



**EHESP**

---

**Inspecteur de l'action sanitaire et  
sociale**

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **mars 2015**

---

**La démarche d'analyse des évaluations  
externes à l'Agence régionale de santé  
Provence-Alpes-Côte d'Azur**

---

**Audrey AVALLE**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier :

Jérôme COMBA, inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, responsable de la mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale, et maître de stage pour ses conseils, son aide et sa confiance.

Dominique GAUTHIER, directrice de l'offre médico-sociale, pour m'avoir accueillie au sein de sa direction.

L'ensemble des professionnels qui m'ont reçue et m'ont consacré du temps, et en particulier Maud MAINGAULT, inspectrice de l'action sanitaire et sociale de la délégation territoriale des Bouches-du-Rhône.

Madame Maud MOQUE, secrétaire générale à la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bretagne et Monsieur Christophe BARLET, enseignant à l'EHESP pour leur lecture attentive de mes travaux et leurs recommandations.

Enfin, j'adresse mes remerciements à Alexandra et Arlette pour leur soutien.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'évaluation des activités et de la qualité des prestations garante de la mise en place d'une démarche d'amélioration du service rendu .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Le cadre du dispositif évaluatif.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 La place de l'évaluation dans la démarche qualité.....	7
1.1.2 Le renouvellement des autorisations juridiquement subordonné aux résultats de l'évaluation externe .....	12
1.1.3 L'impulsion d'une démarche nouvelle grâce au pilotage et à l'appui national	16
<b>1.2 La procédure d'évaluation, vectrice de bénéfices pérennes dans les établissements et services médico-sociaux.....</b>	<b>18</b>
1.2.1 Des phases organisationnelles communes malgré la diversité des méthodes employées.....	18
1.2.2 Une opportunité de pilotage, de management et de dialogue dans les structures .....	21
<b>2 L'ampleur et l'efficacité de la démarche d'évaluation externe conditionnée par la performance du pilotage de la procédure d'instruction des rapports à l'ARS PACA</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Une élaboration confiée à la mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale.....</b>	<b>25</b>
2.1.1 L'importance de l'étude des évaluations, au delà d'un simple préalable au renouvellement des autorisations .....	25
2.1.2 La détermination d'une procédure ponctuée de plusieurs écueils .....	27
2.1.3 La mise en forme progressive d'une stratégie et d'outils d'instruction .....	31
<b>2.2 La nécessité d'une articulation de l'évaluation avec les autres dispositifs d'amélioration de la qualité médico-sociale .....</b>	<b>34</b>
2.2.1 La complémentarité décidée entre certification et évaluation.....	34
2.2.2 La coordination encore timide avec les autres dispositifs d'accompagnement et de contrôle de la qualité de l'ARS.....	36
<b>3 La perfectibilité du premier déploiement de la démarche d'évaluation, tant du point de vue de la qualité que de l'analyse.....</b>	<b>40</b>
<b>3.1 Les freins à la mise en œuvre de la démarche qualité dus aux limites intrinsèques des évaluations externes.....</b>	<b>40</b>
3.1.1 L'impact des difficultés rencontrées au sein des établissements sur la pertinence des rapports .....	40

3.1.2	Les limites constitutives des évaluations externes .....	43
3.1.3	La question du suivi des effets des évaluations.....	45
<b>3.2</b>	<b>Une meilleure appropriation de la démarche évaluative par l'ARS comme prérequis nécessaire à la montée en puissance du dispositif .....</b>	<b>48</b>
3.2.1	Le renforcement de l'appui et du pilotage national .....	48
3.2.2	L'évolution de la gestion régionale de la démarche d'évaluation.....	50
3.2.3	La création d'un dossier d'amélioration de la qualité .....	53
	<b>Conclusion .....</b>	<b>55</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANDEM	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCECQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CG	Conseil général
Cofrac	Comité français d'accréditation
CREAI	Centre inter-régional d'étude, d'action et d'information en faveur des personnes en situation de handicap et/ou d'inadaptation
CVS	Conseil de la vie sociale
DOMS	Direction de l'offre médico-sociale
DROMS	Département de la régulation médico-sociale
DT	Délégation territoriale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
ESMS	Etablissement ou service médico-social
ETP	Equivalent temps plein
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	Fonds d'intervention régional
HAS	Haute autorité de santé
IASS	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IC	Inspection-contrôle
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IME	Institut médico-éducatif
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
MDQ	Mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
POSA	Patients, offre de soins et autonomie
RBPP	Recommandation de bonnes pratiques professionnelles

## Introduction

« *Évaluer c'est créer : écoutez donc, vous qui êtes créateurs ! C'est leur évaluation qui fait des trésors et des bijoux de toutes choses évaluées. C'est par l'évaluation que se fixe la valeur : sans l'évaluation, la noix de l'existence serait creuse*<sup>1</sup>. »

Dans le domaine médico-social, la loi du 2 janvier 2002 dénommée « 2002-2 » est venue refondre l'action sociale et médico-sociale. Elle a dû organiser le secteur, insuffler une nouvelle culture commune basée sur deux moteurs fondamentaux : le droit des usagers et l'individualisation de la prise en charge. Afin d'instiller cet esprit, elle a notamment créé un double système évaluatif des établissements et des services dans l'optique d'améliorer la qualité de leurs prestations.

La première loi encadrant le secteur social et médico-social est celle du 30 juin 1975<sup>2</sup>. Dans un contexte où l'offre médico-sociale était majoritairement structurée par l'initiative privée, cette loi s'inscrivait dans une logique de dispositif. A partir d'un public cible, elle proposait une intervention dans un champ d'action et l'organisation d'institutions. Le contrôle public s'effectuait à travers la délivrance des autorisations d'installation des structures et la vérification de l'usage des fonds alloués. Cette loi ne prévoyait pas la mise en place d'évaluations.

La nécessité d'évaluer est née aux Etats-Unis dans les années 1910. Des chirurgiens ont essayé de déterminer les aléas d'une pratique afin de standardiser leurs modes d'exercice et d'assurer la qualité de leurs actes. Jusque dans les années 1960, l'évaluation est aussi utilisée en psychothérapie afin d'apprécier l'efficacité des traitements et l'amélioration de l'état clinique des patients<sup>3</sup>. Se met également en place, une analyse de l'intervention sociale<sup>4</sup> grâce à un instrument de travail qui permettait de recueillir des données sur l'adaptation des personnes aidées, leurs motivations et leurs ressources.

A la fin des années 1960, en France, la logique économique est à l'origine de l'utilisation généralisée de l'évaluation. Face à la crise de l'Etat providence, matérialisée par l'augmentation des dépenses publiques, et en particulier des dépenses de santé, couplée à une défiance envers les politiques publiques liée à l'augmentation des inégalités

---

<sup>1</sup> NIETZSCHE F., *Ainsi parlait Zarathoustra*, traduit de l'allemand par Henri ALBERT, Paris, Société du

<sup>2</sup> Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>3</sup> CORIAT I., « Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses », *Psychoanalytic Revue*, n°4, 1917, pp. 209-216.

<sup>4</sup> DU RANQUET M., *Nouvelles perspectives en case-work : Recherche et pratique dans le travail social individuel et familial*, Toulouse, Privat, « Nouvelle recherche », 1975, 197 p.

sociales, l'évaluation va s'imposer. Cependant dans le secteur médico-social, l'idée d'évaluer grâce à un rapport entre le coût et l'efficacité heurte encore les professionnels, pour qui, la dimension personnelle de la relation avec les usagers fait partie de la culture de l'action<sup>5</sup>. A cette même période, des approches canadiennes d'évaluation du secteur social commencent à être diffusées en France, comme le programme des systèmes de services (PASS)<sup>6</sup> qui mesure les capacités d'une institution à accompagner l'insertion sociale et à créer des normes. Une équipe française le traduit, sans parvenir à le faire adopter par le secteur social et médico-social encore réfractaire à la standardisation des pratiques et peu pressé de s'engager dans une démarche évaluative facultative.

Dans le champ des politiques publiques, « Evaluer, [...] c'est mieux connaître l'action publique et ses effets, préparer un jugement sur l'efficacité, la cohérence, la bonne économie de moyens et la performance »<sup>7</sup>. Depuis les années 1970, l'évaluation se développe pour devenir le reflet de l'efficacité et de la performance de l'action publique. Cette logique est consacrée par la loi organique relatives aux lois de finances du 1<sup>er</sup> août 2001 selon laquelle le Parlement est dorénavant compétent pour exercer un contrôle sur l'ensemble des dépenses de l'Etat. Cette recherche de résultats et surtout d'amélioration s'est diffusée pour atteindre le secteur sanitaire avant le champ médico-social.

L'OMS, en 1983, pose le principe d'une évaluation des soins, selon lequel chaque patient reçoit « l'assortiment d'actes [...] qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé [...] au meilleur coût pour un même résultat et pour sa plus grande satisfaction ». Ce modèle ne cesse alors de prendre de l'ampleur dans le secteur sanitaire. En 1991, le législateur met en place une obligation d'évaluation interne afin d'étudier les pratiques professionnelles, les modalités d'organisation des soins et de prise en charge du malade<sup>8</sup> dans tous les établissements de santé publics et privés et prévoit l'installation d'une agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). L'ordonnance du 24 avril 1996<sup>9</sup> associe juridiquement l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de tous les établissements de santé à une procédure externe d'évaluation qui prend le nom d'accréditation. A cette occasion, l'ANDEM est remplacée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé qui sera chargée de donner une appréciation indépendante sur la qualité « à l'aide d'indicateurs, de critères et

---

<sup>5</sup> JAEGER M., « De l'émergence du concept à la mise en œuvre effective » in BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I., *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2007, 304 p., pp. 12-27.

<sup>6</sup> FERAGUS J., « L'évaluation de l'action sociale : la valorisation du handicapé, mots clés pour la définition d'un programme de développement », *Revue française des affaires sociales*, n°01, 1984, pp. 102-129, « L'évaluation de l'action sociale, de l'énoncé à la pratique », *Revue française des affaires sociales*, n°2, 1986, pp. 41-52.

<sup>7</sup> BASLE M., DUPUIS J., LE GUYADER S., *Evaluation, action publique territoriale et collective Tome 1*, Paris, L'Harmattan, « Logiques politiques », 2003, 340 pp.

<sup>8</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

<sup>9</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement »<sup>10</sup>.

Cette culture de l'évaluation des politiques publiques, après s'être emparée du champ sanitaire, s'étend progressivement vers le champ social et médico-social et va être normalisée après une longue procédure dans la loi du 2 janvier 2002. Au cours des années 1990, une crise sévère frappe le secteur après la médiatisation de cas de maltraitements et de scandales sans précédent dans des établissements pour personnes âgées mais aussi dans des structures accueillant des enfants. Simone Veil, alors Ministre des affaires sociales du gouvernement d'Edouard Balladur, commande un rapport à l'IGAS<sup>11</sup> qui se veut être un bilan d'application de la loi du 30 juin 1975. Celui-ci fait état de multiples dysfonctionnements dans l'organisation, le fonctionnement et la répartition des établissements et services sociaux et médico-sociaux<sup>12</sup> : offre inégalement répartie et très disparate sur le territoire, planification balbutiante et confuse, auxquelles s'ajoute un droit des autorisations de création ou de transformation empirique et non organisé. De plus, le droit des usagers n'est pas formalisé tout comme l'évaluation de la qualité.

Un projet de réforme est annoncé en 1996. Apparaît alors l'idée que les établissements procéderont à l'évaluation de leurs activités afin d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des prestations au regard de leurs coûts. En mars 2000, le « rapport Terrasse »<sup>13</sup>, préconise la création d'un système d'évaluation et d'accréditation, l'une étant volontaire l'autre obligatoire. Il est largement inspiré de l'accréditation sanitaire. En mai 2001, le nouveau projet de loi précise que l'évaluation doit être réalisée « au regard de procédures, de références, de recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de bonne gestion ». Ces bonnes pratiques devaient être fixées par voie réglementaire mais leur normalisation est abandonnée au profit de leur définition par le nouveau Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

Certains députés estiment, lors des débats en première lecture à l'Assemblée, que l'article 15 présentant l'évaluation est « trop timoré »<sup>14</sup>, qu'une autoévaluation basée sur le volontariat ne saurait suffire. Ils insistent sur la nécessité d'y assortir une évaluation réalisée par un organisme externe et indépendant, rappelant inévitablement le modèle

---

<sup>10</sup> Article L710-5 du code de la santé publique.

<sup>11</sup> GUERIN M-F., JOIN-LAMBERT M-T., MORLA S., VILLAIN D., *Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales*, n°95155, Paris, IGAS, 1995, 118 p.

<sup>12</sup> GILLIOTTE N., « Entretien avec Jean-François BAUDURET : La loi HPST s'inscrit dans la continuité de la 2002-2 », *Direction(s)*, n°92, 2012, pp.16-18.

<sup>13</sup> TERRASSE P., *Rapport d'information sur la réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales*, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, n°2249, 15 mars 2000, 60 p.

<sup>14</sup> BACHELOT-NARQUIN R., « Intervention lors de la 2<sup>e</sup> séance publique du 31 juillet 2000 », *Les comptes rendus analytiques (2000-2001)*, Assemblée nationale, [document électronique], <http://www.assemblee-nationale.fr/11/cra/2000-2001/2001013121.asp>, page consultée le 21 octobre 2014.

sanitaire. L'amendement 332 instaurant une évaluation externe est alors adopté. Pour Dominique Gillot, représentant du gouvernement, il révèle un « progrès car les établissements et services étaient jusqu'à présent livrés à eux-mêmes et dépourvus de tout référentiel commun »<sup>15</sup>. Enfin, la commission mixte paritaire s'attache à articuler évaluation interne et évaluation externe en fixant un calendrier qui met ces outils en musique avec le renouvellement des autorisations.

Ce double dispositif évaluatif ne connaît, alors, ni équivalent ni modèle. Les contours de la procédure se sont créés au fur et à mesure de l'élaboration des textes réglementaires. L'objectif est finalement de s'intéresser au fonctionnement quotidien des structures afin de réfléchir à créer une dynamique qui permette l'amélioration de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des usagers. Aussi, l'institution n'est plus une réponse en soi, elle doit déterminer l'utilité et l'efficacité de ses actions pour démontrer le bien-fondé et la légitimité de celles-ci. Les autorités sont également concernées par ce changement de paradigme puisqu'elles vont désormais œuvrer selon une logique d'évaluation de la qualité des services rendus aux usagers.

En 2014, 12 ans après la promulgation de la loi 2002-2, 23 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux<sup>16</sup> entrent dans la phase finale du renouvellement de leur autorisation, qui prendra effet en janvier 2017. Dans le domaine médico-social, cette procédure représente un enjeu majeur pour les agences régionales de santé (ARS). En effet, elle permettra d'apprécier, grâce à l'instruction et l'étude des évaluations externes, la capacité de l'établissement ou du service à réaliser les missions qui lui ont été confiées au regard de l'autorisation qui lui a été délivrée. Cette échéance majeure intervient alors même qu'en janvier 2014, des faits de maltraitance dans un institut médico-éducatif (IME) étaient relayés par les médias et ont fait réagir Marie-Arlette CARLOTTI, Ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. Celle-ci déclarait que « l'ensemble des établissements créés avant 2002 doivent procéder à une évaluation externe réalisée par un organisme indépendant d'ici 2015 [...]. Aucun renouvellement d'autorisation ne sera délivré aux établissements qui n'auront pas procédé à cette évaluation au cours de l'année. 100% des établissements devront justifier de leur bon fonctionnement pour pouvoir continuer à exercer. Des contrôles inopinés seront réalisés par les ARS, en priorité auprès des établissements dont les évaluations externes auront

---

<sup>15</sup> JANVIER R., « L'évaluation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » in BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I., *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*, op.cit. (note 5), pp. 134-152.

<sup>16</sup> CHASSAT-PHILIPPE S., « Evaluations : la DGCS se (re)mobilise », *Dictionnaire permanent Action sociale*, Bulletin n°309, janvier 2014, pp.1-4.

laissé apparaître des failles »<sup>17</sup>. La ministre place les évaluations externes en première ligne comme garantes de la qualité et de la sécurité des prises en charge. Emerge alors la nécessité de faire de la première campagne de renouvellement des autorisations une procédure exemplaire et efficace.

Au sein de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), 987 établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont concernés par un renouvellement d'autorisation en janvier 2017. Troisième région française par sa population, toujours dynamique en termes d'évolution démographique, et particulièrement concernée par le vieillissement de la population, elle connaît des besoins médico-sociaux croissants. Composée de départements disparates et inégalement peuplés, l'intérêt de réfléchir à une offre adaptée en s'assurant de la qualité de l'accompagnement donne tout son sens à l'étude des évaluations par les autorités compétentes. La direction de l'offre médico-sociale (DOMS) de l'ARS PACA et en particulier la mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale (MDQ), dans laquelle j'ai effectué mon stage, sont en charge du pilotage et de la coordination du dispositif régional des évaluations.

Une question fondamentale s'est alors posée : dans quelle mesure les rapports d'évaluation externe constituent-ils un nouvel outil pour l'ARS PACA au service de la qualité des ESMS de la région ?

A celle-ci, s'ajoutent plusieurs questionnements :

- Quel pilotage et quelle coordination seront mis en place au sein de l'ARS PACA pour mener à bien le processus de renouvellement des autorisations grâce à l'étude des évaluations externes et aux autres outils dont elle dispose ?
- Comment l'ARS PACA va-t-elle se saisir des rapports d'évaluation pour impulser ou pour faire perpétuer une démarche qualité ?
- Quel va être l'impact des évaluations externes sur l'amélioration continue de la qualité dans les ESMS de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ?

Pour y répondre, la méthodologie mise en œuvre a été la suivante. Après avoir étudié la réglementation relative aux évaluations externes et au renouvellement des autorisations, ainsi que des rapports d'évaluation, j'ai effectué des recherches documentaires. Elles se sont concentrées sur des articles de recherche, des rapports de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), des notes de l'ARS

---

<sup>17</sup> CARLOTTI M-A., « Discours à l'IME Cour de Venise », 22 janvier 2014, [document électronique], <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/discours-de-marie-arlette-carlotti,16966.html>, page consultée le 19 décembre 2014.

PACA et des ouvrages spécialisés dans l'évaluation des prestations médico-sociales. Mises en perspective avec les missions quotidiennes au sein de la MDQ et les échanges avec mon maître de stage, elles m'ont permis de dresser une liste de questionnements. Grâce à cette dernière, j'ai pu déterminer quels étaient les professionnels susceptibles de pouvoir contribuer à mes recherches<sup>18</sup> et j'ai construit une grille d'entretien avec des questions différenciées en fonction de mes interlocuteurs<sup>19</sup>. Ainsi, j'ai effectué 22 entretiens avec des directeurs et des professionnels d'établissements médico-sociaux, un agent de l'IGAS, un enseignant-chercheur de l'EHESP, des évaluateurs externes, un inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS) de l'ARS Bretagne, des agents du siège de l'ARS PACA et des délégations territoriales (DT), des agents d'une union d'ESMS et un représentant du centre inter régional d'étude, d'action et d'information en faveur des personnes en situation de handicap et/ou d'inadaptation (CREAI). Tous ont contribué à alimenter mes recherches, avec des points de vue et des positionnements différents. Une difficulté a été de convenir d'entretiens avec des agents de la DGCS et de l'ANESM particulièrement sollicités pendant le dernier semestre de l'année 2014.

Par ailleurs, j'ai collaboré à la mise en place de la stratégie régionale et au déploiement du dispositif. En effet, j'ai pris part à l'organisation des demi-journées de sensibilisation des ESMS à l'évaluation externe, j'ai travaillé en binôme avec mon maître de stage, responsable de la MDQ, à la création des outils d'analyse et d'instruction des évaluations externes, puis avec une IASS de la DT des Bouches-du-Rhône sur l'instruction de rapports afin de tester les outils élaborés. J'ai participé à la formation relative aux nouveaux indicateurs médico-sociaux du tableau de bord de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), aux groupes de travail autour des outils d'analyse des rapports d'évaluation externe, mais aussi à des bilatérales entre la DOMS et les DT et à des réunions avec les conseils généraux (CG). Grâce au traitement des données des entretiens et à la participation à la mise en œuvre d'une procédure d'analyse, j'ai pu entamer une réflexion autour de la démarche d'amélioration de la qualité dans les ESMS de la région PACA.

Ainsi, si l'évaluation externe instaurée par la loi du 2 janvier 2002 participe à la diffusion d'une culture d'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers dans les ESMS de la région PACA (1), la montée en puissance de cette démarche dépend de la stratégie mise en place au sein de l'ARS pour piloter l'analyse des rapports d'évaluation (2). La mise en œuvre de ce dispositif pour la première fois suscite un questionnement quant à la perfectibilité de la démarche évaluative (3).

---

<sup>18</sup> Annexe n°1 : Liste des professionnels interrogés en entretien.

<sup>19</sup> Annexe n°2 : Exemples de grille d'entretien.

# **1 L'évaluation des activités et de la qualité des prestations garante de la mise en place d'une démarche d'amélioration du service rendu**

L'importance de la recherche de qualité dans le champ médico-social demande une implication massive des établissements et des organismes de tutelle. L'évaluation lie ces acteurs afin de promouvoir et d'installer une démarche d'amélioration durable de la qualité des prestations délivrées aux usagers.

L'évaluation externe des établissements et services médico-sociaux, grâce à un dispositif évaluatif réglementaire (1.1), permet aux structures d'analyser la qualité des prestations délivrées en vue du renouvellement des autorisations d'exercice (1.2).

## **1.1 Le cadre du dispositif évaluatif**

Les agences régionales de santé, créées par la loi HPST du 21 juillet 2009, ont, parmi leurs missions, celles d'autoriser la création et les activités de certains ESMS mentionnés à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)<sup>20</sup>, de contrôler leur fonctionnement et d'allouer leurs ressources. Elles veillent aussi à la qualité des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux en effectuant des contrôles à cette fin<sup>21</sup>.

Apprécier l'efficacité d'une prestation grâce à l'évaluation demande de maîtriser les différents aspects et enjeux de la démarche qualité (1.1.1). Ils sont fondamentaux pour appréhender le périmètre réglementaire (1.1.2) et le pilotage national (1.1.3) encadrant la démarche d'évaluation des établissements et services médico-sociaux.

### **1.1.1 La place de l'évaluation dans la démarche qualité**

La qualité, du latin *qualitas* qui signifie « manière d'être », viserait à montrer une activité, une prestation, un service tel qu'il est. Le concept de qualité émane du monde de l'entreprise<sup>22</sup>, à l'origine il représentait une technique managériale recherchant l'efficacité organisationnelle<sup>23</sup>. Aujourd'hui, l'*international organization for standardization* (ISO) définit la qualité comme « l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit, d'un processus ou d'un service qui lui confèrent son aptitude à satisfaire des besoins exprimés

<sup>20</sup> Les ESMS indiqués au 2°, b, 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L312-1 du CASF.

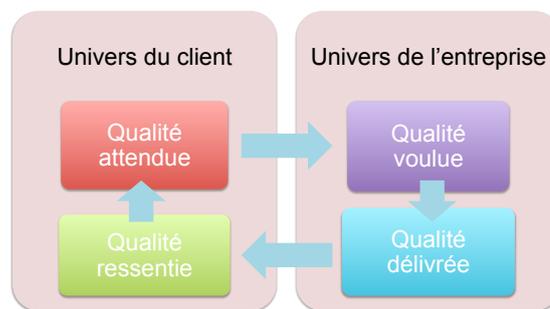
<sup>21</sup> Article L1431-2 du Code de la santé publique.

<sup>22</sup> SAVIGNAT P., *Evaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux*, Paris, 2009, Dunod, « Action sociale », 370 p.

<sup>23</sup> HAERING A-L., *La qualité de l'action sociale et son évaluation*, Genève, 2000, Institut d'études sociales, 188 p.

ou implicites »<sup>24</sup>. Sa finalité semble directement orientée vers le demandeur, le client, grâce à l'assurance de sa satisfaction. Cependant, cette définition n'occulte pas une logique mercantile, celle de l'entrepreneur. En effet, la qualité est utilisée à des fins concurrentielles en matière de bonne gestion de l'entreprise, de recherche d'efficacité économique ou encore d'élaboration de décisions stratégiques<sup>25</sup>. Pour faire coïncider ces intérêts distincts, la méthode CYQ (pour cycle de la qualité) met en parallèle l'univers du client et celui de l'entreprise et leurs attentes. Ainsi, en se basant sur la qualité souhaitée par le client, l'entreprise pourra définir le service voulu, l'apprécier tel qu'il a été réalisé, c'est-à-dire l'évaluer, afin de déterminer la satisfaction du client grâce à la qualité perçue<sup>26</sup>.

Figure 1.1. Le Modèle CYQ



Par ailleurs, trois caractéristiques peuvent définir la qualité<sup>27</sup>. D'une part, elle est située, c'est-à-dire qu'elle correspond à une demande sociale à un instant t. D'autre part, elle est évolutive puisqu'elle s'adapte aux exigences de son temps. Enfin, elle est pluridimensionnelle car chacun des acteurs (gestionnaires, usagers, décideurs, financeurs, professionnels) a une vision propre de ce que doit être la qualité. Ainsi, « si la qualité est d'abord une question de conformité des pratiques et des équipements, c'est aussi un état d'esprit et du sens à donner à l'action »<sup>28</sup>.

En 2000, les normes ISO ont évolué. Jusqu'alors l'assurance qualité était la méthode utilisée afin de s'assurer de la conformité d'une pratique à un standard, d'étudier les écarts et de les corriger. Dorénavant, l'amélioration continue s'y substitue en déployant une logique différente. Elle s'inscrit dans une procédure ascendante : les problèmes constatés et jugés incompatibles avec les objectifs fixés cherchent à être résolus au niveau de l'établissement. Ainsi le processus contemporain est de « traque[r] plutôt les

<sup>24</sup> PERIBOIS. E, *Les enjeux de l'évaluation interne-externe* [présentation PowerPoint], 15 avril 2014, EHESP.

<sup>25</sup> SAVIGNAT P., *Evaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux*, op.cit. (note 22).

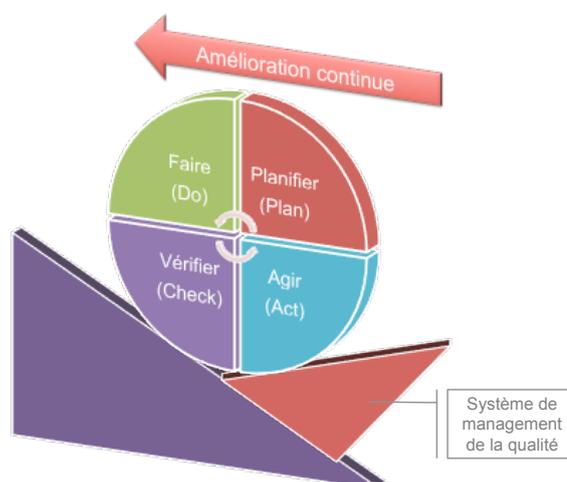
<sup>26</sup> AVEROUS B., AVEROUS B., *Mesurer et manager la qualité de service. La méthode CYQ*, Paris, INSEP, 2001, 129 p.

<sup>27</sup> SAVIGNAT P., « Construire, formaliser et évaluer la qualité dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux », *Les cahiers de l'Actif*, 2005, n°350-353, pp. 51-59.

<sup>28</sup> BOUKELAL A., « Evaluation interne et qualité. Les conditions générales d'une démarche cohérente et efficace », *Les cahiers de l'Actif*, 2005, n°350-353, pp. 345-352, p.348.

erreurs, pour mettre en place des dispositifs correctifs »<sup>29</sup>. Cette procédure est une compétence qui incombe au gestionnaire. Lorsqu'il la met en place, elle prend le nom de management de la qualité. Ce dernier comporte des phases fondamentales modélisées par la « roue de Deming »<sup>30</sup>.

Figure 1.2. Roue de Deming, cycle de l'amélioration continue



Ce cycle est appelé PDCA (*plan, do, check, act*). La première phase (*plan*) consiste à identifier le problème, planifier et préparer les méthodes composant le processus qualité. *Do*, correspond à la phase de concrétisation des actions prévues. La troisième phase (*check*) permet de mesurer les écarts éventuels entre ce qui a été prévu et ce qui a été réalisé, elle suppose une évaluation. Enfin, la phase *act* assure la correction des manquements constatés et donne lieu à de nouvelles propositions d'amélioration. La roue implique la répétition des quatre phases tant que le niveau attendu de qualité n'est pas atteint.

Pour un gestionnaire, les enjeux d'une démarche d'amélioration continue sont essentiels au bon fonctionnement de la structure et à la recherche de compétitivité. En managant la qualité, il améliore la maîtrise du risque, anticipe le coût financier de la non-qualité, rend plus efficace la gestion des ressources humaines, respecte les obligations réglementaires et répond aux besoins des usagers. Ainsi, s'impliquer dans la démarche représente une opportunité importante d'encadrement et facilite l'organisation de l'entreprise en intégrant la stratégie de l'établissement.

<sup>29</sup> LESAIN-DELABARRE. J-M, « Problématiques de l'évaluation dans le champ médico-social », in BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I., *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale, op.cit.* (note 5), pp. 57-72, p. 62.

<sup>30</sup> DEMING W-E., *Hors de la crise*, traduit de l'anglais par Jean-Marie GOGUE, Paris, Economica, 2002, [1<sup>e</sup> éd.1991], 350 p.

Le développement des procédés d'amélioration continue dans le champ médico-social s'est concrétisé grâce à la mise en place de normes ISO, d'outils propres ou de référentiels construits par les grandes fédérations prenant en compte les spécificités de chaque type d'établissement. Mais c'est avec la loi du 2 janvier 2002 que la qualité est consacrée comme droit des usagers<sup>31</sup>. Ce texte associe l'amélioration continue aux principes de l'article L311-3 du CASF et aux outils qu'il crée afin d'assurer un accompagnement respectant la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité des personnes prises en charge en ESMS. Cependant, la loi n'instaure pas d'obligation relative à la démarche d'amélioration continue<sup>32</sup>. En revanche, elle rend impérative l'évaluation des activités et des prestations délivrées.

Le petit guide de l'évaluation des politiques publiques de 1996 donne cette définition : « L'évaluation a pour finalité de contribuer à l'élaboration d'un jugement de valeur, de préparer une décision, d'améliorer pratiquement la mise en œuvre d'une politique ou le fonctionnement d'un service. Dans tous les cas, il faut que le commanditaire et les autres destinataires de l'évaluation (y compris, dans certains cas, le grand public) puissent s'approprier les résultats et connaissances produites, les intégrer à leur propre vision de la réalité. »<sup>33</sup> La notion de jugement sur la valeur est préférée aujourd'hui à celle de jugement de valeur<sup>34</sup>. Cette définition suppose que l'évaluation, par sa nature même, ne puisse être absolument objective<sup>35</sup>. Ce constat témoigne de la mutabilité des critères évaluatifs selon l'époque, le lieu, le contexte social et les attentes de l'évaluateur comme de l'établissement évalué mais fait aussi écho à la définition latine de la qualité qui cherche à montrer le monde tel qu'il est, à exposer la réalité.

A ce propos, dans le champ médico-social, l'évaluation est effectivement un vecteur de lisibilité, de visibilité et de compréhension de l'intervention sociale et médico-sociale. Elle place au centre de l'action, le résultat et l'effet plutôt que le processus qui a permis d'y arriver. Par ailleurs, elle permet d'adapter le fonctionnement des structures et des professionnels aux besoins des usagers, d' « être le point de départ d'un dialogue interne

---

<sup>31</sup> Article 7 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale codifié à l'article L311-3-3 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>32</sup> Direction générale de l'action sociale, *Démarche qualité – Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire*, [document électronique], mars 2004, 40 p., [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g\\_metho.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf), page consultée le 22 janvier 2015.

<sup>33</sup> Conseil scientifique de l'évaluation, *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*, [document électronique], mai 1996, 123 p., p.10. [http://www.evaluation.gouv.fr/cgp/fr/interministere/doc/petit\\_guide\\_cse.pdf](http://www.evaluation.gouv.fr/cgp/fr/interministere/doc/petit_guide_cse.pdf), page consultée le 10 septembre 2014.

<sup>34</sup> Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, *L'évaluation interne, Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, [document électronique], 2006, p. 6 sur 40, <http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guideevaluationinternecesms-2-2.pdf>, page consultée le 5 novembre 2014.

<sup>35</sup> BOUKELAL. A, « Réflexions sur l'évaluation en travail social », *Les Cahiers de l'Actif*, n°256-257, septembre-octobre 1997, pp. 118-140.

entre les acteurs des différents niveaux de responsabilité, mais, également entre l'institution et les autorités publiques chargées de délivrer et de renouveler les autorisations de fonctionnement »<sup>36</sup> afin de « permettre à l'institution et à l'ensemble des membres de son équipe d'entreprendre une démarche collective d'amélioration continue»<sup>37</sup>.

De plus, d'après l'annexe 3-10 du CASF précisant le contenu du cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes, l'évaluation vise à la production de connaissances et d'analyses. Elle permet de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Son but est de mieux connaître et de comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs précisés, en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique. Pour se faire, un diagnostic partagé, accompagné de la construction d'un cadre de référence spécifique, et le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés sont nécessaires. L'évaluation participe ainsi à un véritable processus de recherche<sup>38</sup>, elle a une visée formative.

Instauré par la loi 2002-2, le double système évaluatif dans le secteur médico-social comprend une évaluation interne et une évaluation externe. Elle forme un ensemble cohérent dont les résultats, transmis à l'agence régionale de santé, conditionnent le renouvellement de l'autorisation initiale d'exercice des ESMS. Le non respect des exigences en matière évaluative doit alerter les autorités sur le bon fonctionnement de la structure et les difficultés qu'elle est susceptible de connaître et de rencontrer dans la démarche d'évaluation.

---

<sup>36</sup> Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 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.

<sup>37</sup> ANESM, *RBPP L'évaluation interne : repères pour les établissements pour personnes âgées dépendantes*, [document électronique], 2012, 105 p. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_Evaluation\\_Interne\\_web3.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_Evaluation_Interne_web3.pdf), page consultée le 28 octobre 2014.

<sup>38</sup> CHARLEUX F., JOUVE S., *Réussir l'évaluation interne et externe en institution sociale et médico-sociale*, 2013, Issy-les-Moulineaux, ESF Editeur, « Actions sociales / Pratiques », 255 p., p. 27.

### 1.1.2 Le renouvellement des autorisations juridiquement subordonné aux résultats de l'évaluation externe

L'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux cités à l'article L312-1 du CASF est concerné par l'obligation de produire une évaluation interne et externe afin de renouveler leur autorisation. L'ARS PACA est compétente pour veiller à la mise en œuvre de la démarche d'évaluation et pour traiter des rapports émanant des établissements de compétences propres au directeur général de l'ARS ou de compétences partagées avec le président du CG<sup>39</sup>. Les structures en question accueillent des personnes âgées, des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes en difficultés spécifiques.

D'après l'article L313-1 du CASF, l'autorisation d'un ESMS est délivrée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement est « exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe ». C'est pourquoi, les ESMS « procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux »<sup>40</sup>. Le dispositif évaluatif prend la forme de deux évaluations. Elles s'articulent du point de vue du rythme et des contenus participant ainsi à un même et unique processus. Leurs champs sont identiques dans l'optique « d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service »<sup>41</sup> et de créer une dynamique d'amélioration continue de la qualité.

L'évaluation interne, visée par l'article L312-8 du CASF, représente la première étape du processus. Elle correspond à un autodiagnostic de l'établissement. Ses résultats doivent être communiqués à l'autorité qui a délivré l'autorisation, c'est-à-dire en l'espèce à l'ARS, et le cas échéant au CG. Ses conclusions prennent la forme d'un rapport précisant la méthode et les normes utilisées qui sont au libre choix de l'ESMS. L'analyse reprend, au minimum, quatre des grands domaines déterminés par l'ANESM dans ses recommandations relatives à l'évaluation interne<sup>42</sup> parmi lesquels la promotion de la

---

<sup>39</sup> Article L313-3 du CASF.

<sup>40</sup> *Ibid.*

<sup>41</sup> Annexe 3-10 du CASF.

<sup>42</sup> ANESM, *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF*, [document électronique], avril 2008, 13 p. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/mise\\_en\\_oeuvre\\_evaluation\\_interne-2.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/mise_en_oeuvre_evaluation_interne-2.pdf), page consultée le 17 janvier 2015 ; *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF*, [document électronique], juillet 2009, 72 p., [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_conduite\\_evaluation\\_interne\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_conduite_evaluation_interne_anesm.pdf), page consulté le 17 janvier 2015.

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 ; l'insertion et l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement ; ou encore son organisation interne. Une fois le diagnostic élaboré, la structure propose un plan d'actions précisant les effets attendus sur les usagers. L'ARS vérifiera le contenu, le périmètre et la méthode mise en place.

L'évaluation externe intervient ensuite. Elle est réalisée par un organisme habilité par l'ANESM. Grâce à ce regard extérieur, elle est un examen de la situation organisationnelle de l'établissement, un bilan d'étape dans une démarche de progrès plus globale au service de la qualité. Ses objectifs sont définis par l'annexe 3-10 du CASF. Selon cette dernière, l'évaluateur externe porte une appréciation générale sur sept thèmes obligatoires : l'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service avec les besoins des usagers et les missions imparties à la structure, la cohérence de ces objectifs entre eux, l'adaptation des moyens humains et financiers, la pertinence des dispositifs de gestion et de suivi, les effets attendus, non prévus, positifs ou négatifs relatifs à l'atteinte des objectifs, l'impact des pratiques des professionnels sur ces objectifs et l'efficacité de l'action et la réactualisation régulière de l'organisation. La référence à la notion d' « objectif » reflète l'importance donnée par le législateur à l'évaluation des résultats.

L'organisme habilité examine également le plan d'actions retenu après l'évaluation interne et ses effets en appréciant la méthode employée, les modalités et la mise en œuvre des actions d'amélioration, l'implication des professionnels et la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations. Par ailleurs, l'annexe 3-10 détaille quinze thématiques spécifiques que l'établissement priorisera dans le plan d'amélioration de la qualité succédant à l'évaluation. L'examen de ces thématiques par l'évaluateur externe ressemble à un contrôle de conformité largement basé sur le respect des droits des usagers<sup>43</sup>. Enfin, l'évaluation externe doit comporter des propositions et préconisations accompagnées de leur degré de priorité.

Concernant le contenu, elle comprend des éléments de cadrage présentant l'établissement ou le service et son contexte, un descriptif de la procédure d'évaluation externe, des développements informatifs concernant le projet, les objectifs et l'organisation, les résultats de l'analyse consécutive aux informations rassemblées, une

---

<sup>43</sup> CHARLEUX F., JOUVE S., Réussir l'évaluation interne et externe en institution sociale et médico-sociale, *op.cit.* (note 38), p. 31.

synthèse, l'abrégé du rapport et des annexes (contrat avec l'organisme habilité, composition de l'équipe des intervenants et calendrier de réalisation).

Le rythme entre le renouvellement d'autorisation et la réalisation des évaluations est défini par les textes. Le régime de droit commun impose qu'une évaluation interne doit être remise tous les cinq ans à l'autorité compétente, ou à l'occasion d'un renouvellement de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Cela signifie que pendant la durée d'autorisation, les résultats de trois évaluations internes seront communiqués à l'ARS. Quant aux évaluations externes, l'établissement doit les réaliser au plus tard sept ans après la date d'autorisation et deux ans avant la date de renouvellement. La première évaluation externe étudiera les résultats de la première évaluation interne et sera suivie de la deuxième évaluation interne. La seconde évaluation externe viendra dresser un bilan de la dynamique mise en place par la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations et des activités dans la continuité des évaluations précédentes à l'aide notamment des résultats de la dernière évaluation interne.

Un régime dérogatoire est prévu pour les établissements autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST »<sup>44</sup>. Les structures concernées sont tenues de communiquer les résultats d'au moins une évaluation interne au plus tard trois ans avant la date de renouvellement de leur autorisation et d'au moins une évaluation externe deux ans avant.

Néanmoins, ce sont les établissements autorisés et ouverts avant la date de publication de la loi du 2 janvier 2002 pour lesquels une vigilance particulière est exigée du fait de la temporalité du renouvellement de leur autorisation. Ces structures ont du transmettre les résultats de leur autodiagnostic avant le 3 janvier 2014. Leurs rapports d'évaluation externe étaient attendus pour le 3 janvier 2015 au plus tard, pour un renouvellement d'autorisation au 3 janvier 2017. Le décret du 14 novembre 2014<sup>45</sup> prolonge ce délai jusqu'au trentième jour suivant l'échéance des deux ans précédant la date de renouvellement. Quels que soient les événements intervenant durant la période de l'autorisation (modification, transfert, cession d'autorisation, extension de la capacité autorisée ou transformation), la date qui fait référence n'est pas susceptible de modification, il s'agit de celle de l'autorisation initiale d'exercice.

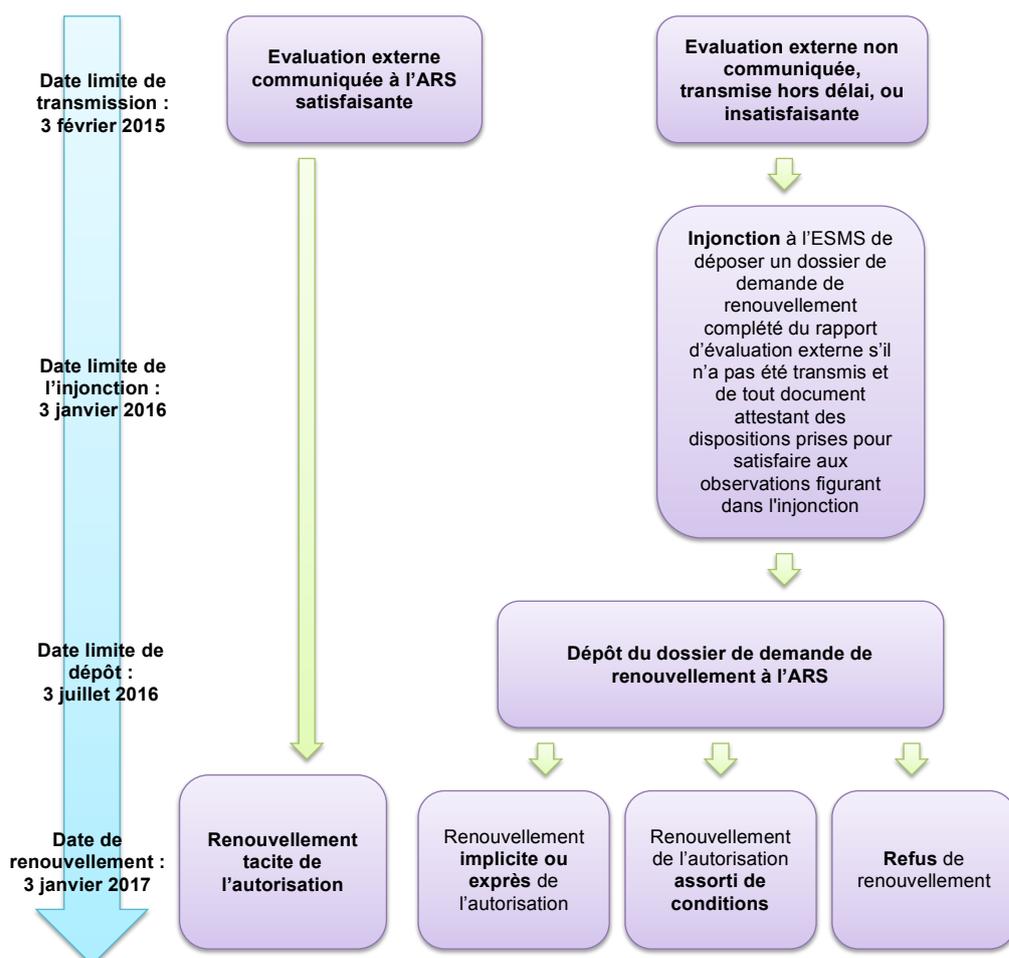
---

<sup>44</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>45</sup> Décret n°2014-1368 du 14 novembre 2014 relatif au renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le point de départ de la procédure de renouvellement de l'autorisation est l'évaluation externe. Une fois transmise à l'ARS, cette dernière dispose d'un an pour étudier le rapport et pour enjoindre à l'ESMS de déposer une demande de renouvellement. Sans injonction de l'autorité, l'autorisation est réputée renouvelée par tacite reconduction<sup>46</sup>. Si l'établissement est tenu d'effectuer une demande de renouvellement, celle-ci doit être transmise à l'ARS dans les 6 mois à compter de la date d'injonction. L'autorité disposera ensuite de 6 mois pour notifier une réponse à l'ESMS au sujet du renouvellement ou non de son autorisation. Elle peut assortir le renouvellement de « conditions particulières imposées dans l'intérêt des personnes accueillies »<sup>47</sup>. Le refus de reconduction ne pourra être prononcé qu'après le respect d'une procédure contradictoire, à l'occasion de laquelle l'ESMS pourra présenter des observations écrites ou, sur sa demande, des observations orales. Il fera l'objet d'une notification motivée comportant les voies et délais de recours. A l'ARS PACA, les agents instructeurs vont suivre la procédure suivante :

Figure 1.3. Schéma de la procédure de renouvellement des autorisations des ESMS



<sup>46</sup> Article L313-5 du CASF.

<sup>47</sup> Article L313-4 du CASF.

Après l'injonction, la demande de renouvellement devra comporter les résultats de l'évaluation externe, s'ils n'ont pas été communiqués avant la date limite du 3 février 2015, et, s'il y a lieu, tout document attestant des dispositions prises par l'ESMS pour satisfaire aux observations figurant dans l'injonction de l'ARS.

Cette procédure s'est mise en place dans l'ensemble des agences grâce au pilotage de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et à l'appui de l'ANESM.

### **1.1.3 L'impulsion d'une démarche nouvelle grâce au pilotage et à l'appui national**

Le pilotage de la DGCS et l'appui de l'ANESM sont demeurés indispensables pour l'instruction des évaluations externes et le lancement de la procédure de renouvellement des autorisations.

D'une part, afin d'assurer une instruction uniformisée des rapports par les ARS, l'étude des évaluations externes tout comme la procédure de renouvellement des autorisations, ont été encadrées par des dispositions nationales sous forme de circulaires ou d'instructions. Elles détaillent les impératifs légaux et guident les ARS dans la mise en place d'une stratégie. Le ministère assure également un suivi régulier de la mise en œuvre de la démarche d'évaluation et souhaite intégrer le bilan de la procédure au CPOM conclu avec les ARS qui comprendra en 2015, parmi ses indicateurs, le taux de réalisation des évaluations externes et des objectifs afférents.

D'autre part, la loi du 2 janvier 2002 avait prévu la mise en place d'un organisme national chargé de promouvoir l'évaluation et la qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le décret n°2003-1134 du 26 novembre 2003 donne le nom de Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale à cet organisme auquel succédera l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) en 2007<sup>48</sup>. Celle-ci se voit confier la mission de valider ou d'élaborer et de diffuser des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP). Ainsi, l'ANESM a publié une trentaine de RBPP. Ces recommandations n'ont pas de valeur contraignante. Néanmoins, elles sont directement visées par l'article L312-8 du CASF et les textes réglementaires d'application qui disposent que l'évaluation doit être réalisée au regard de celles-ci. Par ailleurs, elle a élaboré un guide d'aide à la contractualisation à destination des établissements mais aussi des modèles d'abrégé et de synthèse du rapport d'évaluation. L'abrégé est composé de 10 rubriques correspondantes à celles de la synthèse. Pour sept d'entre

---

<sup>48</sup> Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

elles, l'évaluateur peut choisir 5 items dont il détaille les forces, les faiblesses et élabore des propositions ou des préconisations. La huitième rubrique se rapporte à l'appréciation globale de l'évaluateur. Les deux dernières précisent la méthodologie de l'évaluation et les commentaires de l'ESMS sur l'évaluation externe. Ces modèles sont utiles tant pour les établissements et les évaluateurs que pour l'ARS. En effet, ils représentent une base de travail facilitant l'instruction des rapports.

L'ANESM a également dressé les bilans nationaux de réalisation des évaluations externes deux fois par an depuis le 30 juin 2011. En 2014, elle a organisé, en lien avec les ARS, 100 demi-journées de sensibilisation à destination des ESMS autorisés avant 2002 qui ne seraient pas en mesure de réaliser l'évaluation externe avant le 3 janvier 2015<sup>49</sup>. Ces demi-journées avaient vocation à aider les établissements et services à formaliser le cahier des charges pour la réalisation de l'évaluation.

De plus, l'ANESM a pour mission d'habiliter les organismes en charge de procéder à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations. Tous les organismes publics ou privés, nationaux ou établis dans un autre Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord de l'Espace économique européen peuvent solliciter une inscription. La demande d'habilitation s'effectue sous forme de formulaire, détaillant l'identité du candidat et ses caractéristiques (objet statutaire ou activité exercée, secteurs d'intervention, chiffres clés 2011, liens en capital avec des fédérations, unions, organisations professionnelles ou autres entreprises). Ce formulaire se clôt par un engagement au respect des obligations<sup>50</sup> qui s'imposent aux évaluateurs externes en termes d'intégrité, d'objectivité, de confidentialité et de compétence. Une fois l'habilitation accordée, en cas de manquements graves ou répétés à ces impératifs, l'ANESM peut engager une procédure de suspension voire de retrait de l'habilitation. L'ensemble des organismes habilités est répertorié sur le site internet de l'agence après que leur liste ait été publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale.

Enfin, l'agence a lancé en 2012 une plateforme extranet appelée l'ExtrAnesm. Elle réunit les demandes des candidats à l'habilitation, permet aux organismes d'actualiser leurs données d'identification et peut être consultée par les autorités afin d'assurer le suivi de l'avancement de l'évaluation externe sur leur territoire<sup>51</sup>. L'ANESM a également mis en place une plateforme dématérialisée collaborative. Ce *share-point* rassemble les outils élaborés pour l'instruction des évaluations externes par les différentes autorités.

---

<sup>49</sup> Instruction n° DGCS/5C/ANESM/2014/100 du 4 avril 2014 relative au dispositif de sensibilisation et d'appui sur l'évaluation externe à l'attention des ESSMS autorisés avant le 3 janvier 2002.

<sup>50</sup> Articles D312-199 à D312-202 du CASF, Annexe 3-10 du CASF.

<sup>51</sup> Annexe n°7 de 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 ESSMS.

Malgré l'appui national, l'obligation d'évaluation fut peu suivie d'effet, puisqu'en septembre 2014, seulement 18% des rapports d'évaluation externe avaient été reçus par l'ARS PACA. Pourtant, nombreux sont les établissements et les services à affirmer que ce dispositif a eu des conséquences positives sur leur fonctionnement.

## 1.2 La procédure d'évaluation, vectrice de bénéfices pérennes dans les établissements et services médico-sociaux

Il ressort des entretiens réalisés avec les directeurs d'établissements, les évaluateurs externes et les fédérations que l'évaluation externe est un bilan utile pour les structures. De la recherche d'un organisme habilité à la communication du rapport à l'ARS, les procédures choisies demandent un grand investissement du directeur, des professionnels et des usagers autour de la recherche d'amélioration (1.2.1). Néanmoins, nombre d'entre eux reconnaissent que cette démarche est un levier d'action et une opportunité de management, de dialogue et de progrès durables (1.2.2).

### 1.2.1 Des phases organisationnelles communes malgré la diversité des méthodes employées

En région PACA, sur les 1700 ESMS autorisés par l'ARS, 987 l'ont été avant la loi du 2 janvier 2002 et sont donc concernés par un renouvellement d'autorisation avant le 3 janvier 2017. Ils sont répartis comme suit par département en fonction de la population accueillie.

Figure 1.4. Tableau du nombre d'établissements et services médico-sociaux autorisés avant 2002 dans les départements de la région PACA en fonction du public accueilli.

	ESMS prenant en charge des personnes âgées	ESMS prenant en charge des personnes handicapées	Total
Alpes-de-Haute-Provence	39	7	46
Hautes-Alpes	22	21	43
Alpes-Maritimes	163	73	236
Bouches-du-Rhône	193	147	340
Var	126	74	200
Vaucluse	69	53	122
Total	612	375	987

Source : FINESS.

Le nombre et la diversité d'établissements, ainsi que leur répartition sur le territoire, ont contribué à l'hétérogénéité des pratiques de préparation à l'évaluation externe dans les structures. De plus, le fait que 1655 organismes soient habilités par l'ANESM dont 175 en région PACA<sup>52</sup> explique l'existence d'un éventail de méthodes et donc de pratiques subordonnées aux compétences des évaluateurs.

Toutefois, même si la procédure de réalisation de l'évaluation externe diffère selon les établissements et les évaluateurs, des phases organisationnelles communes peuvent être dégagées de l'analyse des rapports et des entretiens réalisés. Certaines sont évoquées par l'annexe 3-10 du CASF. La première phase est celle de la préparation à l'évaluation. L'établissement s'assure que les conditions sont réunies afin d'entamer le processus. Pour ce faire, il détermine le moment opportun pour engager la procédure, vérifie qu'il satisfait les exigences réglementaires et les conditions de mise en œuvre. De plus, il informe les personnels et les usagers de la finalité et du déroulement de l'évaluation. Dans un deuxième temps, il prépare les documents de mise en concurrence, fondement de la relation contractuelle entre le commanditaire et l'évaluateur. La structure, parfois dotée d'un comité de pilotage consacré, élabore ensuite un cahier des charges dans lequel elle précise ses attentes et ses besoins concernant la méthode et la procédure. Certains établissements mettent en place un comité de suivi de l'évaluation. Il est missionné pour recueillir l'avis des professionnels et des usagers afin de les transmettre aux évaluateurs au cours des différentes étapes de la procédure.

Le choix de l'organisme habilité et la contractualisation correspondent à la troisième étape. Le contrat comprend le projet évaluatif, la composition de l'équipe d'évaluateurs, le contenu du rapport d'évaluation externe, les modalités de facturation et une déclaration sur l'honneur de l'évaluateur attestant qu'il remplit les conditions réglementaires. Selon une moyenne calculée en septembre 2014 par l'ANESM<sup>53</sup>, une évaluation externe pour un établissement médico-social dure 5,8 jours et coûte 6118,5€. Les EHPAD sont les structures pour lesquelles la procédure dure le plus longtemps (7,3 jours) et coûte le plus cher (7725,3€). L'ARS PACA a apporté un soutien financier aux établissements et services le souhaitant, grâce aux crédits non reconductibles.

---

<sup>52</sup> ANESM, *Décision du 6 novembre 2014 portant habilitation et inscription pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles*, [document électronique], 2014, 74 p., [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/BO\\_15\\_12\\_2014\\_-\\_24eme\\_liste.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/BO_15_12_2014_-_24eme_liste.pdf), page consultée le 6 janvier 2015.

<sup>53</sup> ANESM, *Bilan des évaluations externes : 66% des ESSMS engagés au 30 septembre 2014*, [document électronique], 2014, 4 p., [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Note%20d'information%20Bilan%20EE%20au%2030sept2014\(1\).pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Note%20d'information%20Bilan%20EE%20au%2030sept2014(1).pdf), page consultée le 2 janvier 2015.

Une fois le contrat signé avec le commanditaire, l'évaluateur prend souvent le temps d'informer et de rassurer les professionnels et les usagers sur la finalité et le déroulement de l'évaluation dans le cadre du comité de suivi d'évaluation ou d'une réunion. Il présente ensuite le projet évaluatif qu'il fera valider par le commanditaire. Celui-ci est composé du cadre de référence spécifique de l'évaluation qui comprend un rappel des exigences réglementaires et des RBPP et une partie propre à chaque établissement explicitant la stratégie, les objectifs de la structure et les missions confiées. Ce projet est complété par le questionnement évaluatif décliné sous forme d'interrogations hiérarchisées et adaptées à la logique de chaque établissement ou service. Ensuite, une phase de recueil de données est prévue pendant laquelle l'ESMS fournit, *a minima*, à l'évaluateur les documents généraux et pièces techniques suivantes : tout document public d'identification de la structure, une copie de l'autorisation avec un descriptif des activités et des publics accueillis, un organigramme et un document précisant les effectifs en poste et la répartition par catégorie, le projet d'établissement, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, les comptes rendus du conseil de la vie sociale (CVS), les documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité, les résultats de l'évaluation interne et la direction donnée à ceux-ci<sup>54</sup>.

Après l'analyse documentaire, l'évaluateur coordonne la visite sur site. Elle consiste en l'observation du fonctionnement et de l'organisation de la structure, en l'examen du parcours et de la prise en charge de l'utilisateur et parfois même en l'analyse de l'organisation médicale et soignante. A cette occasion, l'expert organise des entretiens avec les professionnels, les usagers et les familles. Dans certains cas, cette analyse donne lieu à une restitution en comité de suivi d'évaluation, s'il a été constitué, « afin d'éclaircir des incompréhensions et de préciser certaines données »<sup>55</sup>.

L'observation et l'analyse des éléments recueillis sont mises en perspective avec les objectifs du projet d'établissement ou de service. Ce procédé concentre l'expertise des évaluateurs sur la qualité des prestations et des pratiques afin d'apprécier le service rendu à l'utilisateur. L'équipe d'évaluateurs rédige alors un pré-rapport qu'elle présentera au comité de pilotage ou au comité de suivi d'évaluation. Celui-ci détaillera en particulier les écarts et contradictions au regard du cadre de référence spécifique, accompagnés d'une analyse et d'une interprétation de l'évaluateur ainsi que des préconisations. La remise du pré-rapport au commanditaire déclenche une phase d'échanges contradictoires. Elle permet à l'établissement d'intégrer ses remarques au rapport afin que l'organisme habilité

---

<sup>54</sup> Annexe 3-10 du CASF.

<sup>55</sup> Propos recueillis lors de l'entretien avec un évaluateur externe.

le finalise et le transmette à la structure. Cette dernière le communiquera aux délégations territoriales de l'ARS PACA géographiquement compétentes et au CG le cas échéant.

Au delà des objectifs même de l'évaluation, le rapport revêt une importance particulière pour la plupart des structures qui l'utilise comme un outil de pilotage ou encore de management.

### **1.2.2 Une opportunité de pilotage, de management et de dialogue dans les structures**

Bien que tous les responsables d'établissements et de services ne se saisissent pas pleinement de la démarche évaluative, ils sont nombreux à souligner son utilité stratégique et son intérêt pour le développement et la qualité de leur structure. L'exploitation des données des entretiens rejoint en partie une enquête réalisée par la CCECQA<sup>56</sup> auprès des établissements et services médico-sociaux de la région Aquitaine quant à leur perception des bénéfices de l'évaluation externe.

L'évaluation externe est tout d'abord utilisée comme un bilan, « une photographie à un instant t »<sup>57</sup> comprenant une analyse précieuse de la situation de la structure au regard de la réglementation applicable au secteur médico-social et des bonnes pratiques professionnelles. Pour les structures de petites tailles, autocentrées, en difficultés ou avec une direction récemment renouvelée, le responsable n'a pas toujours la possibilité d'établir un bilan de la dynamique d'amélioration de la qualité. L'évaluation externe apporte un appui et du recul sur la situation de l'ESMS. *A contrario*, les établissements qui fonctionnent de manière efficiente et qui se sont impliqués dans la démarche qualité souhaitent l'avis d'un expert pour leur permettre de dresser un bilan des actions menées et de leurs effets sur le service rendu à l'utilisateur. A titre d'exemple, l'évaluateur externe d'un IME a préconisé de « réorganiser la représentativité des parents au sein du conseil de la vie sociale afin d'y faire entrer davantage de démocratie et de repositionner la place des familles dans l'établissement »<sup>58</sup>. Le directeur a été satisfait de l'intervention de l'expert qui a pu cibler des axes d'amélioration parfois masqués par les problématiques du quotidien. Ainsi « l'avantage d'une évaluation externe est d'apporter un regard nouveau

---

<sup>56</sup> CCECQA, *Outils pratiques pour faciliter la mise en œuvre de l'évaluation interne dans le secteur médico-social*, [document électronique], 2014, 139 p., <http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/fiches-projets/OutilsCPP-1-Evaluation-externe-guide.pdf>, page consultée le 25 mai 2014.

<sup>57</sup> Propos recueillis lors d'un entretien avec le directeur d'un EHPAD.

<sup>58</sup> Propos recueillis lors d'un entretien avec le directeur d'un IME.

sur l'institution, dégagé des mémoires et des conflits, apte à repérer le détail clé auquel le temps avait accoutumé »<sup>59</sup>.

Le dispositif permet aussi la confrontation entre les constats de l'évaluation interne et ceux de l'évaluation externe. Lorsqu'ils divergent, il appartient à la structure de se saisir des remarques et de questionner ses pratiques et sa prise en charge. En revanche, lorsque les constats se croisent, ils obtiennent une puissance supplémentaire et encouragent les professionnels et l'équipe de direction à réfléchir aux points faibles et à valoriser leurs innovations. Aussi, l'évaluation externe est un outil de management intéressant sur lequel va pouvoir se baser le responsable de l'établissement afin d'amener des changements et de proposer des améliorations organisationnelles sur lesquelles les équipes sont sceptiques ou auxquelles elles peuvent être opposées. En effet, l'obtention d'un point de vue externe crédibilise et appuie la démarche d'amélioration. Le regard neutre de l'évaluateur permet parfois d'atténuer les rapports de force internes<sup>60</sup>.

De plus, le processus d'évaluation externe associe l'ensemble des professionnels autour d'une démarche de recherche de qualité au service de l'utilisateur. Celle-ci représente une opportunité de « libérer la parole des agents »<sup>61</sup>, de mettre en place un dialogue et même une dynamique d'amélioration des relations entre les membres du personnel et leur hiérarchie. Par ailleurs, elle permet de donner une direction commune en valorisant les pratiques et en proposant de les améliorer. Elle renforce ainsi l'intérêt des équipes, si elles ont été associées à la démarche, et donne de nouveaux objectifs.

Enfin, l'évaluation est un outil de négociation avec plusieurs partenaires. Tout d'abord avec le propriétaire des murs dans lesquels est établie la structure : les conclusions du rapport peuvent peser lors d'une concertation autour d'une remise aux normes des locaux, une modernisation ou une adaptation de l'infrastructure à l'évolution des besoins de la population accueillie. A titre d'exemple, le rapport d'évaluation externe d'un IME de la région PACA précisait que l'espace dédié à l'internat ne permettait pas de garantir l'intimité des élèves. Le directeur de l'établissement, conscient du problème, s'est appuyé sur ces constats pour négocier avec le propriétaire des murs une rénovation des lieux de sommeil afin d'assurer la vie privée des jeunes pris en charge.

---

<sup>59</sup> LEGROS. M, POQUET G., *Évaluer ou l'esprit des méthodes*, 1996, Paris, CRÉDOC, « Cahier de recherche n° 96 », 91 p., p.14.

<sup>60</sup> Propos recueillis lors des entretiens avec les évaluateurs externes, le directeur d'un EHPAD et le directeur d'un IME.

<sup>61</sup> RIHAL H., « La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale évite-t-elle la maltraitance en institution ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2006, n°6, pp. 1000-1007.

Certains établissements projettent de mettre en avant les observations de l'évaluation externe lors du renouvellement des conventions tripartites avec l'ARS et le CG. D'autres, soulèvent l'intérêt des rapports pour établir un dialogue avec l'organisme gestionnaire à propos des difficultés rencontrées au sein de l'établissement et des besoins à couvrir.

« Ainsi l'évaluation externe doit être envisagée comme un outil de pilotage, de management, de dialogue interne et externe portant sur le cœur de métier de l'établissement ou du service. »<sup>62</sup>

L'organisation, le déroulé, le rapport et les conséquences de l'évaluation externe sont reconnus comme bénéfiques dans de nombreux établissements. Au delà de leur finalité première d'amélioration de la qualité des activités et des prestations délivrées au sein de la structure, elles rassemblent plusieurs avantages qui participent à l'évolution de l'accompagnement. Si l'enjeu officiel des évaluations externes est bel et bien le renouvellement d'autorisation des établissements et des services, cette démarche est révélatrice du fonctionnement des structures comme des organismes gestionnaires et de leur implication dans une procédure qui vise à évaluer les pratiques et leurs résultats. L'ARS s'est saisie de cet enjeu afin d'élaborer une stratégie efficace qui permette de contrôler la qualité des prises en charge. Ceci en mettant toujours en perspective l'importance de renouveler une autorisation d'exercice pour quinze ans.

---

<sup>62</sup> ANESM, Evaluation externe : établir le document de mise en concurrence et choisir son prestataire, [document électronique], 2014, 26 p., p.4, <http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/ANESM-Guide%20d'aide%20à%20la%20contractualisation-Avril%202014.pdf>, page consultée le 12 janvier 2015.

## **2 L'ampleur et l'efficacité de la démarche d'évaluation externe conditionnée par la performance du pilotage de la procédure d'instruction des rapports à l'ARS PACA**

La direction de l'offre médico-sociale de l'ARS PACA comporte trois services. Deux d'entre eux sont dédiés à une population particulière (personnes âgées et personnes handicapées, personnes en difficultés spécifiques). Quant à la mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale, elle assure des fonctions transversales dont celle du pilotage de la démarche des évaluations externes (2.1). Cette procédure nécessite de s'articuler avec les autres dispositifs de suivi de l'amélioration de la qualité de l'offre médico-sociale présents à l'ARS PACA (2.2).

### **2.1 Une élaboration confiée à la mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale**

L'étude des rapports d'évaluation représente pour l'ARS PACA un enjeu majeur puisqu'elle conditionne le renouvellement des autorisations. Néanmoins, l'intérêt d'une telle analyse ne se limite pas à cette exigence réglementaire (2.1.1). Par ailleurs, la réflexion autour de la mise en place d'une procédure a rencontré certains obstacles (2.1.2) auxquels la mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale (MDQ) a dû s'adapter pour proposer une stratégie et des outils pertinents (2.1.3).

#### **2.1.1 L'importance de l'étude des évaluations, au delà d'un simple préalable au renouvellement des autorisations**

Les ARS sont, depuis leur création par la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009, garantes de la qualité des prestations dans le secteur médico-social. Une de leurs missions consiste à s'assurer que les usagers bénéficient de prestations adaptées et que les structures demeurent efficaces. De ce fait, l'analyse des rapports d'évaluation externe est une opportunité.

Elle va permettre, en l'occurrence à l'ARS PACA, de prendre connaissance de l'implication des établissements dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, et de les accompagner, si cela s'avère nécessaire, grâce au dialogue qui doit s'installer entre les agents de l'ARS et les ESMS tout au long de la procédure d'instruction des rapports et de renouvellement des autorisations.

Cette étude sera surtout révélatrice du fonctionnement des structures et de celui des organismes gestionnaires. L'ARS PACA pourra rassembler des éléments de connaissance et éventuellement mettre à jour des informations relatives aux établissements. Elle sera attentive à identifier les ESMS qui présentent un risque pour les usagers. En outre, elle veillera à l'utilisation des financements octroyés en fonction de la qualité du service rendu au public accompagné.

De plus, le fait que le renouvellement d'autorisation puisse être assorti de conditions particulières « imposées dans l'intérêt des personnes accueillies »<sup>63</sup> est une opportunité pour demander la mise en place d'actions correctives.

Enfin, l'analyse des rapports offrira une vision globale de la qualité de l'offre sur la région qui aboutira peut-être à une réflexion sur la couverture des besoins. Dans le champ de l'autisme par exemple, étudier les évaluations externes permet d'identifier les établissements qui n'ont pas installé de places agréées alors même qu'ils accueillent des personnes atteintes de troubles envahissants du développement. Ces établissements sont susceptibles de demander des agréments si de nouvelles habilitations sont proposées par l'ARS. Il est intéressant pour l'autorité d'anticiper les demandes afin de réfléchir à une répartition de l'offre répondant au mieux aux besoins. Toutefois, le renouvellement de l'autorisation ne peut dépendre de la seule loi de l'offre et de la demande.

Face à ces objectifs, la MDQ a pour mission de sensibiliser les établissements et les agents de l'ARS au respect des délais afin que les procédures d'analyse comme de renouvellement puissent être menées à bien. Elle est chargée du suivi de la réception des rapports d'évaluation, de l'élaboration d'une stratégie régionale détaillant la procédure d'instruction, de la création et la diffusion d'outils d'analyse des rapports, de la communication auprès de la direction de l'offre médico-sociale (DOMS) de l'état d'avancement de la procédure et du lien avec les CG concernant la mise en place d'une stratégie commune.

L'articulation de l'action de la MDQ avec les conseils généraux de la région PACA demeure indispensable dans la mesure où certains établissements sont soumis à une compétence conjointe. Les CG et l'ARS doivent apporter une réponse unique et coordonnée suite à l'analyse des rapports sur le renouvellement de l'autorisation des établissements et services afin d'éviter les décisions ou motivations contradictoires<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> Article L313-4 du CASF.

<sup>64</sup> Instruction n° DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les ESSMS.

Cette coordination s'est traduite par la mise en place de critères d'appréciation communs lors de l'instruction des rapports, de groupes de travail relatifs à la mise en place d'une procédure conjointe, de comités de pilotage ou de commissions décisionnaires au sujet du renouvellement ou non des autorisations.

D'autres enjeux sont associés à la création d'une procédure par la MDQ. Elle est tenue de diffuser le cadre général du renouvellement des autorisations puis d'organiser l'instruction des 987 rapports d'évaluation externe qui doit s'effectuer dans un délai d'un an à compter du 3 janvier 2015. Ensuite, il est nécessaire d'associer les délégations territoriales (DT) de l'ARS à l'élaboration des dispositifs d'instruction afin de recueillir leur adhésion à la méthode. Quant aux outils, ils doivent être simples, intuitifs et efficaces pour permettre aux agents instructeurs des délégations territoriales d'analyser finement et rapidement les rapports des établissements de leurs portefeuilles en ciblant les structures présentant, dans leur prise en charge, des risques pour les usagers.

Enfin, la MDQ a pour mission d'insuffler dans les services instructeurs une culture de l'évaluation en même temps qu'elle prend place au sein des ESMS. Cependant, la mise en place d'une stratégie et l'élaboration d'outils d'analyse ont été confrontées à de nombreux écueils, souvent internes.

### **2.1.2 La détermination d'une procédure ponctuée de plusieurs écueils**

D'ordres variés, les difficultés rencontrées lors de l'élaboration de la procédure ont ralenti la mise en œuvre d'une stratégie commune à l'ARS et aux CG.

D'une part, la MDQ s'est retrouvée face à des obstacles ralentissant le déploiement de la démarche.

En octobre 2013, l'ARS PACA connaît une réorganisation lors de laquelle la direction de l'offre médico-sociale est créée. Elle hérite des missions relatives à l'évaluation des ESMS jusqu'alors dévolues au département qualité de la performance de la direction POSA (patients, offre de soins et autonomie) sans lien avec le DROMS (département de la régulation de l'offre médico-sociale). Au sein de la DOMS nouvellement mise en place, l'organisation et les contours de la démarche évaluative sont confiés à la MDQ à la fin de l'année 2013. Elle a aussi pour missions la promotion de la bientraitance, la gestion du risque en EHPAD, les plans d'aide à l'investissement, l'application du schéma régional d'investissement en santé pour le secteur médico-social, la coordination du FIR et le

déploiement du tableau de bord de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

La MDQ est composée de 6 agents, dont un cadre A absent depuis plusieurs mois. Afin de mettre en place la stratégie et la procédure de suivi et d'analyse des évaluations externes, un membre de la mission est mobilisé : un inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, chef de service, auquel j'ai apporté mon appui pendant mes périodes de stage. Ainsi, les moyens disponibles à la MDQ semblent limités lorsqu'ils sont comparés à ceux mobilisés au sein de certains CG. Le CG du Var, par exemple, a mis en place une mission dédiée à l'évaluation encadrée par un médecin ayant reçu la formation d'évaluateur externe avec une équipe spécialisée dans le contrôle et l'évaluation des ESMS.

Par ailleurs, lors de l'élaboration de la stratégie, la MDQ fut confrontée à l'évolution de la réglementation. En 2014, la direction générale de la cohésion sociale annonçait qu'un décret modificatif allait intervenir avant la fin de l'année. Celui-ci devait simplifier et éclaircir la procédure en détaillant le contenu du dossier de renouvellement d'autorisation et en aménageant un délai supplémentaire ou un régime particulier pour les ESMS qui remettraient leur évaluation externe après le terme du délai légal. Dans l'attente de la publication de ce texte, la MDQ a élaboré et présenté une procédure aux DT et aux CG, sans pour autant pouvoir arrêter toutes les modalités de celle-ci. A côté de la réglementation, les contraintes calendaires et le nombre limité de recommandations de bonnes pratiques dans le champ de l'évaluation externe ont compliqué la définition d'outils d'instruction.

Ensuite, la mise en œuvre de la procédure a été ralentie du fait du manque de précision des données relatives aux établissements. La MDQ étant chargée du suivi de la réalisation des rapports par les ESMS, j'ai eu pour mission de recenser, par type d'établissement, le nombre de structures médico-sociales autorisées par l'ARS avant le 2 janvier 2002 en PACA. Ces données sont indispensables pour quantifier le volume d'établissements concernés par l'obligation de transmettre une évaluation externe avant le 3 janvier 2015. La base de données FINESS concentre une sélection d'informations, sur les établissements médico-sociaux notamment, devant être actualisée au quotidien par les ARS en fonction des modifications survenues au niveau territorial. Elle permet aux agences de disposer d'une connaissance exhaustive de l'offre existante dans le domaine sanitaire, social et médico-social. Chaque établissement y figure grâce à son immatriculation dès lors qu'il est autorisé à fonctionner. En comparant les tableaux de suivi de chaque DT et de chaque CG avec les données du répertoire FINESS, certaines

discordances sont apparues rendant obligatoires des recherches approfondies et une mise à jour des renseignements. Certains établissements étaient, en effet, inscrits plusieurs fois dans le répertoire ou n'étaient pas supprimés de la base quand bien même ils ne fonctionnaient plus. De plus, une des DT ayant connu des problèmes de suivi des autorisations, une démarche d'actualisation des données a débuté au sein de la MDQ afin d'aboutir à un fichier dématérialisé rassemblant les informations nécessaires sur l'ensemble des établissements médico-sociaux de la région PACA. A celle-ci s'ajoute une démarche de la DGCS pour une mise à jour nationale de la base FINESS en particulier concernant les EHPAD<sup>65</sup>.

A la difficulté de recenser le nombre d'établissements concernés par la démarche s'est ajoutée celle de mobiliser l'ensemble des acteurs. Les réunions organisées par la MDQ et consacrées à l'élaboration d'une stratégie en concertation avec les DT et les CG ont peu fédéré. Les DT, en pleine campagne budgétaire, n'étaient pas toujours disponibles et peut-être insuffisamment sensibilisées à l'importance de la démarche évaluative. Ainsi, la mise en place d'une stratégie a souffert du manque de concertation, du faible taux de participation aux premières réunions concernant l'évaluation et de retours trop rares.

Enfin, la lenteur de la mise en œuvre d'une procédure s'est expliquée du fait des nombreuses questions auxquelles il fallait répondre pour le déploiement de la première démarche de renouvellement des autorisations, grâce à l'analyse de rapports d'évaluation externe. Mon maître de stage et moi-même nous sommes notamment demandés quelles phases devraient composer la procédure, s'il était nécessaire de fusionner l'analyse de la complétude et l'instruction, si la simplification des outils permettrait d'objectiver l'étude des rapports tout en intégrant les connaissances des instructeurs. Nous nous sommes également questionnés sur la possibilité de vérifier la probité et les compétences des évaluateurs externes au vu de la qualité de certains rapports ou de la nécessité de mettre en place une formation spécifique à destination des agents instructeurs afin qu'ils puissent se saisir des enjeux et de la procédure d'analyse des rapports.

D'autre part, une fois la stratégie déterminée, des écueils liés à la création des outils ont dû être évités. La première difficulté a été celle de déterminer quels étaient les critères qui font basculer l'établissement d'un renouvellement tacite à une demande de renouvellement exprès après injonction.

---

<sup>65</sup> Instruction n° DGCS/SD3A/DREES/2014/190 du 7 juillet 2014 relative à la refonte du cadre des établissements hébergeant des personnes âgées dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et précisant les modalités de création d'une catégorie EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans FINESS et à la création du portail internet personnes âgées dont la gestion sera confiée à la CNSA.

Puis, la MDQ a dû définir des points de vigilance qui permettent de se poser des questions quant à la qualité du service rendu à l'utilisateur et au bon fonctionnement de la structure, sans pour autant définir de critères réducteurs. En effet, il a été estimé que le droit commun s'appliquait, à savoir, qu'en cas de non-respect de l'intégrité ou de la sécurité des usagers, la remise en cause du renouvellement de l'autorisation était justifiée.

De surcroît, nous nous sommes posés la question de l'impartialité des critères. La base réglementaire à respecter est objective. Cependant, la recherche d'amélioration de la qualité de la prise en charge demande d'aller plus loin, peut-être jusqu'à l'évaluation du bien-être des usagers, ou du moins de l'effectivité des dispositifs garants d'un accompagnement de qualité. Cette vision complique la notation ou le *scoring* d'éléments purement objectifs. Par ailleurs, les rapports d'évaluation externe doivent être analysés au regard de leur contenu, mais aussi de la connaissance qu'ont les agents des établissements, des critères quantifiables n'auraient sans doute pas reflété la réalité du terrain. Finalement, est ressortie une difficulté d'harmonisation des indicateurs entre les DT et les CG de l'ensemble de la région, qui parfois, avaient déjà construit leurs grilles d'analyse et choisit une méthode basée sur des philosophies différentes. L'ARS a fait le choix de ne pas fixer des critères accompagnés de notation. *A contrario*, le CG du Var a mis en place un système de *scoring* faisant concorder chaque indicateur avec un résultat correspondant à son effet sur l'utilisateur.

Enfin la mise en place d'une procédure harmonisée se heurte à des problématiques liées aux ressources et moyens des DT. La masse de travail que représente le nombre de rapports d'évaluation externe à traiter sur le temps restreint d'une année (l'année 2015) est une difficulté importante. Un agent au sein d'une délégation territoriale travaille en moyenne 150 jours par an, il possède dans son portefeuille environ 50 établissements. Si une instruction d'évaluation se déroule en une journée, il faudra 50 jours à l'instructeur, soit un tiers de son temps de travail, pour instruire l'ensemble des rapports reçus. Ce chiffre est à mettre en perspective avec les autres missions qu'il occupe c'est-à-dire la campagne budgétaire, les visites de conformité, l'instruction d'appels à projets, le suivi des autorisations ou encore la participation à des inspections. De plus, au vu du caractère parfois incomplet de certains rapports, l'agent instructeur est contraint de rechercher des informations supplémentaires ce qui allonge le délai de traitement des rapports. L'autre difficulté majeure est celle de la préparation des agents. Souvent formés à la tarification, ils le sont moins à la démarche qualité ou à la démarche d'évaluation.

Face à ces écueils, le principal risque identifié réside dans le fait qu'un certain nombre d'autorisations soient renouvelées de manière tacite sans que l'ARS ait pu avoir la possibilité de procéder aux instructions et aux injonctions appropriées. D'où la nécessité d'adapter le pilotage régional à ces difficultés et de proposer une procédure adéquate et des outils efficaces et simplifiés.

### **2.1.3 La mise en forme progressive d'une stratégie et d'outils d'instruction**

Préalablement à la définition d'une stratégie, l'étude de la réglementation, le recensement des structures concernées par un renouvellement d'autorisation en 2017, la centralisation des données relatives à la réception des évaluations internes et externes grâce aux DT ainsi que l'organisation des demi-journées de sensibilisation des ESMS autorisés avant 2002 ont été conduits les six premiers mois de l'année 2014.

Sur la base du constat des difficultés à prévoir et du délai imposé, la MDQ a déployé une organisation spécifique. Tout d'abord, l'analyse des évaluations internes en tant que telle a été évincée, bien que préconisée par la DOMS pour identifier les établissements « à risque » et leur permettre de corriger un certain nombre de points en vue de l'évaluation externe. En effet, au regard du nombre d'évaluation interne reçues en septembre 2014 (seulement 79% alors même que l'ensemble aurait dû être réceptionné avant le 3 janvier 2014) et de l'avancement de l'étude de ces évaluations dans les DT, la MDQ a considéré que l'analyse de l'évaluation interne serait le point de départ de l'instruction des évaluations externes.

Concernant l'étude des évaluations externes, conformément à l'instruction du 20 décembre 2013, la stratégie choisie est de concentrer l'attention des agents sur l'analyse des situations les plus difficiles. Ainsi les rapports des établissements ou services avec des dysfonctionnements connus seront étudiés en priorité. Seront ensuite traités les rapports des structures pour lesquelles l'ARS dispose de peu d'informations, avant de finir avec l'analyse des rapports des établissements qui, *a priori*, fonctionnent bien. Cette méthode vise aussi à coordonner l'étude des rapports entre les DT et les CG afin d'avancer la procédure de concert.

Basée sur les questionnements précédemment évoqués, en tenant compte des écueils observés et en s'appuyant sur les outils déjà existants dans d'autres régions, la MDQ a construit des outils spécifiques d'instruction. Après les avoir envoyés aux DT et aux CG pour leur permettre de les étudier, une présentation en a été faite le 26 septembre 2014 à l'ARS PACA. Ces outils étaient composés d'une fiche rappelant les délais et modalités de

décisions de renouvellement d'autorisation et d'une fiche de complétude permettant de vérifier rapidement le caractère exhaustif du rapport. Ils comprenaient aussi une grille d'instruction reprenant les rubriques de l'abrégé du rapport d'évaluation externe. S'y ajoutait une annexe recensant les points de vigilance nécessaires à une lecture fine du rapport, largement inspirés de ceux utilisés par l'ARS Ile-de-France. Ces points ont été joints afin de permettre aux agents instructeurs de mettre en perspective l'évaluation avec les connaissances qu'ils ont de la structure, avec le projet d'établissement, les éventuels résultats d'inspections, les plaintes reçues et les documents transmis par l'ESMS, comme les rapports d'activité, le questionnaire bien-être ou les déclarations d'événements indésirables<sup>66</sup>.

En septembre 2014, le groupe de travail rassemblant des représentants de l'ensemble des DT et des CG de la région a permis d'échanger sur les outils créés par la MDQ et a donné lieu à des modifications des documents d'analyse, fixant ainsi une « boîte à outils » définitive<sup>67</sup>. Dans ces conditions, la méthode d'instruction consiste à étudier le rapport au regard des différents documents disponibles et connaissances de l'établissement. Elle se traduit par l'analyse de la complétude et du fond du rapport en s'appuyant sur ces quatre outils :

- Une fiche de complétude rappelant les éléments constitutifs d'un rapport et ses annexes ;
- Une grille d'instruction reprenant les rubriques de l'abrégé de l'ANESM avec pour chacune d'entre elles les points faibles de l'établissement, les propositions faites par l'évaluateur externe, l'avis et les axes d'amélioration préconisés par l'instructeur. A la suite de ces items, l'agent peut remplir une espace dédié aux éléments de connaissances de l'ESMS. Enfin, un tableau est destiné à l'avis général de l'instructeur pour déterminer les suites à donner à l'instruction du rapport. Premier cas, le dossier est complet, il ne soulève pas de difficultés, les délais ont été respectés et l'évaluation est positive. Dans le deuxième cas, il y a des problèmes quant à la complétude et l'instructeur demande des compléments ou la reprise de l'évaluation. Dans le troisième cas, l'évaluation externe est défavorable et met en lumière des dysfonctionnements. Enfin, le dernier cas correspond à la situation où l'évaluation externe n'a pas été transmise, ou l'a été hors délai.

---

<sup>66</sup> ANESM, *Evaluation externe, enjeux et modalités de traitement*, [document électronique], 2010, 6p. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/file/actualites/gestion\\_habilitation\\_anesm\\_021210.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/file/actualites/gestion_habilitation_anesm_021210.pdf), page consultée le 25 octobre 2014.

<sup>67</sup> Annexe n° 2 : Outils élaborés par la mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale.

- Des points de vigilance, classés également selon les rubriques de l'abrégé, qui comportent les effets attendus par les usagers et les questions proposées pour développer ces axes sensibles.
- Un rappel de la procédure et des délais sous forme de schéma.

Les DT et les CG pourront appuyer leurs instructions sur ces outils. Toutefois, le fait d'avoir des dispositifs de traitement différents peut être une plus-value dans la mesure où les autorités compareront leurs méthodes et les résultats obtenus sur des bases différentes. Pour les ESMS de compétence conjointe, la DOMS propose d'analyser de façon synchronisée les rapports des mêmes établissements selon un planning prédéfini. A l'issue de l'instruction, un comité serait mis en place afin de décider des suites à donner. Enfin, la MDQ propose la création d'une commission spécialisée animée par la DOMS qui aurait pour mission de prendre les décisions relatives aux cas pour lesquels un renouvellement de l'autorisation pose question.

Parallèlement, la MDQ a demandé à ce qu'une formation soit proposée aux agents instructeurs dans le plan de formation 2015, probablement dispensée par un des cabinets d'évaluation externe qui forment déjà les agents des conseils généraux. Enfin, les résultats de l'instruction seront publiés sur le réseau de l'ARS afin qu'ils soient consultables par les agents des DT, la cellule inspection-contrôle et la direction de l'offre médico-sociale.

La procédure élaborée par l'ARS PACA se rapproche de la procédure réfléchie à l'ARS Bretagne par exemple, mais diffère de celle d'autres régions. En Champagne-Ardenne, la directrice du secteur médico-social s'est entourée d'une chargée de mission du service qualité de l'offre de soins et d'un agent du service planification, contractualisation, qualité afin de sélectionner et d'adapter les outils déjà utilisés dans d'autres régions qui serviront à l'analyse des rapports. L'étude des rapports sera effectuée par une cellule créée à cette fin au siège pour l'année 2015 dans laquelle serait engagé un agent supplémentaire.

Ainsi, la MDQ a mis en place une stratégie et une procédure d'étude des évaluations externes, non encore complétées d'un dispositif permettant le traitement rapide des renouvellements ou non d'autorisation. Cependant, une autre réflexion a entouré la détermination de ce processus, celle de l'articulation nécessaire de la démarche avec les autres outils utilisés à l'ARS en matière d'impulsion et de contrôle de la qualité de l'offre médico-sociale. En effet, l'évaluation n'est pas suffisante en soi pour assurer la pérennité de l'amélioration continue des activités et des prestations dans les ESMS.

## **2.2 La nécessité d'une articulation de l'évaluation avec les autres dispositifs d'amélioration de la qualité médico-sociale**

Les outils à la disposition de l'ARS pour permettre l'accompagnement de la qualité dans le secteur médico-social pourraient s'articuler avec l'évaluation de manière à mettre en place une continuité du dialogue entre autorité et établissement ou service (2.2.2). Néanmoins, certains établissements n'ont pas attendu la loi du 2 janvier 2002 pour entamer une démarche d'amélioration continue, labellisée grâce à la certification. Avant que la mission de l'évaluation revienne à l'ARS, ces établissements inspirés par la culture sanitaire, sont entrés dans des processus de reconnaissance de la qualité de leurs prestations (2.2.1).

### **2.2.1 La complémentarité décidée entre certification et évaluation**

La certification sanitaire, à l'origine dénommée accréditation, a été instaurée par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996. Elle correspond à une démarche d'évaluation externe conduite par des « experts visiteurs », mandatés par la Haute autorité de santé, indépendants de l'établissement ou des organismes de tutelle. Obligatoire, elle doit être effectuée tous les quatre ans. Son objectif est d'assurer la qualité et la sécurité des soins dans tous les établissements de santé publics et privés, en plaçant au cœur du dispositif le patient et en promouvant une démarche continue d'amélioration. Elle base son analyse sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS partageant avec l'évaluation médico-sociale le principe de comparaison à un modèle préalablement déterminé. Cependant, concernant les ESMS, il n'existe pas de référentiel qui définisse précisément des dispositions directement évaluables. Le fait même que ces dispositions existent dans le champ médico-social supposerait que l'évaluateur externe ait le pouvoir de déterminer si l'établissement ou le service satisfait les exigences standardisées préétablies, et il serait donc compétent pour conclure à la possibilité ou non de renouveler l'autorisation.

Ainsi, bien que la certification sanitaire ait influencé la détermination du modèle évaluatif médico-social, ils suivent des logiques différentes. L'un compare des pratiques à une norme, l'autre évalue une démarche dans son ensemble, dans l'objectif d'analyser ses effets sur la prise en charge de l'utilisateur. La question qui peut se poser est celle de l'évolution de l'évaluation médico-sociale. Celle-ci pourrait tendre vers une procédure se rapprochant davantage de celle de la certification sanitaire, au moins pour partie, en détaillant des critères spécifiques auxquels l'ESMS devrait se conformer.

C'est la certification de produits ou de services<sup>68</sup> qui bénéficie d'équivalence dans le cadre de l'évaluation externe. Elle est délivrée par un organisme accrédité par l'instance nationale d'accréditation de la France (le Cofrac) ou d'un autre Etat mentionné à l'article L115-28 du code de la consommation. Elle atteste qu'un service est conforme à des caractéristiques décrites dans un référentiel de certification élaboré par l'organisme certificateur. Avant la loi du 2 janvier 2002, les ESMS, encouragés par la démarche instaurée dans le champ sanitaire, souhaitent faire reconnaître la qualité de leurs prestations. Dans le dessein de renforcer la confiance des usagers, ils s'engagent dans la procédure de certification de service. Le respect du référentiel permet aux ESMS d'avoir une reconnaissance européenne ou internationale selon la norme choisie.

En PACA, certains EHPAD ont labellisé leur filière Alzheimer, par exemple. Pour ces établissements, considérés comme des pionniers par plusieurs des personnes interrogées, l'obligation de produire des évaluations internes et externes intervenait dans la continuité de leur démarche mais, représentait aussi une nouvelle contrainte au regard des efforts consentis dans le cadre de la certification. Afin de reconnaître leur démarche, le décret n°2012-47 du 30 janvier 2012 a précisé que serait attribuée une correspondance partielle entre la procédure de certification et l'évaluation externe. La reconnaissance complète entre les bonnes pratiques de l'ANESM et les normes certifiées n'a pas été admise dans la mesure où la prise en charge des problèmes humains et sociaux au sein des ESMS ne pouvait être estimée grâce à des normes<sup>69</sup>. Ainsi, l'évaluateur externe est tenu de prendre en compte la certification obtenue par la structure pour les activités qui font l'objet de l'évaluation selon les conditions fixées par les arrêtés de correspondance<sup>70</sup> entre chaque référentiel de certification et les dispositions de l'annexe 3-10 du CASF.

La problématique de la reconnaissance de la certification fait directement écho aux questionnements soulevés lors de la construction des outils au sein de la MDQ. A savoir, faut-il définir des normes auxquelles l'établissement doit se conformer pour analyser les évaluations externes et les coter afin d'établir un chiffrage permettant à l'ARS d'estimer la qualité des activités et des prestations ? L'objectivité des critères d'une prise en charge de qualité est-elle atteignable ? Les critères qualitatifs relatifs aux droits des usagers et à leur effectivité quotidienne dans la structure sont difficilement quantifiables. Aussi, il est nécessaire de faire appel à la connaissance, à l'histoire et à la situation des personnes accueillies pour pouvoir déterminer si l'établissement est en mesure de mettre en place une démarche qualité durable et remplir les missions confiées par son autorisation. C'est en cela que la certification de service n'a pu être assimilée à une évaluation de tous les

---

<sup>68</sup> Article L115-27 et 28 du code de la consommation.

<sup>69</sup> Propos recueillis lors de l'entretien avec l'inspecteur de l'IGAS.

<sup>70</sup> Deux arrêtés du 17 avril 2013, un arrêté du 9 décembre 2013, un arrêté du 5 février 2014.

aspects de la qualité en ESMS. Le choix de ne pas faire correspondre l'évaluation à des standards et des chiffrages demande que la qualité de la structure soit aussi analysée au regard des informations recueillies par l'ARS, grâce aux autres dispositifs permettant l'efficacité de la prise en charge. Leur articulation avec l'évaluation serait un objectif à atteindre afin de mieux connaître les structures et leur fonctionnement. Grâce à l'ensemble des données, l'ARS pourrait les accompagner vers un processus d'amélioration de la qualité.

### **2.2.2 La coordination encore timide avec les autres dispositifs d'accompagnement et de contrôle de la qualité de l'ARS**

L'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations des ESMS ne peut suffire à encourager durablement les établissements à mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité. D'autres outils dont dispose l'ARS vont se coordonner avec l'évaluation, venir compléter son champ et assurer un suivi de ses effets. A l'ARS PACA, la MDQ a réfléchi à l'articulation des différents dispositifs entre eux.

Dans le champ médico-social, la loi du 2 janvier 2002 a introduit un dispositif de contractualisation entre l'autorité de tarification et les ESMS. En 2009, la loi HPST amende ces dispositions pour instituer un régime proche de celui du secteur sanitaire, formalisé grâce au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Le CPOM est un document stratégique qui a une position de « centralité »<sup>71</sup>, puisqu'il intègre les orientations de l'établissement en termes de qualité du service rendu, d'efficacité économique et d'optimisation des ressources humaines en cohérence avec le projet régional de santé et le schéma régional de l'offre médico-sociale.

L'ARS pilote la démarche de contractualisation contrairement au processus d'évaluation qui est conduit par des organismes extérieurs. Lorsque l'établissement est sous compétence conjointe les CPOM sont conclus entre le DGARS, le président du CG et le gestionnaire de l'établissement. La signature d'un CPOM n'est pas obligatoire bien qu'elle demeure encouragée<sup>72</sup>. L'intérêt d'articuler CPOM et évaluation permet à l'ARS de contractualiser les objectifs de qualité pointés par l'évaluation au sein d'un document pluriannuel, afin de mettre en place une réelle stratégie de convergence en matière d'amélioration continue de la qualité<sup>73</sup>. Cependant, à l'ARS PACA, cette stratégie

---

<sup>71</sup> SCHAETZEL F., 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)*, n° RM2013-010P, Paris, IGAS, 2013, 128 p.

<sup>72</sup> Circulaire N° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>73</sup> Annexe 1 de 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 ESSMS.

demande l'organisation d'un calendrier spécifique de remise des résultats des évaluations internes en fonction du moment de révision du CPOM. L'évaluation externe interviendrait en cours de contrat. Cette organisation ne peut être ajustée pour l'heure, du fait du nombre massif d'autorisation à renouveler avant 2017. Toutefois, nombreux sont les établissements qui mettent en perspective la démarche d'évaluation avec les CPOM ou les conventions tripartite, espérant pouvoir négocier certains objectifs et moyens grâce aux conclusions de l'organisme extérieur<sup>74</sup>.

Parmi les outils à la disposition de l'ARS figure également la politique en faveur de la bientraitance<sup>75</sup>. A l'ARS PACA, elle doit être conduite par la MDQ mais demeure en cours de déploiement. A l'ARS Bretagne le processus est davantage avancé. Tout comme en PACA, le service en charge de la conduite de l'analyse des évaluations met en œuvre la politique de développement de la bientraitance. Pour ce faire, suite à l'enquête bientraitance réalisée auprès des ESMS, l'analyse des informations recueillies a donné lieu à l'élaboration d'axes d'amélioration. Ces derniers pourront être intégrés au volet qualité dans les CPOM. Les dispositifs de lutte contre la maltraitance sont évalués par les organismes habilités lors de l'évaluation externe. Intervenir en amont grâce à la mise en place de réunions de sensibilisation à destination des établissements ou de réunions d'échanges de pratiques, contribue à la démarche d'amélioration de la qualité et montre une fois de plus l'importance d'une articulation entre les différents outils des ARS.

Le nouveau tableau de bord de l'ANAP, appelé tableau de bord de pilotage de la performance, est partagé par les ARS et les CG. Il devrait également participer à cet objectif. Expérimenté depuis 2010, il a vocation à connaître un déploiement national en 2015. Couvrant quatre dimensions : prestations de soins et d'accompagnement, ressources humaines et matérielles, finances et budget ainsi qu'objectifs (dynamique d'amélioration continue de la qualité et système d'information), il a plusieurs fins. Tout d'abord, il facilite les échanges entre les autorités et les structures, il permet un pilotage interne des établissements et il prend part à la diffusion d'une culture de la mesure et de l'évaluation dans le secteur médico-social. L'ARS PACA participe à l'expérimentation depuis 2014, année de la troisième collecte de données. Ce tableau complète l'évaluation externe par des éléments de connaissance sur l'établissement et une diffusion de la culture de la qualité. Cependant, il est important de rappeler que ces indicateurs sont renseignés de manière déclarative par la structure.

---

<sup>74</sup> Propos recueillis lors des entretiens avec un IASS de l'ARS Bretagne, les évaluateurs externes, et les directeurs d'établissements.

<sup>75</sup> Circulaire n° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les ESMS relevant de la compétence des ARS.

Un autre dispositif qui vient et qui doit s'articuler avec l'évaluation est l'inspection-contrôle<sup>76</sup>. Elle correspond à une investigation sur site afin d'examiner le fonctionnement d'une structure et de constater les écarts éventuels par rapport à la réglementation. A la différence de l'évaluation, elle peut être inopinée et est effectuée par des personnels mandatés par le DGARS et habilités par le CASF. De plus, elle donne lieu à un rapport dans lequel figurent des injonctions à valeur impérative et des préconisations. Néanmoins, certains responsables d'ESMS interrogés apparentent les deux dispositifs argumentant que les évaluateurs externes se réfèrent à des référentiels et à des normes précises, et adoptent une attitude d'inspection et non pas de dialogue avec les professionnels.

L'articulation entre l'inspection-contrôle et l'évaluation paraît incontournable afin d'assurer le suivi de la qualité des prestations dans les ESMS. D'une part, les informations contenues dans les rapports d'évaluation externe sont susceptibles d'enrichir l'exercice de l'inspection-contrôle. En effet, l'évaluation pourrait permettre de cibler des structures dans le programme annuel de la cellule inspection-contrôle de l'ARS PACA. En effet, elle prévoit de concevoir une procédure avec des objectifs intégrés au plan régional d'inspection-contrôle pour 2015 en fonction des rapports reçus. Il pourrait être décidé de conduire des inspections dans les établissements qui n'auront pas transmis d'évaluation externe. Se pose aussi la question des contrôles systématiques dans les structures où le renouvellement est remis en cause.

A l'inverse, les rapports d'inspection sont des sources de données précieuses pour l'analyse des rapports d'évaluation puisqu'ils font partie de la connaissance globale de l'instructeur à propos de la structure. La proximité et la porosité des deux missions, bien que leur finalité soit différente, soulèvent la question de la pertinence d'un service rassemblant inspection-contrôle et évaluation à l'ARS PACA afin de mener une politique d'évaluation de la qualité cohérente et complémentaire. Deux conceptions s'affrontent à ce propos au sein des ARS. Si l'inspection-contrôle est considérée comme une fonction régaliennne de l'Etat, à travers sa mission de sécurité de la prise en charge, la cellule n'est pas intégrée à une autre direction de l'ARS. En revanche, si la finalité d'amélioration de la qualité est mise en exergue, la cellule inspection-contrôle (IC) sera intégrée à un département plus large. Toutefois, certaines ARS ont décidé d'avoir recours à une troisième solution, celle de maintenir les spécificités de la cellule en détaillant les articulations possibles avec les autres démarches. A l'ARS Alsace, la cellule IC est intégrée dans un pôle, ses missions et leurs coordinations avec les autres dispositifs sont décrites dans une note de service et des fiches de postes détaillées afin d'éviter la

---

<sup>76</sup> Article L313-13 du CASF.

substitution d'une démarche par l'autre ou la confusion des missions. A l'ARS Bretagne des procédures de travail interservices ont été formalisées afin de réunir les référents des différents dispositifs. A l'ARS PACA, il paraît intéressant de faire évoluer les liens et les échanges entre la cellule IC et les autres services, en particulier avec la DOMS afin de tendre vers une organisation mettant en place des stratégies communes dans l'optique d'améliorer la performance et la qualité des ESMS.

Enfin, la question du lien entre évaluation et planification de l'offre a souvent été posée lors des entretiens conduits. D'après la circulaire du 21 octobre 2011, le renouvellement d'autorisation consécutif à l'étude des rapports d'évaluation n'est « en aucun cas un instrument de planification de l'offre » et une majorité des personnes interrogées s'accordent pour dire que la démarche n'a pas vocation à analyser l'offre mais plutôt à accompagner une amélioration de la qualité dans le secteur médico-social. Cependant, les évaluations peuvent avoir un impact direct sur l'offre puisqu'elles peuvent aboutir au non renouvellement d'une autorisation donc à la fermeture d'un établissement. De plus, au sein de l'ARS PACA, l'évaluation externe apparaît comme un outil utile, pour certains agents, dans le cadre de la révision des schémas et des plans afin d'orienter l'ouverture de nouvelles places vers des établissements ayant la capacité de les développer en proposant une prise en charge de qualité.

Dès lors, ces dispositifs recouvrent des pratiques qui induisent un positionnement différent face aux ESMS et entraînent des conséquences spécifiques : les injonctions et les préconisations après une IC, le renouvellement d'autorisation suivant l'évaluation externe, les négociations d'objectifs et de moyens dans le cadre de la contractualisation ou encore la prévention et le suivi avec la politique bien-être. Bien que le rôle de chacun soit différent et complémentaire une porosité existe entre leurs fonctions. Dans une logique de mutualisation des compétences et de décloisonnement entre les différentes missions de l'ARS PACA, il est important de se demander comment ces dispositifs vont pouvoir être liés, afin d'optimiser leur efficacité et d'assurer une politique cohérente de contrôle de la qualité. Le caractère encore récent de certains d'entre eux couplé à la réorganisation récente de l'ARS PACA ne permet pas pour l'instant d'y répondre.

Si l'ARS PACA a dû s'emparer du pilotage de l'instruction des rapports dans des délais contraints en réfléchissant à son articulation avec les autres dispositifs de recherche de qualité, l'utilisation des outils créés a mis en évidence les limites propres de l'évaluation et les fragilités de la procédure. Plusieurs pistes d'amélioration existent.

### **3 La perfectibilité du premier déploiement de la démarche d'évaluation, tant du point de vue de la qualité que de l'analyse**

La concrétisation de la procédure a mis en lumière à la fois certaines limites constitutives des évaluations avec lesquelles il faudra composer à l'avenir (3.1) mais aussi des pistes d'amélioration du processus d'analyse (3.2).

#### **3.1 Les freins à la mise en œuvre de la démarche qualité dus aux limites intrinsèques des évaluations externes**

L'efficacité de la procédure d'évaluation a été amoindrie du fait des difficultés rencontrées par les ESMS tout au long du processus (3.1.1) et des fragilités de la procédure (3.1.2). De plus, la durabilité de la démarche va dépendre du suivi de ses effets par l'ARS. Suivi qui, pour l'heure, n'est pas déterminé (3.1.3).

##### **3.1.1 L'impact des difficultés rencontrées au sein des établissements sur la pertinence des rapports**

D'une part, la démarche d'évaluation externe a connu une appropriation variable selon les structures. Pour certaines, la culture qualité n'était pas ancrée dans leurs pratiques. Or, la procédure d'évaluation s'étale sur deux ans et demande l'implication de tous dans une optique d'amélioration de la qualité des prestations.

Entre situations de méfiance, de blocage ou de résistance, plusieurs établissements n'ont pas transmis d'évaluation interne et l'ARS est toujours dans l'attente de leurs évaluations externes. Parfois, la difficulté consistait à faire adhérer les professionnels, peu formés, au processus d'évaluation. Dans certains cas, « les membres de l'équipe appréhendaient la remise en cause de leurs actes professionnels du quotidien », ils ont pu « se braquer » et ne pas participer au dialogue avec l'évaluateur externe, se sentant « inspectés »<sup>77</sup>. La problématique de l'engagement des professionnels revient régulièrement dans les entretiens réalisés. En outre, les difficultés organisationnelles et financières entraînées par la mise en œuvre de l'évaluation, comme les plannings contraints des professionnels, l'indisponibilité du référent qualité, la lourdeur de l'ensemble des procédures administratives ou le coût de l'évaluation ont parfois ralenti le processus et découragé les structures.

---

<sup>77</sup> Propos recueillis lors de l'entretien avec le directeur d'un EHPAD.

D'autre part, la qualité du rapport est intimement liée à l'organisme habilité qui le réalise. Or, l'ensemble des professionnels interrogés remet en cause les compétences de certains évaluateurs externes. Le fait que la procédure d'habilitation de l'ANESM soit basée sur des données déclaratives, que le secteur soit fortement concurrentiel et que les candidatures soient ouvertes à toute entreprise, sème le doute sur le respect des exigences de l'annexe 3-10 du CASF. Celle-ci fixe les qualifications et compétences à posséder pour réaliser une évaluation externe. En font partie, notamment, 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 et médico-sociale. Aujourd'hui les évaluateurs ne réunissent pas toujours l'ensemble de ces conditions.

De plus, le rapport marchand établi entre l'ESMS et l'organisme habilité pose problème à de nombreux directeurs et peut fausser les conclusions de l'évaluation. Les possibles conflits d'intérêts compliquent la relation entre expert et commanditaire de l'évaluation et en discréditent la portée. A l'ARS PACA, la MDQ a constaté le non-respect de la déclaration sur l'honneur d'évaluateurs, qui avaient occupé un poste de direction dans un établissement du même département que l'établissement évalué, ou encore d'un médecin consulté à titre d'expert alors même qu'il exerçait dans un autre établissement du département.

La composition des équipes est, quant à elle, très variable. Certaines sont constituées de professionnels expérimentés et spécialistes du secteur médico-social et de l'évaluation et parfois une infirmière, un médecin gériatre ou un psychiatre est associé selon les établissements évalués. D'autres se résument à une ou plusieurs personnes dont les qualifications ne correspondent pas aux attendus de l'annexe 3-10 du CASF. En effet, dans un EHPAD de la région PACA, à l'occasion de la visite sur site, un évaluateur, spécialiste en gestion des ressources humaines, est venu seul. Le deuxième jour, il était accompagné d'un stagiaire préparant un diplôme de communication.

Le biais régulièrement soulevé est celui de la grande diversité des méthodes d'évaluations employées par les organismes. Certains respectent les phases préconisées par le code de l'action sociale et des familles, en se déplaçant notamment sur les lieux de la prise en charge. D'autres ont réalisé des évaluations uniquement sur pièces. Le temps de la visite sur site diffère considérablement : d'une matinée à 7 jours selon les établissements interrogés.

De plus, la forme des rapports diverge d'un évaluateur à l'autre. La longueur varie de 15 à 110 pages pour ceux que j'ai pu consulter en septembre 2014. De plus, leur qualité rédactionnelle ne permet pas toujours de comprendre et de situer au sein de l'analyse les dysfonctionnements et les préconisations. En outre, certaines évaluations ont un style lapidaire qui n'approfondit pas certains aspects de l'accompagnement, d'autres sont très critiques. La question qui se pose est de savoir si cette différence tient à la qualité de la prise en charge dans l'établissement, ou si elle dépend d'approches et de pratiques spécifiques aux évaluateurs. La grande diversité des méthodologies utilisées ne permet pas d'avoir des documents de forme similaire, qui comportent les mêmes chapitres et les mêmes bases d'analyse. Bien que l'objectif de l'étude ne soit pas la comparaison des établissements entre eux, il paraîtrait opportun d'assurer une unité de forme pour faciliter la rédaction, la compréhension et l'instruction des évaluations.

Sur le fond, les éléments de preuve manquent parfois, laissant place à des jugements de valeur ou des approximations. Par exemple, un organisme gestionnaire, a contractualisé avec le même organisme habilité pour la réalisation de l'ensemble des évaluations de ses structures en région PACA. Les rapports étaient presque identiques concernant les observations, remarques, conclusions et préconisations. Or, il est difficile de penser que ces établissements, accueillant un public différent et remplissant des missions distinctes, puissent connaître les mêmes problématiques.

Enfin, lors des entretiens conduits, rares sont les interlocuteurs qui ont abordé avec moi l'association des usagers à la démarche, ou les difficultés liées à leur participation, alors même que les personnes accueillies sont au cœur du processus. Lorsque cela fut évoqué, il s'est avéré que certains usagers avaient été consultés par l'évaluateur externe, sans qu'un dispositif de parole spécifique dédié à l'amélioration de la qualité ne soit mis en place au sein de l'établissement.

Ainsi la qualité des évaluations externes est remise en cause en même temps que l'est leur probité, leur complétude, leur forme ou leur substance, et cela a une conséquence directe sur l'analyse des rapports. En instruisant une évaluation avec une inspectrice de l'action sanitaire et sociale, nous avons constaté qu'avant d'étudier le fond nous analysons la forme. En cas de lacunes, de manques d'informations au sein du rapport, nous avons été contraintes de rechercher les données manquantes grâce aux documents dont nous disposons comme le projet d'établissement, les rapports d'inspection antérieurs ou les déclarations d'évènements indésirables. Nous étions également tenues de comparer certaines données à celles déjà connues par l'ARS soulevant ainsi des incohérences dans les rapports. Le temps d'analyse a été considérablement allongé par

ces recherches et complique davantage l'objectif d'étudier l'ensemble des évaluations en l'espace d'un an.

Alors que la démarche devait faciliter le renouvellement des autorisations grâce à un regard extérieur et expérimenté, elle ne semble pas adaptée aux contraintes humaines et financières de l'ARS. De plus, le dispositif évaluatif reste en deçà des attentes réglementaires et peine à diffuser une véritable culture d'amélioration de la qualité car il connaît en lui-même des biais qui seront difficiles à éluder.

### **3.1.2 Les limites constitutives des évaluations externes**

En l'absence de cadre de référence, les évaluations internes, et surtout externes, ne garantissent pas une analyse homogène et complète de la démarche qualité des structures.

Le dispositif d'évaluation interne semble être au stade de l'expérimentation, en ce qu'il s'applique pour la première fois sans qu'un socle de critères « permettant un jugement global sur le niveau de qualité d'une structure »<sup>78</sup> n'ait été défini. Le travail de conceptualisation du dispositif, qui demanderait la mobilisation de moyens techniques et financiers, n'a pas encore pu être mené par l'ANESM qui dispose d'une vingtaine d'agents (27,7 ETP en 2013). La mission dévolue à cette agence est l'élaboration de critères grâce à la construction de recommandations. Pourtant, la mise en place d'un modèle de référence pour l'évaluation, commun à l'ensemble des ESMS, mais comportant peut-être des volets spécifiques selon le type de structure, semble encore lointaine. La liberté de méthode laissée aux établissements et aux organismes habilités induit inévitablement une collecte de données non uniformisées.

L'évaluation externe, bien que davantage encadrée par les textes grâce au cahier des charges précisé dans le CASF, comporte des critères évaluatifs interprétables et ne permet pas une homogénéité de contenu dans les rapports. Le manque de précision des objectifs et l'absence d'indicateurs spécifiques impliquent un recueil d'informations encore trop différent d'un rapport à l'autre.

De plus, certains auteurs considèrent que « l'évaluation consiste en un jugement de valeur, appuyé sur l'estimation d'un écart entre un projet, un référentiel, des moyens et des constats, des réalisations ; elle intègre la dimension qualitative d'une approximation.

---

<sup>78</sup> SCHAETZEL F., 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)*, op.cit.(note 71), p. 16.

[...]. Présentée de cette façon, l'évaluation est affaire de représentation, subjective ou collective»<sup>79</sup>. L'absence de référentiel normé sur lequel se baserait l'évaluation implique un manque d'objectivité certain de l'analyse sur différents points. Tout d'abord, l'évaluateur est libre des outils utilisés afin de mesurer la qualité au sein de la structure. Le descriptif succinct, dans le CASF, de la méthodologie à respecter offre une assez large autonomie à l'évaluateur. Enfin, celui-ci ne compare pas tous ses résultats à un cadre réglementaire de référence, malgré la possibilité de s'appuyer sur les RBPP ou les dispositions légales. Une part de l'analyse lui revient, comme certaines des propositions, préconisations et pistes d'amélioration qu'il soumet.

Cela remet en cause la bonne exploitation des rapports et le jugement global que devrait porter l'ARS dans le cadre de l'analyse des rapports en vue du renouvellement des autorisations. Alors même que l'apport d'un regard extérieur grâce à l'organisme habilité représentait une garantie quant à la probité et l'efficacité de l'analyse de la démarche qualité dans l'esprit de la loi du 2 janvier 2002, il ne semble plus remplir entièrement cet objectif à l'heure actuelle.

Une autre limite du dispositif est son efficacité à impulser une démarche qualité. Lors de mes entretiens, les bénéfiques liés à la réalisation des évaluations étaient souvent évoqués pour les pionniers, c'est-à-dire les établissements qui s'étaient engagés directement dans la démarche, parfois même grâce à la certification de services. Dans les autres structures, la démarche apparaît souvent comme une formalité administrative et non pas comme l'occasion de mettre en place une procédure continue d'amélioration des activités et de la qualité des prestations.

Par ailleurs, l'évaluation s'arrête à certains aspects de la qualité. Elle ne prend pas en compte la santé financière de la structure, le circuit du médicament ou même la prise en charge soignante et médicale des usagers. Par conséquent, il est difficile d'affirmer qu'elle traite de l'ensemble des dispositifs garants d'un accompagnement adapté à l'utilisateur. Elle ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble sur le fonctionnement de l'établissement. Cela, alors même que l'étude de l'évaluation externe conditionne, à elle-seule, le renouvellement d'autorisation.

Paradoxalement, face à l'absence d'un référentiel qualité prédéfini, les impératifs légaux, émanant de la loi du 2 janvier 2002, devraient constituer un socle de critères à respecter afin de conduire une démarche d'amélioration continue. Cependant, l'analyse des

---

<sup>79</sup> BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I., *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*, op.cit. (note 5), p.12.

entretiens réalisés a mis en exergue une phrase récurrente : « un établissement ne va pas être fermé parce qu'il n'a pas mis en place [tel outil] de la loi de 2002-2 ». Il est clair que ce serait une réponse extrême et disproportionnée. Mais cela témoigne aussi d'un certain laxisme en ce qui concerne le respect des textes et des outils réglementaires au détriment d'une culture de la qualité qui peine à prendre toute son importance dans le secteur médico-social. De mon point de vue, le respect des normes réglementaires est un socle incompressible pour une qualité durable dans les ESMS. Qu'une souplesse existe aujourd'hui, cela peut s'entendre, car l'effort des établissements pour entrer dans la démarche qualité, comme pour l'autorité, est important. Combien de temps encore cette tolérance peut-elle être acceptable ? Cela pose la question de la crédibilité de l'ARS face aux ESMS de la région, mais aussi celle de l'efficacité de l'autorité à assurer la qualité des prestations à destination des personnes vulnérables.

Toutefois, la possibilité d'assortir le renouvellement d'autorisation de conditions particulières sur la base de l'étude des évaluations externes, pourra être un levier d'action face à l'absence ou la faiblesse de certains dispositifs garants des droits et libertés des usagers. Il est possible d'imaginer que ces conditions puissent viser la réduction voire la disparition de certains écarts avec la réglementation ou avec les RBPP constatés par les évaluateurs. Ces conditions, tout comme l'ensemble des résultats et conclusions tirés des rapports d'évaluation externe, devront néanmoins connaître un suivi de la part des établissements comme des autorités afin de maintenir une dynamique d'amélioration de la qualité du service rendu.

### **3.1.3 La question du suivi des effets des évaluations**

L'évaluation externe traduit un questionnement, une démarche qualité propre<sup>80</sup> à chaque établissement. Il est difficile d'envisager ce dispositif sans plan d'actions lui succédant, comme le suggère la roue de Deming. Un suivi des actions et de leurs effets peut à la fois être mis en place par les établissements et accompagné par l'ARS.

D'une part, au sein des établissements, après le renouvellement d'autorisation, le suivi du plan d'actions décliné de l'évaluation externe, assure la continuité du processus. Afin d'être pleinement efficace, il pourra s'articuler avec les autres démarches internes. En effet, le rythme évaluatif est une opportunité pour l'établissement d'organiser une dynamique d'amélioration de la qualité en synchronisant évaluation externe et

---

<sup>80</sup> SCHAETZEL F., 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)*, op.cit. (note 70), p.16.

réactualisation quinquennale<sup>81</sup> du projet d'établissement ou de service. Cette dernière devrait idéalement intervenir après l'étude des points d'amélioration préconisés dans le rapport d'évaluation externe par un comité de pilotage dédié. Certains établissements de la région PACA ont mis en place cette organisation, assurant ainsi le suivi effectif du plan d'actions déduit de l'évaluation et permettant la mise en place d'un processus d'amélioration progressif de la qualité. Par ailleurs, tous les cinq ans, l'évaluation interne permettra de dresser un bilan des avancées qualitatives de l'ESMS quant à la prise en charge des usagers. Elle constituera une indication à la fois de la progression de l'établissement ou du service mais aussi du moment opportun pour engager l'évaluation externe suivante. De plus, il est obligatoire de retracer les dispositifs visant à l'amélioration continue de la qualité dans le rapport d'activité annuel de l'ESMS<sup>82</sup>. Celui-ci décrit son activité et son fonctionnement.

D'autre part, le suivi de l'ARS PACA est indispensable pour assurer l'ancrage et la pérennité de la démarche dans les ESMS de la région. Il est prévu dans les textes<sup>83</sup> qu'une visite de conformité fasse suite au renouvellement de l'autorisation. Ses résultats conditionnent la validité de l'autorisation. Opposable, elle donnerait un caractère impératif aux remarques faites dans le cadre de l'instruction des évaluations, si celles-ci n'ont pas fait l'objet de modifications et d'amélioration dans l'établissement ou le service. Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit sa suppression.

Toutefois, la possibilité de se baser sur l'évaluation pour assortir l'autorisation de conditions, peut palier l'absence d'opposabilité des remarques dégagées des évaluations externes, et compenser la suppression de la visite de conformité. Le suivi de la réalisation de ces conditions permettrait de garantir à l'utilisateur une prise en charge qui respecte tous les impératifs réglementaires et assurerait son bien-être. Cependant, le détail de la procédure d'un renouvellement d'autorisation assorti de conditions, tout comme la force réglementaire de celles-ci, n'ont pas encore été précisés par un décret ou une circulaire.

L'ARS PACA, encore dans l'attente de précisions réglementaires, n'a pas formalisé le suivi des effets des évaluations. D'autres agences, comme l'ARS Bretagne, partagent cette stratégie et attendent la direction que donnera le ministère au suivi des « conditions particulières ». Dans l'expectative, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées quant à ce suivi. Il pourrait être effectué par les agents instructeurs. L'instauration d'un dialogue serait opportun et apporterait sans doute un soutien aux établissements en difficulté et permettrait aux ESMS et plus largement au secteur médico-social d'évoluer.

---

<sup>81</sup> Article L311-8 du CASF.

<sup>82</sup> Article R314-50 du CASF.

<sup>83</sup> Article L313-6 du CASF.

Le suivi pourrait également prendre la forme d'un bilan des objectifs conventionnés grâce aux CPOM et aux conventions tripartites. De surcroît, le nouveau tableau de bord de l'ANAP permettrait de suivre l'évolution de la démarche qualité dans les structures puisqu'il intègre divers indicateurs en ce sens et les objectifs des CPOM signés avec l'autorité de tarification.

Si les évaluations externes connaissent des limites naturelles qui entravent le bon déroulé de la procédure d'analyse et d'amélioration de la qualité, la stratégie élaborée par la mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale est susceptible de s'adapter et de se perfectionner, en coordonnant notamment son action avec les autres dispositifs existants. Et ce, en suivant un pilotage national qui tend à se préciser et se renforcer.

## **3.2 Une meilleure appropriation de la démarche évaluative par l'ARS comme prérequis nécessaire à la montée en puissance du dispositif**

Réorganiser le pilotage national (3.2.1), afin de perfectionner la procédure et la stratégie adoptée à l'ARS PACA (3.2.2), en mettant en place une base de données « qualité » (3.2.3) sont les orientations proposées, qui seraient susceptibles d'améliorer le dispositif actuel.

### **3.2.1 Le renforcement de l'appui et du pilotage national**

Afin de déployer efficacement la démarche évaluative, il serait nécessaire de revoir la procédure d'habilitation des évaluateurs externes, de proposer des outils évaluatifs ainsi que des outils d'analyse uniformisés au moins pour partie, de permettre aux agents des ARS d'accéder à des formations relatives à l'évaluation et de se poser la question de la publication des résultats des évaluations.

La procédure d'habilitation des évaluateurs externes doit être revue afin de pouvoir contrôler leur capacité et leur compétence à réaliser une évaluation externe. En s'inspirant du modèle d'accréditation des expert-visiteurs de l'HAS, il est possible d'imaginer une habilitation non plus déclarative mais probante. De plus, afin d'évincer l'aspect trop fortement concurrentiel de la démarche, un directeur a proposé que l'« ANESM fixe une rémunération par nombre de places afin d'éviter qu'il y ait des dérives ». Cependant, au vu du droit de la concurrence édicté par l'Union Européenne, cette option pourrait ne pas être envisageable.

La possibilité de contrôle des organismes habilités *a posteriori* par l'ARS est formalisée dans les textes mais aucun outil de remontée d'information n'a pour l'heure été mis en place. Il paraîtrait opportun qu'un système dématérialisé d'alerte soit opérationnel afin que les ARS puissent rapidement faire part de leurs présomptions quant aux compétences d'un évaluateur. La création d'un outil simple est indispensable vu le temps d'analyse des rapports déjà trop important au regard des moyens présents à l'agence.

Le rôle de l'ANESM est primordial dans la démarche, elle est l'appui national et l'agence chargée de donner de la perspective au dispositif d'évaluation. Tout d'abord, la proposition d'une trame commune à tous les ESMS, puis de trames particulières en fonction du type de structure serait un moyen d'uniformiser les rapports afin d'en faciliter leur analyse. Les évaluateurs seraient tenus de suivre les axes de présentation de la

structure avec des données indispensables comme la date d'autorisation d'exercice, et de répondre à des rubriques spécifiques, comme celles déjà présentes dans l'abrégé et la synthèse élaborés par l'ANESM. L'objectif n'est pas de lisser les rapports et de supprimer toutes libertés d'interprétation des données par l'organisme habilité mais d'avoir des rapports complets qui permettent aux instructeurs de bénéficier de l'ensemble des informations nécessaires au renouvellement de l'autorisation.

Ensuite, la construction d'un référentiel posant des normes précises pourrait être envisagée. Selon moi, il ne serait pas le seul moyen d'évaluation, mais il pourrait être construit sous forme d'annexe, qui détaillerait l'ensemble des dispositions légales et réglementaires impératives, et notamment les outils mis en place par la loi du 2 janvier 2002 et leur effectivité au sein de l'établissement. Ce référentiel pourrait être complété de critères prélevés des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM en fonction du type de structure. Il comporterait aussi des indicateurs élaborés en concertation avec des représentants d'ESMS, de fédérations, d'agents des autorités en charge des autorisations, et des représentants d'usagers. Ce référentiel pourrait également inclure un volet concernant la qualité du circuit du médicament et des soins. Il renseignerait l'ARS sur l'effectivité des dispositifs, sans se limiter à un recueil d'opinion ou de points de vue. Ainsi, les rapports auraient comme objectif de contenir tous les aspects garants d'un accompagnement respectant les droits et libertés des usagers.

Une autre des préconisations, qui pourrait être envisagée, est la mise en place d'une formation à destination des agents instructeurs. Elle serait dispensée par l'ANESM. Elle consisterait à expliciter les enjeux et les objectifs d'une analyse fine et détaillée des rapports. Par ailleurs, elle serait le lieu pour former les agents à l'étude des rapports grâce à la trame et aux outils élaborés par l'ANESM, et ce, dans l'optique d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers ou dans le but d'analyser la capacité d'un établissement à fonctionner de façon pérenne et qualitative pendant les 15 prochaines années. Des ARS ont proposé une formation réalisée par un organisme spécialisé afin de sensibiliser les agents à l'évaluation, c'est le cas en Alsace. Selon moi, l'avantage lié au fait que cette formation soit dispensée par l'ANESM, est la cohérence avec l'ensemble des outils, référentiels et RBPP sur lesquels doivent se baser les instructeurs pour l'analyse des évaluations.

Enfin, l'appui de l'ANESM pourrait aller plus loin. Un nombre important de personnes interrogées ont exprimé le besoin de bénéficier d'un « kit d'analyse » pour dynamiser la procédure dans les ARS et donner un cap national. Les disparités entre les outils et les stratégies dans les différentes régions, mais aussi entre les différentes autorités de

certaines régions, peuvent être perçues comme vectrices d'inégalité par les établissements et services médico-sociaux. Le « kit d'analyse » prendrait la forme d'une boîte à outils dans laquelle seraient rappelées les dispositions réglementaires et la stratégie à mettre en place en terme de priorisation dans l'analyse des rapports. Il comporterait également une grille de lecture des rapports correspondante à la trame et au référentiel permettant aux évaluateurs de rédiger les évaluations.

Ces préconisations sont à mettre en perspective avec les ressources de l'ANESM. Comparativement à l'HAS qui réunit 107,5 ETP au sein de sa direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique et 153 ETP au sein de sa direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l'ANESM compte 27,7 ETP. La mise en place de tels outils prendra nécessairement du temps.

Enfin, suite à des échanges avec un collaborateur du CREA, la question de la publication des résultats des évaluations externes a été soulevée, rappelant celle réalisée par la HAS à la suite de la certification sanitaire. Rendre publiques les conclusions des rapports pourrait inciter les ESMS, majoritairement privés, à s'inscrire dans une démarche qualité stimulée par un aspect incitatif et concurrentiel. Cependant, les structures seraient à la recherche d'une qualité potentiellement formatée et non adaptée à la prise en charge spécifique, nécessairement individualisée de l'utilisateur dans le secteur médico-social.

Si un appui national renforcé est préconisé sur le long terme, pour l'heure la perfectibilité de la procédure, au sein même de l'ARS PACA, présente une opportunité à court terme d'améliorer la stratégie d'analyse des rapports.

### **3.2.2 L'évolution de la gestion régionale de la démarche d'évaluation**

L'ARS PACA est la seule à ne pas avoir organisé de réunions d'information sur l'évaluation, auprès des ESMS, au cours des années précédant la création de la DOMS. Bien que des organismes tels que le CREA PACA-Corse et les fédérations d'ESMS accompagnent les structures, les établissements comme les évaluateurs externes expriment le besoin de recevoir des renseignements des autorités en charge du renouvellement des autorisations. Aussi, un évaluateur s'inquiète de « ne pas avoir de retour de l'ARS sur les rapports effectués pour les ESMS ». Il se demande s'ils correspondent aux attentes de l'agence. Quant aux établissements et services, ils peuvent être « très déçus » si un dialogue ne s'installe pas avec l'ARS à la suite de l'évaluation.

Il paraît indispensable que l'ARS se saisisse pleinement du dispositif d'évaluation et réussisse à anticiper la prochaine grande campagne d'analyse. Cela lui permettrait de mettre en place des réunions d'informations à destination des ESMS de la région, par type de structure. Ces réunions pourraient être animées par le responsable ou le coordonnateur régional de la démarche d'évaluation, en lien avec les conseils généraux pour les réunions auxquelles participeront des établissements sous compétence conjointe. Elles seraient le lieu pour définir les contours du dispositif, son calendrier, ses objectifs et les attentes concrètes de l'autorité en vue du renouvellement de l'autorisation. Au delà du simple intérêt indicatif, elles permettraient de rassurer les directeurs et professionnels des ESMS et de les sensibiliser à l'importance de mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité.

Certaines ARS ont fait le choix de faire appel à un organisme extérieur pour accompagner les ESMS dans la démarche évaluative. L'ARS Aquitaine a sollicité le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (le CCECQA) chargé de réaliser des outils à destination des établissements et des services médico-sociaux. Ainsi, ce comité a élaboré des fiches synthétiques rappelant les étapes de la démarche d'évaluation et les modalités de choix de l'organisme habilité. Il a également défini les conditions du bon déroulement de la procédure et le processus de validation du rapport. Puis il a proposé des modèles de cahier des charges, des cartographies de processus et des grilles de lecture du pré-rapport d'évaluation externe à destination des établissements. Le recours à un organisme partenaire a permis à l'ARS de mettre en place une sensibilisation et un accompagnement des structures afin de palier les délais contraints et d'agir sur la qualité des rapports communiqués. Cet appui favorise l'implication des établissements et services dans la démarche mais participe également à un meilleur traitement de l'information par l'ARS. De plus, il permet à l'ARS de clairement distinguer ses fonctions d'autorité et d'accompagnement et de se concentrer sur la stratégie d'étude des rapports.

La procédure d'analyse des rapports tend à être améliorée et consolidée à l'ARS PACA. En l'absence de référentiel national, la perfectibilité des outils régionaux est possible. Mis à l'épreuve lors de mon stage avec une inspectrice de la DT des Bouches-du-Rhône, nous avons pensé à différents axes d'amélioration. Les outils permettent l'exploitation du rapport, il paraît plus opportun de le lire dans son intégralité afin de pouvoir cibler et inscrire ensuite les dysfonctionnements et les difficultés de l'établissement dans la grille d'analyse grâce aux points de vigilance. Cependant, il serait possible d'identifier au préalable des problématiques à risques qui doivent alerter immédiatement sur la qualité des activités et des prestations. L'utilisation de la grille nous a également fait prendre

conscience qu'une grande partie du remplissage des rubriques consistait à copier les informations contenues dans le rapport. Or, l'intérêt de l'instruction est d'apporter une analyse et un avis sur le contenu.

Ces observations nous ont conduit à imaginer une grille divisée en deux volets : le premier serait une liste des outils mis en place par la loi du 2 janvier 2002 et des documents et instances imposées par la loi. L'instructeur cocherait leur présence ou leur absence. Le second volet permettrait à l'instructeur d'analyser les informations contenues dans le rapport, notamment celles relatives aux effets des pratiques sur les usagers, au respect effectif de leur droit, à l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur, en suivant des rubriques éventuellement prédéfinies par le niveau national sur la base des RBPP et différenciées selon le type de structure. Il faudrait, pour que cet outil soit optimal, qu'il se calque sur une trame uniformisée du rapport d'évaluation externe. Ainsi, une réflexion sur la démarche mise en œuvre et une évaluation de celle-ci paraissent indispensables pour faire évoluer le processus.

Par ailleurs, afin d'insuffler une réelle culture d'amélioration de la qualité de l'offre médico-sociale, il serait opportun de créer un poste de chargé de mission qualité sur le secteur médico-social à la DOMS. Cet agent assurerait la transversalité de la politique d'amélioration continue de la qualité dans les trois services de la direction. Il pourrait développer l'assise de la démarche qualité au sein des différents services de l'offre médico-sociale, mener l'ensemble des politiques relatives à l'évaluation (analyse, instruction et suivi des évaluations) qu'il joindrait à la mise en place de la politique bientraitance. Il pourrait également faire le lien entre les différents dispositifs d'amélioration de la qualité à l'ARS notamment avec la cellule inspection-contrôle. Ce chargé de mission pourrait être un IASS, formé à la qualité en ESMS. De plus, il travaillerait en lien direct avec un médecin de la DOMS, afin que ce dernier apporte un regard d'expert sur la qualité du volet soin dans les ESMS.

Le pilotage des politiques relatives à l'évaluation par un référent qualité permettrait aussi d'organiser une concertation avec les CG et les DT dans l'optique d'une meilleure coordination et d'une réflexion commune sur la perfectibilité de la procédure.

Au delà de la réflexion autour de la stratégie adoptée, les résultats de l'évaluation méritent d'être intégrés dans un fichier plus global qui permettrait à l'ARS de connaître l'ensemble des données recueillies par les différents services et à travers les différents dispositifs en ce qui concerne la démarche qualité dans chaque ESMS.

### **3.2.3 La création d'un dossier d'amélioration de la qualité**

La coordination entre les différents dispositifs et les sources d'informations présents à l'ARS est une question centrale. En effet, les résultats d'une inspection-contrôle complètent ceux d'une évaluation externe, qui sont eux-mêmes abondés par les indicateurs du tableau de bord de l'ANAP ou encore par les résultats des enquêtes bientraitance. Il serait opportun de synthétiser l'ensemble de ces informations, par établissement, dans une base dématérialisée unique destinée à la qualité de la prise en charge des usagers.

L'objectif serait d'intégrer toutes les démarches qualité (inspections, contrôles, plaintes, réclamations, contrats, évaluations, projets d'établissement et de service...) ainsi que le suivi des autorisations dans une base pour mieux connaître les établissements, et à terme l'ensemble des données relatives aux ESMS constituant ainsi leur dossier unique.

De nombreuses ARS ont lancé ce processus. L'ARS Pays de la Loire a créé un « répertoire informatique partagé pour les ESMS » qui rassemble à la fois des informations administratives et budgétaires pour chaque structure mais aussi des données provenant des conventions tripartites, des CPOM ainsi que les résultats des inspections-contrôles.

Ce répertoire serait partagé avec l'ensemble des directions de l'ARS et toutes les DT. Il prendrait la forme d'un fichier ou d'un logiciel dans lequel serait d'abord classé les établissements par public accueilli : personnes âgées, personnes handicapées, personnes en difficultés spécifiques. Puis pour chaque établissement, les agents pourraient retrouver un dossier pour chacun des thèmes suivants : les informations administratives, les données budgétaires et d'investissement, la contractualisation, les résultats d'inspection, les évaluations, le contentieux (plaintes et réclamations) et les indicateurs du tableau de bord de l'ANAP.

Les ARS pourront mobiliser cet outil au quotidien, dans le cadre de l'analyse des rapports d'évaluation, des préparations aux missions d'inspection, lors des négociations dans le cadre de la contractualisation ou encore pour cibler les établissements lors de l'élaboration du programme régional d'inspection-contrôle.

Cet outil permettrait une réelle articulation des différents dispositifs qualité qui se complèteraient. Le coût d'une telle bibliothèque numérique est difficilement quantifiable. Il dépend du type de répertoire choisi. Si l'ARS fait le choix d'un logiciel avec un répertoire

interactif, cela suppose une formation des agents et un déploiement progressif. En revanche, si l'ARS préfère créer un fichier partagé sur le réseau, qui rassemblerait l'ensemble des données relatives aux établissements, la mise en place serait simplifiée mais l'utilisation du dispositif perdrait de son caractère intuitif. Dans ces deux situations, le travail de collecte et d'informatisation des informations, parfois uniquement disponibles en version papier, semble important et demanderait l'implication de l'ensemble des DT.

Rappelons que, si une part importante d'établissements voit son autorisation renouvelée en 2017, après celle-ci, les évaluations externes devront être réalisées tous les 7 ans en prévision du renouvellement de l'autorisation tous les 15 ans. Ainsi, même si une grande partie des ESMS de la région mettront en place cette procédure en même temps, les établissements autorisés après 2002 et après 2009 respecteront leur propre calendrier. Ainsi, un tableau de suivi des échéances partagé avec les CG pour les établissements sous compétence conjointe paraît être la priorité à mettre en place actuellement à l'ARS PACA.

L'instruction du 20 décembre 2013 dans son annexe 8 a proposé la création d'un outil partagé entre le CG et l'ARS pour le suivi des ESMS et de leurs échéances évaluatives sous une forme dématérialisée et collaborative. Il s'agit d'un dispositif mis en place par les ARS et les CG de la région Poitou-Charentes qui répertorie les ESMS de compétence conjointes. Il recense les renseignements utiles au suivi des structures : raison sociale, catégorie, localisation, numéro FINESS, adresse électronique ; et sont classés en fonction de leurs lieux d'implantation et de leurs périodes d'autorisation (avant 2002, entre 2002 et 2009, après 2009). L'outil se présente sous forme de tableau, chaque ligne correspondant à un établissement. Dans différentes colonnes, apparaissent les échéances d'évaluation interne, la date de réalisation, la date limite d'évaluation, la date de relance, la date de réception du rapport par chaque autorité, la date d'accusé de réception de chaque autorité et la nature du support du rapport. Concernant l'évaluation externe, les colonnes sont les mêmes. Se rajoutent ensuite une colonne relative au renouvellement des autorisations avec la date, le délai restant à courir jusqu'au renouvellement. Le tableau est lié à un formulaire d'accusé de réception qui est complété au moyen des liens hypertextes et envoyé directement à l'ESMS par messagerie électronique une fois les renseignements insérés.

## Conclusion

*« Que la stratégie soit belle est un fait, mais n'oubliez pas de regarder le résultat »,*  
Winston Churchill.

L'évaluation externe n'est pas un outil efficace à lui-seul pour manager la qualité au sein d'un établissement ou un service médico-social ou pour permettre à l'ARS de s'assurer du bon fonctionnement des structures. En revanche, articulés avec les autres dispositifs présents à l'ARS PACA, les résultats des évaluations externes sont une source d'information capitale qui a l'intérêt de concerner l'ensemble de l'offre médico-sociale.

Sans direction nationale ou appui supplémentaire de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les évaluations externes risquent de devenir un formulaire de renouvellement des autorisations ou au contraire un outil de contrôle associé à une procédure coercitive de mise en conformité des pratiques professionnelles. Or, la vocation de la démarche est avant tout d'assurer une prise en charge de qualité aux usagers, qui soit durable et encline aux progrès.

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement offre une perspective limitée pour le devenir des évaluations externes. Il prévoit la suppression de la visite de conformité après un renouvellement d'autorisation et assouplit les délais. Il organise également le rendu d'un rapport d'évaluation de la procédure de reconduction des autorisations, du Gouvernement au Parlement. Ce rapport aura pour finalité de pointer les difficultés rencontrées par les établissements, comme par les autorités, et de préciser dans quel paradigme se situera la prochaine campagne de renouvellement massif des autorisations grâce à l'étude des évaluations externes.

Dans l'attente, l'ARS PACA, et en particulier les agents instructeurs vont devoir étudier le contenu des rapports, aux données parfois approximatives, du fait des limites intrinsèques des évaluations, en recherchant les établissements présentant des dysfonctionnements. Ils garderont à l'esprit l'importance de cette étude pour prévenir, en particulier, les risques de maltraitance et insuffler une culture d'amélioration de la qualité des prestations et des activités.

La mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale pourra se saisir de l'expérience dégagée par la première campagne de renouvellement des autorisations des ESMS, afin d'éclaircir sa stratégie et d'adapter la procédure aux contraintes et écueils rencontrés dans les DT. Sensibiliser et accompagner les ESMS

paraît également indispensable à l'instauration d'un dialogue durable et vecteur d'améliorations. Enfin, la création d'une procédure efficace et coordonnée avec les CG ne pourra qu'aboutir à renforcer les liens entre le dispositif évaluatif et les autres outils de recherche de la qualité de l'ARS. Aussi, la MDQ sera susceptible de promouvoir un nouvel outil de partage de données dédié.

La thématique de la recherche de qualité grâce à l'évaluation externe des établissements et services médico-sociaux interroge le rôle et le métier d'un inspecteur de l'action sanitaire et sociale aujourd'hui. L'inspecteur n'est pas seulement un contrôleur ponctuel de la qualité dans une structure, il doit porter une attention particulière au suivi de celle-ci, grâce notamment aux liens entre inspections et évaluations. Les IASS devront participer à la montée en puissance des évaluations dans le secteur médico-social afin que celles-ci permettent une réelle amélioration de la qualité des services encourageant le respect de l'ensemble des dispositions réglementaires tout en assurant le bien-être des usagers. Cependant, évaluer nécessite une formation, comme celle rendue obligatoire pour les évaluateurs externes. Les inspecteurs devront développer plus avant leurs compétences en ce domaine.

Sensibilisée et formée aux enjeux de la démarche continue d'amélioration de la qualité au sein de la MDQ, mon lieu de stage m'a permis de comprendre les liens fondamentaux qui doivent se tisser et perdurer entre les différents services interlocuteurs des ESMS de l'ARS. La participation à l'élaboration d'une stratégie de pilotage, le développement d'outils d'instruction pertinents, et le travail en équipe autour d'un projet commun avec une visibilité intéressante, ont été des missions enrichissantes. Celles-ci, toujours mises en perspective avec les enseignements reçus pendant la formation d'élève à l'Ecole des hautes études en santé publique, ont affiné ma connaissance des dispositifs évaluatifs. Grâce à elles, j'ai rencontré des professionnels passionnés et pu prendre toute la mesure de l'importance de notre rôle à leur côté, pour veiller à la bonne prise en charge des usagers.

---

# Bibliographie

---

## Dispositions légales et réglementaires

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

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°2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

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 des services médico-sociaux.

Décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations (schéma) et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

Décret n°2014-1368 du 14 novembre 2014 relatif au renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Arrêté du 17 avril 2013 portant reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification de services constitué de la norme NF X 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 dépendantes 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.

Arrêté du 9 décembre 2013 portant reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification de services Qualicert RE/SAP/06 pour les services aux particuliers 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.

Arrêté du 5 février 2014 portant reconnaissance de correspondance partielle entre le référentiel de certification de services constitué de la norme NF X 50-056 et des règles de certification NF 311 pour les services aux personnes à domicile 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 du code de l'action sociale et des familles. 2 arrêtés 17 avril 2013 et un arrêté du 9 décembre 2013 pour établir la correspondance partielle entre les référentiels de certification de services et le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes.

Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 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.

Circulaire N° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

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

Circulaire n° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les ESMS relevant de la compétence des ARS.

Instruction n° DGCS/5C/ANESM/2014/100 du 4 avril 2014 relative au dispositif de sensibilisation et d'appui sur l'évaluation externe à l'attention des ESSMS autorisés avant le 3 janvier 2002.

Instruction n° DGCS/SD3A/DREES/2014/190 du 7 juillet 2014 relative à la refonte du cadre des établissements hébergeant des personnes âgées dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et précisant les modalités de création d'une catégorie EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans FINESS et à la création du portail internet personnes âgées dont la gestion sera confiée à la CNSA.

## Ouvrages

VEROUS B., AVEROUS D., *Mesurer et manager la qualité de service. La méthode CYQ*, Paris, INSEP, 2001, 129 p.

BASLE M., DUPUIS J., LE GUYADER S., *Evaluation, action publique territoriale et collective Tome 1*, Paris, L'Harmattan, « Logiques politiques », 2003, 340 p.

BLAIE J-P., KURC A., *L'évaluation du travail social*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, « Espace social », 1988, 213 p.

BOUQUET B. ; JAEGER M., SAINSAULIEU I., *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2007, 304 p.

CHARLEUX, F. GUAQUERE, D. *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale*. 2e éd., Paris, ESF, « Actions sociales », 2006, 286 p.

CHARLEUX F., JOUVE S., *Réussir l'évaluation interne et externe en institution sociale et médico-sociale*, 2013, Issy-les-Moulineaux, ESF Editeur, « Actions sociales / Pratiques », 255 p.

DEMING W-E., *Hors de la crise*, traduit de l'anglais par Jean-Marie GOGUE, Paris, Economica, 2002, [1<sup>er</sup> éd.1991], 350 p.

DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales : sens, enjeux et méthodes*, 3e éd., Seli Arslan, 2008, 320 p.

DU RANQUET M., *Nouvelles perspectives en case-work : Recherche et pratique dans le travail social individuel et familial*, Toulouse, Privat, « Nouvelle recherche », 1975, 197 p.

FABLET D., SELLENET C., *L'évaluation dans le secteur social et médico-social, Entre contraintes institutionnelles et dérives*, Paris, L'harmattan, « Savoir et Formation », 2010, 238 p.

HAERING A-L., *La qualité de l'action sociale et son évaluation*, Genève, 2000, Institut d'études sociales, 188 p.

JANVIER R., *Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale*, Paris, Dunod, « Santé social », 2009, 224 p.

LEGROS. M, POQUET G., *Évaluer ou l'esprit des méthodes*, 1996, Paris, CRÉDOC, « Cahier de recherche n° 96 », 91 p.

LE POULTIER F., *Recherches évaluatives en travail social*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, « Vies sociales », 1990, 249 p.,

LOUBAT J-R., *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Paris, 2009, Dunod, « Action sociale », 185 p.

SAVIGNAT P., *Évaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux*, Paris, 2009, Dunod, « Action sociale », 370 p.

## Articles

BOUKELAL. A, « Réflexions sur l'évaluation en travail social », *Les Cahiers de l'Actif*, n°256-257, septembre-octobre 1997, pp. 118-140.

BOUKELAL A., « Evaluation interne et qualité. Les conditions générales d'une démarche cohérente et efficace », *Les Cahiers de l'Actif*, 2005, n°350-353, pp. 345-352

CHASSAT-PHILIPPE S., « Evaluations : la DGCS se (re)mobilise », *Dictionnaire permanent Action sociale*, Bulletin n°309, janvier 2014, pp.1-4.

CORIAT I., « Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses », *Psychoanalytic Revue*, n°4, 1917, pp. 209-216.

FERAGUS J., « L'évaluation de l'action sociale : la valorisation du handicapé, mots clés pour la définition d'un programme de développement », *Revue française des affaires sociales*, n°01, 1984, pp. 102-129, « L'évaluation de l'action sociale, de l'énoncé à la pratique », *Revue française des affaires sociales*, n°2, 1986, pp. 41-52.

FREUD S., « Malaise dans la civilisation », *Revue française de psychanalyse*, t.VII, n°4, 1934, traduit de l'allemand par CH. et J. ODIER, édition électronique réalisée par G. PAQUET, 62 p.

GILLIOTTE N., « Entretien avec Jean-François BAUDURET : La loi HPST s'inscrit dans la continuité de la 2002-2 », *Direction(s)*, n°92, 2012, pp.16-18.

GUILLON N., « L'évaluation externe enfin sur les rails », *Travail social actualités*, n°29, 2012, pp. 15-22.

PUYBAREAU F., « Résoudre le casse-tête du financement de l'évaluation externe », *Direction(s)*, n°71, 2010, pp. 30-31.

RIHAL H., « La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale évite-t-elle la maltraitance en institution ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2006, n°6, pp. 1000-1007.

SAVIGNAT P., « Construire, formaliser et évaluer la qualité dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux », *Les Cahiers de l'Actif*, 2005, n°350-353, pp. 51-59.

## Rapports

ANESM, *Bilan des évaluations externes : 66% des ESSMS engagés au 30 septembre 2014*, [document électronique], 2014, 4 p.  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Note%20d'information%20Bilan%20EE%20au%2030sept2014\(1\).pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Note%20d'information%20Bilan%20EE%20au%2030sept2014(1).pdf), page consultée le 2 janvier 2015.

ANESM, *Décision du 6 novembre 2014 portant habilitation et inscription pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles*, [document électronique], 2014, 74 p.,

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/BO\\_15\\_12\\_2014\\_-\\_24eme\\_liste.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/BO_15_12_2014_-_24eme_liste.pdf), page consultée le 6 janvier 2015.

ANESM, *Evaluation externe : établir le document de mise en concurrence et choisir son prestataire*, [document électronique], 2014, 26 p., p.4, <http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/ANESM-Guide%20d'aide%20à%20la%20contractualisation-Avril%202014.pdf>, page consultée le

12 janvier 2015.

ANESM, *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF*, [document électronique], juillet 2009, 72 p., [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_conduite\\_evaluation\\_interne\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_conduite_evaluation_interne_anesm.pdf),

page consultée le 17 janvier 2015.

ANESM, *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF*, [document électronique], avril 2008, 13 p. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/mise\\_en\\_oeuvre\\_evaluation\\_interne-2.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/mise_en_oeuvre_evaluation_interne-2.pdf),

page consultée le 17 janvier 2015.

ANESM, *RBPP L'évaluation interne : repères pour les établissements pour personnes âgées dépendantes*, [document électronique], 2012, 105 p. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_Evaluation\\_Interne\\_web3.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_Evaluation_Interne_web3.pdf), page

consultée le 28 octobre 2014.

Conseil scientifique de l'évaluation, *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*, [document électronique], mai 1996, 123 p.

[http://www.evaluation.gouv.fr/cgp/fr/interministere/doc/petit\\_guide\\_cse.pdf](http://www.evaluation.gouv.fr/cgp/fr/interministere/doc/petit_guide_cse.pdf), page consultée le 10 septembre 2014.

Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, *L'évaluation interne, Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, [document électronique], 2006, p. 6 sur 40, <http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guideevaluationinterneanesms-2-2.pdf>, page consultée le 5 novembre 2014.

Direction générale de l'action sociale, *Démarche qualité – Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire*, [document électronique], mars 2004, 40 p., [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g\\_metho.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf), page consultée le 22 janvier 2015.

GUERIN M-F., JOIN-LAMBERT M-T., MORLA S., VILLAIN D., *Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales*, n°95155, Paris, IGAS, 1995, 118 p.

SCHAETZEL F., 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)*, n° RM2013-010P, Paris, IGAS, 2013, 128 p.

TERRASSE P., *Rapport d'information sur la réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales*, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, n°2249, 15 mars 2000, 60 p.

### Communications

ANESM, *Evaluation externe, enjeux et modalités de traitement*, [document électronique], 2010, 6 p.,

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/file/actualites/gestion\\_habilitation\\_anesm\\_021210.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/file/actualites/gestion_habilitation_anesm_021210.pdf), page consultée le 25 octobre 2014.

BACHELOT-NAQUIN R., « Intervention lors de la 2<sup>ème</sup> séance publique du 31 juillet 2000 », *Les comptes rendus analytiques (2000-2001)*, Assemblée nationale, [en ligne], <http://www.assemblee-nationale.fr/11/cra/2000-2001/2001013121.asp>, page consultée le 21 octobre 2014.

CARLOTTI M-A., « Discours à l'IME Cour de Venise », 22 janvier 2014, [document électronique], <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/discours-de-marie-arlette-carlotti,16966.html>, page consultée le 19 décembre 2014.

CCEQCA, *Outils pratiques pour faciliter la mise en œuvre de l'évaluation interne dans le secteur médico-social*, [document électronique], 2014, 139 p., <http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/fiches-projets/OutilsCPP-1-Evaluation-externe-guide.pdf>, page consultée le 25 mai 2014.

PERIBOIS. E, *Les enjeux de l'évaluation interne-externe* [présentation PowerPoint], 15 avril 2014, EHESP.

---

## Liste des annexes

---

Annexe n°1 : Liste des professionnels interrogés en entretien.....	II
Annexe n°2 : Exemples de grilles d'entretien.....	III
Annexe n°3 : Outils élaborés par la mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale.....	V

## **Annexe n°1 : Liste des professionnels interrogés en entretien**

- Un inspecteur de l'IGAS
- Un IASS du pôle qualité de l'ARS Bretagne
- Quatre agents des DT de l'ARS PACA en charge d'un portefeuille d'établissements médico-sociaux
- Un agent de la cellule inspection-contrôle de l'ARS PACA
- Un inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale de la direction de l'offre médico-sociale
- Un enseignant-chercheur à l'EHESP
- Deux agents de l'Union régionale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales PACA
- Un agent du CREAM
- Le directeur d'un organisme habilité, psychosociologue et spécialiste de l'évaluation
- Le directeur d'un organisme habilité, ancien cadre d'une direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- Deux directeurs d'EHPAD
- Le directeur adjoint d'un EHPAD, ayant bénéficié de la formation évaluateur externe expert dispensée par l'Afnor.
- Le directeur d'un IME public
- Le directeur d'un IME privé
- Le psychologue d'un IME
- Deux responsables de section d'un IME

## Annexe n°2 : Exemples de grilles d'entretien

<b>Grille d'entretien (Autorités)</b>
---------------------------------------

Pouvez-vous vous présenter et expliquer vos missions ?

Pourquoi d'après vous la démarche d'évaluation interne et externe a été mise en place ?

En quoi participe-t-elle à l'amélioration de la démarche qualité ?

A terme, quelles sont les conséquences de ces évaluations au-delà du renouvellement des autorisations ?

Quel est l'intérêt de faire appel à un prestataire (évaluateur externe) ? Quelles en sont les limites ?

Quels peuvent être les biais de la démarche d'évaluation ?

De quels autres moyens l'ARS et le CG disposent-ils pour impulser ou contrôler la démarche qualité dans le secteur médico-social ?

En quoi la démarche d'évaluation se différencie-t-elle de la certification de l'HAS au sein des établissements sanitaires ? Une certification similaire n'est-elle pas envisageable dans le secteur médico-social ?

En quoi l'évaluation se différencie de l'inspection ? Ces deux démarches se complètent-elles ?

Y-a-t-il un type de structure pour lequel vous allez être particulièrement vigilants ?

Le processus d'évaluation est-il le bon processus pour le suivi de la démarche qualité au sein des ESSMS ?

L'action de la DGCS et l'ANESM est-il adapté aux besoins de l'ARS ? De quel appui national dispose l'ARS pour l'analyse des évaluations et le renouvellement des autorisations ?

Comment allez-vous vous organiser pour l'instruction des évaluations ? Qui va les analyser ?

Quelle organisation pourrait être la plus efficace pour suivre et traiter les dossiers d'évaluation ?

Quelles sont les ressources mobilisées ? Comment envisagez-vous d'associer le CG ?

Comment identifier les établissements dans la zone à risques ?

Il y a-t-il un risque de « passer à côté » de certains faits sensibles dans les établissements ?

Avez-vous besoin d'une formation pour appréhender ce dispositif d'évaluation ?

Quel suivi sera mis en place après l'instruction des évaluations sur les points d'amélioration ? Et après le renouvellement des autorisations ?

Le résultat des évaluations va-t-il être intégré dans les missions de la cellule IC ? Si oui, comment ?

<b>Grille d'entretien (Etablissements et organismes habilités)</b>
--

Comment percevez-vous la démarche d'évaluation ?

Parait-elle utile pour vous ? A-t-elle été utile dans votre structure ?

La démarche d'évaluation et plus particulièrement les guides, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM vous paraissent-ils adaptés à votre type de structure ?

Avez-vous réalisé une évaluation interne ? Une évaluation externe ? Pourquoi l'avoir fait ou pourquoi ne pas l'avoir fait ?

Comment s'est passée votre évaluation interne ? Et l'évaluation externe ?

Les professionnels ont-ils été associés à ces démarches ? Et les usagers ?

Que pensez-vous de la procédure mise en place par l'ARS au sujet des évaluations (calendrier, contact, journées de sensibilisation...) ?

Avez-vous rencontré des difficultés dans la recherche d'un évaluateur externe ?

Avez-vous sollicité les services du CG, de la DT ou de l'ARS lorsque vous rencontriez des difficultés ?

Avez-vous suivi une formation relative à la conduite des évaluations internes/externes ?

Et vos équipes (la personne en charge du dossier des évaluations) ?

Comment s'organise la démarche qualité dans votre établissement ? A-t-elle été impulsée, accentuée, impactée par la conduite des évaluations interne et externe ?

Avez-vous effectué des actions correctives à la suite de l'évaluation interne ?

Selon vous, quel est l'intérêt principal de la démarche d'évaluation ?

En quoi la percevez-vous différemment du contrôle et de l'inspection ou encore de l'audit ?

Voyez-vous une alternative possible à cette démarche ?

## Annexe n°3 : Outils élaborés par la mission d'appui au développement de la qualité de l'offre médico-sociale.

### 1. Fiche de complétude\* des rapports d'évaluations externes des ESSMS

#### Identité de l'établissement

Nom de l'établissement :  
 Type d'établissement :  
 Commune d'implantation :  
 Date de l'autorisation en cours :  
 Gestionnaire :  
 N° FINESS :

Date de réception de l'évaluation interne :  
 .. / .. / ....  
 Date de réception de l'évaluation externe :  
 .. / .. / ....  
 Organisme évaluateur :

RESPECT DES DELAIS ET ORGANISATION	OUI	NON	
Respect du calendrier de transmission de l'évaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evaluateur externe différent de l'évaluateur interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les éléments constitutifs du rapport d'évaluation externe (Annexe 3.10 au CASF, Instruction n°DGCS/SD5C/2013/427)	OUI	NON	Demande de complément à faire
Eléments de cadrage (présentation de l'établissement et contexte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Descriptif de la procédure d'évaluation externe (démarche, sources d'information, difficultés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Développements informatifs (diagnostic de situation, projets, buts poursuivis, organisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Résultats de l'analyse détaillée (analyse des informations collectées, interprétation des données)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Synthèse mentionnant les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement</li> <li>• Expression et participation des usagers</li> <li>• Politique de prévention et de gestions des risques</li> <li>• Ouverture de l'établissement sur son environnement</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Propositions et/ ou préconisations et toute observation utile à l'aide à la décision du commanditaire concernant l'adaptation des modalités d'accueil et d'accompagnement, au regard de l'évolution des besoins des usagers et en tenant compte des ressources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Abrégé du rapport conforme au modèle ANESM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les annexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contrat avec l'évaluateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Composition de l'équipe des intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Calendrier de réalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Avis	
Rapport complet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Suites à réserver	
Demande de complément	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Demande de réécriture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SUIVI	
Date d'envoi du courrier de demande de complément et/ou réécriture	
Date de réception de la réponse de l'établissement	
Conformité de la réponse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\* Le caractère complet du rapport, et donc de celui des résultats de l'évaluation externe, requiert leur conformité aux prescriptions du chapitre V et aux principes du chapitre I de l'annexe 3.10 au CASF, plus particulièrement de ceux de ses points 2.1, 2.2 et 2.6. Cette conformité touche à la forme comme au fond. Une rédaction du rapport lacunaire comme une rédaction (trop) générale, stéréotypée, n'examinant pas de manière circonstanciée les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne, certaines thématiques et des registres spécifiques ou n'élaborant pas des propositions et/ou préconisations circonstanciées, ne serait pas complète. (Instruction n°DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013)

## 2. Grille d'instruction des évaluations externes

### Identité de l'établissement

Nom de l'établissement :  
 Type d'établissement :  
 Commune d'implantation :  
 Date de l'autorisation en cours :  
 N° autorisation :  
 N° FINESS :

### Date de réception de l'évaluation externe :

/ / .....  
 Organisme évaluateur :  
 Rédacteur de la grille d'instruction :

RUBRIQUE 1. DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE	FAIBLESSES	PROPOSITIONS / PRECONISATIONS (EVALUATEUR EXTERNE)	AVIS DE L'INSTRUCTEUR	AXES D'AMELIORATION (INSTRUCTEUR)
RUBRIQUE 2. PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES PUBLIEES PAR L'ANESM RELATIVES A L'ESMS	FAIBLESSES	PROPOSITIONS / PRECONISATIONS (EVALUATEUR EXTERNE)	AVIS DE L'INSTRUCTEUR	AXES D'AMELIORATION (INSTRUCTEUR)
RUBRIQUE 3. LES CONDITIONS D'ELABORATION DE MISE EN ŒUVRE ET D'ACTUALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE ET DE L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE LA L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS	FAIBLESSES	PROPOSITIONS / PRECONISATIONS (EVALUATEUR EXTERNE)	AVIS DE L'INSTRUCTEUR	AXES D'AMELIORATION (INSTRUCTEUR)
RUBRIQUE 4. L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE	FAIBLESSES	PROPOSITIONS / PRECONISATIONS (EVALUATEUR EXTERNE)	AVIS DE L'INSTRUCTEUR	AXES D'AMELIORATION (INSTRUCTEUR)
RUBRIQUE 5. LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	FAIBLESSES	PROPOSITIONS / PRECONISATIONS (EVALUATEUR EXTERNE)	AVIS DE L'INSTRUCTEUR	AXES D'AMELIORATION (INSTRUCTEUR)

FAIBLESSES	PROPOSITIONS / PRECONISATIONS (EVALUATEUR EXTERNE)	AVIS DE L'INSTRUCTEUR	AXES D'AMELIORATION (INSTRUCTEUR)
RUBRIQUE 6. L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS			

FAIBLESSES	PROPOSITIONS / PRECONISATIONS (EVALUATEUR EXTERNE)	AVIS DE L'INSTRUCTEUR	AXES D'AMELIORATION (INSTRUCTEUR)
RUBRIQUE 7. LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES			

FAVORABLE OU NON FAVORABLE	AVIS DE L'INSTRUCTEUR
RUBRIQUE 8. APPRECIATION GLOBALE DE L'EVALUATEUR EXTERNE	

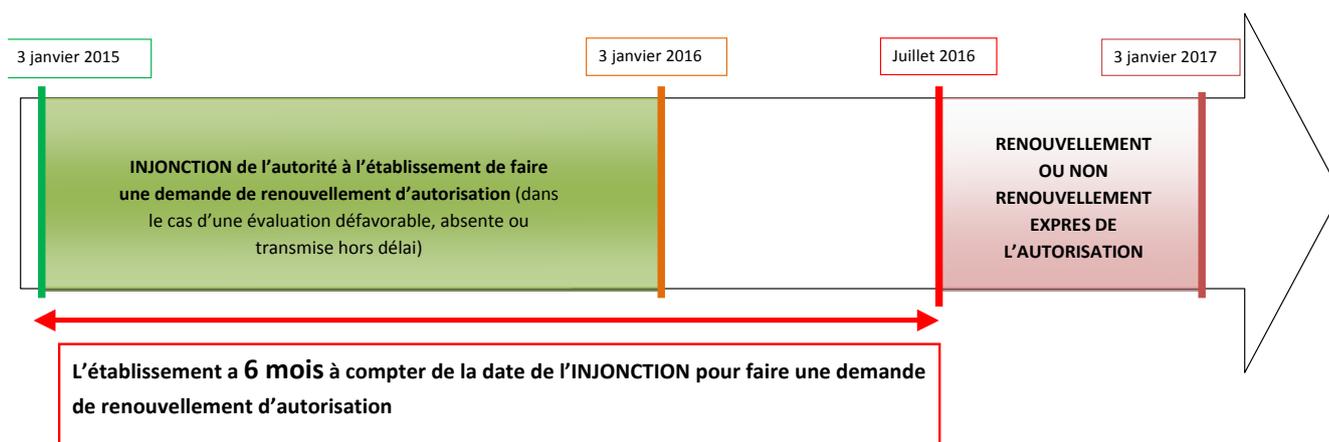
SATISFAISANT OU NON SATISFAISANT	AVIS DE L'INSTRUCTEUR
RUBRIQUE 9. METHODOLOGIE DE L'EVALUATEUR EXTERNE	
Descriptif des outils	
Implication des équipes	
Associations des usagers	
Nombre d'entretiens conduits	
Nombre de jours pour conduire l'évaluations externe	

AVIS POSITIF OU NEGATIF DE L'ESMS	AVIS DE L'INSTRUCTEUR
RUBRIQUE 10. COMMENTAIRES DE L'ESMS SUR L'EVALUATION EXTERNE DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	
Sur les conclusions de l'évaluation externe	

<p><b>ELEMENTS DE CONNAISSANCE DE L'ESMS</b> (situation financière, suites inspection, dysfonctionnements, plaintes, maltraitance, méconnaissance de l'établissement...)</p>	
--	--

AVIS GENERAL DE L'INSTRUCTEUR		
DIFFERENTS CAS	X	SUITES A RESERVER
<p><b>1er cas</b> : Pas de difficultés : dossier complet, respect des délais, évaluation positive</p>	X	<p>Réponse à l'établissement : « Nous avons bien réceptionné votre rapport d'évaluation externe en date du [...] . Après étude du dossier et au regard du respect des exigences en matière de prise en charge, je vous informe que mes services vont procéder à un renouvellement de l'autorisation à compter du 1er janvier 2017. Sans courrier de ma part avant le 3 janvier 2016 votre autorisation sera renouvelée de manière tacite. »</p>
<p><b>2ème cas</b> : Problèmes sur la complétude et demande de complément ou reprise de l'évaluation externe</p>		<p>Courrier en recommandé avec accusé de réception dans lequel nous faisons une demande de compléments ou une reprise de l'évaluation externe en fixant des échéances courtes (1 mois pour les compléments, 2 mois pour la reprise de l'évaluation).</p>
<p><b>3ème cas</b> : Evaluation externe défavorable</p>		<p>Refus du renouvellement tacite qui prend la forme d'une <b>injonction de demande de renouvellement de l'autorisation</b> (avant le 1er janvier 2016) qui peut être accompagnée de conditions particulières supposant la mise en œuvre d'un plan d'amélioration. L'établissement a 6 mois à compter de l'injonction pour nous faire cette demande (dans la limite du 1er juillet 2016).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soit les éléments transmis avant le 1er juillet 2016 par l'établissement sont satisfaisants et nous pouvons procéder à un renouvellement exprès ou tacite de l'autorisation</li> <li>- Soit les éléments transmis avant le 1er juillet 2016 sont insatisfaisants et nous informons l'établissement du projet de refus de renouvellement de l'autorisation en précisant les délais et voies de recours. L'établissement peut alors présenter des observations écrites et s'il le souhaite des observations orales. Au soir de cette procédure contradictoire, la notification de la décision sera transmise.</li> </ul>
<p><b>4ème cas</b> : Absence d'évaluation externe ou transmission hors délai</p>		<p>Injonction de demande de renouvellement d'autorisation</p>

## Délais relatifs à l'étude des évaluations externes et au renouvellement des autorisations des ESMS



Sans INJONCTION de l'autorité avant le 3 janvier 2016, l'autorisation de l'établissement sera renouvelée de façon tacite.

## Procédure d'instruction des évaluations externes et de renouvellement des autorisations

L'instructeur étudie la complétude (Fiche 1) et instruit les rapports grâce à la grille (Fiche 2) et aux points de vigilance (Fiches 3) et décide des suites à réserver selon les cas suivants :

**1<sup>er</sup> cas : Pas de difficultés** : dossier complet, respect des délais, évaluation positive

Réponse à l'établissement : « Nous avons bien réceptionné votre rapport d'évaluation externe en date du [...] . Après étude du dossier et au regard du respect des exigences en matière de prise en charge, je vous informe que mes services vont procéder à un renouvellement de l'autorisation à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Sans courrier de ma part avant le 3 janvier 2016 votre autorisation sera renouvelée de manière tacite. »

**2<sup>ème</sup> cas : Problèmes sur la complétude et demande de complément ou reprise de l'évaluation externe**

Courrier en recommandé avec accusé de réception dans lequel nous faisons une demande de compléments ou une reprise de l'évaluation externe en fixant des échéances courtes (1 mois pour les compléments, 2 mois pour la reprise de l'évaluation).

**3<sup>ème</sup> cas : Evaluation externe défavorable**

Refus du renouvellement tacite qui prend la forme d'une **injonction de demande de renouvellement** de l'autorisation (avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016) qui peut être accompagnée de conditions particulières supposant la mise en œuvre d'un plan d'amélioration. L'établissement a **6 mois** à compter de l'injonction pour nous faire cette demande (dans la limite du 1<sup>er</sup> juillet 2016).

- Soit les éléments transmis avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016 par l'établissement sont satisfaisants et nous pouvons procéder à un renouvellement exprès ou tacite de l'autorisation
- Soit les éléments transmis avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016 sont insatisfaisants et nous informons l'établissement du projet de refus de renouvellement de l'autorisation en précisant les délais et voies de recours. L'établissement peut alors présenter des observations écrites et s'il le souhaite des observations orales. Au sortir de cette procédure contradictoire, la notification de la décision sera transmise.

**4<sup>ème</sup> cas : Absence d'évaluation externe ou transmission hors délai**

Injonction de demande de renouvellement

AVALLE

Audrey

Mars 2015

## Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2013 – 2015

### La démarche d'analyse des évaluations externes à l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

#### **Résumé :**

La loi du 2 janvier 2002 soumet le renouvellement des autorisations des établissements et services médico-sociaux à la communication d'une évaluation externe à l'ARS. En 2014, en région PACA, 987 structures médico-sociales devaient finaliser cette démarche. L'ARS, quant à elle, a élaboré une stratégie afin de pouvoir absorber l'étude de l'ensemble de ces rapports avant le 3 janvier 2016. Cependant, la détermination de celle-ci a rencontré plusieurs écueils liés aux limites intrinsèques des évaluations et à leur réalisation. La montée en puissance de la démarche, qui a pour objectif de diffuser une culture d'amélioration continue de la qualité dans les établissements et services médico-sociaux, va dépendre du renforcement de l'appui et du pilotage national et de l'articulation des dispositifs de suivi de la qualité présents à l'ARS.

#### **Mots clés :**

Evaluation interne, évaluation externe, renouvellement d'autorisation, amélioration continue, qualité, établissements et services médico-sociaux, Agence régionale de santé.

*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.*