurs rapports d'EE¹⁶⁷, j'ai proposé d'élaborer une procédure d'analyse sur le fond, en décrivant toutes les étapes de la réception à la cotation d'un rapport. La première étape, que j'ai suggérée, a été de se documenter sur l'établissement.¹⁶⁸ Prendre le temps d'analyser en

¹⁶⁷ 17 rapports.

¹⁶⁸ Budgets, formation, résultats du CPOM ou de CTP, gouvernance, rapports de visite de conformité, rapports de contrôle, rapports d'inspection, plaintes.

amont ce dernier, permettrait d'éviter les erreurs d'appréciation et de se rendre compte de ses marges de progression.

De plus, la difficulté réside dans le traitement des dossiers dits « sensibles », c'est à dire des établissements connus par les autorités et sur lesquels une attention particulière est portée. Plusieurs d'entre eux, ne sont pas suivis sur le « terrain » par les autorités¹⁶⁹. Compte tenu du manque de personnel, il serait opportun de visiter¹⁷⁰, au minimum, l'ensemble des établissements répertoriés comme sensibles mais également ceux qui n'ont fait l'objet d'aucune visite depuis plusieurs mois ou années avant toute décision de renouvellement.

En outre, l'analyse des rapports d'évaluation nécessiterait de recruter de nombreux agents contractuels ou de réorganiser les services en DT pour pouvoir les analyser dans les meilleures conditions. Dans certaines ARS siège, le service dédié au pilotage des évaluations, semblerait négocier avec la Direction Générale le recrutement temporaire de plusieurs agents contractuels dans ce but. Cependant, la future difficulté réside dans la qualité du travail réalisé entendu qu'ils ne connaissent pas les établissements et que l'analyse demande une attention soutenue dans le temps¹⁷¹.

La nécessité d'une formation adéquate destinée à un public non averti et un contrôle ponctuel du travail fait s'avèreraient indispensables.

Dans d'autres ARS, il ne serait pas forcément prévu d'embaucher du personnel. Une « réorganisation temporaire » des services serait alors nécessaire, que se soit au siège ou en DT. Cette solution, pouvant être considérée comme utopiste, demanderait une osmose dans les relations entre les deux.

¹⁶⁹ La phase budgétaire s'établit en grande majorité par Internet.

¹⁷⁰ Le Décret D313-6 du CASF précise que l'autorisation ou son renouvellement ne sont valables que « sous réserve du résultat d'une visite de conformité ». Il revient à l'établissement, deux mois, avant la date de renouvellement d'autorisation de saisir la ou les autorités compétentes pour conduire la visite de conformité (D-313-11 du CASF) visant à vérifier les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement. Seul un décret pourrait modifier le décret existant sur la visite de conformité dans le but de diminuer la charge de travail des autorités.

¹⁷¹ En moyenne, le temps que je mettais à traiter complètement un rapport d'EE tant sur la conformité que sur le fond était de deux à trois heures, sans avoir accès aux informations relatifs aux établissements. En IDF, les DT ne travaillent que sur le fond du rapport c'est-à-dire l'analyse en profondeur de celui-ci. En tenant compte du type d'établissement (ou de service), des renseignements pris sur la structure, de la taille du rapport (en moyenne quarante à cent pages), de sa présentation, de sa compréhension, et du remplissage de l'outil prévu à cet effet, il faut compter en moyenne deux heures par rapport. En prenant le temps de faire le travail sérieusement, et en tenant compte de mon expérience vécue, selon mes calculs, il faudrait compter trois à quatre rapports par agents et par jour. Au-delà, le principal risque pourrait être le manque de rigueur dû à la fatigue et à la répétition de la méthode employée.

Dans les deux cas, les autorités ont l'obligation de traiter les rapports d'évaluation interne et externe, l'absence de réponse vaut accord tacite. La création de procédures, d'outils, de grilles de lecture et une organisation pour se répartir le travail entre autorités, constituent des étapes nécessaires, mais non suffisantes, pour mener à bien le travail à accomplir. L'intérêt de dégager du temps pour bien former les agents, un budget pour recruter du personnel le cas échéant, et des visites ciblées sur un maximum d'établissements avant de délivrer le renouvellement d'autorisation, seraient tout aussi importants dans le but d'éviter de futurs contentieux. En effet, la finalité du bon traitement des dossiers est d'empêcher, au maximum, des recours futurs contre des décisions administratives sur le renouvellement ou non des autorisations. Par exemple, le parent d'un enfant autiste placé dans un IME qui obtiendrait un renouvellement d'autorisation alors même que ce dernier aurait fait l'objet d'un signalement grave de maltraitance, déclencherait vraisemblablement une procédure contre l'établissement et contre la DT. Autre exemple, un établissement n'obtenant pas son renouvellement d'autorisation alors qu'un autre similaire aux difficultés identiques, l'obtiendrait, pourrait déclencher une procédure contentieuse contre l'autorité. Pour ces raisons, plusieurs ARS ont déjà commencé à provisionner dans le cas où de tels scénarios arriveraient.

3.3.3 Le devenir des rapports d'évaluation

Les rapports d'évaluation interne ou externe auront vocation à devenir des outils utilisés par les autorités. Dans cette perspective, l'enquête réalisée auprès des ARS a révélé que les rapports seraient majoritairement utilisés dans le cadre du dialogue budgétaire annuel et dans les négociations du CPOM ou d'une CTP. Ainsi, 10 ARS siége sur 11¹⁷² des répondants sur ce point, utiliseraient les résultats de l'EI dans le suivi et le renouvellement du CPOM ou de la CTP, mais seulement 6 ARS siége sur 11¹⁷³ des répondants utiliseraient le rapport d'EE dans ce but.

Par exemple, dans le cadre d'un renouvellement de CPOM qui se fait tous les cinq ans, l'autorité pourrait s'appuyer sur les rapports d'évaluation, pour fixer des objectifs en contrepartie de moyens. En effet, en IDF, les thématiques communes entre évaluations et CPOM, sont l'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur (EI et EE) ou le renforcement des partenariats (EE). Les thématiques communes peuvent changer d'une ARS à l'autre, en fonction de leurs objectifs poursuivis. Ainsi, l'ARS Franche-Comté a construit un outil appelé « Trame de CPOM entre ARS et ESMS » pour l'ensemble des ESMS du secteur handicapé dont l'objectif est de faciliter l'élaboration des CPOM. Cette trame identifie cinq types d'objectifs généraux dont deux relèvent des évaluations internes

¹⁷² Dans la partie « SUIVI », « Rapports d'EI », « 1^{ère} Colonne », 10/11, dans ANNEXE N°XIII : Tableau retraçant le devenir des évaluations internes et externes en termes de suivi et de contrôle.

¹⁷³ Dans la partie « SUIVI », « Rapports d'EE », « 3^{ème} Colonne », 6/11, dans ANNEXE N°XIII : Tableau retraçant le devenir des évaluations internes et externes en termes de suivi et de contrôle.

et externes.¹⁷⁴ Les deux objectifs communs sont d'une part, le développement d'une démarche de bientraitance des personnes accueillies dans le cadre des RBPP de l'ANESM et d'autre part, la mise en place d'une démarche de gestion des risques au sein des établissements. Ce type de réalisation pourrait être étendu à d'autres régions avec l'implication des ARS.

En outre, l'EI serait également un outil dans les négociations de CTP avec les EHPAD. Présentées de manière différente, les quatre thématiques de l'EI¹⁷⁵ sont retrouvées globalement dans la CTP. Ces deux démarches ont, de plus, une durée identique de cinq ans. De plus, les EHPAD doivent, tous les ans, produire à l'ACT un rapport de suivi de chacune des démarches¹⁷⁶. Cependant, une distinction fondamentale est à faire entre la grille d'auto-évaluation¹⁷⁷ liée à la CTP et l'EI. La grille d'auto-évaluation n'est donc qu'une partie de l'EI. A terme, l'utilité de garder l'une ou l'autre démarche pourrait se poser.

Enfin, la communication entre les services médico-sociaux et ceux de l'inspection dans les ARS, devrait être renforcée. Tout rapport d'évaluation interne et externe sur un établissement sensible ou présentant des difficultés connues (rotation de personnel, absentéisme, baisse d'activité pour les ESAT) devrait être transmis de façon synthétique à l'inspection, ce qui nécessiterait alors la création d'outils.

L'objectif serait de faire davantage circuler l'information dans le but de rendre une inspection éventuelle plus efficace¹⁷⁸. Dores et déjà, l'enquête réalisée, a souligné que 5 ARS siège sur 11¹⁷⁹ des répondants se serviraient des rapports d'évaluation interne et externe comme des pièces préparatoires à un contrôle ou une inspection. L'autorité pourrait également déclencher une inspection à partir du moment où le rapport d'EE présenterait des différences notoires avec le dossier que l'autorité posséderait sur l'établissement. Ces inspections auraient l'avantage d'agir en amont en faisant de la prévention en détectant, le cas échéant, des anomalies.

¹⁷⁴ Ibid note 54, rapport de l'IGAS, de février 2013, p.104.

¹⁷⁵ Ibid note 22.

¹⁷⁶ Pour l'EI, le Décret D312-203 du CASF précise que « Les évaluations internes prévues au premier alinéa L312-8 reposent sur une démarche continue retracée chaque année dans le rapport d'activité des établissements et services concernés ».

¹⁷⁷ Ibid note 6.

¹⁷⁸ Ces rapports sont également demandés directement à l'établissement en cas d'inspection, constat confirmé lors d'une inspection inopinée vécue en ESAT.

¹⁷⁹ Dans la partie « CONTROLE », « Rapport d'EI » ou « Rapport d'EE », 5/11, dans ANNEXE N°XIII: Tableau retraçant le devenir des évaluations internes et externes en termes de suivi et de contrôle.

Après analyse, il ressort que les rapports d'évaluations internes et externes ont mis en évidence la nécessité de travailler en harmonie entre ARS et CG, les difficultés du travail à venir et la nécessité de se former. Des pistes de réflexion sur les évaluations ont été avancées relevant du domaine réglementaire ou de l'organisation des autorités.

Conclusion

L'étude a montré la complexité de la mise en œuvre des évaluations. Elles mobilisent différents acteurs qui ont, comme objectif commun, la satisfaction des besoins et attentes des personnes fragiles. Si la réalisation d'EI nécessite du temps sans forcément la mobilisation de moyens financiers pour son accomplissement, le processus est inversé pour l'EE.

L'EE constitue un marché privé lucratif qui peut générer des inégalités entre établissements répartis sur le territoire national car tous ne bénéficient pas de crédits non reconductibles pour son financement. Les évaluations internes et externes s'insèrent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité du service rendu pendant et après leur réalisation. De belles initiatives concrétisées trouvent leur origine à l'issue de l'évaluation.

L'enquête réalisée semble attester que la majorité des ARS se préparent avec les CG à une charge de travail conséquente, entendu que peu de rapports entre le 19 juillet et le 25 octobre 2013 ont été recensés. Elle a permis de pointer qu'une organisation et des méthodes pour les utiliser, ont été ou sont en cours de création pour analyser les rapports d'évaluations internes et externes dans les meilleures conditions. Le devenir des rapports serait déjà envisagé par leur utilisation dans le cadre du CPOM ou de la CTP.

Cependant, l'étude présente plusieurs limites : des ARS sollicitées n'ont pas répondu à cette enquête. Beaucoup de réponses n'ont pu être exploitées faute de précision ou compte tenu d'un risque de confusion dans leur interprétation. Le sujet étant relativement nouveau, plusieurs directeurs, lors d'entretiens, ont difficilement expliqué les bienfaits de l'évaluation interne et externe dans leur établissement. Du côté des autorités, le travail de l'inspecteur sur cette thématique n'est pas clairement défini. Il était donc compliqué d'imaginer ses tâches à l'exception de celle de toujours soutenir son équipe pour gérer les rapports au mieux. Les agents n'ont pas le recul et l'expérience suffisants pour pouvoir parler d'évaluation.

Plusieurs questions restent sans réponse. Il est difficile de savoir si les établissements ont respecté la date butoir de leur EI surtout pour ceux ayant l'obligation de l'envoyer au plus

tard le 3 janvier 2014. En cas de retard d'envoi, le nombre d'établissements, ayant successivement réalisé les deux évaluations, risque d'être important.

Au vu de la diversité des référentiels d'EI, le pouvoir réglementaire sera très probablement amené, tôt ou tard, à créer un référentiel commun pour tous les établissements médico-sociaux sur le modèle de la Haute Autorité de Santé.

De plus, la visite de conformité avant le renouvellement d'autorisation risque d'être annulée par décret dans le but d'atténuer la charge de travail des ACT.

Selon la région, l'organisation telle qu'elle avait été pensée initialement, connaîtra ou non des difficultés dans l'analyse, la gestion et le suivi des rapports d'évaluation. Un risque de s'exposer à des procédures contentieuses quant aux décisions de renouvellement d'autorisation, est à prévoir.

Sur le plan professionnel, la richesse des rencontres effectuées m'a aidé à mieux comprendre les difficultés du sujet tant pour les établissements que pour les autorités. J'ai eu l'opportunité de connaître trois expériences durant une période globale de six mois. A l'ARS siège IDF, j'ai donc travaillé au sein de l'équipe pilotant le dispositif d'évaluation. Dans une association, j'ai participé à la préparation des EE conduites sur plusieurs établissements ainsi qu'à la finalisation d'une EI. Enfin, j'ai participé à une mission d'EE sur un FAM qui m'a donné l'occasion de confronter les textes juridiques à la réalité. Ces expériences m'ont familiarisé avec un sujet d'actualité et pourraient me permettre d'affirmer mon positionnement dans mes futures fonctions d'inspecteur.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements et services médico-sociaux.
- Décret n°2012-82 du 23 janvier 2012 relatif aux conditions d'exercice de l'activité d'évaluation externe des ESSMS par des prestataires établis dans un autre Etat membre de l'Union Européenne.
- Décret n°2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.
- Arrêté du 17 avril 2013 portant reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification de services constitués de la norme NFX 50-058 et des règles de certification NF 386 pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées de la société par actions simplifiée AFNOR Certification et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes prévu à l'Annexe 3-10 au code de l'action sociale et des familles.

- Arrêté du 17 avril 2013 portant reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification de services Qualicert RE/UPA/04 pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées de la société SGS International Certification Services et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes prévu à l'Annexe 3-10 au code de l'action sociale et des familles.
- Instruction n° DGCS/SD5C/2013/417 du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

- ANESM, La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, avril 2009, 78 p.
- ANESM, L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, février 2012, 108 p.

Ouvrages :

- AVEROUS D., Mesurer et manager la qualité des services, Insep Consulting Editions, 1998.
- CHARLEUX F., GUAQUERE D., Evaluation et qualité en Action Sociale et Médico-sociale, Edition ESF, 2006.
- CHARLEUX F., Outils pour réussir l'évaluation en action sociale, édition ESF, juin 2010.
- FABLET D., L'évaluation dans le secteur social et médico-social : entre contraintes institutionnelles et dérives, édition Harmattan, 2010, 235 p.
- GIROUD D., Le Diagnostic de la qualité, secteurs social médico-social, sanitaire et administration, Le forum local, un outil pour partager l'évaluation entre usagers et professionnels, édition Seli Arslan, août 2012, 157 p.
- LE NAGARD J.B., RENARD M., L'évaluation interne en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Concepts, méthodologie et outils pour l'amélioration continue de la qualité, édition Seli Arslan, 2010.
- MARECHAL C., Comprendre l'évaluation dans le secteur social et médico-social, développer la bientraitance par l'évaluation interne et externe, Lexitis Editions, juin 2011, 182 p.

- SAVIGNAT P., Evaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, édition Dunod, février 2009, 370 p.
- SAVIGNAT P., Conduire l'évaluation externe dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, édition Dunod, 2010.

Articles

Actualités Sociales Hebdomadaires :

- COHEN B., « Evaluer sans perdre le sens de l'action », n°2715, 24 juin 2011.
- CORMIER H., « Evaluation externe : 39 établissements à la loupe », n°2731-2732, 11 novembre 2011, de la p.38 à 41.
- SARAZIN I., « Un indicateur pour évaluer la qualification des personnels ? », « La DGCS présente la procédure d'évaluation des structures sociales et médico-sociales », n°2733, 18 novembre 2011.
- SARAZIN I., « La réalisation de l'évaluation externe : un nouvel enjeu pour le secteur ? », n°2736, 9 décembre 2011.
- VACHON J., GUILLER A., MIGNOT,S., DELLANGNOL C., « Les 10 ans de la loi du 2 janvier 2002, les directeurs dressent leur bilan », n°2767, 6 juillet 2012, de la p.34 à 43.

Direction(s) :

- GILLIOTTE N., « Evaluation externe : une dynamique à impulser », n°79, novembre 2010, de la p. 26 à 33.
- LEPASTEUR G. « Evaluations interne et externe, rappel des règles du jeu », n°92, janvier 2012, p.30 et 31.
- LEPASTEUR G., « Evaluations interne et externe, le cadre est (enfin) clarifié », n°91, décembre 2011.
- PASQUIER B., « Evaluation : La première pierre est posée », n°34, octobre 2006, de la p.22 à 28.
- PUYBAREAU F., « Résoudre le casse-tête du financement de l'évaluation externe », n°71, février 2010, p.30 et 31.

Les cahiers de l'actif :

- BOUKELAL A., « Evaluation interne et qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », n°366-367, novembre-décembre 2006.
- BOUKELAL A., « A propos de la recommandation de l'ANESM sur la mise en œuvre de l'évaluation interne : entre continuité et rupture », n°382-385, mars/juin 2008, de la p.261 à 267.

- LOUBAT J.R., « Des évaluations au management de la qualité », n°410-413, juillet/octobre 2010.

Liens sociales :

- ROUFF K., « L'évaluation interne : une démarche pour valoriser les pratiques », de la page 10 à la page 13, « L'évaluation interne : outil de contrôle ou de valorisation et de protection pour les équipes », n°921, 19 mars 2009, p.14 et 15.
- ROUFF K., « L'évaluation externe : contrainte ou opportunité », n°1054, 15 mars 2012, de la p. 10 à 15.

TSA :

- GUILLON N., « L'évaluation externe enfin sur les rails » », de la p. 15 à 23 ; SA S.« Le régime de l'évaluation externe », p. 43 et 44, n°29, février 2012.
- VION A., « Evaluation interne : quand le sanitaire épaula le médico-social », n°18, décembre 2010/janvier 2011, de la p.28 à 30.

Rapport

- SCHAETZEL F. et TREGOAT J.J., Articulation de la fonction inspection contrôle des ARS avec les autres fonctions concourant à l'amélioration de la qualité au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux (certification, évaluation, contractualisation), IGAS, février 2013, 128 p.

Mémoires EHESP

- MEZIERES C., Promouvoir et conduire une démarche d'amélioration continue de la qualité en EHPAD : du management de la qualité au management par la qualité, Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, décembre 2010.
- PANCHOUT S., L'inscription de l'évaluation interne d'un service médico-social dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité, Directeur d'établissement sanitaire décembre 2011.

Site internet

- Site de l'ANESM : <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>
- Site du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/>

Liste des annexes

ANNEXE N°I : Guide d'entretien avec les directeurs d'établissements.

ANNEXE N°II : Calendrier des évaluations internes et externes sur une période d'autorisation de quinze ans et schéma de procédure de renouvellement d'autorisation.

ANNEXE N°III : Méthodologie proposée pour finaliser une évaluation interne dans un IME.

ANNEXE N°IV : Les 15 thématiques examinées par l'évaluateur externe inscrites à l'Annexe 3-10 au CASF.

ANNEXE N°V : La prise en compte de la certification au moment de l'évaluation externe.

ANNEXE N°VI : Type de questions posées à trois types d'interlocuteurs lors de ma participation à une mission d'évaluation externe sur un FAM.

ANNEXE N°VII : Fiche de recueil de données envoyée à 22 ARS siège hors Ile-de- France.

ANNEXE N°VIII : Tableaux comparatifs entre ARS siège sur le nombre d'évaluations internes et externes reçues directement ou non par les EHPAD, ESAT, IME, ITEP, FAM et MAS.

ANNEXE N° IX : Tableaux recensant le nombre d'évaluations internes et externes enregistrées par l'ARS siège Ile-de-France de la part des EHPAD, ESAT, IME, ITEP, FAM et MAS.

ANNEXE N°X : Tableau retraçant les grilles de lecture sur les évaluations, les relations avec les Conseils Généraux et les dispositifs mis en place pour les établissements sensibles.

ANNEXE N°XI : Tableau portant sur l'organisation, le traitement et le suivi des rapports d'évaluations internes et externes.

ANNEXE N°XII : Tableaux répertoriant les thèmes examinés de manière approfondie dans l'analyse des rapports d'évaluation.

ANNEXE N°XIII: Tableau retraçant le devenir des évaluations internes et externes en termes de suivi et de contrôle.

ANNEXE N°XIV : Signification d'une bonne évaluation interne ou externe.

ANNEXE N°1 : Guide d'entretien avec les directeurs d'établissements

Nom du contact:

Description de la fonction et de la structure d'accueil (nombre de places, rattachée ou non à un gestionnaire, cofinancement,...) :

1-L'évaluation interne (EI)

a) La phase de préparation

Quel est pour vous l'utilité de faire une EI?

A quel moment avez-vous décidé de faire l'EI ? Et pourquoi ? (raison réglementaire, d'organisation ...)

Pourquoi l'EI devait-elle permettre l'amélioration du fonctionnement de votre établissement?

Quelles ont été les différentes phases de préparation?

Qui a participé à l'EI? (usagers, professionnels, familles)

Quelle est la place de la directrice/directeur par rapport à l'EI? (dans le pilotage de la démarche)

Quel type de référentiel avez-vous choisi ? Et pourquoi ? (utilisation d'un référentiel propre ou venant d'un organisme)

Avez-vous fait appel à un prestataire extérieur pour vous aider?

A partir de quelle documentation vous êtes-vous appuyé pour la préparer?

b) La phase d'exécution

Le cahier des charges de l'EI porte sur 4 thématiques:

Comment avez-vous abordé la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale ? Quels types de questions avez-vous posé?

Comment avez-vous abordé la personnalisation de l'accompagnement, Quels types de questions avez-vous posé?

Comment avez-vous abordé la garantie des droits et participation des usagers, Quels types de questions avez-vous posé?

Comment avez-vous abordé la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers, Quels types de questions avez-vous posé?

Comment s'est déroulé l'EI? (réunions, participations des usagers/résidentes....)

Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour établir votre EI?

Combien de temps a duré l'EI?

Qui a participé à l'élaboration des préconisations d'amélioration? (un enjeu de l'EI pour l'ANESM)

c) La phase de rédaction :

Qui a rédigé le rapport?

A qui l'avez-vous envoyé?

C'est quoi pour vous une bonne EI ?

Depuis que vous avez effectué l'EI quelles améliorations avez-vous pu constater ?

2-L'évaluation externe (EE)

Avez-vous fait votre EE ?

a) La phase de préparation

Quand avez-vous décidé de faire votre EE ?

Comment s'est passée la phase du choix du prestataire ? (critères de choix, appel d'offres, déplacement sur site)

Sur quelles parties du contrat avez-vous eu des difficultés ?

Quels sont vos recours contractuels en cas de rejet du rapport d'EE par les autorités de tutelle ?

Qu'avez-vous envoyé comme documents à l'organisme habilité ?

Quels référentiels ont été utilisés ?

Quelle a été la méthodologie décidée pour l'EE ? (réunions, le type de participants...)

b) La phase d'exécution

Quelle a été l'appréciation globale sur l'établissement par l'organisme habilité ?

Comment les résultats de l'EI ont-ils été pris en compte dans l'EE ?

Comment ont été abordées les 15 thématiques du décret ? Comment a été défini le questionnaire évaluatif ?

Quelles ont été les préconisations proposées par l'organisme habilité ?

Est-ce que votre établissement bénéficie d'une certification particulière ayant servi pour l'EE ?

c) La phase de rédaction

Est-ce qu'une synthèse et un abrégé ont été rédigés et annexés au rapport d'EI ?

A qui envoyez-vous le rapport d'EE ? quel format ?

C'est quoi pour vous une bonne EE ?

Puis-je vous citer comme personne rencontrée dans mon mémoire ?

Serait-il possible de photocopier vos rapports en conservant un total anonymat ?

3- Evaluation et démarche qualité

Comment votre personnel s'est approprié les évaluations en vue d'améliorer la qualité du service rendue dans votre établissement ?

Quels sont les plans d'action que vous avez pu mettre en place depuis les deux évaluations ?

Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer pour améliorer la démarche qualité dans votre établissement ?

ANNEXE N°II : Calendrier des évaluations internes et externes sur une période d'autorisation de quinze ans et schéma de procédure de renouvellement d'autorisation

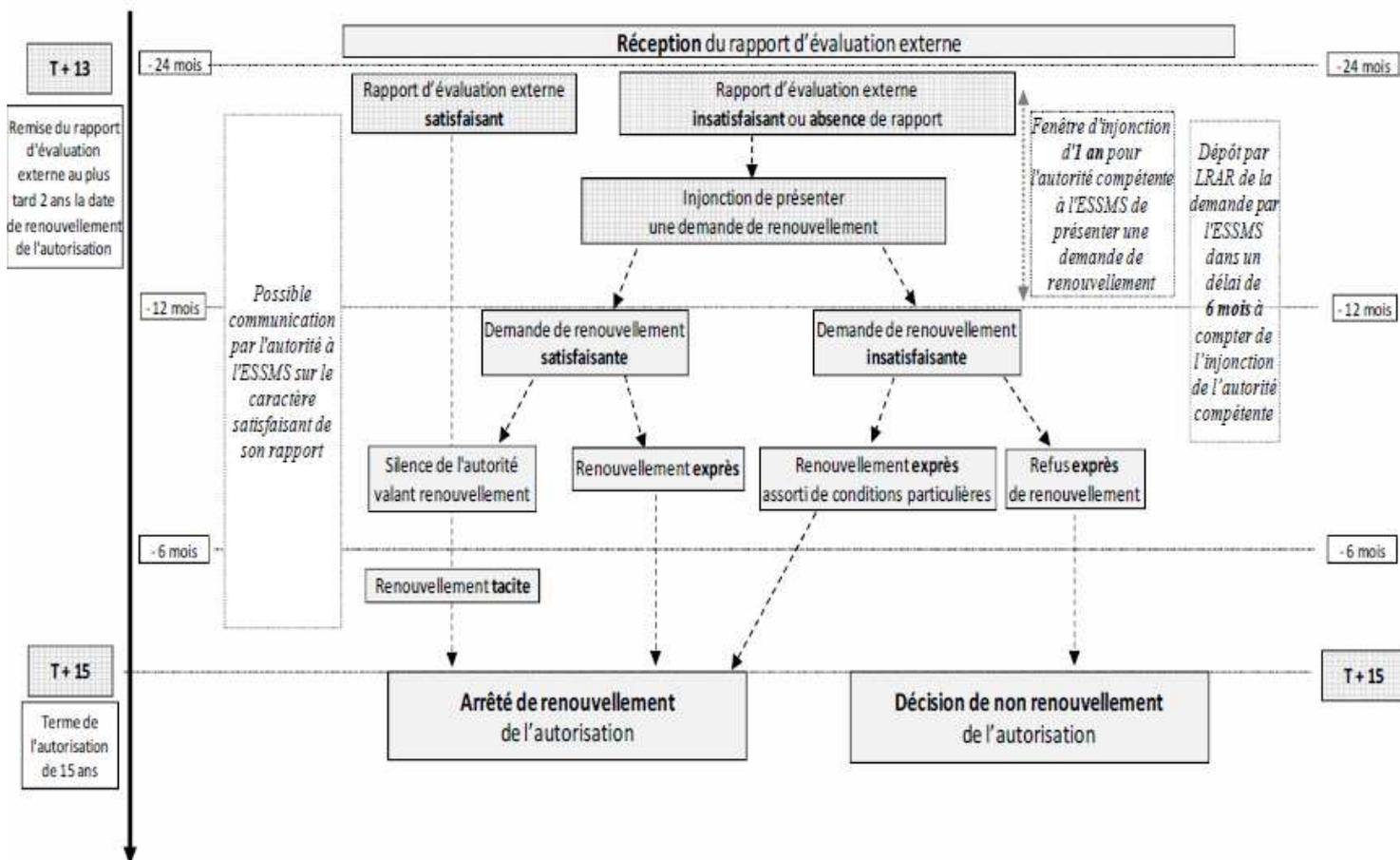
CALENDRIER	EVALUATION INTERNE	EVALUATION EXTERNE
ESMS ouverts après le 22 juillet 2009 (régime du droit commun)	Communiquer le résultat d'une EI, tous les cinq ans, soit trois en quinze ans (établissements relevant de l'article L312.1 du CASF)	Communiquer deux EE pendant la durée de l'autorisation : la première au plus tard sept ans après la date d'autorisation et la seconde au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de l'autorisation (D312-205 CASF)
ESMS ouverts après le 22 juillet 2009 sous CPOM (régime du droit commun)	Obligation de communiquer les résultats de l'EI lors de la révision du CPOM (D 312-203 du CASF)	
ESMS autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 (soit le 22 juillet 2009) (régime dérogatoire)	Communiquer le résultat d'une EI minimum, au plus tard trois ans avant la date de renouvellement de l'autorisation (D312-204 du CASF)	Communiquer une EE minimum, au plus tard, deux ans avant la date de renouvellement de l'autorisation (D312-204 du CASF)
ESMS autorisés et ouverts avant la loi 2002-2 (cas particulier)	Communiquer le résultat d'une EI au plus tard le 3 janvier 2014	Communiquer une EE au plus tard le 3 janvier 2015

Calendrier d'un établissement autorisé le 1^{er} avril 2009 mais ouvert soit le 1^{er} juin 2009 soit le 1^{er} août 2009

Date d'autorisation	Date d'ouverture	Date de renouvellement	Date butoir de première EI	Date butoir de première EE
1 ^{er} avril 2009	1 ^{er} juin 2009	1 ^{er} avril 2024	1 ^{er} avril 2021	1 ^{er} avril 2022
1 ^{er} avril 2009	1 ^{er} août 2009	1 ^{er} avril 2024	1 ^{er} avril 2014	1 ^{er} avril 2016

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
 CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
 ESMS : Etablissements et Services Médico-sociaux

(Source : ARS siège Ile- de-France)



Source : Instruction n°DGCS/SD5C/2013/427 du 31/12/2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les ESSMS p.12.

ANNEXE N°III : Méthodologie proposée pour finaliser une évaluation interne dans un IME

L'évaluation interne de cet IME rencontré en novembre 2013 restait inachevée depuis plusieurs années. Un nouveau directeur était arrivé en juillet 2013.

J'ai proposé, sur une période de deux jours, une méthodologie pour aider au mieux cet établissement à finaliser cette démarche. Tout d'abord, j'ai fait un état des lieux. A partir des documents mis à ma disposition et d'une autorisation de circuler dans les locaux, de graves carences dans les missions et le fonctionnement de la structure ont été révélés.

La plupart des outils de la loi 2002-2 étaient obsolètes (le dernier projet d'établissement datant de 2006 aurait dû être refait en 2011). L'IME ne prenait pas forcément en compte les besoins et attentes des jeunes (nécessité de revoir les projets personnalisés), ou ne respectait pas les affichages obligatoires dans les locaux (Le règlement intérieur, le règlement de fonctionnement et la charte des droits individuels et des libertés faisaient défauts). Depuis 2008, la population de l'établissement a changé. Actuellement, 40% d'enfants accueillis ont des troubles du spectre autistique. Par ailleurs, la population « sous amendement Creton » a fortement augmenté passant de douze à vingt jeunes de plus de vingt ans en 2014, ce qui pose la question du vieillissement en IME. Des problèmes de formation et d'adaptation du personnel face à ces nouveaux défis se posaient également.

Par la suite, j'ai eu deux entretiens avec les deux chefs de service de la Section d'Education et d'Enseignement Spécialisés (SEES) et de la Section d'Insertion et de Formation Professionnelle (SIFPRO)¹⁸⁰. Deux questions identiques ont été posées : Que s'est-il passé de 2008 à aujourd'hui en matière d'EI en termes de méthodologie de travail? Tout en prenant en considération le cahier des charges, précisé par l'ANESM, sur l'EI, quelles sont selon vous les trois priorités majeures pour l'IME en 2013 ?

La réponse à la première question a déjà été évoquée dans le corps du mémoire.

Pour la seconde question, trois priorités ont été mentionnées par les deux chefs de service.

En premier lieu, la révision des projets personnalisés qui n'étaient pas en conformité avec la loi du 2 janvier 2002 sur les besoins et attentes des jeunes. Le deuxième point important était le parcours du bénéficiaire de son entrée à sa sortie relevant à la fois de l'éducatif, des apprentissages et des soins. A cela s'ajoutait la volonté d'intégrer des partenariats extérieurs. L'accueil du jeune et les liens avec la famille faisaient partie de la troisième priorité avec, comme thème général, l'information. A l'issue de cet entretien, j'ai proposé que ces priorités définies constituent la nouvelle colonne vertébrale de l'EI. Le cahier des charges des domaines à aborder dans le cadre de cette évaluation serait respecté avec néanmoins un focus sur ces points spécifiques.

Face à ce contexte, le plan d'actions proposé devrait commencer par une ou des réunions pour dire la vérité aux professionnels et aux familles permettant à la direction de lever tous les sous-entendus et ambiguïtés. Elle regagnerait ainsi la confiance du personnel. A cette occasion, il conviendrait d'évoquer que le choix du référentiel Périclès, effectué en 2008, n'était pas forcément judicieux car il obligeait l'établissement à faire une EI exhaustive, ce qui avait été tenté en vain.

En outre, un manque de rigueur s'était révélé par l'absence de calendrier avec des étapes clés à respecter. Il paraissait nécessaire de remobiliser les professionnels en indiquant que la finalisation de l'EI était obligatoire pour réaliser ultérieurement l'EE.

Dans un second temps, chaque chef de service aurait à réunir son personnel en lui demandant les trois priorités qu'il jugerait nécessaire actuellement. Au lieu de leur imposer de retravailler sur les thèmes retenus pour l'EI par la direction, il serait judicieux de leur demander quelles seraient leurs priorités dans le but de les impliquer. Entre 2008 et 2013, des changements importants au sein de l'IME avaient eu lieu concernant le parcours des professionnels, des missions offertes et les profils des jeunes accueillis. En toute logique, le recensement des réponses permettrait de retrouver les trois priorités dégagées préalablement par la direction.

Dans un troisième temps, au lieu de refaire des groupes de travail où la motivation ne serait pas forcément présente, j'ai plutôt suggéré de demander à chaque enseignant, éducateur ou moniteur,

¹⁸⁰ Le chef de service de la SEES et celui de la SIFPRO sont arrivés en 2005

et d'une manière générale, à tout professionnel en contact avec les enfants d'expliquer en une page ce qu'il fait, les difficultés rencontrées dans le cadre de son travail, ses projets futurs, les moyens nécessaires pour leur application et comment améliorer, de son point de vue, la prise en charge des enfants ou adultes. Cette étape est la première dans la construction d'un projet personnalisé futur du bénéficiaire.

Durant cette phase, il convenait de recenser toutes les informations déjà recueillies lors de la préparation à cette évaluation entre 2008 et 2013. Beaucoup d'écrits sur ces trois thèmes retenus seraient à rassembler et à réutiliser. Une confrontation entre les écrits déjà répertoriés et les nouvelles réponses des professionnels permettrait de dégager de nouveaux plans d'action.

Parallèlement, j'ai proposé de refaire un questionnaire de vingt questions à destination des enfants qui peuvent s'exprimer, et des jeunes adultes retraçant les trois thèmes choisis de l'évaluation. Le but est de connaître les besoins et attentes des bénéficiaires dans leur ensemble. A défaut, les familles seraient mises à contribution. Certaines questions pourraient concerner à la fois la SEES et la SIFPRO, d'autres seraient spécifiques au public accueilli. Le questionnement devrait être simple pour être compris de tous. La raison principale de cette démarche était due à la date de parution (23 juin 2010) des résultats d'un questionnaire réalisé trois ans auparavant alors même qu'entre-temps la structure de la population accueillie avait changé. Ce questionnaire serait validé préalablement par le CVS de l'établissement dans le but d'impliquer les intéressés. Une fois réalisée, une synthèse pourrait présenter la combinaison de nouvelles priorités de l'établissement avec les résultats de ce questionnaire. Des axes d'amélioration seraient, en conséquence, dégagés pour chaque thème abordé, avec un calendrier précis dans le temps, un pilotage de l'action et les moyens mis en œuvre pour y arriver.

L'ensemble de cette méthodologie a été énoncé devant le directeur en présence des deux chefs de service, avec un échéancier précis de travail. Pour la rédaction finale, j'ai préconisé la mise en contact avec une fédération du secteur du handicap en prévoyant un délai à cet effet. Vouloir bâcler l'EI pour tenir le délai légal desservirait la structure car cette démarche s'inscrit dans un processus d'amélioration de la qualité. Il s'agissait bien d'identifier, dans l'immédiat, les problèmes rencontrés par l'établissement, et d'apporter un éclairage susceptible d'améliorer la qualité des besoins du jeune durant son parcours en IME. Enfin, j'ai suggéré de contacter la DT pour prendre un rendez-vous dans le but d'expliquer le retard de transmission du rapport et d'obtenir dans la mesure du possible un délai supplémentaire de restitution.

ANNEXE N°IV : Les 15 thématiques examinées par l'évaluateur externe inscrites à l'annexe 3-10 au CASF

Elles sont répertoriées au Chapitre II, à la section 3 « Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques » :

3. 1.-Les objectifs propres à l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont de deux ordres :

1° Porter une appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers, et les conditions de réalisation du projet personnalisé.

2° Donner des éléments d'appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard de l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, et des interactions.

3. 2.-Les points suivants sont examinés en prenant en compte les particularités liées à l'établissement ou au service :

1° La capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissements ou de service, en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne.

2° L'enjeu de la personnalisation de l'écoute et de la réponse téléphoniques, y compris dans le traitement des demandes en urgence.

3° Les conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé et la capacité de celui-ci à prendre en compte les besoins et droits de l'utilisateur.

4° L'effectivité du projet de l'établissement ou service sur l'accès et le recours aux droits.

5° La réponse de l'établissement ou du service aux attentes exprimées par les usagers.

6° La capacité de l'établissement ou du service à faciliter et valoriser l'expression et la participation des usagers.

7° La capacité de l'établissement ou service à observer les changements et adapter son organisation.

8° La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les modalités de réponses apportées aux usagers.

9° La prise en compte des facteurs de risque et d'insécurité selon différents axes appropriés à chaque contexte : application de normes d'hygiène et de sécurité-prévention des situations de crise-mise en place d'un dispositif de régulation des conflits-techniques de prise en charge offrant la sécurité individuelle et collective en rapport avec les pratiques professionnelles garantissant les droits fondamentaux des personnes-plus généralement politique globale de gestion des risques.

10° La capacité de l'établissement ou du service pour assurer la cohérence et la continuité des actions et interventions.

11° Le respect des critères énoncés par la réglementation en vigueur et par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, relatifs notamment à la qualité d'hébergement.

12° Les formes de mobilisation des professionnels, en observant l'organisation collective : organisation des échanges d'information, méthodes de travail, dispositifs de gestion de crise, modalités de formation des personnels.

13° La capacité de l'établissement ou du service à mettre en oeuvre des dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle.

14° Le rôle de l'établissement ou du service au regard des missions confiées par les autorités publiques à partir notamment de la confrontation des différents points de vue, mais aussi des réalisations :

a) Perception de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, les usagers ;

b) Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur.

15° L'inscription de l'établissement ou du service dans un territoire donné à partir notamment de :

-la prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu ;

-sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement.

3. 3.-L'analyse précise quelles thématiques sont intégrées dans le plan d'amélioration continue de la qualité. L'ensemble des éléments recueillis sont organisés dans une synthèse restituant les problématiques abordées.

ANNEXE N°V : La prise en compte de la certification au moment de l'évaluation externe.

Un établissement détenant une certification dans certains domaines peut sous conditions, faire valoir une correspondance partielle¹⁸¹ dans le cadre de l'EE (Décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'EE des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Pour être prise en compte, la certification doit être en cours de validité. Seules les certifications de services faites par les organismes bénéficiant d'une accréditation, (En France, l'unique organisme d'accréditation est le Comité Français d'Accréditation) ou ayant fait une demande d'accréditation et conformes à un référentiel de certification, sont prises en compte dans le cadre de l'EE (Article L 115-28 du Code de la Consommation). Deux certifications ont obtenu, par arrêté du 17 Avril 2013, une correspondance partielle entre leur référentiel et le cahier des charges des EE : d'une part le référentiel de certification de services QUALICERT RE/UPA/04 pour les EHPAD de la société SGS International Certification Services, d'autre part, le référentiel de certification de services constitué de la norme NF X50-058 et des règles de certification NF 386 pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées de la SAS AFNOR Certification.

AFNOR défend l'idée que la certification de service est une donnée d'entrée de l'EE et qu'elle permet annuellement de mesurer et de maintenir la démarche d'amélioration continue. En effet, l'arrêté ministériel du 17 avril 2013 va dans ce sens, en établissant la correspondance avec des exigences communes. La difficulté, pour l'évaluateur, résidera dans la préparation d'un plan d'évaluation au vu des éléments mentionnés dans l'arrêté de correspondance afin de ne pas réévaluer deux fois une même thématique.

La responsabilité de l'organisme certificateur, est de « faciliter » néanmoins l'EE en identifiant bien les thèmes de correspondance dans sa fiche de synthèse établissement. Ceci est essentiel afin que l'établissement n'ait pas à subir deux fois une EE.

Au vu de ces éléments, l'évaluateur (réalisant la partie d'EE complémentaire) est confronté à une complexité entre la connaissance du référentiel de certification et la mise en adéquation avec le cahier des charges du décret du 15 mai 2007 sur les EE. Il semblerait, à ce jour, que beaucoup d'évaluateurs refusent d'évaluer des établissements détenant une certification de service faisant l'objet de l'arrêté. A ce sujet, environ cent trente EHPAD certifiés AFNOR éprouvent des difficultés à négocier avec des évaluateurs externes pour venir les évaluer uniquement sur les champs complémentaires.

Depuis l'instruction N°DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, la SAS AFNOR Certification peut devenir un organisme habilité par l'ANESM et effectuer désormais les EE des EHPAD pour lesquels elle a déjà réalisé leur certification.

La certification de service est une démarche volontaire visant à mettre un établissement dans une démarche d'amélioration continue des services rendus aux usagers et d'optimisation de son organisation, contrairement à l'EE qui a été fixée dans un cadre réglementaire. Rien n'empêche la complémentarité des deux, l'une des démarches étant une évaluation régulière et l'autre une évaluation à un moment donné.

¹⁸¹ L'arrêté ministériel du 17 avril 2013 fait état d'une correspondance partielle uniquement. Et de de façon plus précise :

- Section 1 : aucune correspondance
- Section 2 : 90% de correspondance
- Section 3 : 77.78% de correspondance
- Section 4 : aucune correspondance

Soit au total 83,83% de correspondance sur les champs commun entre les deux procédures.

ANNEXE N°VI : Type de questions posées à trois types d'interlocuteurs lors de ma participation à une mission d'évaluation externe sur un FAM.

Types de questions	Professionnels	Usagers	Familles (CVS)
Connaissez-vous les missions de l'établissement ?	✓		✓
Avez-vous participé au projet d'établissement ?	✓		✓
Quelle est la culture de l'établissement en termes d'accompagnement des résidents ?	✓		✓
Quelles sont vos missions ?	✓		
Quelles sont les activités offertes ? Avez-vous formalisé des résultats ?	✓		✓
Avez-vous participé à l'EI ?	✓		✓
Qu'avez-vous mis en place en termes de prévention des risques ?	✓		
Avez-vous participé à l'élaboration du projet personnalisé ?	✓		✓
Quels sont les trois points forts et les trois points faibles du FAM ?	✓		✓
Y-a-t-il eu une inspection dans l'établissement ?	✓		
Dans quel environnement se situe le FAM ? (partenaires)	✓		
A quelles activités participez-vous ?		✓	
Quel âge avez-vous ?		✓	
Quels sont vos projets ?		✓	
Les repas sont-ils bons ?		✓	
Comment sont-les éducateurs avec vous ?		✓	

Plusieurs Remarques :

Toutes les questions posées sont issues des sept rubriques de l'ANESM. Des questions ont été posées à la fois aux professionnels et aux familles, permettant de croiser les informations. Les personnes handicapées ont eu des questions beaucoup plus pratiques, adaptées en fonction de leur handicap. Certains jeunes ont du répondre à l'aide de pictogrammes ou se faire aider par l'animateur.

ANNEXE °VII : Fiche de recueil de données envoyée à 22 ARS siège hors Ile de France



Gilles BALLEIDIER
Elève Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Rennes, le 10 Juillet 2013

Madame, Monsieur,

Actuellement élève Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes, je prépare un mémoire sur les évaluations internes et externes dans les établissements médico-sociaux et plus particulièrement en EHPAD, ESAT, IME, ITEP, FAM et MAS.

Je vous sollicite pour connaître la situation dans votre région sur cette thématique, à travers la présente fiche de recueil de données, dans le but d'obtenir une vision nationale.

Je vous remercie de bien vouloir répondre favorablement à ma demande et de me retourner ce document complété avant le 31 août 2013 afin que je puisse intégrer vos réponses à mon travail de mémoire.

Je vous remercie par avance de votre contribution et vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma parfaite considération.

Gilles BALLEIDIER

(Promotion 2012-2014)

Elève Inspecteur à EHESP



Fiche de recueil de données à l'attention de toute personne en charge
des évaluations internes et externes au sein de l'Agence Régionale de
Santé siège

Agence Régionale de Santé :	Fonction du répondant
Merci d'indiquer votre région :	Merci d'indiquer votre fonction :

1. Quelles sont à ce jour, les statistiques globales disponibles sur les Evaluations Internes (EI) et Externes (EE) dont vous disposez dans votre région ?

Types d'établissements	Nombre d'établissements sur la région	EI 2013	EE 2013
EHPAD			
ESAT			
IME			
ITEP			
FAM			
MAS			

2. Comment expliquez-vous ces différences de chiffres entre types d'établissements ?
3. Avez-vous effectué une enquête régionale sur le thème des évaluations ?

Oui

Non

Si oui, je vous remercie de bien vouloir me la transmettre en même temps que la fiche de recueil de données.

4. Comment assurez-vous l'organisation, le traitement et le suivi des rapports d'évaluation interne et externe au sein de votre ARS ?

	Rapports EI	Rapports EE
ORGANISATION		
TRAITEMENT		
SUIVI		

5. Concernant l'évaluation interne, sur quelles thématiques portez-vous un regard particulier ?

	Les trois principales thématiques pour l'évaluation interne (Merci d'ordonner vos réponses de la thématique la plus importante à la moins importante)
EHPAD	Thématique 1 : Thématique 2 : Thématique 3 :
ESAT	Thématique 1 : Thématique 2 : Thématique 3 :
IME	Thématique 1 : Thématique 2 : Thématique 3 :

ITEP	Thématique 1 : Thématique 2 : Thématique 3 :
FAM	Thématique 1 : Thématique 2 : Thématique 3 :
MAS	Thématique 1 : Thématique 2 : Thématique 3 :

6. Comment le formalisez-vous en interne (grille de lecture) et vis-à-vis des établissements (courriers à leur attention) ? Je vous serais reconnaissant de me faire parvenir quelques exemples de ces documents.
7. Concernant l'évaluation externe, sur quelles thématiques portez-vous un regard particulier ?

Les trois principales thématiques pour l'évaluation externe

(Merci d'ordonner vos réponses de la thématique la plus importante à la moins importante)

EHPAD	Thématique 1 : Thématique 2 : Thématique 3 :
ESAT	Thématique 1 : Thématique 2 : Thématique 3 :
IME	Thématique 1 : Thématique 2 : Thématique 3 :
ITEP	Thématique 1 :

	Thématique 2 : Thématique 3 :
FAM	Thématique 1 : Thématique 2 : Thématique 3 :
MAS	Thématique 1 : Thématique 2 : Thématique 3 :

8. Comment le formalisez-vous en interne (grille de lecture) et vis-à-vis des établissements (courriers à leur attention) ? Je vous serais reconnaissant de me faire parvenir quelques exemples de ces documents.

9.

10. Pour les établissements cofinancés, avez-vous travaillé avec les Conseils Généraux ?

Oui Non

Si oui, comment ?

11. Avez-vous mis en place un dispositif particulier permettant d'identifier les établissements « sensibles » ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

12. Comment allez-vous utiliser ce dispositif dans l'analyse des rapports d'évaluation interne et externe ?

Rapports EI	Rapports EE

13. Comment envisagez-vous le suivi et l'analyse des rapports d'évaluation interne et externe avec les Délégations Territoriales ?

	Rapports EI	Rapports EE
SUIVI		
ANALYSE		

14. Comment envisagez-vous l'analyse des rapports d'évaluation externe dans votre région (abrégé, synthèse...)?

	Rapports EE	Précisez votre réponse
ABREGÉ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
SYNTHESE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
AUTRE (merci de préciser)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

15. Comment intégrez-vous les résultats d'évaluation interne et externe dans le suivi ou le contrôle des types d'établissement cités ci-dessus ?

	Rapports EI	Rapports EE
SUIVI		
CONTROLE		

--	--	--

16. Avez-vous associé les fédérations dans vos démarches ?

Oui Non

Si oui :

TYPES DE FEDERATIONS	A QUELS STADES ?

Je vous remercie d'avoir accordé du temps à ce recueil de données indispensable à la réalisation de mon mémoire d'IASS.

Je vous remercie de bien vouloir me retourner ce document complété si possible avant le 31 août 2013, par courriel à : gilles.balleidier@eleve.ehesp.fr ou par courrier à l'adresse suivante :

Gilles BALLEIDIER
33 rue des Cascades
75020 Paris

Le traitement des réponses sera anonyme. Je souhaiterais, le cas échéant, m'entretenir avec vous, merci de bien vouloir m'indiquer vos coordonnées :

Nom & Prénom :

Fonction :

Coordonnées téléphoniques :

ANNEXE N°VIII : Tableaux comparatifs entre ARS siège sur le nombre d'évaluations internes et externes reçues directement ou non par les EHPAD, ESAT, IME, ITEP, FAM et MAS.

TABLEAU 1: Nombre d'évaluations internes et externes reçues par neuf Agences Régionales de Santé siège sur 23 contactées au départ et pour six types d'établissements

	EHPAD					ESAT					IME				
	NB ET	EI	tx	EE	tx	NB ET	EI	tx	EE	tx	NB ET	EI	tx	EE	tx
ARS Bourgogne	286	29	10,14%	7	2,45%	44	12	27,27%	6	13,64%	39	14	35,90%	0	
ARS Franche-Comté	138	24	17,39%	17	12,32%	27	10	37,04%	1	3,70%	48	22	45,83%	2	4,17%
ARS Haute Normandie	145	23	15,86%	5	3,45%	32	23	71,88%	1	3,13%	37	23	62,16%	1	2,70%
ARS Ile de France	556	35	6,29%	16	2,88%	159	16	10,06%	10	6,29%	170	22	12,94%	5	2,94%
ARS Limousin	115	51	44,35%	19	16,52%	30	18	60,00%	9	30,00%	13	12	92,31%	2	15,38%
ARS Lorraine						58	10	17,24%	5	8,62%	42	7	16,67%	4	9,52%
ARS Rhone Alpes	690	61	8,84%	18	2,61%	156	32	20,51%	12	7,69%	116	30	25,86%	8	6,90%
ARS Pays de la Loire	567			20	3,53%	87	79	90,80%	36	41,38%					
ARS Poitou-Charentes	367	45	12,26%	11	3,00%	50	3	6,00%	1	2,00%	35	21	60,00%	0	

	ITEP					FAM					MAS				
	NB ET	EI	tx	EE	tx	NB ET	EI	tx	EE	tx	NB ET	EI	tx	EE	tx
ARS Bourgogne	8	2	25,00%	3	37,50%	26	5	19,23%	1	3,85%	10	3	30,00%	0	
ARS Franche-Comté	8	2	25,00%	0		15	4	26,67%	1	6,67%	20	7	35,00%	1	5,00%
ARS Haute Normandie	10	8	80,00%	1	10,00%	29	11	37,93%	2	6,90%	14	5	35,71%	0	
ARS Ile de France	20	3	15,00%	4	20,00%	47	5	10,64%	7	14,89%	67	9	13,43%	2	2,99%
ARS Limousin	4	1	25,00%	0		8	2	25,00%	2	25,00%	20	14	70,00%	6	30,00%
ARS Lorraine	19	3	15,79%	0		23	4	17,39%	0		26	4	15,38%	3	11,54%
ARS Rhone Alpes	55	9	16,36%	6	10,91%	96	18	18,75%	7	7,29%	45	9	20,00%	0	
ARS Pays de la Loire						46	17	36,96%	0		63	27	42,86%	6	9,52%
ARS Poitou-Charentes	9	4	44,44%	0		27	10	37,04%	1	3,70%	24	10	41,67%	2	8,33%

TABLEAU 2: Nombre d'évaluations internes et/ou externes reçues par six Agences Régionales de Santé siège pour Ehpads uniquement

	EHPAD				
	NB ET	EI	tx	EE	tx
ARS Aquitaine	457	138	30,20%	19	4,16%
ARS Auvergne	265	86	32,45%	18	6,79%
ARS Centre	325	63	19,38%	7	2,15%
Ars Corse	26			2	7,69%
ARS Midi Pyrénées	447			8	1,79%
Ars Picardie	202			10	4,95%

TABLEAU 3: Nombre d'évaluations externes reçues par trois Agences Régionales de Santé siège pour cinq types d'établissements

	ESAT			IME			ITEP			FAM			MAS		
	NB ET	EE	tx												
ARS Aquitaine	67	15	22,39%	60	10	16,67%	42	9	21,43%	36	4	11,11%	26	3	11,54%
ARS Midi Pyrénées	69	5	7,25%	60	1	1,67%	37	1	2,70%	50	2	4,00%	40	5	12,50%
ARS Picardie	44	2	4,55%	45	6	13,33%	8	2	25,00%	11	2	18,18%	15	4	26,67%

Remarque: Au total sur 23 ARS siège contactées , 18 ont bien voulu répondre, 15 retours ont pu être exploités.

Légende: NB ET: Nombre d'établissements

EI: Evaluations internes

EE: Evaluations externes

tx: Taux correspondant au pourcentage de rapports internes ou externes reçus par rapport au nombre d'établissements implantés sur la région

Enquête réalisée du 19 juillet au 25 octobre 2013 inclus

ANNEXE N° IX : Tableaux recensant le nombre d'évaluations internes et externes enregistrées par l'ARS siège Ile de France de la part des EHPAD, ESAT, IME, ITEP, FAM et MAS.

Evaluations internes transmises à l'ARS siège

	75	78	95	94	93	92	91	77	Total	
EHPAD		5	10				14	6	35	38,89%
ESAT		2	3		2	1	7	1	16	17,78%
FAM		3	1			1			5	5,56%
IME	1	4	3		2	4	7	1	22	24,44%
ITEP		1			1		1		3	3,33%
MAS			5	1			1	2	9	10,00%
TOTAL	1	15	22	1	5	6	30	10	90	
	1,11%	16,67%	24,44%	1,11%	5,56%	6,67%	33,33%	11,11%		

taux correspondant au nombre d'Ehpad ayant envoyé leur évaluation interne par rapport au nombre total de rapports envoyés par ces six types d'établissements, soit 35/90=38,89%

taux correspondant au nombre de rapports reçus du département 77 par rapport au nombre total de rapports envoyés par ces six types d'établissements, soit 10/90=11,11%

Evaluations externes transmises à l'ARS siège

	75	78	95	94	93	92	91	77	Total	
EHPAD		3	4	1			4	4	16	36,36%
ESAT	4	1				2	2	1	10	22,73%
FAM	1	4				2			7	15,91%
IME	2							3	5	11,36%
ITEP	1		2				1		4	9,09%
MAS				1			1		2	4,55%
TOTAL	8	8	6	2	0	4	8	8	44	
	18,18%	18,18%	13,64%	4,55%	0,00%	9,09%	18,18%	18,18%		

Evaluations internes et externes non transmises à l'ARS siège

	75	78	95	94	93	92	91	77	Total	
EHPAD	45	72	53	40	39	89	63	104	505	57,00%
ESAT	17	20	15	24	15	27	9	12	139	15,69%
FAM	2	9	4	4	5	6	1	8	39	4,40%
IME	16	17	8	23	25	21	10	13	133	15,01%
ITEP		2	2	2		1	5	2	14	1,58%
MAS	8	7	5	9	6	5	8	8	56	6,32%
TOTAL	88	127	87	102	90	149	96	147	886	
	9,93%	14,33%	9,82%	11,51%	10,16%	16,82%	10,84%	16,59%		

Tableau de synthèse du nombre total d'établissements recensés à l'ARS siège

	75	78	95	94	93	92	91	77	Total	
EHPAD	45	80	67	41	39	89	81	114	556	54,56%
ESAT	21	22	18	23	17	29	16	13	159	15,60%
FAM	3	13	5	4	5	8	1	8	47	4,61%
IME	18	21	13	23	29	27	19	20	170	16,68%
ITEP	1	3	4	2	1	1	6	2	20	1,96%
MAS	8	7	10	10	6	6	10	10	67	6,58%
TOTAL	96	146	117	103	97	160	133	167	1019	
	9,42%	14,33%	11,48%	10,11%	9,52%	15,70%	13,05%	16,39%		

Situation globale en Ile de France sur ces types d'établissements

	NB ET	EI	tx	EE	tx
EHPAD	556	35	6,29%	16	2,88%
ESAT	159	16	10,06%	10	6,29%
FAM	47	5	10,64%	7	14,89%
IME	170	22	12,94%	5	2,94%
ITEP	20	3	15,00%	4	20,00%
MAS	67	9	13,43%	2	2,99%

Légende

NB ET: Nombre d'établissements

EI: Nombre d'évaluations internes enregistrés par l'ARS siège Ile de France

EE: Nombre d'évaluations externes enregistrés par l'ARS siège Ile de France

Source: Base de données du pôle médico-social de l'ARS Ile de France siège, extraction faite le 25 octobre 2013 (sauf erreur ou omission de ma part)

ANNEXE N°X : Tableau retraçant les grilles de lecture sur les évaluations, les relations avec les Conseils Généraux et les dispositifs mis en place pour les établissements sensibles.

	Grille de Lecture pour EI		Courrier envoyé aux établissements pour EI		Grille de Lecture pour EE			Courrier envoyé aux établissements pour EE			Travaux commun avec les CG pour les établissements cofinancés			Dispositif mis pour identifier les établissements sensibles	
	OUI	EN COURS	OUI	NON	OUI	NON	EN COURS	OUI	NON	EN COURS	OUI	NON	EN COURS	OUI	NON
ARS 1		X					X				X				X
ARS 2			X		X			X			X			X	
ARS 3	X			X		X			X		X				X
ARS 4	X				X						X				X
ARS 5	X		X					X				X			X
ARS 6												X			X
ARS 7	X				X						X				X
ARS 8	X		X		X			X			X			X	
ARS 9											X				X
ARS 10	X		X				X			X	X			X	
ARS 11	X		X		X			X			X			X	
ARS 12	X				X				X				X	X	
ARS 13	X		X		X			X			X			X	
ARS 14		X					X				X				X
ARS 15	X		X				X			X	X			X	
TOTAL	10	2	7	1	7	1	4	5	2	2	12	2	1	7	8

Sur 23 ARS contactées, 15 ont répondu.

Enquête réalisée du 19 juillet au 25 octobre 2013 inclus

Légende : EI: Evaluations Internes
 EE:Evaluations Externes
 CG : Conseils Généraux

ANNEXE N°XI : Tableau portant sur l'organisation, le traitement et le suivi des rapports d'évaluations internes et externes

	Enquête régionale sur les évaluations		ORGANISATION DES RAPPORTS EI		ORGANISATION DES RAPPORTS EE		TRAITEMENTS DES RAPPORTS EI		
	OUI	NON	Rapports envoyés aux DT et CG	Rapports envoyés à l'ARS siège et CG	Rapports envoyés aux DT et CG	Rapports envoyés à l'ARS siège et CG	Exploitation dans les Délégation Territoriale	Construction d'un outil par l'ARS en accord avec les CG	Construction en cours d'un outil par l'ARS siège en accord avec les CG
ARS 1	X		X		X			X	
ARS 2	X		X	X	X	X			
ARS 3	X		X		X				X
ARS 4	X			X		X	X		
ARS 5	X		X		X		X		
ARS 6	X		X		X			X	
ARS 7	X			X		X	X		
ARS 8	X		X		X		X		
ARS 9	X		X		X		X		
ARS 10	X		X		X	X	X	X	
ARS 11	X		X	X		X	X	X	
Ars 12	X		X		X			X	
ARS 13		X	X	X	X		X		
ARS 14	X		X	X	X	X	X	X	
ARS 15	X		X		X		X	X	
ARS 16	X			X		X	X		X
TOTAL	15	1	13	7	12	7	11	7	2

	Enquête régionale sur les évaluations		TRAITEMENTS DES RAPPORTS EE			SUIVI DES RAPPORTS EI			SUIVI DES RAPPORTS EE		
	OUI	NON	Exploitation dans les Délégation Territoriale	Construction d'un outil par l'ARS en accord avec les CG	Construction en cours d'un outil par l'ARS siège en accord avec les CG	suivi par les délégations territoriales : dialogue budgétaire annuel , négo d'un CPOM ou d'une CTP	Tableau de bord régional partagé en cours de construction	Tableau de bord régional partagé réalisé	suivi par les délégations trritoriales	Tableau de bord régional partagé en cours de construction	Tableau de bord régional partagé réalisé
ARS 1	X				X			X			
ARS 2	X			X				X			X
ARS 3	X				X	X			X		
ARS 4	X		X			X		X	X		X
ARS 5	X		X				X			X	
ARS 6	X		X	X		X					
ARS 7	X		X								X
ARS 8	X		X	X				X			X
ARS 9	X		X					X			X
ARS 10	X		X	X		X					X
ARS 11	X		X	X		X					
Ars 12	X		X	X		X			X		
ARS 13		X	X	X		X		X	X		X
ARS 14	X		X					X			X
ARS 15	X			X							
ARS 16	X			X		X		X			X
TOTAL	15	1	11	10	2	8	1	8	4	1	9

Sur 23 ARS contactées, 16 ont répondu

Légende :

EI: Evaluations Internes

EE: Evaluations externes

CPOM : Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens

CTP : Convention Tripartite Pluriannuelle

CG : Conseils Généraux

Enquête réalisée du 19 juillet au 25 octobre 2013 inclus

ANNEXE N°XII : Tableaux répertoriant les thèmes examinés de manière approfondie dans l'analyse des rapports d'évaluation.

Tableau répertoriant les thèmes analysés de manière approfondie pour l'évaluation interne (trois choix maximum à remplir)

	Toutes les thématiques sont importantes	Passage d'une culture de moyens à une culture d'objectifs partagés	Partenariats	Démarche d'évaluation interne et qualité du processus méthodologique au regard des reco de l'ANESM	Plan d'action précis avec un calendrier	Projet d'établissement	Garantie des droits des usagers	Promotion de l'autonomie	Aspect participatif pour personnels et usagers
TOTAL GENERAL DE REPONSES DES ARS	1	1	2	3	2	3	1	1	3

	Personnalisation de l'accompagnement	Politique de prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	Accompagnement à la fin de vie	Prise en charge de la maladie d'Alzheimer	Management et organisation	Inclusion vers le milieu ordinaire	Accès aux soins et à la santé	formation du personnel
TOTAL GENERAL DE REPONSES DES ARS	8	5	2	1	2	1	2	1

Sur 23 ARS contactées, 15 ont répondu dont 13 retours exploitables.

Tableau répertoriant les thèmes analysés de manière approfondie pour l'évaluation externe (trois choix maximum à remplir)

	Travail en cours	Mise en œuvre du plan d'actions interne	Droit des usagers	Ouverture de l'établissement vers l'extérieur	Projet d'établissement	Personnalisation de l'accompagnement	Aspect participatif du personnel et des usagers	Qualité des prestations	Pilotage de l'établissement
TOTAL GENERAL DE REPONSES DES ARS	2	2	2	2	4	3	1	1	1

Sur 23 ARS contactées, 15 ont répondu dont 9 retours exploitables.

Remarque: Des regroupements par type d'établissement ont été faits volontairement pour des raisons de présentation et de réponses identiques recensées.

Enquête réalisée du 19 juillet au 25 octobre 2013 inclus

ANNEXE N°XIII: Tableau retraçant le devenir des évaluations internes et externes en termes de suivi et de contrôle.

	SUIVI						CONTRÔLE				
	Rapports EI		Rapports EE				Rapports EI			Rapports EE	
	Orientation et tableau de bord CPOM/CTP-Prise en compte des résultats lors du renouvellement des CTP ou CPOM	Intégration dans le travail quotidien des DT	Intégration dans le travail quotidien des DT	En cours de réflexion	Orientation et tableau de bord CPOM/CTP-Prise en compte des résultats lors du renouvellement des CTP ou CPOM	Aucun suivi d'un ESMS après renouvellement sauf si ce dernier est conditionné	Utiliser comme pièce de préparation à un contrôle/inspection	Prioriser les structures identifiées comme sensibles	En cours de réflexion	Utiliser comme pièce de préparation à un contrôle/inspection	Prioriser les structures identifiées comme sensibles
ARS 1	X				X			X			X
ARS 2	X			X			X			X	
ARS 3	X				X		X			X	
ARS 4	X					X	X			X	
Ars 5	X				X						
ARS 6	X				X		X			X	
ARS 7	X										
ARS 8	X				X			X			
ARS 9		X	X								
ARS 10	X				X		X			X	
ARS 11	X			X							
TOTAL	10	1	1	2	6	1	5	1	1	5	1

Sur 23 ARS contactées, 11 ont répondu

Légende : EI: Evaluations Internes
 EE: Evaluations externes
 CPOM : Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens
 CTP : Convention Tripartite Pluriannuelle

Enquête réalisée du 19 juillet au 25 octobre 2013 inclus

ANNEXE N°XIV : Signification d'une bonne évaluation interne ou externe

Réponses données lors de différents entretiens à la question « Qu'est-ce pour vous une bonne évaluation interne ? »

« C'est une évaluation conforme aux recommandations de l'ANESM, elle doit apporter quelque chose à l'équipe et donner lieu à des améliorations concrètes » (**cabinet habilité**), « Pour les éducateurs, quand c'est bien vécu, c'est super positif, car ils montrent ce qu'ils font, cela valorise. Pour les directeurs, si elle est bien faite, il peut fédérer les équipes, avoir une projection dans cinq ans. Pour les présidents d'association, la crédibilité est présente puisqu'ils font de la qualité à travers l'évaluation » (**cabinet habilité**), « c'est un bon respect de la démarche d'évaluation interne, c'est un processus participatif avec les usagers, c'est une évaluation qui crée une dynamique dans l'établissement, une cohésion du personnel qui se sent associé à la direction, un consensus de satisfaction pour les usagers » (**établissement**), « c'est une évaluation qui aboutit à la mise en place d'un plan d'amélioration du suivi de la qualité » (**établissement**), « une bonne évaluation interne se définit par un questionnaire participatif (usagers et professionnels) et une priorisation des thèmes que l'on souhaite travailler. Une insatisfaction doit pouvoir être mesurée pour s'améliorer. Tous les métiers doivent pouvoir s'exprimer. Des points faibles sont dégagés permettant de définir des axes d'amélioration. » (**CG**).

Réponses données lors de différents entretiens à la question « Qu'est-ce pour vous une bonne évaluation externe ? »

« C'est quand l'ensemble de l'établissement est satisfait du travail accompli, se reconnaît dans la photographie faite de l'établissement, est d'accord pour remettre ou mettre la machine en route, décide d'améliorer les choses par plaisir et non par contrainte ni obligation » (**fédération**), « un respect du cahier des charges, respect de la méthodologie, et des résultats insatisfaisants pour pouvoir progresser » (**établissement**), « elle doit apporter quelque chose de positif à l'établissement autre que le renouvellement d'autorisation, servir de base de discussion avec les autorités de tutelle, regarder toutes les parties prenantes dans un but de mieux rationaliser les moyens et pérenniser l'établissement » (**cabinet habilité**), « Une bonne évaluation externe doit s'effectuer dans une dynamique d'une amélioration continue. Une mesure de la qualité absolue est impossible. Les plans d'action sont observés pour analyser la progression de l'établissement. Le rapport d'évaluation externe doit être honnête pour identifier les points faibles afin de progresser » (**CG**).

BALLEIDIER

Gilles

Mars 2014

**Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
Promotion 2012-2014**

**L'EVALUATION DANS LES ETABLISSEMENTS
MEDICO-SOCIAUX : ENJEUX ET PERSPECTIVES**

**Etude réalisée en région Ile-de-France et dans les départements
d'Ille-et-Vilaine et de Loire-Atlantique**

Résumé :

Issues de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, les évaluations internes et externes ont été rendues obligatoires dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ainsi, près de 24 600 d'entre eux ont eu à envoyer leur évaluation interne au plus tard le 3 janvier 2014 et auront à envoyer leur évaluation externe au plus tard le 3 janvier 2015 à leur(s) autorité(s) de contrôle et de tarification.

La mise en œuvre des deux types d'évaluations est différente dans le pilotage, le calendrier, les moyens humains et financiers en jeu ou encore la durée de réalisation. Elles interviennent toutes deux dans une démarche d'amélioration de la qualité pendant et après la mise en œuvre par la réalisation de plans d'action en direction des usagers et de l'organisation de l'établissement. Seuls les résultats de l'évaluation externe conditionnent le renouvellement d'autorisation de l'établissement.

Avec des variations, les Agences Régionales de Santé et les Conseils Généraux se concertent et se préparent ensemble actuellement pour gérer de nombreux rapports. Les difficultés ont commencé dans la teneur du travail attendu et les interrogations se multiplient, entre autres, quant au devenir de ces évaluations. Dans ce contexte, des suggestions ont été établies dans ce domaine tant pour les autorités que pour les établissements.

Mots clés :

Evaluation interne, évaluation externe, ANESM, organismes habilités, démarche qualité, amélioration de la qualité, renouvellement d'autorisation, certification des établissements, autorités de contrôle et de tarification, établissements médico-sociaux.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.