



**EHESP**

---

**Master 2 Parcours AMOS**

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **4 septembre 2020**

---

**IMPACTS DES REFERENTIELS  
D'ÉVALUATION INTERNE SUR L'ACTIVITE  
DES PROFESSIONNELS DU SECTEUR  
SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL**

---

**Ophélie ANTONOFF**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de mon stage et qui m'ont aidée lors de la rédaction de ce mémoire.

Je voudrais dans un premier temps remercier mon directeur de mémoire **Monsieur Jacques ORVAIN**, pour son écoute, sa disponibilité et ses précieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je tiens également à remercier ma maîtresse de stage, **Madame Anaïs COUDRIN**, Responsable qualité et gestion des risques pour m'avoir permis de participer à ses côtés à la démarche qualité et m'avoir accordé sa confiance en me confiant des missions variées et enrichissantes.

Je veux également remercier **Monsieur Jean-Pierre FAYE**, Directeur général de l'UDSM, pour m'avoir permis de réaliser mon stage au sein de l'association ainsi que **Madame Gaëlle RIOU-PRADEL**, Directrice des affaires économiques, pour son précieux accompagnement tout au long de mon stage.

Plus largement, je souhaite remercier les personnes rencontrées lors des entretiens pour leur disponibilité, leur amabilité, et leur implication, ainsi que l'ensemble des professionnels de l'UDSM pour l'accueil qu'ils m'ont réservé et le partage de leurs expériences et connaissances.

Je remercie également **Madame Valérie BECK** d'avoir accepté d'être la présidente de mon jury d'examen.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont conseillée et soutenue lors de la rédaction de ce mémoire.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	3
1 REVUE DE LA LITTERATURE .....	7
1.1 La notion de qualité comme vecteur de l'amélioration continue des pratiques.....	7
1.1.1 Définition de la qualité .....	7
1.1.2 Histoire de la qualité.....	8
1.1.3 Enjeux de la qualité dans le système de santé : démarche qualité et management par la qualité .....	9
1.2 L'évaluation comme outil de pilotage de l'amélioration continue de la qualité....	10
1.2.1 Le mécanisme d'évaluation au sens large.....	10
1.2.2 Le mécanisme d'évaluation dans le champ de la santé.....	11
1.3 Le référentiel comme outil de l'évaluation.....	17
1.3.1 Définition du référentiel dans le cadre de l'évaluation interne .....	17
1.3.2 Utilisation du référentiel dans le cadre de l'évaluation interne .....	19
1.3.3 Les interrogations soulevées par les référentiels d'évaluation interne .....	22
2 METHODOLOGIE ET RESULTATS.....	25
2.1 Les entretiens semi-directifs : méthodologie et analyse.....	25
2.1.1 Méthodologie .....	25
2.1.2 Analyse des entretiens .....	30
2.2 Le référentiel utilisé : méthodologie et analyse.....	34
2.2.1 Le choix de l'association : modification d'un référentiel existant .....	34
2.2.2 La composition du référentiel .....	35
2.2.3 Analyse critique du référentiel .....	37
2.3 Limites de l'étude .....	39
3 ANALYSE ET RECOMMANDATIONS .....	41
3.1 Analyse et discussion des résultats.....	41
3.1.1 Les impacts du référentiel sur l'activité des professionnels de l'UDSM.....	41
3.1.2 L'influence de divers facteurs sur l'impact produit par le référentiel .....	44
3.2 Axes d'amélioration.....	47
3.2.1 La nécessité de développer une culture qualité au niveau associatif.....	47
3.2.2 La mise en place d'un référentiel national d'évaluation interne favorisant l'harmonisation des pratiques.....	49
Conclusion .....	53
Bibliographie .....	54
Liste des annexes .....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

**AFNOR** : Association Française de Normalisation  
**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
**ANCREAI** : Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptés  
**ANESM** : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux  
**ANGELIQUE** : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les personnes accueillies des Etablissements  
**APAJH** : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles  
**CATTP** : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel  
**CMP** : Centre Médico-Psychologique  
**CMPP** : Centre Médico-Psycho Pédagogique  
**CNESM** : Centre National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale  
**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
**CREIA** : Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptés  
**CSAPA** : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
**CSP** : Code de la Santé Publique  
**DGCS** : Direction Générale de la Cohésion Sociale  
**DUERP** : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels  
**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**EMP** : Externat Médico-Pédagogique  
**EMPro** : Externat-Médico Professionnel  
**ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
**ESSMS** : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux  
**GIP** : Groupe d'Intérêt Public  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales  
**ISO** : International Standardisation Organisation  
**RBPP** : Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles  
**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
**SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile  
**UDSM** : Union pour la Défense de la Santé Mentale  
**UNASSI** : Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers



## Introduction

À l'inverse du secteur sanitaire, l'introduction de la qualité dans le secteur social et médico-social est relativement récente. Elle a été développée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. « *Les freins exprimés lors de la publication de la loi par les acteurs étaient multiples. Ils portaient aussi bien sur la difficulté à inscrire la démarche dans des plannings très contraints, sur la disponibilité des compétences, que sur l'absence de culture et de formation des professionnels* »<sup>1</sup>. Au fil des années, l'état d'esprit sur la qualité a évolué. Nous sommes passés d'une forme de réticence du monde professionnel et associatif à l'égard de la démarche, à l'introduction d'une volonté de changement et d'amélioration des prises en charge.

Dans le cadre de la démarche qualité, les Etablissements et Services Sociaux ou Médico-sociaux (ESSMS) doivent procéder à des évaluations régulières de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Pour se faire, ils sont tenus de réaliser des évaluations internes et externes selon une périodicité définie. « *L'évaluation interne couvre le même champ que l'évaluation externe ; elles entrent dans une logique de complémentarité et doivent permettre aux ESSMS de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité* »<sup>2</sup>. Toutefois, les modalités de réalisation de ces évaluations ne sont pas identiques. Si l'évaluation externe est conduite par un organisme externe habilité par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'évaluation interne est menée par l'établissement qui est libre de choisir les outils à mobiliser pour réaliser cette dernière. La HAS recommande de conduire l'évaluation interne à partir d'un référentiel. Les référentiels permettent de procéder à une comparaison des pratiques réelles en fonction des pratiques attendues, et donc d'identifier d'éventuels écarts et axes d'amélioration. À l'heure actuelle, les ESSMS sont libres d'utiliser le référentiel de leur choix pour réaliser leur évaluation interne. Ils peuvent faire appel à un prestataire extérieur ou l'élaborer. L'éventuelle élaboration et le remplissage de ce dernier nécessitent la mobilisation des professionnels de terrain. En fonction du type de référentiel, l'impact sur l'activité des professionnels mobilisés sera différent. Le choix du référentiel est donc un élément fondamental pour la réussite de l'évaluation interne. Il doit permettre d'évaluer l'essentiel de la qualité de l'établissement, tout ayant du sens pour les professionnels qui doivent s'engager pleinement dans la démarche afin que celle-ci aboutisse à un travail de qualité.

---

<sup>1</sup> IGAS, (2016), *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

<sup>2</sup> HAS, (2008), *L'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)*.

Compte tenu des enjeux qui entourent les référentiels d'évaluation interne, nous avons choisi de centrer notre étude sur la problématique suivante : quels sont les impacts du référentiel d'évaluation interne sur l'activité des professionnels du secteur médico-social ?

Pour répondre à cette problématique, nous avons mené une analyse auprès des professionnels de l'association Union pour la Défense de la Santé Mentale (UDSM), lieu de notre stage de fin d'études. Fondée en 1959, l'UDSM est une association à but non-lucratif œuvrant auprès de personnes présentant des problèmes psychiques. Elle met en œuvre « *tous les moyens propres à améliorer sur le plan psychique et psychologique les conditions d'existence des enfants et adultes domiciliés ou résidant dans le département du Val-de-Marne et dans les départements limitrophes* »<sup>3</sup>. L'association gère 20 établissements et services relevant tant du secteur sanitaire que du secteur social et médico-social :

- **Etablissements médico-sociaux pour adultes** : un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) et deux Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).
- **Etablissements médico-sociaux pour enfants et adolescents** : un Externat Médico-Pédagogique (EMP), un Externat Médico-Professionnel (EMPRO), un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP), et un Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD).
- **Logements accompagnés** : une résidence Accueil de 30 logements autonomes durables.
- **Etablissements spécialisés en psychiatrie infanto-juvénile** : huit Centres Médico-Psychologiques (CMP), un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), et un Hôpital de jour.
- **Du poly sectoriel** : un foyer postcure.

La démarche d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux est pilotée par le service qualité et gestion des risques créé en 2018. La première évaluation interne a été conduite en 2011 par un organisme externe et la seconde en novembre 2019 par le service qualité. Nous avons eu l'opportunité de participer à différents

---

<sup>3</sup> UDSM, (2019), *Projet stratégique 2019 - 2023*.

groupes de travail pour le remplissage du référentiel. Nous avons également eu pour mission de rédiger les rapports d'évaluation interne de certains établissements. Notre implication dans le processus d'évaluation interne a été un facteur déterminant dans le choix du sujet, tout comme l'intérêt porté par la Direction générale à l'égard de notre étude. Elle va en effet permettre l'adaptation des méthodologies en fonction des attentes des professionnels et des spécificités des établissements. De plus, il s'agit également par ce travail de recueillir les perceptions et appréhensions de ces derniers face aux changements prévus dans le cadre du processus d'évaluation.

Le présent mémoire s'attachera tout d'abord à décrire les notions de qualité et d'évaluation, en détaillant les différentes modalités de mise en œuvre des référentiels et des problématiques soulevées par ce dernier (1.). Nous exposerons ensuite les résultats de notre analyse des entretiens semi-directifs et du référentiel d'évaluation interne utilisé par l'UDSM (2.). Enfin, il s'agira de discuter les résultats de l'analyse tout en effectuant diverses recommandations pouvant être mises en œuvre afin d'améliorer les pratiques du terrain d'enquête et du secteur social et médico-social (3.).



# 1 REVUE DE LA LITTERATURE

Alors que la qualité fait partie intégrante de divers secteurs d'activités depuis de nombreuses années, son implantation dans le champ de la santé est relativement récente. Elle a tout d'abord été introduite dans le champ sanitaire dans les années 1980, puis dans le secteur social et médico-social en 2002 (1.1.) où elle a été concrétisée par l'obligation pour les ESSMS de mettre en œuvre une démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des activités et des prestations. (1.2.). Bien qu'épaulés par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM)<sup>4</sup>, et ses Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP), les ESSMS bénéficient d'une grande marge de manœuvre pour la mise en place des évaluations et plus particulièrement des évaluations internes. Cela se constate notamment pour la phase de recueil d'informations. À ce jour, l'utilisation d'un référentiel d'évaluation interne est recommandée mais pas obligatoire et ne fait l'objet d'aucune méthodologie harmonisée au niveau national. Cette situation conduit à diverses problématiques dont la HAS s'est emparée il y a peu, et auxquelles nous allons nous intéresser (1.3.).

## 1.1 La notion de qualité comme vecteur de l'amélioration continue des pratiques

Composante incontournable de toute stratégie d'organisation, la qualité est une notion difficile à définir (1.1.1.). D'abord apparue dans le secteur industriel avant de s'étendre au domaine de la santé (1.1.2.), elle présente à l'heure actuelle des enjeux importants pour tout système de santé (1.1.3.).

### 1.1.1 Définition de la qualité

Le terme « qualité » est un terme polysémique, hétérogène et difficile à cerner<sup>5</sup>. Le concept de qualité est en effet un sujet vaste « *d'une grande complexité* »<sup>6</sup> qui a fait l'objet de nombreuses définitions variant dans l'espace et dans le temps au grès des évolutions historiques et culturelles. La norme ISO (International Standardisation Organisation) 9000-2000 définit la qualité comme « *l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients ou autres parties intéressées* ».

---

<sup>4</sup> Les missions de l'ANESM ont été reprises par la HAS en avril 2018.

<sup>5</sup> Kiefer, B., *Bloc-notes : Qualité*, Rev Med Suisse, volume-2, n°624, 2002.

<sup>6</sup> Mispelblom Beyer, F., *Au-delà de la qualité : Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Paris, 2ème édition, 1999.

La notion de qualité trouve évidemment à s'appliquer dans le champ de la santé. La HAS indique que « *la qualité d'un système de santé est atteinte lorsque les actes prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible* ».

Pour mieux cerner ce qu'est la qualité en santé, il est nécessaire de décomposer le champ de la santé en deux grands secteurs : le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social<sup>7</sup>. Dans le champ sanitaire, la notion de qualité se traduit par « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». <sup>8</sup> Dans le champ social et médico-social, la qualité peut être définie comme « *l'aptitude d'une organisation à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de la personne accueillie, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou améliorer sa santé (au sens bio-psycho-social), son autonomie sociale et sa dignité d'être humain* »<sup>9</sup>.

Avant d'être concrétisée à travers le secteur de la santé, la notion de qualité a connu diverses évolutions qui l'ont conduit à devenir un élément indispensable de toute organisation (1.1.2.).

### **1.1.2 Histoire de la qualité**

La notion de qualité a évolué avec le temps. Elle serait apparue il y a plus de 4000 ans dans le royaume de Babylone<sup>10</sup>. Elle s'est considérablement développée dans le secteur de l'industrie à partir de la fin de la révolution industrielle avec le « taylorisme » et la mise en place de méthodes destinées à améliorer la qualité du travail des ouvriers. Elle va continuer à se développer par le biais des industries nouvelles jusqu'à l'apparition de la normalisation<sup>11</sup> qui va être concrétisée par la création de l'Association Française de

---

<sup>7</sup> Depuis la loi du 30 janvier 1975 les secteurs sanitaire, social et médico-social sont des domaines d'activités distincts, segmentés au regard des besoins des individus.

<sup>8</sup> Organisation Mondiale de la Santé.

<sup>9</sup> Ducalet, P., & Laforcade, M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, 2002.

<sup>10</sup> Leclat, H., & Vilcot C., *Qualité en santé : 150 questions pour agir*, 3ème tirage, 2007.

<sup>11</sup> La normalisation a pour objet « de fournir des documents de référence comportant des solutions à des problèmes techniques et commerciaux concernant les produits, les biens et services, qui se posent de façon répétée dans des relations entre partenaires économiques, scientifiques, techniques et sociaux » (Décret n°84-74, 26 janvier 1984, Art. 1<sup>er</sup>.)

Normalisation (AFNOR) en 1926<sup>12</sup> et d'une organisation internationale de normalisation en février 1947 : l'International Standardisation Organisation<sup>13</sup>.

La notion de qualité s'est par la suite développée dans d'autres secteurs et notamment dans le champ de la santé. L'émergence de la qualité en santé en France « *résulte fortement des expériences nord-américaines et plus particulièrement de la politique de santé canadienne* »<sup>14</sup>, où l'assurance qualité est mise en place. Ce concept qui vise à « *la mise en œuvre d'un ensemble approprié de dispositions préétablies et systématiquement destinées à donner confiance en l'obtention régulière de la qualité requise* »<sup>15</sup> apparaît en France à la fin des années 1960, alors que le pays est en pleine crise sociale et que les fondements même de la société industrielle sont remis en cause. Il faudra attendre les années 1980 pour constater une réelle prise de conscience par les pouvoirs publics et les professionnels de la nécessité de réduire les dépenses de santé tout en améliorant la qualité et la sécurité des soins dispensés. C'est ainsi que la loi du 31 janvier 1984 intègre la qualité dans le champ sanitaire par l'institution d'une procédure d'évaluation. Dix-huit ans plus tard, elle intégrera le champ social et médico-social par la loi du 2 janvier 2002.

Les démarches méthodologiques de la qualité ont fortement évolué au fil des années, allant du simple contrôle de la qualité au développement de la démarche qualité et du management par la qualité. Ces évolutions constituent de réels enjeux pour notre système de santé (1.1.3.).

### **1.1.3 Enjeux de la qualité dans le système de santé : démarche qualité et management par la qualité**

La qualité, telle que définie de façon globale précédemment, est l'aboutissement d'un processus : la démarche qualité. La démarche qualité est « *un compromis social au sein de l'organisation [...] une dynamique possible pour retrouver le sens, et la cohérence de l'activité* »<sup>16</sup>.

Depuis les années 1990, la démarche qualité en santé est devenue une priorité nationale. Elle est utilisée comme argument pour réguler le système de santé, notamment

---

<sup>12</sup> L'AFNOR est chargée de coordonner l'élaboration des normes nationales et de participer à l'élaboration des normes européennes et internationales.

<sup>13</sup> Il s'agit d'une organisation chargée de faciliter la coordination et l'unification internationale des normes industrielles.

<sup>14</sup> Caliste, J., Galeazzi, M., Pena, J. & Veninger, G. (2011), *Management dynamique de la Qualité à l'Établissement Public de Santé Maison Blanche (EPSMB) : (Comment réussir le déploiement d'une démarche qualité dans une structure de soins psychiatriques multisites)*, Projectics / Proyética / Projectique, 2011, p.21-33.

<sup>15</sup> Norme NF X 50-100, 1979.

<sup>16</sup> Ducalet, P., & Laforcade, M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, 2002, p.98.

pour la rationalisation de l'offre soins et la définition de bonnes pratiques afin de répondre de façon économiquement soutenable aux besoins et attentes des patients/usagers<sup>17</sup>. À l'heure actuelle, le management d'un établissement de santé se doit d'intégrer la qualité. Selon la norme ISO 8402, le management de la qualité est l'« *ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, et les mettent en œuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité, l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité* ». Le management de la qualité passe notamment par le contrôle qualité. Le contrôle de la qualité consiste en des « *activités telles que mesurer, examiner, essayer ou passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité, et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune de ces caractéristiques* »<sup>18</sup>. De ce contrôle qualité découle l'évaluation des processus. On ne peut en effet parler de qualité sans que celle-ci fasse l'objet d'une évaluation, étape essentielle de toute démarche qualité (1.2.).

## **1.2 L'évaluation comme outil de pilotage de l'amélioration continue de la qualité**

L'amélioration de la qualité ne peut exister que si elle est soumise à une démarche d'évaluation (1.2.1.). Les évaluations occupent une place particulière dans l'amélioration continue de la qualité des établissements de santé (1.2.2.). Il s'agit pour chaque établissement ou service de « *réaliser un diagnostic et une analyse de ses activités et de leurs conditions de mise en œuvre au plus près d'une évaluation de leur pertinence, de leur cohérence et de leurs effets* »<sup>19</sup>. La démarche d'évaluation concerne l'ensemble des établissements de santé, mais est appliquée selon différentes méthodologies au sein des secteurs sanitaire, social et médico-social.

### **1.2.1 Le mécanisme d'évaluation au sens large**

Au sens étymologique du terme, évaluer vient de « *ex-valuere* » qui signifie « *extraire la valeur de* », « *faire ressortir la valeur de* »<sup>20</sup>. Evaluer consiste à « *estimer, apprécier, porter un jugement de valeur [...] de façon à pouvoir décider avec justesse de la suite des événements* »<sup>21</sup>. De façon plus précise, « *l'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, son efficience, sa pertinence, ainsi que les effets prévus et imprévus en considération du contexte observé. Elle implique un diagnostic partagé, la construction d'un*

---

<sup>17</sup> Dumesnil, J., *Art médical et normalisation du soin*, 2011, p.160.

<sup>18</sup> Norme ISO 8402, 1994.

<sup>19</sup> ANESM, (2008), *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*, p.11.

<sup>20</sup> Rogiers, X., *L'école et l'évaluation*, 2<sup>ème</sup> édition, Ed. De Boeck Supérieur, 2010, p.368.

<sup>21</sup> Legendre, R., *Le dictionnaire actuel de l'éducation*, 3<sup>ème</sup> édition, Ed. Guérin Canada, 2006, p.1584.

*cadre de référence spécifique d'évaluation, le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés et repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes étapes de la démarche évaluative »<sup>22</sup>. L'évaluation constitue donc un outil au service de la démarche de progrès qui s'inscrit dans une volonté d'amélioration continue de l'activité.*

Il s'agit d'une notion pluridisciplinaire qui a vocation à s'appliquer dans différents domaines tels que l'éducation, la politique, ou encore la santé (1.2.2.).

### **1.2.2 Le mécanisme d'évaluation dans le champ de la santé**

L'évaluation des activités et de la qualité des prestations s'inscrit dans les principes méthodologiques de l'évaluation des politiques publiques. Dans le champ de la santé, l'évaluation s'applique autant dans le secteur sanitaire (A.) que dans le secteur social et médico-social (B.) par le biais de mécanismes différents. Bien que notre analyse se concentre sur le secteur social et médico-social, il nous semble indispensable d'évoquer ce qui est mis en œuvre dans le secteur sanitaire.

#### **A) Dans le sanitaire**

Le secteur sanitaire est un domaine qui englobe toutes les professions qui participent à la chaîne des soins. Ce secteur a pour but de proposer une prise en soin adaptée afin d'accompagner le patient vers un mieux-être au niveau médical et/ou vers la guérison.

Dans ce secteur, l'évaluation passe par une procédure de certification pilotée par la HAS qui a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins et des prestations délivrés par les établissements de santé. Initialement, l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996<sup>23</sup> avait institué une procédure d'accréditation destinée à organiser la qualité au sein des établissements de santé. Elle a été remplacée en 2004<sup>24</sup> par une procédure de certification obligatoire pour l'ensemble des établissements de santé publics et privés en application des articles L. 6113-3 et suivants du Code de la Santé Publique (CSP). De façon générale, la certification est « *une procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service dûment identifié est conforme aux exigences spécifiées dans un référentiel établi par l'organisme certificateur* »<sup>25</sup>. Dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé, une visite de certification est réalisée par des experts visiteurs mandatés par la HAS exerçant en tant que professionnels de santé en dehors de l'établissement visité. La visite de certification a pour objectif

---

<sup>22</sup> IGAS, (2016), *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

<sup>23</sup> Ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, 24 avril 1996.

<sup>24</sup> Loi n°2004-809 relative aux libertés et responsabilités locales, 13 août 2004.

<sup>25</sup> IGAS, (2016), *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

d'identifier les points de conformité et les écarts par rapport au référentiel applicable : le manuel de certification établi par la HAS. A l'issue de cette visite, un rapport de certification est établi afin de permettre à la HAS de fonder une décision graduée sur la qualité de l'activité de l'établissement<sup>26</sup>. La certification intègre également un dispositif de suivi qui vise à engager les professionnels de l'établissement dans une démarche qualité durable.

En 20 ans, les exigences de qualité ayant été renforcées, le processus de certification a évolué. La dernière évolution en date est la création, depuis 2018, d'un nouveau guide de certification V2020. « *Il s'agit désormais d'adapter le guide aux exigences actuelles et aux évolutions du système de santé* »<sup>27</sup> en corrélation avec l'ensemble des acteurs de terrain de notre système de santé. Les premières visites de certification à l'appui étaient prévues au second semestre 2020. Ce calendrier a été bouleversé par l'état d'urgence sanitaire déclaré au début de l'année 2020.

La procédure de certification est propre au secteur sanitaire, le secteur social et médico-social est soumis, pour sa part, à des évaluations internes et externes (B.).

#### B) Dans le social et médico-social

Le secteur social et médico-social accueille une grande variété de publics. Il est composé d'un grand nombre de différentes structures spécifiques aux besoins des publics accueillis. Il existe deux grandes catégories d'établissements : ceux qui ont une activité d'accueil et d'hébergement, et ceux qui ont une activité d'accueil et de services à domicile ou sur les lieux fréquentés par la personne accompagnée. L'ensemble de ces établissements a pour objectif d'améliorer la qualité de l'environnement personnel, social et éducatif des personnes prises en charge. Par leurs activités, ils répondent aux besoins des plus vulnérables et renforcent ainsi la cohésion sociale.

Dans ce secteur, la démarche d'évaluation a mis longtemps avant d'être mise en place. La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales a connu vingt et une modifications en vingt-cinq ans, sans pour autant aborder la question de l'évaluation des ESSMS. La première bribe de l'évaluation est apparue dans le secteur de la gérontologie avec l'arrêté du 26 avril 1999. Cet arrêté instaure l'obligation pour les Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de signer une convention pluriannuelle avec le conseil général et l'assurance maladie afin de « *définir les conditions de la qualité de la prise en charge [...] et préciser les objectifs d'évolution de l'établissement*

---

<sup>26</sup>Certification (A) ; certification avec recommandation d'amélioration (B) ; certification avec obligation d'amélioration (C) ; sursis à statuer (D) ; non certification (E).

<sup>27</sup> HAS, *Découvrir la V2020*, 2019.

*et les modalités de son évaluation* »<sup>28</sup>. Afin d'aider les EHPAD à mettre en œuvre ces exigences, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a créé le référentiel ANGELIQUE<sup>29</sup>. Il s'agit d'un « outil d'autoévaluation » non-obligatoire dédié exclusivement aux EHPAD. Construit sous forme de grille, ce référentiel a pour objectif de mesurer et d'évaluer la qualité des prestations offertes. À cette époque, il s'agissait donc du « *premier et unique référentiel existant dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux, complet, testé et validé sur le terrain et globalement consensuel* »<sup>30</sup>.

Il faudra attendre la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002<sup>31</sup> pour que l'obligation d'évaluation soit étendue à l'ensemble du secteur social et médico-social, et plus précisément aux ESSMS visés par l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Le dispositif d'évaluation mis en place comprend d'une part l'évaluation interne<sup>32</sup> et d'autre part l'évaluation externe<sup>33</sup>. Les modalités d'évaluation des activités et de la qualité des prestations des ESSMS ont par la suite été définies par le décret du 15 mai 2007<sup>34</sup>. Les évaluations internes et externes visent à réaliser une analyse au-delà d'une simple description des pratiques. Elles ont pour vocation de « *repérer collectivement les points forts et faibles, les améliorations à engager et le niveau d'organisation à interroger au regard des effets pour les usagers* »<sup>35</sup>. Elles sont en effet centrées sur l'effectivité des droits des usagers et les conditions de réalisation du projet de la personne, notamment la capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes.

Afin d'accompagner les ESSMS dans la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, l'ANESM a été créée en 2007 succédant au Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale (CNESM) créé deux ans plus tôt. Ce Groupement d'Intérêt Public (GIP) a été absorbé par la HAS en avril 2018 qui a repris ses principales missions. L'ANESM avait pour mission d'accompagner les ESSMS dans leur démarche d'évaluation, via notamment la rédaction de RBPP. Elles ont été conçues à partir des principes

---

<sup>28</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle de l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>29</sup> ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la QUALité pour les personnes accueillies en Etablissements.

<sup>30</sup> Bauduret, JF., & Jaeger, M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoires d'une refondation*, Paris : Dunod, 2002, p.104.

<sup>31</sup> Loi n° 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2 janvier 2002.

<sup>32</sup> Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2 janvier 2002, Article 22 alinéa 1 : « *les établissements et services procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (...)* ».

<sup>33</sup> Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2 janvier 2002, Article 22 alinéa 2 : « *les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur* ».

<sup>34</sup> Décret n° 2007-975 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 15 mai 2007.

<sup>35</sup> HAS, (2009) *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*.

méthodologiques de l'évaluation reconnus au plan national et international. Fidèles à l'esprit des textes, les RBPP ne sont pas normatives. Elles ont vocation à apporter « *des repères méthodologiques à l'ensemble des ESSMS, quelle que soit la taille de la structure dans le but améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers* »<sup>36</sup>. Certaines sont transversales, d'autres sectorielles. Les ESSMS doivent s'appuyer sur ces dernières pour évaluer leurs activités conformément à ce que dispose l'article L.312-8 du CASF. Ils peuvent bien évidemment déployer des pratiques qui vont au-delà des recommandations.

Pour mieux comprendre comment se déroule la démarche d'évaluation dans le secteur social et médico-social, nous allons nous attarder sur chacune de ses composantes à savoir : l'évaluation interne (a.) et l'évaluation externe (b.).

#### a) *Evaluation interne*

L'évaluation interne est une démarche globale d'évaluation de l'établissement dans son environnement. Elle interroge « *la pertinence, l'impact et la cohérence des actions mises en œuvre au regard des missions imparties d'une part, et des besoins et attentes des personnes accompagnées d'autre part* »<sup>37</sup>. Il s'agit d'évaluer la cohérence entre les objectifs qui ont été fixés, les moyens alloués et les résultats obtenus. Cela suppose ainsi « *d'identifier pour quoi et pour qui les ESSMS déploient leurs activités, les processus mis en place (articulations, organisation, intégration de ressources), ainsi que les effets pour les usagers* »<sup>38</sup>.

L'évaluation interne doit être réalisée tous les cinq ans à partir de la date de délivrance de l'autorisation. Il est impératif qu'elle soit particulièrement bien menée car celle-ci précède l'évaluation externe et en conditionne le résultat qui est déterminant pour le renouvellement de l'autorisation. Les résultats de cette dernière doivent ensuite être transmis à l'autorité ayant délivré l'autorisation ou lors de la révision de leur contrat pour les ESSMS qui ont conclu un contrat pluriannuel. Le document remis aux autorités présente « *les éléments de compréhension de la dynamique d'amélioration des services rendus et de la conduite du changement, les principaux éléments suivis et leur analyse* »<sup>39</sup>.

---

<sup>36</sup> ANESM, (2015), *Rapport d'activité*.

<sup>37</sup>HAS, *L'évaluation interne : définition*, 2018, [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2841048/fr/l-evaluation-interne-definition](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2841048/fr/l-evaluation-interne-definition)

<sup>38</sup>HAS, (2009), *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*, [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835294/fr/la-conduite-de-l-evaluation-interne-dans-les-etablissements-et-services-vises-a-l-article-l-312-1-du-code-de-l-action-sociale-et-des-familles](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835294/fr/la-conduite-de-l-evaluation-interne-dans-les-etablissements-et-services-vises-a-l-article-l-312-1-du-code-de-l-action-sociale-et-des-familles)

<sup>39</sup> ANESM, (2008) *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*, p.45.

Elle est conduite par l'établissement ou le service lui-même avec l'aide éventuelle de consultants extérieurs « *au regard notamment de procédures, de références et des RBPP* »<sup>40</sup>. Il s'agit d'un processus technique et stratégique qui implique de nombreux acteurs. Elle repose en effet de manière essentielle sur le croisement des perspectives, ce qui suppose l'implication de l'ensemble des acteurs de l'établissement. Il s'agit d'une démarche participative associant les professionnels, les partenaires et les personnes accueillies. Elle contribue ainsi à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des ESSMS et les autorités publiques. L'ANESM recommande « *de constituer un groupe projet composé de représentants de l'ensemble des parties prenantes [...] en référence aux méthodes d'évaluation prônées nationalement et internationalement* ». Même si les modalités d'animation diffèrent selon la taille et les ressources des établissements et services, l'implication de l'ensemble des professionnels est indispensable, les données précises sur certains points ne pouvant provenir que des professionnels eux-mêmes. Il s'agit également d'une occasion pour l'ensemble des acteurs de repenser les liens entre des objectifs qu'ils se donnent, des pratiques qu'ils développent et leur contexte d'action.

L'ANESM identifie quatre grandes étapes pour la mise en œuvre de l'évaluation interne. Ces étapes ne sont que des préconisations et ne sont pas obligatoires :

- **Définir le cadre évaluatif de l'établissement ou du service** : formulation du cadre des activités déployées.
- **Recueillir des informations fiables et pertinentes** : pour cette étape l'ANESM recommande d'utiliser un référentiel.
- **Analyser et comprendre les informations recueillies** : identification des changements et des écarts.
- **Piloter les suites de l'évaluation** : analyse de l'atteinte des objectifs fixés et prise de décisions.

La mise en place d'un tel cadre évaluatif vise à établir un diagnostic pluridimensionnel ayant pour finalité l'aide au pilotage du changement dont l'objet est la qualité des prestations et des interventions. Elle permet en effet une amélioration des pratiques professionnelles au bénéfice des usagers.

Elle est complétée par l'évaluation externe qui s'effectue à partir d'une méthodologie différente (b.).

#### *b) Evaluation externe*

---

<sup>40</sup> Article L. 312-8 du CASF.

L'évaluation externe a une place majeure dans le processus d'évaluation dans la mesure où elle conditionne le renouvellement de l'autorisation délivrée à l'ESSMS. Elle constitue un processus d'aide à la décision, basé sur un travail de connaissances et d'analyse partagé entre l'évaluateur extérieur et l'établissement, dans le but de définir des axes d'amélioration. L'objectif de cette évaluation est de « *mieux connaître et comprendre les processus et d'apprécier les impacts produits par ces derniers* »<sup>41</sup>. Elle s'effectue une première fois sept ans après la date initiale d'autorisation ou d'agrément, et une deuxième fois deux ans avant la date de son renouvellement.

L'évaluation externe doit être menée par un expert visiteur habilité par la HAS au regard des qualifications et compétences déterminées par l'annexe 3-10 du CASF. Ce dernier doit réaliser un état des lieux portant sur le fonctionnement global de l'établissement, sur la réalisation du plan d'actions découlant de l'évaluation interne, ainsi que sur les thématiques prévues à la section III de l'annexe 3-10 du CASF. Contrairement au secteur sanitaire où les experts visiteurs sont imposés à l'établissement, dans le cadre de l'évaluation externe, c'est aux établissements de mettre en concurrence les différents organismes habilités par la HAS. Cette procédure fait l'objet de nombreuses critiques relatives à l'objectivité des rapports établis par les experts. « *Il a été plusieurs fois signalé des cas où le rapport d'évaluation avait été retouché à la demande du commanditaire, s'agissant souvent de petits cabinets qui avaient besoin de travailler* »<sup>42</sup>. Bien que l'article D. 312-199 du CASF relatif au cahier des charges formule des exigences en matière de déontologie, les autorités ont des difficultés à détecter d'éventuels conflits d'intérêts entre un établissement et un organisme habilité. À titre d'illustration, dans son rapport de 2016, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) affirme que « *86 % des ARS estiment avoir rencontré des difficultés pour s'assurer de l'indépendance des organismes habilités* ».

À l'heure actuelle, les évaluations internes et externes sont dans une logique de complémentarité. Bien qu'elles ne soient pas conduites par les mêmes acteurs, ni réalisées dans les mêmes conditions, elles ont toutes deux pour finalité d'améliorer la qualité des services proposés, c'est pourquoi les champs des évaluations sont identiques. Cette complémentarité permet ainsi d'apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu et donc de développer une démarche d'amélioration continue de la qualité.

---

<sup>41</sup> Annexe 3-10, CASF, Chapitre I, section I.

<sup>42</sup> IGAS, (2016), *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

L'une des étapes fondamentales de la démarche d'évaluation est le recueil d'informations précises et ciblées. Dans la majorité des cas, ce recueil s'appuie sur un outil non-obligatoire mais recommandé : le référentiel d'évaluation (1.3.).

### 1.3 Le référentiel comme outil de l'évaluation

« L'évaluation d'un bien, d'un service ou d'une personne, démarre toujours par des mesures à l'aide d'un outil, à partir de critères ou d'indicateurs de mesure. Elle peut s'effectuer par la mise en place d'une grille ou d'une méthode comportant des critères éventuellement discutables dans le but de donner de la valeur »<sup>43</sup>. Dans le cadre de la démarche d'évaluation « le recueil d'informations peut se faire à partir de référentiels spécifiques [...] qui peuvent être utilement complétés à l'aune [...] des RBPP de l'ANESM »<sup>44</sup>. La mise en œuvre d'une telle méthodologie permet « d'édicter la manière dont les pratiques doivent être encadrées, codifiées et normalisées »<sup>45</sup>. Bien plus qu'un simple recueil de données, le référentiel est porteur de nombreuses autres fonctions. Afin de cerner les enjeux de cet outil nous allons apporter des éléments de définition et de description sur la notion de référentiel (1.3.1.), avant de mettre en lumière le processus d'utilisation de ce dernier (1.3.2.) et ses limites (1.3.3.).

#### 1.3.1 Définition du référentiel dans le cadre de l'évaluation interne

Un référentiel est un outil servant de guide pour la construction et la vérification d'un système. « Dans l'optique de la maîtrise de la qualité, un « référentiel » constitue un document qui évoque un ensemble d'exigences, de normes et de préconisations auquel les acteurs vont précisément se référer »<sup>46</sup> afin d'établir un diagnostic sur la base d'un langage commun. Il permet d'appréhender l'organisation de l'établissement à travers le concept de transversalité, mais également d'aborder les articulations entre les processus et les acteurs. Pour ce faire il formalise un certain nombre d'informations permettant de questionner les organisations, pratiques, et modalités de mise en œuvre d'un projet.

Il se compose la plupart du temps des éléments suivants :

- **Les objets évaluables ou thèmes** qui correspondent aux domaines d'applications principaux et notamment à ce que l'on veut prioritairement évaluer.

---

<sup>43</sup> El Ouahabi, I., *L'évaluation des établissements du secteur social et médico-social : vers une nécessaire uniformisation des pratiques ?*, Université de Lille, 2018, p.9.

<sup>44</sup> HAS, (2009), *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*, [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835294/fr/la-conduite-de-l-evaluation-interne-dans-les-etablissements-et-services-vises-a-l-article-l-312-1-du-code-de-l-action-sociale-et-des-familles](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835294/fr/la-conduite-de-l-evaluation-interne-dans-les-etablissements-et-services-vises-a-l-article-l-312-1-du-code-de-l-action-sociale-et-des-familles)

<sup>45</sup> Jolivet, A., *La certification à l'épreuve de communication : Figures de la qualité et travail du sens. Le cas d'un établissement de santé*, Université Paul Sabatier, Toulouse III, 2011.

<sup>46</sup> Loubat, JR., *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2014, p.432.

- **La réglementation et/ou les bonnes pratiques.** Elles peuvent être appréhendées comme des façons de faire qui semblent pouvoir être collectivement validées comme étant « ce qui vaut », ce qui est normal et « souhaitable » dans des conditions normales d'exercice.

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne les ESSMS doivent au minimum, évaluer les quatre domaines suivants imposés par l'ANESM :

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

L'évaluation peut bien évidemment aller au-delà de ces quatre thèmes. Généralement, le choix se tourne vers les thèmes porteurs d'enjeux centraux valorisant l'action menée, soulevant des problématiques, ou étant particulièrement attendus par les partenaires institutionnels.

- **Les questions évaluatives** qui servent à interroger les pratiques. Il s'agit de décomposer chaque RBPP en plusieurs questions évaluatives construites en fonction des critères de jugement retenus. Concernant la formulation des critères, la HAS propose de les énoncer sous une forme interrogative, l'ensemble du référentiel constituant dès lors un questionnement évaluatif.
- **Les indicateurs.** Un indicateur est une information choisie qui permet d'observer périodiquement les évolutions d'une situation au regard d'objectifs définis. Le choix des indicateurs doit découler des objectifs à atteindre. Ils doivent permettre de mesurer les effets de la démarche d'un point de vue quantitatif. Grâce à la définition des indicateurs, il est par la suite plus simple de choisir les actions à entreprendre en priorité, et de mesurer périodiquement les progrès réalisés.

Dans le cadre de la démarche d'évaluation, le référentiel constitue la « pierre angulaire » du dispositif. Il sert de cadre à la démarche. Aussi important qu'il soit, rappelons que le référentiel ne constitue toutefois qu'une étape de l'évaluation.

En ce qui concerne l'évaluation externe, l'organisme habilité par la HAS doit construire son référentiel à partir d'un cahier des charges figurant à l'annexe 3-10 du CASF. Ce cahier des charges est axé autour de quatre objectifs : porter une appréciation globale, examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne, examiner certaines

thématiques et élaborer des propositions et/ou préconisations. Ces axes de travail n'étant pas assortis d'un modèle de plan précis, il existe une grande diversité de présentation des rapports rendus. « *L'ensemble des parties prenantes à la démarche d'évaluation externe s'accorde pour constater que le décret valant cahier des charges n'est pas suffisamment contraignant et regrette l'absence d'un cadrage précis du rapport d'évaluation, source de perte de temps et d'efficacité pour le dispositif* »<sup>47</sup>.

Pour l'évaluation interne, malgré l'utilité certaine de cet outil, il n'existe aucune obligation législative ou réglementaire obligeant l'utilisation d'un référentiel type pour l'évaluation des ESSMS. Si l'ESSMS souhaite s'appuyer sur un référentiel, c'est à lui de « choisir » ce dernier (1.3.2.). Effectivement, bien que la situation ait vocation à changer, à ce jour, aucun référentiel d'évaluation interne destiné à traduire les RBPP n'a été proposé aux ESSMS au niveau national<sup>48</sup>. « *En tout état de cause, que l'étape de recueil soit appuyée ou non sur un référentiel existant, il est recommandé de vérifier que les données informent les différents niveaux d'évaluation des objectifs poursuivis* »<sup>49</sup>.

### **1.3.2 Utilisation du référentiel dans le cadre de l'évaluation interne**

Contrairement au secteur sanitaire où un référentiel est imposé par la HAS, la démarche d'évaluation interne étant une démarche autonome d'appréciation de l'activité, aucun référentiel n'est établi par la HAS. Ainsi, les ESSMS peuvent s'appuyer sur un référentiel d'évaluation parmi les outils existants (A.), ou en créer un (B.). Quel que soit le référentiel utilisé, il se doit de respecter la réglementation et les quatre objectifs génériques fondamentaux précités. Ces objectifs constituent le prolongement opérationnel des finalités de l'action sociale et des garanties inscrites dans les textes.

#### **A) Les référentiels existants : un choix couteux**

A l'heure où ce mémoire est rédigé, les ESSMS ont la possibilité d'acheter ou d'adapter un référentiel existant pour réaliser leur évaluation interne. Plusieurs outils ont été réalisés par les réseaux associatifs, les services de l'Etat, les conseils généraux ou encore par des cabinets de consultants. Chaque référentiel est adapté à une ou plusieurs catégories de publics. Selon les travaux déjà établis sur le sujet, il existerait 7 référentiels principaux pour

---

<sup>47</sup> IGAS, (2016), *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

<sup>48</sup> HAS, *Avec l'élargissement de ses missions au social et médico-social, la HAS intervient désormais sur tous les enjeux de santé*, Communiqué de presse, Avril 2018.

<sup>49</sup> ANESM, (2008), *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*, p.33.

les ESSMS « *créés par logique d'établissement ou de secteur selon leurs objectifs respectifs* »<sup>50</sup>.

Ces référentiels sont les suivants<sup>51</sup> :

- **ARSENE** : adapté à tous les ESSMS, cet outil a remplacé l'outil PERICLES créé en 1997 par l'ANCREAI<sup>52</sup>. Il a été mis en place grâce à la collaboration entre des intervenants des CREA<sup>53</sup> et des équipes de terrain. Ce logiciel payant est basé sur les RBPP de la HAS et propose 5 thèmes : le projet d'établissement ; les droits et participation des usagers ; le projet personnalisé ; l'établissement dans son environnement ; et l'organisation et les ressources.
- **PROMAP** : adapté à tous les ESSMS. Ce logiciel payant est basé sur les RBPP de la HAS et propose les 4 thèmes suivants : l'utilisateur ; l'environnement ; le projet ; et l'organisation.
- **QUALIT' EVAL** : adapté à tous les ESSMS, il a été mis en place par des responsables et experts du secteur social et médico-social. Ce logiciel propose 23 types de référentiels adaptés à chaque ESSMS. Ce logiciel payant est basé sur les RBPP de la HAS et propose 8 thèmes : le projet d'établissement ; la garantie des droits individuels et la participation des usagers ; la personnalisation de l'accompagnement ; l'accompagnement de l'utilisateur permettant la promotion de son autonomie, de sa qualité de vie, de sa santé et de sa participation sociale ; le cadre de vie ; la sécurité et la gestion des risques ; l'établissement dans son environnement ; et l'organisation générale de l'établissement.
- **ANGELIQUE** : déjà évoqué précédemment, il s'agit d'une grille d'évaluation à destination du secteur personnes âgées. Il a été mis en place par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Cet outil gratuit, propose 4 thèmes : attentes et satisfaction des résidents et de leurs familles ; réponses aux besoins en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins ; l'établissement dans son environnement ; démarche qualité.
- **UNASSI** : adapté aux ESSMS du secteur soins à domicile, il a été mis en place par l'Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers (UNASSI). Ce

---

<sup>50</sup> El Ouahabi, I., *L'évaluation des établissements du secteur social et médico-social : vers une nécessaire uniformisation des pratiques ?*, Université de Lille, 2018, p.45.

<sup>51</sup> Cette liste n'est pas exhaustive.

<sup>52</sup> ANCREAI : Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptés

<sup>53</sup> CREIA : Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptés

logiciel payant, propose 7 thèmes : la garantie des droits individuels et la participation des usagers ; la prévention des risques ; la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie ; la continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions ; le projet de service et ses modalités de mise en œuvre ; le service dans son environnement ; l'organisation générale du service.

- **QUALI'EVAL** : adapté aux ESSMS du secteur handicap, il a été mis en place par NEXEM, représentant des employeurs associatifs du secteur social, médico-social et sanitaire. Ce logiciel payant est basé sur les RBPP de la HAS et propose 7 thèmes : le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre ; la personnalisation de l'accompagnement ; la garantie des droits et la participation des usagers ; la promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, de la santé et de la participation sociale ; la protection et la prévention des risques, comme la maltraitance individuelle ou institutionnelle ; l'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique ; l'organisation de l'établissement au service de l'utilisateur à travers le management, la gestion des ressources humaines, financières, le cadre de vie, la sécurité.
- **APAJH** : adapté aux ESSMS du secteur handicap, il a été mis en place par l'APAJH<sup>54</sup>. Ce logiciel gratuit est basé sur les RBPP de la HAS et propose 10 thèmes : la personne accompagnée ; la structure ; le projet associatif ; le projet d'établissement ; les ressources humaines ; fonctionnement et stratégie d'organisation ; la démarche d'amélioration continue ; la communication ; les fonctions logistiques ; la gestion financière et comptable.

Bien que constituant de véritables outils clés en mains, le coût de ces référentiels poussent de plus en plus d'ESSMS à créer leur propre référentiel. (B.).

#### B) Construction d'un référentiel : un choix laborieux

En l'absence de modèle proposé au niveau national, les principaux groupements et fédérations d'ESSMS ont élaboré leur propre référentiel à destination de leurs adhérents<sup>55</sup>. Pour ce faire, ces derniers se sont appuyés, en interne, sur les compétences de qualitatifs. Toutefois, tous les ESSMS ne possèdent pas de service qualité. Or, créer un référentiel propre à un établissement n'est pas chose facile. Il s'agit en effet d'une démarche demandant une forte mobilisation des personnels sur une durée importante. Les

---

<sup>54</sup> APAJH : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés.

<sup>55</sup> IGAS, (2016), *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

établissements indépendants qui ne disposent pas d'un effectif suffisant pour consacrer du temps à la démarche qualité se sont ainsi trouvés en difficulté pour réaliser leur évaluation interne. Certains établissements indépendants ont ainsi fait le choix de se « débrouiller » seuls, à partir d'outils existants, tels le référentiel ANGELIQUE pour les EHPAD ou la méthode et le guide d'évaluation ARSENE pour le secteur du handicap<sup>56</sup>. D'autres ont tenté d'élaborer leur référentiel sans repartir des référentiels existants, et n'ont pas nécessairement réussi à achever ce travail.

Pour éviter ces situations et face à l'ampleur du travail que représente l'élaboration d'un référentiel, de plus en plus de projets collaboratifs se mettent en place pour établir des référentiels communs. Par exemple, des associations collaborent afin de construire un référentiel leur permettant à la fois de mutualiser leurs compétences, mais également de bénéficier d'un regard pluriprofessionnel garant d'une forme d'objectivité. De même, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Pays de la Loire a rédigé, en lien avec les réseaux qualité de la région, un référentiel d'évaluation interne destiné aux ESSMS qui le souhaitent. Enfin, nous pouvons également citer la création d'un référentiel d'évaluation interne en 2011 par le Réseau qualité Alsace des établissements de santé. Il est toutefois regrettable qu'aucun partage de ces travaux n'ait été organisé à l'échelon national.

Au regard de l'absence de cadre national relatif à l'utilisation d'un référentiel précis, il existe une multitude d'outils soulevant certaines interrogations quant à la pertinence d'une telle méthodologie (1.3.3.).

### **1.3.3 Les interrogations soulevées par les référentiels d'évaluation interne**

Bien que la circulaire de novembre 2011 ordonne aux autorités de tarification d'être « *attentives au contenu, au périmètre et à la démarche méthodologique de l'évaluation interne et aux outils utilisés par les ESSMS* », à l'heure actuelle, il existe presque autant de référentiels que d'établissements. Cette diversité de référentiels soulève de multiples interrogations.

Tout d'abord en termes de méthodologie. Effectivement, même si des notes de cadrage peuvent exister, les établissements sont libres d'appliquer leurs propres méthodologies avec leurs propres niveaux de jugement sans aucune limitation et aucune concertation. Dès lors, les référentiels utilisés sont nécessairement différents les uns des autres, selon l'établissement concerné et la méthodologie employée. Ainsi certains sont extrêmement précis voire prescriptifs et peuvent rapidement devenir creux et prêter à

---

<sup>56</sup> Ibid.

l'arbitraire. En effet, se tenir à des procédures formelles limite la parole des participants et par conséquent limite la portée d'une authentique démarche qualité. À l'inverse, certains référentiels représentent plutôt des guides de bonnes pratiques, avec des questions très générales, appréhendé davantage comme un outil favorisant l'expression. Le risque de ce type de référentiel est de rester dans un schéma descriptif sans nécessairement obtenir de réponses précises sur les modalités de fonctionnement de l'établissement. Une nouvelle fois, cela limite considérablement l'amélioration continue de la qualité.

Ensuite en termes d'objectivité. Comment évaluer les établissements d'un même secteur, effectuant les mêmes activités, à partir d'un outil différent ? Les établissements n'étant pas évalués à partir de la même base, il semble impossible de pouvoir établir des parallèles entre les ESSMS du même secteur.

La question de l'équité est également une interrogation fondamentale. Beaucoup de petites associations, n'adhérant pas à une fédération et n'ayant pas de responsable qualité, rencontrent d'importantes difficultés pour produire un référentiel. Il y a donc de réelles inégalités entre les établissements qui ne bénéficient d'aucune aide extérieure, faute de moyens financiers et humains, et ceux qui peuvent s'offrir les services d'une fédération ou d'un prestataire externe.

Enfin, cela interroge également sur le lien avec les évaluations externes. Comment mesurer la qualité des prestations délivrées avec des grilles inconnues des organismes habilités à évaluer les établissements ? À cet effet les autorités chargées de l'autorisation et de la tarification regrettent parfois l'hétérogénéité des référentiels d'évaluation interne et l'absence de cadre méthodologique partagé par les évaluateurs externes car cela ne permet pas d'identifier aisément des axes d'efforts communs à un territoire ou une catégorie d'établissements ou services<sup>57</sup>.

Ces nombreux écueils ont été mis en exergue par l'IGAS qui a été saisie sur la politique de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale, et notamment sur son volet évaluation des ESSMS. Cette étude a donné lieu à deux rapports en 2013 et 2016<sup>58</sup>. L'IGAS affirme que « *l'absence de cadre évaluatif de référence aboutit [...] in fine à la collecte d'informations hétérogènes et non standardisées* ». À ce titre, l'IGAS souligne la nécessité d'un référentiel national d'évaluation afin de constituer un socle commun tout en prenant en compte les spécificités des structures<sup>59</sup>. Cette recommandation de l'IGAS a semble-t-il été entendue par la HAS qui a décidé de la mise en place d'un référentiel national commun à tous les ESSMS disposant de volets spécifiques selon les secteurs. Nous détaillerons cette réforme dans la dernière partie de notre étude<sup>60</sup>.

---

<sup>57</sup> IGAS, (2016), *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

<sup>58</sup> Ibid.

<sup>59</sup> Hesse, C., & Leconte, T, (2017), *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, rapport, p.224.

<sup>60</sup> Cf partie 3.2.2.



## 2 METHODOLOGIE ET RESULTATS

L'enquête menée sur le terrain constitue le cœur des propos qui vont suivre. Cette enquête a été réalisée au sein de l'association UDSM. Elle a pour objet d'appréhender le ressenti des personnels rencontrés à propos de la démarche qualité, des évaluations internes, du référentiel utilisé et des réformes à venir. La présentation de notre analyse se déroulera en trois temps. L'analyse des entretiens avec explication préalable de la méthodologie choisie et utilisée (2.1.) sera présentée avant la deuxième analyse, qui portera sur le référentiel utilisé dans le cadre de l'évaluation interne de l'association (2.2.). Enfin, nous évoquerons les limites rencontrées lors de cette étude (2.3.).

### 2.1 Les entretiens semi-directifs : méthodologie et analyse

Il s'agit de décrire et d'argumenter la méthodologie retenue dans le cadre de cette étude (2.1.1.), puis d'analyser les entretiens menés auprès des personnels de l'association (2.1.2.).

#### 2.1.1 Méthodologie

Dans le cadre de ce travail, nous avons fait le choix de mener une étude qualitative (A.) traduite par la conduite d'entretiens semi-directifs (B.) réalisés auprès d'un échantillonnage que nous avons défini selon des critères précis (C.). Les conditions de déroulement des entretiens ont également fait l'objet d'une attention particulière bien que ces dernières aient dû être adaptées (D.).

##### A) Le choix de l'étude qualitative

Les recherches empiriques peuvent être menées sous forme d'étude qualitative ou quantitative. Au regard de la finalité vers laquelle nous souhaitons aller, nous nous sommes tournés vers une étude qualitative « *particulièrement adaptée aux travaux conduits dans le champ de la santé* »<sup>61</sup>. Cette méthode nous semblait la plus adaptée pour fournir une description complète et détaillée du sujet via un recueil de la réalité de terrain dans la mesure où « *c'est à partir du terrain que s'élaborent ou se vérifient les connaissances* »<sup>62</sup>. Les études qualitatives permettent d'interpréter et de comprendre les mécanismes des individus par l'analyse de leurs comportements. Elles « *sont au plus près des personnes et*

---

<sup>61</sup> Imbert. G., *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*, 2010.

<sup>62</sup> Moscarola, J., *Protocoles de recueil d'information et mise en forme des données*, Chapitre 3, 2018.

*du terrain pour mettre en avant des faits, des signaux ou encore des mécanismes sociaux, contrairement aux approches quantitatives »<sup>63</sup>.*

Dans le cadre des études qualitatives, plusieurs outils d'investigation sont à la disposition du chercheur parmi lesquels la conduite d'entretien (B.).

#### B) L'entretien semi-directif comme outil d'investigation

Pour mener à bien notre étude, nous nous sommes tournés vers la semi-directivité (a.) ce qui nous a amenés à définir diverses conditions au service de la production du discours (b.).

##### a) La semi-directivité

*« Les méthodes d'entretien se distinguent par la mise en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine (...) et se caractérisent par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs »<sup>64</sup>.* Le degré de directivité détermine la nature de l'entretien : directif, semi-directif ou non-directif. *« Moins l'entretien est directif et plus l'acteur participe à la production du sens, tant dans la forme, les associations d'idées, que dans le fond, le contenu du discours »<sup>65</sup>.* Dans le cadre de notre étude, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs. Centrée sur les acteurs, la semi-directivité permet de recueillir un matériau riche pour donner du sens aux discours et aux actions. En effet, *« ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises »,* elle permet de *« laisser venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient »<sup>66</sup>.* L'objectif est d'encourager et de faciliter l'expression des perceptions, des interprétations et des expériences de l'interviewé pour répondre à la problématique posée.

Afin de recueillir et d'analyser au mieux les propos des répondants, nous nous sommes fixé diverses règles de méthodologie et de déontologie (b.).

##### b) Des règles et des conditions au service de la production du discours

Des règles de déontologie ont été suivies dans le cadre des entretiens. J. Barus-Michel, psychosociologue, rappelle que les règles de déontologie ont pour but *« d'assurer un*

---

<sup>63</sup> Brechon, P., *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*, presses universitaires, p.14.

<sup>64</sup> Quivy, R., & Van Campenhoudt, L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, 1988, p.194.

<sup>65</sup> Juan, S., *Méthodes de recherche en sciences en sciences socio-humaines : exploration critique des techniques*, Paris, PUF, 1999, p.107

<sup>66</sup> Van Campenhoudt L., Marquet J., & Quivy, R., *Manuel de recherche en sciences sociales*, 5ème édition, Malakoff, Dunod, 2017, p.256.

*minimum de protection aux gens dont vous utilisez, (...) par la voie de l'entretien, les propos* »<sup>67</sup>.

Conformément aux règles de conduite à tenir, une méthodologie d'enquête opérationnelle et rigoureuse a été suivie. Nous avons rédigé un protocole d'enquête en amont pour garantir l'anonymat des personnes et la confidentialité des propos recueillis, une « *manière, à la fois intelligible, rassurante et engageante de présenter l'entretien et de le conduire* »<sup>68</sup>.

De plus, pour permettre au chercheur de conserver « *une attitude empathique, centrée sur le discours de la personne* »<sup>69</sup>, nous avons eu recours à l'enregistrement avec accord oral des personnes interrogées.

Par ailleurs, nous avons construit deux guides d'entretien. Le guide introduit « *une homogénéité protocolaire entre les différents enquêtés nécessaire à l'agrégation des résultats* »<sup>70</sup>. Il s'agit d'un document structuré par thèmes, par questionnements et par questions d'approfondissement qui traduisent les interrogations en lien avec la problématique posée pour l'étude. Nous avons réalisé un guide d'entretien pour les personnels hors siège social non-décisionnaires dans le choix du référentiel ([cf. Annexe 1](#)) et un guide d'entretien pour les personnels du siège à l'origine de la méthodologie adoptée dans le cadre de l'évaluation interne ([cf. Annexe 2](#)). Le premier guide a fait l'objet de deux pré-tests, contrairement au second qui n'a pas pu être testé comme nous l'expliquerons ultérieurement<sup>71</sup>. L'étape des pré-tests est fondamentale pour identifier les éventuels erreurs, oublis, incompréhensions et évaluer le temps réel de conduite des entretiens. Suite aux commentaires des interviewés, nous avons rajouté deux questions : l'une sur la volonté éventuelle de réaliser l'évaluation interne selon une autre méthodologie, et l'autre concernant la connaissance des réformes prévues par la HAS pour les évaluations internes et externes.

Dans leur version finale, les deux guides sont progressifs pour permettre à la relation de se mettre en place. Nous avons fait le choix de questions ouvertes afin d'inciter le répondant à se dévoiler et faire émerger des sujets auxquels nous n'aurions pas pensé. Les guides comportent également des questions fermées avec demande systématique de qualification ou d'exemplification des propos : « *la demande d'exemplification aide à la constitution d'un matériau riche et exploitable* »<sup>72</sup>. La discussion est orientée par de

---

<sup>67</sup> Barus Michel, J., *Clinique et sens, Vocabulaire et psychologie*, 2002.

<sup>68</sup> Bourdieu, P., « *Comprendre* », dans Bourdieu P., *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993, p.1389-1425.

<sup>69</sup> Juan, S., *Méthodes de recherche en sciences en sciences socio-humaines : exploration critique des techniques*, Paris, PUF, 1999, p.296.

<sup>70</sup> Ibid.

<sup>71</sup> Cf partie 2.3

<sup>72</sup> Lahire, B., *L'homme pluriel. La sociologie à l'épreuve de l'individu*, 1999.

multiples techniques comme les questions de reformulation et de relance afin de laisser le répondant s'exprimer tout en restant centré sur le sujet à explorer.

Le premier guide destiné aux personnels hors siège social, est composé de 9 questions structurées autour des 5 thèmes suivants : connaissance et opinions relatives à la démarche qualité, connaissance et opinions relatives à l'évaluation interne, opinions sur le référentiel d'évaluation interne, impacts du référentiel, connaissance et opinions relatives aux réformes en cours. Le second guide est composé des mêmes thèmes et de 12 questions dont certaines visent exclusivement le Directeur général ou la responsable qualité et gestion des risques.

Afin que notre protocole d'enquête soit réaliste et réalisable, la construction de ce dernier a été conduite en parallèle d'une réflexion majeure : le choix de l'échantillonnage (C.).

#### C) Terrain d'enquête et population, des choix construits

Dans le cadre de cette étude, le terrain d'enquête (ou échantillonnage) s'étend au personnel de l'UDSM. Le sujet étant ciblé sur le secteur social et médico-social, la population mère de l'échantillonnage est constituée exclusivement des ESSMS de l'UDSM. Les établissements du secteur sanitaire ont ainsi été exclus de cette étude.

« *L'échantillonnage est un processus qui permet de faire le choix de la segmentation de la population pour l'observer et l'étudier* »<sup>73</sup>. La taille de l'échantillon a été déterminée par deux facteurs : la nature de l'étude, et le temps disponible. Le choix de l'échantillonnage a porté une attention particulière à la diversité des profils des enquêtés. Aussi, les personnes interviewées sont éducateurs, infirmiers, adjoints de direction, directeur d'établissement, chef de service, directeur général, directeur des affaires économiques et qualitatif. Avant de réaliser les entretiens, nous avons souhaité obtenir l'accord de la Direction générale. Une fois ce dernier recueilli, nous avons contacté les personnes concernées par un courriel contenant l'ensemble des informations relatives à cette étude afin de savoir s'ils étaient d'accord pour réaliser l'entretien, et le cas échéant fixer une date de rendez-vous.

Les conditions de réalisation des entretiens énoncées lors de la prise de rendez-vous n'ont pas nécessairement pu être mises en œuvre comme nous allons le retranscrire dans la prochaine partie (D.).

#### D) Déroulement des entretiens

Les entretiens constituent un véritable moment d'échange et d'écoute supposant une dynamique conversationnelle laissant place à la valorisation de la parole de l'interviewé. Nous avons défini des conditions d'entretien propices à la mise en confiance du répondant : rendez-vous en face-à-face, dans un lieu dédié, selon une plage horaire permettant au

---

<sup>73</sup> Brechon, P., *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*, presses universitaire, p.14.

répondant d'être totalement libre sans impacter son activité ou sa vie personnelle, mené par une seule et unique personne. Cependant, le contexte de crise sanitaire dans lequel s'est déroulée cette étude ne nous a pas permis de réunir les conditions idéales que nous venons d'exposer.

La période de stage se terminant fin juillet, les entretiens étaient initialement prévus à partir du mois de mars 2020 jusqu'à fin mai 2020. Ils ne se sont finalement pas déroulés aux dates fixées. En effet, compte tenu de la crise sanitaire exceptionnelle entraînant l'ouverture d'une cellule de crise au sein de l'association et une organisation en télétravail jusqu'à début juillet, il n'a pas été possible de les réaliser comme prévu initialement. Le mode ainsi que le nombre d'entretiens ont inévitablement été impactés. Les entretiens n'ont pas tous été réalisés en face-à-face. Certains ont dû être accomplis par téléphone ou par visioconférence. D'autres entretiens ont dû être annulés et n'ont pas pu être reprogrammés. Seule l'exigence d'un seul meneur a pu être maintenue. Au total, 12 entretiens ont été menés. Le tableau synoptique ([cf. Annexe 3](#)) recense la population enquêtée.

Les professionnels se sont rendus disponibles malgré la gestion de crise. Toutefois, les interruptions téléphoniques et/ou physiques ont sans doute impacté la disponibilité des personnes, ainsi que notre propre disponibilité. Aussi, nous n'avons pas réalisé toutes les relances par crainte de les mettre en difficulté. Les entretiens n'ont donc pas été conduits dans des conditions optimales, le recueil de la parole ayant été rendu compliqué en raison de l'adaptation de la méthodologie prévue initialement.

Malgré ces nombreuses et diverses adaptations, nous avons tout de même pu conserver la progressivité émanant du guide préalablement établi pour l'ensemble des entretiens. Nous avons commencé l'entretien par une présentation du projet d'étude et de son cadre. Il a notamment été rappelé que les entretiens étaient strictement confidentiels et seraient analysés de façon anonyme. L'accord de la personne a ensuite été sollicité concernant l'enregistrement de ses propos. Une fois cette étape effectuée, des questions permettant de déterminer le talon sociologique de la personne ont été posées afin de connaître leur date d'arrivée au sein de l'association, leur fonction, ainsi que leur parcours professionnel. Ces questions avaient pour but de mettre en place un dialogue de confiance mais également de contextualiser les réponses données. Nous avons ensuite questionné le répondant sur les notions de démarche qualité et d'évaluation interne. Le cœur du sujet, le référentiel d'évaluation, a ensuite été abordé autour de plusieurs questions. Ces questions ont permis à la personne de s'exprimer sur l'outil utilisé en interne. Il s'agissait de mettre en exergue le ressenti des professionnels sur les éventuels points forts et points faibles de l'outil et de recueillir leurs propositions d'amélioration. Enfin, le dernier thème abordé est celui des réformes en cours relatives au dispositif d'évaluation du secteur social et médico-social. Les répondants ont été questionnés sur la connaissance de cette réforme ainsi que

sur leur avis. L'entretien s'achève par une question ouverte pour laisser libre cours à la parole et ouvrir le discours vers d'autres thématiques potentielles.

En moyenne, les entretiens ont duré entre 45 minutes et 1 heure. Une prise de notes des informations essentielles a été effectuée notamment pour les entretiens téléphoniques afin de faciliter les retranscriptions. Pour les entretiens qui se sont déroulés en face-à-face nous avons préféré ne pas prendre de notes pour que la personne ne se sente pas déstabilisée. Nous avons ensuite procédé à la retranscription de la totalité des entretiens. Bien que cela représente une étape longue et laborieuse, la retranscription limite le risque d'oublis et de mauvaises interprétations. Une fois cette étape réalisée, nous avons organisé les données afin de procéder à une reconstruction progressive et détaillée de celles-ci.

L'ensemble de ces étapes nous a ainsi conduits à l'analyse que nous allons détailler dans le paragraphe suivant (2.1.2.).

### **2.1.2 Analyse des entretiens**

L'analyse permet de mettre en relation les différentes données recueillies lors de l'enquête de terrain afin d'en faire ressortir les points de convergence et de divergence. Il s'agit ainsi d'extraire le sens de chacune des réponses, de les mettre en perspective et de les relier à la question de départ. Pour cela, les réponses sont confrontées les unes aux autres. Rappelons que « *la transparence, l'objectivité, la fiabilité, et la neutralité sont indispensables à l'exploitation des données* »<sup>74</sup>.

L'analyse va être retranscrite ci-dessous selon les thèmes définis dans le guide d'entretien. Pour des raisons de confidentialité, les personnes sont identifiées par « Enquêté 1 », jusqu'à « Enquêté 12 » et sont désignées dans le corps du texte par « E1 » jusqu'à « E12 » pour faciliter la lecture et la compréhension.

#### **A) Connaissance et opinion sur la démarche qualité**

Notre enquête a révélé une réelle hétérogénéité des perceptions de la qualité. Chaque catégorie professionnelle et plus largement chaque personne a sa propre conception de la qualité.

La démarche qualité n'est pas encore intégrée voire comprise par tous. A titre d'illustration, l'E5 affirme : « *c'est quoi la qualité finalement ? C'est la qualité des documents administratifs ou celle de la prise en charge ?* ».

---

<sup>74</sup>EL Ouahabi, I., *L'évaluation des établissements du secteur social et médico-social : vers une nécessaire uniformisation des pratiques ?*, Université de Lille, 2018, p.11.

Pour certains, avant d'être comprise comme une opportunité ou un besoin, la démarche est perçue comme un devoir, une pratique plus ou moins imposée : « *avant on faisait sans tous ces documents et on s'en sortait quand même* » (E8), « *on passe plus de temps à remplir des cases et à faire des statistiques sur tout et n'importe quoi qu'à réellement faire ce pourquoi on est ouvert* » (E7). Pour d'autres, la qualité a un réel intérêt pour l'amélioration de leur pratique : « *je pense que cela permet l'amélioration des prestations que l'on rend* » (E4) ; « *la qualité nous permet de remettre en question nos pratiques et de travailler selon une méthodologie définie* » (E10).

Enfin certaines personnes ont évoqué « *une terminologie particulière avec laquelle nous ne sommes pas familiers. Par exemple, le mot groupes de travail est un terme qu'on n'emploie jamais, nous, on parle de réunions interdisciplinaires donc ça peut être confus pour nous* » (E5) ; « *quand vous m'avez contacté pour l'entretien, avant d'accepter, je suis allée faire des recherches sur la notion de référentiel pour être certaine que cela correspondait bien à ce que j'avais compris* » (E10).

## B) Connaissance et opinion sur l'évaluation interne

Il ressort des entretiens que l'objectif premier de l'évaluation est, selon la majorité des personnes interrogées, de répondre à une obligation réglementaire : « *c'est une démarche obligatoire qui conditionne la poursuite de notre activité* » (E9) ; « *elle est imposée par la loi, mais vous savez entre le vécu et le respect des normes [silence]* » (E7). Pour beaucoup, l'évaluation fait référence au contrôle et entraîne des réserves de la part des personnels « *les gens ont peur d'être jugés* » (E3) ; « *Ils ont l'impression que l'évaluation est un jugement de leur travail pour voir ce qui n'est pas fait correctement* » (E8).

Un nombre restreint de répondants a évoqué que l'évaluation constitue une occasion d'améliorer les pratiques via l'identification d'actions à mettre en oeuvre. Ils soulignent l'importance d'avoir, à certaines échéances, « *un regard critique sur les prestations* » (E6) qu'ils délivrent. Ce point de vue a notamment été exprimé par l'E4 qui affirme que « *l'évaluation n'a pas été perçue par l'équipe comme une contrainte mais plutôt comme un vecteur de progrès et d'amélioration de leurs activités respectives* ». L'E11 souligne pour sa part que « *c'est l'occasion de se remettre en question et de voir comment progresser et innover afin de renouveler nos modalités de prise en charge* ». Enfin, nous pouvons citer les propos de l'E4 qui affirme « *La procédure d'évaluation, c'est normal, c'est une nécessité pour nous faire avancer* ». Dans le même sens, certains répondants ont également mis en avant le fait que c'était l'occasion d'échanger sur leurs pratiques professionnelles et de valoriser leur travail auprès de la hiérarchie. A titre d'illustration, l'E12 souligne qu'il s'agit d'une occasion « *de rendre plus visible le travail effectué par l'ensemble des équipes auprès de la Direction Générale* ».

### C) Opinion relative au référentiel d'évaluation interne

La moitié des personnes interrogées a retrouvé son établissement dans le référentiel adapté par le service qualité et gestion des risques de l'association. L'autre moitié des répondants indique que certains critères paraissent difficilement transposables en raison de la spécificité de leur établissement : « *les énoncés des critères sont parfois trop généraux et ne correspondent pas à l'activité de l'établissement* » (E5) ; « *je n'ai pas répondu à certaines cases car le critère n'avait pas de sens dans le cadre de nos activités* » (E8).

Pour ce qui est de la méthodologie utilisée pour remplir le référentiel, il ressort de la majorité des entretiens que les établissements ont mis en place un management participatif. Ils ont procédé à la mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires comme le recommande la HAS et comme l'a suggérée la responsable qualité de l'association. La constitution des groupes de travail a reposé sur la base du volontariat. Cependant, afin que le travail soit pleinement efficace, dans la majorité des cas, l'équipe de Direction a préalablement repéré les forces actives de l'établissement intéressées et motivées par l'évolution qualitative de la structure afin de solliciter leur participation. Les répondants soulignent l'importance de l'implication du personnel et y attachent une valeur forte. Il ressort de l'ensemble des entretiens que l'évaluation est une occasion de se réunir afin de « *collaborer dans un même but* » (E9). « *Cela permet à chacun de s'exprimer et de se sentir considéré* » (E2). « *Tous les professionnels de notre établissement se sont fortement mobilisés et impliqués* » (E7). Cet outil a donc été majoritairement perçu comme un outil permettant d'impliquer, responsabiliser, et valoriser le travail des professionnels : « *l'évaluation n'a de valeur et sens que si les équipes participent à leur élaboration* » (E1).

### D) Impacts du référentiel

Si la démarche par référentiel est perçue positivement par les professionnels des établissements, notamment par sa contribution à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, un nombre important de commentaires concerne l'importance du temps de remplissage. Plusieurs personnes ont souligné l'importance du temps nécessaire au remplissage du référentiel qui constitue « *une activité chronophage* » (E4 / E6). Le remplissage du référentiel d'évaluation interne comprend en effet des temps de réunions, des synthèses de groupes de travail, des synthèses avec le comité de pilotage, le tout sur le temps de travail des personnels : « *il existe une contrainte de temps entre tenir la pression et prendre le temps* » (E8). L'E6 affirme à cet effet que le recueil d'informations représente un temps de travail important pour lequel « *l'établissement doit s'organiser pour continuer à remplir ses missions* ». Toute la difficulté réside dans la réorganisation des équipes au moment des réunions comme l'a souligné l'E9 : « *sur le plan purement matériel,*

*c'est lourd à organiser* ». Pour certains des professionnels interrogés, ce travail aurait finalement eu pour effet d'augmenter la charge de travail administratif et donc la diminution du temps passé auprès des usagers/patients : « *le temps passé à remplir référentiel, est au détriment des personnes accueillies* » (E7 / E10). Néanmoins, comme le rappelle l'E4 « *la procédure est extrêmement longue, lourde mais elle est utile parce qu'elle nous permet de tous pouvoir nous exprimer* ».

Par ailleurs, les résultats de l'évaluation interne « *s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité* » (E3). Cette démarche est mise en œuvre par « *la rédaction des rapports d'évaluations interne ainsi que par la réalisation des plans d'action* » (E3) définissant un calendrier précis et les moyens à mobiliser. À ce sujet, la responsable qualité a indiqué que la politique de l'association était d'identifier au maximum cinq grandes actions : « *Les plans d'action doivent être simples, réalistes et réalisables* ». Elle affirme qu'il ne faut pas se fixer des objectifs trop nombreux et irréalisables. « *Se focaliser sur deux ou trois thématiques telles que la révision des projets d'établissement, ou encore la mise à jour des règlements de fonctionnement et des livrets d'accueil peut être un objectif suffisant à traiter dans le cadre de l'évaluation interne* ». Il ressort de certains entretiens que le référentiel a été un outil utile à la rédaction des rapports d'évaluation interne. L'E4 souligne en effet que « *grâce à ce que l'on avait déjà identifié dans le référentiel, c'était plus simple pour le rédiger, même si cela reste une tâche administrative qui prend beaucoup de temps* ». Néanmoins, en pratique, « *les rapports d'évaluation interne ont souvent été rédigés par le service qualité* » (E3) afin que les délais imposés puissent être respectés.

#### E) Connaissance des réformes en cours

Au niveau du siège social, l'ensemble des répondants connaissait la réforme en cours. Ils se sont tous dit non surpris par cette démarche, car comme l'a résumé l'E1 : « *De toute façon, on le sait bien : tout ce qui est mis en place dans le secteur sanitaire arrive quinze ans après dans le médico-social !* ».

En ce qui concerne les répondants ne travaillant pas au siège social, d'une manière générale ils n'étaient pas au courant des changements prévus par la HAS. Après explication des prochains changements à venir en matière d'évaluation, et plus particulièrement en ce qui concerne la mise en place d'un référentiel national commun mais adaptable, la majorité des répondants est dubitative. Les personnes interviewées s'interrogent sur le fait de savoir « *comment ce référentiel unique va réussir à tenir compte de l'ensemble des établissements du secteur* » (E4) social et médico-social dans un seul et unique référentiel. Au regard des différences de publics accueillis et des différents types de prise en charge, il leur paraît complexe de mettre en place un référentiel avec une base commune. De plus, ils appréhendent, par la mise en place de ce type de système une certaine forme de «

sanitarisation » du secteur. Dans d'autres termes, ils craignent que la HAS, qui, ils le rappellent à de multiples reprises, est « *une autorité spécialisée dans le secteur sanitaire* » (E9 / E11), mette en place un référentiel qui ne prendrait pas l'individu comme un usager mais comme un patient. Il semblerait que cette éventualité fasse ressurgir chez certains une crainte quant à une éventuelle atteinte à leur identité professionnelle entraînant alors une perte de repères et une altération de leur mode de fonctionnement.

Les entretiens que nous avons menés n'ont pas été aussi riches que ce que nous espérons. Les professionnels n'ont fait que très peu de commentaires sur la forme et les impacts du référentiel. De fait, notre analyse des entretiens n'est pas aussi exhaustive que ce que nous aurions souhaité. Afin d'étoffer notre étude, nous avons réalisé une analyse du référentiel utilisé par l'association dans le cadre de l'évaluation interne (2.2.).

## **2.2 Le référentiel utilisé : méthodologie et analyse**

Au-delà de l'analyse des entretiens semi-directifs, nous avons également effectué une étude du référentiel utilisé par l'association UDMS. Elle porte notamment sur le choix qui a été fait par l'association (2.2.1.) et sur la composition de ce dernier (2.2.2.), et se termine par une analyse critique du référentiel UDMS (2.2.3.).

### **2.2.1 Le choix de l'association : modification d'un référentiel existant**

« *L'évaluation interne a été réalisée à l'aide d'un référentiel s'adaptant aux spécificités de l'établissement et du public accompagné* »<sup>75</sup>. Le référentiel utilisé lors de la dernière évaluation interne en 2019 a été construit à partir de celui qui avait été utilisé par l'organisme externe lors de la précédente évaluation interne en 2011. Il a été adapté par le service qualité et gestion des risques. Aucun directeur et responsable de structures n'a participé à cette modification, ce qui a fait l'objet d'aucune remise en question de la part de ces derniers.

Le référentiel initial avait été construit par le cabinet d'expertise EQR Management (devenu Mazars) sur la base du référentiel EVA. Le référentiel EVA est un outil dédié à l'évaluation externe des EHPAD construit en 2002 par des professionnels de terrain. Il est défini par ses concepteurs comme « *le complément externe de l'autoévaluation en articulation avec l'outil Angélique* »<sup>76</sup>. Plusieurs versions de ce référentiel se sont succédé au fil des années. La dernière version comprend sept chapitres intéressants l'intégration physique de l'EHPAD ; l'intégration sociale ; la qualité de vie ; la qualité de la prise en charge ; le développement de l'autonomie ; la politique d'ouverture de l'EHPAD ; le système

---

<sup>75</sup>UDMS, (2020), *trame rapport d'évaluation interne*, p.6.

<sup>76</sup> Entretien avec un membre de l'équipe Gérontéval afin d'avoir de multiples informations.

de management. Ces chapitres sont déclinés en soixante-huit critères évalués selon quatre niveaux de qualité. Chaque critère évalué correspond à une définition qui figure dans le manuel d'évaluation<sup>77</sup>.

Afin de pouvoir être utilisé dans le cadre des évaluations internes d'une part, et de correspondre à une majorité d'ESSMS d'autre part, ce référentiel avait été adapté par le cabinet de conseil EQR Management. L'association n'ayant pas eu accès à la version originale du référentiel et ce dernier étant inaccessible gratuitement, nous n'avons pas pu l'analyser. Nous aurions aimé comparer le référentiel initial avec celui modifié par l'organisme externe afin de voir si seules les questions avaient été adaptées. La formulation des questions, les thématiques ainsi que la méthode de remplissage auraient en effet pu être modifiées et ainsi traduire une approche totalement différente.

Le référentiel modifié par cet organisme a fait l'objet d'une seconde modification en interne. En effet, l'association a souhaité réadapter ce référentiel afin qu'il corresponde à toutes les structures de l'UDSM. Les ajouts sont indiqués par la mention « ajout V2 » dans le référentiel. Les ajouts concernent majoritairement les CSAPA. Les critères ajoutés ont été repris du référentiel établi par Fédération Addictions. Une colonne a également été ajoutée afin d'indiquer à quel établissement correspondait chaque question, le but étant que le référentiel « *constitue un véritable outil opérationnel* »<sup>78</sup>. Enfin la structuration en trois parties a été conservée mais les parties ont été modifiées comme nous l'évoquerons dans la partie suivante relative à la structuration du référentiel (2.2.2.).

## **2.2.2 La composition du référentiel**

Conformément aux RBPP de l'ANESM, le référentiel utilisé évalue uniquement une partie de l'activité. Le fonctionnement des partenariats et la satisfaction des usagers et des familles ont été évalués par le biais d'entretiens et de questionnaires. Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes focalisés uniquement sur le référentiel.

Malgré la pluralité d'établissements gérés par l'association, la Direction générale de l'UDSM a fait le choix d'évaluer l'ensemble des structures avec un seul et même référentiel. Il a été modulé afin de correspondre aux particularités de chacune des structures. Il est ainsi composé de grandes orientations concernant l'ensemble des ESSMS, et de questions spécifiques à certains d'entre eux. Le référentiel reprend les RBPP ainsi que les 4 axes que nous avons énoncés dans la première partie de cette étude. Toutefois, il ne se contente pas d'aborder uniquement les thèmes figurant dans les RBPP. Il reprend l'intégralité des thématiques relatives à l'évaluation interne. Il s'agit une nouvelle fois d'un choix de la

---

<sup>77</sup> Décision n°H2009-07-092 portant habilitation du CNEH par l'ANESM.

<sup>78</sup> Entretien semi-directif, responsable qualité et gestion des risques de l'UDSM, 2020.

Direction générale qui souhaitait faire un état des lieux de la situation de l'ensemble des ESSMS.

En ce qui concerne sa structuration, il se décline en parties, puis en thèmes (domaine d'application), puis en références (attentes, prérequis permettant de satisfaire la délivrance d'une prestation de qualité) et enfin en critères (moyens et éléments permettant de satisfaire la référence). Il se présente sous forme de tableau organisé en divers onglets, chaque onglet traitant d'un thème et des références et critères associés.

Il est donc décomposé en **trois grandes parties** :

- Partie 1 : la personne accueillie
- Partie 2 : l'établissement
- Partie 3 : l'association.

Cette décomposition, qui s'apparente à celle qui a été adoptée par la HAS dans son manuel de certification V2020, émane de la responsable qualité de façon à ce que le référentiel « *soit opérationnel* » et « *mobilise les personnes nécessaires uniquement lorsque ces dernières sont concernées* ». Il s'agissait par cette méthodologie de prendre en compte les remarques de différents directeurs indiquant « *qu'il ne fallait pas trop de groupes de travail avec les équipes* ». La partie 1 a été complétée en groupes de travail avec l'ensemble des équipes, la partie 2 a mobilisé uniquement les responsables des structures et la partie 3 a été complétée par le siège social. Cette structuration n'a été remise en question par aucun directeur. Aucun commentaire n'a été fait sur la partie 3 relative à l'association. Cette absence de retours sur le référentiel démontre une certaine forme de « complaisance ». Les responsables se satisfont de ce qui a été fait par le siège social sans nécessairement avoir un regard critique sur la méthodologie employée. Cette vision des choses peut être problématique comme nous l'évoquerons dans la troisième partie de notre étude.

L'ensemble des parties est décomposé en **thèmes** :

- Partie 1 composée de 7 thèmes : accueil et admission ; projet personnalisé ; accompagnement quotidien ; droit des personnes ; participation ; dossier et fin d'accompagnement.
- Partie 2 décomposée en 6 thèmes : projet d'établissement ou de service ; management ; gestion des risques ; bientraitance ; partenariats et réseaux ; fonctions logistiques.
- Partie 3 évaluée via 6 thèmes : valeurs associatives ; stratégie associative ; gouvernance associative ; gestion des ressources humaines ; gestion financière ; démarche qualité.

Les thèmes sont ensuite subdivisés en **40 références et plus de 400 critères**. Il y a deux types de critères :

- D'une part les critères communs transverses à l'ensemble des ESSMS,
- D'autre part les critères spécifiques à certains établissements adaptés aux modalités de prise en charge et aux publics accueillis. En face de chaque critère figure le nom des établissements concernés par ce dernier.

De façon générale, les critères sont rédigés de manière prescriptive sans pour autant enfermer les réponses dans des carcans. Les ESSMS doivent répondre selon une échelle prédéfinie exprimant le niveau de maturité. Toutefois, la possibilité de faire des commentaires est laissée par une colonne prévue à cet effet.

Au-delà des colonnes de réponses et de commentaires, cinq autres colonnes sont à remplir pour chaque critère. Ces colonnes sont dédiées :

- Aux actions à mettre en œuvre
- Aux délais envisagés pour les mettre en œuvre
- Aux moyens à mobiliser
- Aux indicateurs de réalisation
- Aux axes d'amélioration.

Pour mieux visualiser le référentiel, un extrait de ce dernier figure en [Annexe 5](#).

Suite à cette description de la structuration du référentiel, nous allons désormais en faire une analyse critique (2.2.3.).

### **2.2.3 Analyse critique du référentiel**

Sur le plan structurel, le référentiel utilisé par l'UDSM est clair et bien construit. Il débute par une explication de la méthodologie à employer pour le remplissage afin de permettre à tout un chacun de se familiariser avec l'outil. Néanmoins, il nous semble qu'une explication des termes employés aurait également été nécessaire. En effet, après analyse de divers référentiels complétés, il ressort notamment que la colonne « *indicateur* » se trouvant après chaque critère n'a quasiment jamais été complétée. Lorsqu'elle l'est, il ne s'agit pas réellement d'indicateurs mais davantage d'explication de l'application du critère au regard de la spécificité de l'activité. Ce constat démontre que la notion d'indicateurs n'est pas comprise et qu'elle devrait être explicitée.

Par ailleurs, il s'agit également d'un outil conséquent dans la mesure où toutes les thématiques ont été évaluées. Il comporte plus de 400 critères. Cela représente un nombre considérable d'objets d'évaluation induisant une mobilisation très importante des professionnels pour le remplissage au risque d'entraîner une forme de découragement. Ce risque s'est d'ailleurs effectivement vérifié au cours des entretiens, à travers lesquels les

professionnels ont évoqué l'immensité du travail à réaliser en groupe de travail, et le temps conséquent à dégager. Cela démontre que malgré le fait que tout soit évaluable, il n'est pas toujours judicieux de tout évaluer. L'option la plus opportune aurait été de réfléchir aux grandes orientations souhaitées pour cette évaluation interne. Une sélection des objets/thèmes à évaluer, porteurs d'enjeux centraux, permet de moduler entre des thématiques valorisant l'activité, et des thématiques soit problématiques, soit particulièrement attendues par les partenaires institutionnels.

Outre le nombre important de critères, ce référentiel se caractérise également par son caractère prescriptif. Ce dernier se constate par la précision des critères qui laisse peu de place à l'expression. La précision permet d'éviter une trop grande marge d'interprétation et donc une mauvaise compréhension des critères. Néanmoins, cela guide fortement les répondants et n'est pas toujours adapté aux problèmes qui doivent être résolus en fonction du contexte propre à chaque structure. De même, cela ne donne pas nécessairement de sens au travail dans la mesure où les professionnels ne reconnaissent pas leur activité dans certains critères. La prescription occulte la réalisation concrète, pratique de l'activité qui est le réel sens du travail. L'activité est en effet toujours un compromis entre le prescrit et le réel, entre « ce que l'on me demande » et « ce que cela représente ».

En ce qui concerne la complétude du référentiel, chaque thème comporte des critères pour lesquels il est nécessaire de déterminer un niveau de maturité selon l'échelle suivante :

- **A** : Totalemment / Toujours / Impact identifié et mesuré
- **B** : Majoritairement / Généralement / Actions organisées et mises en œuvre
- **C** : En partie / Rarement / Objectifs définis et actions planifiées
- **D** : Pas du tout / Jamais / Aucun objectif défini et action planifiée
- **NA** : Non applicable dans la structure

Cette échelle permet de déterminer le niveau de maturité de l'établissement pour le critère en question et donc d'identifier si des actions d'amélioration doivent être mise en œuvre. Bien qu'elle soit détaillée pour chaque thème, l'inconvénient d'une telle méthodologie réside dans l'appropriation de l'échelle par les personnes qui remplissent le référentiel. A titre d'illustration, lorsque le critère énonce « *chaque personne accueillie possède un livret d'accueil* », certains ont répondu « *A : totalement* », alors qu'en réalité la mise en place d'un livret d'accueil à jour est prévue mais n'est pas réalisée ni même planifiée. De même, la réponse « *NA : non applicable dans la structure* » peut être mal comprise et donc utilisée à mauvais escient. Elle permet de contourner certains critères. Par exemple, pour le critère « *une réponse est apportée aux personnes accueillies souhaitant pratiquer un culte, dans la limite des possibilités de l'établissement ou du service* », de nombreux établissements cochent la case « *NA* » dans la mesure où ils n'ont

jamais été confrontés à la problématique. Or cette réponse n'est pas correcte. Ils sont concernés par le critère mais n'ont pas de procédure relative à cette situation, ils devraient donc répondre « *D : Pas du tout* ». Dès lors, cela ne permet pas d'évaluer correctement la situation dans la mesure où aucune action ne sera identifiée et planifiée alors qu'elle est nécessaire. Ainsi, l'échelle n'est pas nécessairement la méthodologie la plus adaptée aux besoins de l'établissement. Une explication de la situation actuelle pour chacun des critères permettrait d'identifier les réels besoins et problématiques de l'établissement. Cela a parfois été effectué par le biais de la colonne « commentaires », mais dans la majorité des cas, celle-ci n'était pas complétée.

Pour terminer notre analyse, il nous paraît important d'évoquer la méthodologie employée pour construire le référentiel. La HAS recommande que l'évaluation interne soit une démarche participative. Dès lors, il nous apparaît que le référentiel, étant l'outil nécessaire à l'évaluation interne, doit lui aussi être élaboré de façon participative avec, à minima, les directeurs de structures. Le fait de coconstruire le référentiel aurait permis qu'une grande majorité des professionnels se reconnaisse dans le référentiel et donc le trouve plus simple à remplir. De même, cela aurait permis de donner plus de sens à l'activité des professionnels et donc d'aboutir à des actions plus adaptées aux besoins de chaque structure. Néanmoins, la problématique relative au fait qu'il s'agisse d'un référentiel commun à tous les établissements de l'UDSM engendre le fait qu'il aurait sûrement été complexe de construire le référentiel avec la méthodologie proposée.

L'analyse des entretiens et du référentiel utilisé a mis en exergue divers éléments permettant de comprendre la perception des personnels de l'association quant aux choix qui ont été faits par la Direction Générale et l'impact de ces choix sur leur activité. Bien que très enrichissantes ces analyses ont souffert de différents biais qui ont limité leur développement (2.3.).

## **2.3 Limites de l'étude**

Dans le cadre de notre étude, nous avons mis en œuvre tous les moyens dont nous disposons afin de pouvoir extraire de réels éléments d'analyse des entretiens. Toutefois, comme dans tout travail et plus largement dans tout acte, nous avons été confrontés à diverses limites qui altèrent quelque peu la qualité et l'exhaustivité de l'analyse.

Sur le plan méthodologique, comme nous l'avons évoqué précédemment, nous avons suivi un protocole d'enquête rigoureux afin que les entretiens se déroulent au mieux. Ce protocole incluait inévitablement la phase de pré-tests des deux guides. Néanmoins, seul l'un des deux guides a pu être pré-testé, celui des personnels hors siège social. Il ne s'agit pas d'une contrainte de temps ou de choix assumés, mais tout simplement d'une impossibilité. Le guide d'entretien des personnels du siège social avait vocation à servir pour l'entretien de trois personnes bien identifiées : celles qui ont décidé des conditions de

mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne dans l'association. Ces personnes étant les seules décisionnaires, il n'aurait eu aucun sens de leur faire pré-tester pour les interroger par la suite ou de le tester sur une autre personne du siège n'ayant pas eu un rôle décisionnel dans la méthodologie retenue.

Par ailleurs, en ce qui concerne le terrain d'enquête, notre analyse s'est limitée à l'association UDSM et nous savons qu'une comparaison avec d'autres associations ou organisations aurait été judicieuse et porteuse de sens. Il aurait en effet été intéressant d'interroger des professionnels d'autres associations afin de connaître leurs opinions et les comparer avec celles recueillies au niveau de l'UDSM. Nous aurions peut-être noté des différences relatives à la taille de l'association, à la gouvernance de cette dernière ou encore au parcours professionnel des personnes interrogées. Faute de temps, nous n'avons pas pu réaliser cette étude, mais restons curieux de savoir comment les choses se déroulent en dehors des murs de l'UDSM. Il aurait également été intéressant de réaliser une étude comparative avec d'autres référentiels. Néanmoins, au regard de l'ampleur du travail estimé et compte tenu du contexte de crise sanitaire entraînant une mobilisation très forte, nous avons fait le choix de ne pas réaliser cette étude.

Enfin, l'une des principales limites réside dans les modes de réalisation des entretiens. Une différence notable entre les entretiens physiques et les entretiens téléphoniques a pu être constatée. La réalisation d'un entretien en présentiel permet de concilier l'analyse du discours et de la communication non-verbale. Au-delà du fait que cette analyse du langage corporel ne soit pas possible dans le cadre des entretiens téléphoniques, ces entretiens ne permettent pas non plus, de s'adapter facilement et rapidement aux capacités de la personne. La relation « virtuelle » ne laisse pas réellement place à la dynamique conversationnelle et humanisante, et donc à ce que Bourdieu appelait *le « bonheur d'expression »* c'est-à-dire « *le bonheur d'avoir à dire, de pouvoir dire, de dire bien qui pousse toujours à dire plus* »<sup>79</sup>.

---

<sup>79</sup> Bourdieu, P., *La misère du monde*, Paris, éditions du Seuil, 1993.

### **3 ANALYSE ET RECOMMANDATIONS**

Le travail d'analyse et d'interprétation qui va suivre constitue la finalité de ce mémoire de fin d'études. L'analyse met en évidence les impacts du référentiel d'évaluation interne sur l'activité des professionnels de l'UDSM (3.1.). Elle découle sur l'interprétation des résultats qui permet d'établir les pistes de recherches pour le terrain d'étude et plus largement pour l'ensemble du secteur social et médico-social (3.2.).

#### **3.1 Analyse et discussion des résultats**

Le référentiel d'évaluation interne a généré différents impacts sur l'activité des professionnels de l'UDSM (3.1.1.), qui sont influencés par différents facteurs (3.1.2.).

##### **3.1.1 Les impacts du référentiel sur l'activité des professionnels de l'UDSM**

Le référentiel a eu un impact temporel très important décrié par les professionnels et amplifié par une mauvaise compréhension de la démarche (A.). Au-delà de cet aspect, le référentiel a surtout permis de familiariser les équipes avec la méthodologie qualité qui s'implante progressivement dans leurs pratiques professionnelles (B.).

###### **A) Un impact temporel décrié lié à une mauvaise compréhension de la démarche**

Il ressort de l'analyse des entretiens que l'impact majeur du référentiel sur l'activité des professionnels est un impact temporel. La majorité des professionnels interrogés affirme que le remplissage du référentiel constitue une activité chronophage, nécessitant un temps conséquent au même titre que les nombreuses autres tâches administratives qui leur incombent depuis ces dernières années. La contrainte principale réside dans le fait de devoir dégager du temps pour participer aux groupes de travail et donc remplir le référentiel. Le temps consacré au référentiel vient de ce fait déstabiliser l'organisation des équipes. Ce temps, constitue, selon eux, un temps qui devrait être passé auprès des personnes accompagnées. Il s'agirait donc d'un temps perdu, mal utilisé, au détriment des personnes prises en charge.

Bien que compréhensibles sur le point de vue organisationnel, ces remarques font émerger un réel paradoxe qui montre que la finalité de la démarche d'évaluation n'est pas comprise. Il est avancé que le temps consacré au remplissage du référentiel serait mieux utilisé s'il était consacré aux personnes accompagnées. Or, l'évaluation a justement pour objet d'améliorer la prise en charge de ces dernières. Par la loi 2002-2, le législateur a effectivement lié la démarche d'évaluation et les droits fondamentaux reconnus aux usagers : « *l'évaluation porte sur l'effectivité des droits des usagers et notamment la*

*capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes »<sup>80</sup>.*

La mauvaise compréhension des enjeux qui entourent une démarche entraîne naturellement des réticences quant à la mise en œuvre de l'outil. « *La bonne compréhension par la direction et par l'encadrement intermédiaire des enjeux et des modalités de la démarche est une garantie de la qualité de l'évaluation et de la mobilisation des professionnels »<sup>81</sup>. Il est donc essentiel avant toute mise en œuvre d'un projet, de donner du sens à ce qui va être fait pour que l'utilité de ce dernier soit comprise et intégrée. Pour faciliter la compréhension de la démarche et donc la mobilisation, il est indispensable d'inscrire la démarche évaluative dans les activités quotidiennes.*

Cette mauvaise compréhension de l'objet de la démarche soulève une autre discussion : la perception de la notion de qualité. Le concept de qualité rassemble des éléments de l'ordre de l'individu, de sa psychologie et de sa sociologie<sup>82</sup>. Tout un chacun peut avoir sa propre définition, conception de ce qu'est la qualité en santé. Par conséquent, quiconque utilise le concept de qualité doit préciser clairement ce qu'il entend par là : qualité pour qui, définie par qui, destinée à quoi, et de quelle qualité s'agit-il. Pour certains professionnels de l'UDSM, la notion de qualité n'est pas appréhendée telle qu'elle est entendue au sens de l'ANESM. Pour ces derniers la qualité de la prise en charge s'exprime avant tout sur le plan médical. Toutefois, il ne s'agit là que d'un seul volet de la qualité de la prise en charge. Or, lorsque les exigences qu'amène la démarche qualité ne sont pas nécessairement bien perçues ou du moins bien comprises par les professionnels, « *elles ont tendance à agir négativement sur le moral des professionnels de santé qui voient le temps médical diminuer dangereusement au profit d'activités médico-administratives dont ils ne comprennent pas toujours le sens »<sup>83</sup>. Toutefois, Fraisse (2003) insiste sur le fait que la diversité des perceptions de la qualité ne constitue pas un obstacle à l'amélioration de la qualité. Elle représente au contraire une source où puiser pour mobiliser les acteurs et les engager dans des actions innovantes en matière d'amélioration continue. Il paraît donc important de prendre en compte les perceptions de l'ensemble des professionnels afin d'établir une démarche qualité autour d'objectifs communs et partagés via des outils élaborés en collaboration avec les professionnels. Cela permet qu'ils aient davantage de sens et que la méthodologie utilisée s'inscrive dans leurs pratiques professionnelles (B.).*

---

<sup>80</sup> Décret n° 2007-975, 15 mai 2007.

<sup>81</sup> ANESM, (2009), *Eléments d'appropriation de la recommandation ANESM : la conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés de protection de l'enfance*, p.14.

<sup>82</sup> Chougrani, S., & Ali, DA., *Perception de la qualité des soins chez les professionnels de santé de l'Établissement Hospitalier et Universitaire d'Oran (EHUO)*, 2011.

<sup>83</sup> Tabuteau, D., *La décision en santé*, Volume 20, 2008.

- B) Un impact méthodologique favorisant le développement d'une réelle démarche qualité au niveau associatif

Le service qualité de l'UDSM est très récent. Il a été mis en place fin 2018. Avant l'implantation de ce dernier, les établissements œuvraient via une méthodologie propre à chacun d'entre eux afin de répondre aux obligations légales et réglementaires. Au-delà du fait qu'il y avait une grande hétérogénéité entre les travaux de chacune des structures de l'association, il y avait également et surtout un manque de clarté et de lisibilité des documents produits. Ces derniers ne répondaient pas aux attentes réglementaires. Ce manque de rigueur méthodologique a engendré certains désagréments et aurait pu devenir fortement pénalisant sur le long terme.

Avec l'évaluation interne, et notamment avec la mise en œuvre du référentiel, les directions ont été amenées pour la première fois à appréhender ce que l'on peut appeler la « méthodologie qualité ». Cette dernière constitue un élément clef pour obtenir des améliorations significatives grâce à une démarche cohérente et logique. Elle se rapporte à des logiques, des méthodes et des outils particuliers permettant de réaliser un diagnostic qualité exact, et d'apporter des solutions adaptées après l'identification des problématiques. Dans le cadre de l'évaluation interne la méthodologie qualité a été la suivante :

- **1<sup>ère</sup> étape** : élaboration d'un référentiel structuré au niveau du service qualité.
- **2<sup>ème</sup> étape** : mise en place de groupes de travail interdisciplinaires dans les établissements afin de remplir le référentiel.
- **3<sup>ème</sup> étape** : élaboration d'un plan d'actions structuré, avec les notions de pilote, d'échéances, d'indicateurs de réalisation, et d'état de réalisation.
- **4<sup>ème</sup> étape** : rédaction d'un rapport structuré à partir des problématiques identifiées à travers le référentiel.

Si cette méthodologie peut paraître évidente, elle ne l'était pas pour les professionnels de l'UDSM. Un temps d'adaptation et de compréhension important a été nécessaire à l'assimilation de cette dernière. À titre d'illustration, la notion de groupes de travail ne leur était pas familière, de même que celle de référentiel et de plan d'actions. Ce manque d'appropriation de la méthodologie a pu les effrayer, à tel point que certains ont pu ne pas se sentir capables de participer aux groupes de travail.

Désormais, ces terminologies sont ancrées dans les pratiques professionnelles ce qui permet de mettre en place de plus en plus de travaux qualité sans que les professionnels soient réticents à l'idée d'y participer. A titre d'illustration, nous avons été chargés de l'actualisation du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

(DUERP). Nous avons souhaité revoir la méthodologie initiale qui ne nous semblait pas adaptée. Nous avons donc proposé de constituer des groupes de travail, en nommant des référents DUERP, en établissant un référentiel de risques et en mettant en œuvre un plan d'actions. Ces termes, qui au départ, effrayaient, voire rebutaient les professionnels, n'ont posé aucun problème lors de notre contact avec les personnes concernées. Lors d'échanges non-officiels, en dehors des entretiens que nous avons menés, nous nous sommes vus confiés par certains professionnels leur volonté de poursuivre la mise en œuvre de ces outils au-delà de l'évaluation interne. Nombre d'entre eux ont souligné l'importance d'une démarche collective pour résoudre les problèmes et dynamiser la créativité et l'innovation indispensable à l'amélioration des pratiques. Un adjoint de direction nous a également expliqué qu'il n'imaginait plus avancer sans mettre en place des plans d'actions, comportant des indicateurs de suivi et de réalisation. Le référentiel a donc eu un réel impact sur les mentalités, les perceptions, et sur la façon de travailler de l'ensemble des professionnels. Cet outil a permis d'apporter un véritable cadre de réflexion et de rigueur qui n'existait pas auparavant. Les outils qualité sont désormais inscrits dans le travail quotidien des professionnels. S'il s'agit déjà d'une étape importante, il est indispensable qu'elle s'accompagne du développement d'une culture qualité propre à l'association irriguant l'ensemble des structures et des professionnels.

Les impacts que nous venons de présenter sont propres au terrain d'enquête. Chaque référentiel produit des impacts différents, qui varient en fonction de divers facteurs que nous allons aborder dans la partie suivante (3.1.2.).

### **3.1.2 L'influence de divers facteurs sur l'impact produit par le référentiel**

L'impact du référentiel sur l'activité des professionnels dépend nécessairement de la méthodologie utilisée (A.), mais également du niveau d'engagement des professionnels (B.).

#### **A) La forme du référentiel**

Tout référentiel emporte en lui une ligne directrice et une méthodologie qui influencent le remplissage et par conséquent le ressenti des professionnels. L'élaboration du référentiel est donc une étape déterminante durant laquelle il est nécessaire de faire des choix qui détermineront l'impact qu'il va avoir sur l'activité des professionnels.

Le choix majeur porte sur l'orientation à donner au référentiel. Il est possible d'élaborer deux grands types de référentiel :

- Soit un référentiel prescriptif qui laisse peu de place à l'interprétation et à l'expression, mais qui évalue rigoureusement les critères. Le référentiel ne doit pas

pour autant constituer un cadre prescriptif d'organisation afin de ne pas réduire l'évaluation à une volonté de maîtrise, un registre prescriptif, une normativité. Si tel est le cas, les professionnels appréhenderont l'évaluation comme un contrôle et non comme un moyen d'améliorer leurs pratiques ce qui desservirait la démarche d'évaluation.

- Soit un référentiel général qui guide le remplissage sans imposer les critères à évaluer afin de laisser une place importante à l'interprétation et à l'expression. Ce type de référentiel ne permet pas toujours d'évaluer les enjeux qualité de l'établissement. Toutefois, cela permet d'être en adéquation avec les pratiques quotidiennes des professionnels et donc de mieux identifier certaines problématiques de l'établissement, ce qui n'est pas nécessairement le cas d'un référentiel prescriptif qui induit l'application d'une norme stricte.

Le choix dépend de la finalité qui souhaite être donnée à l'évaluation interne. Il est possible d'avoir recours à deux formes d'évaluation qui se distinguent en fonction des objectifs à atteindre : l'évaluation formative et l'évaluation sommative<sup>84</sup>. Le référentiel prescriptif correspond à une évaluation sommative. Elle a pour objectif de faire le bilan des pratiques afin d'attester du degré de maîtrise de l'activité. À l'inverse, le référentiel général correspond à une évaluation formative. Il s'agit d'une évaluation qui a pour fonction d'améliorer l'activité en diagnostiquant les difficultés afin d'apporter des améliorations ou des correctifs appropriés. Elle vise à augmenter les compétences et l'implication des acteurs de terrain en s'inscrivant dans un processus de contrôle continu en vue d'optimiser le fonctionnement de l'activité. Elle a donc pour but d'améliorer l'efficacité et le fonctionnement d'un système. Ces deux types d'évaluation relèvent donc deux dimensions opposées supposant l'utilisation de référentiels adaptés qui produiront des effets sensiblement différents, compte tenu du type d'évaluation mais également du niveau d'engagement des professionnels (B.).

## B) L'engagement des professionnels

La réussite de tout projet est conditionnée par l'engagement des personnes mobilisées par ce dernier. Dans le cadre du référentiel d'évaluation interne, il est indispensable que l'ensemble des personnes engagées dans le remplissage porte de l'intérêt à l'outil afin de pouvoir le remplir au mieux. De cette implication découlent les impacts sur leur activité professionnelle, qui varient en fonction du niveau d'engagement.

---

<sup>84</sup> Scriven, M., *The methodology of evaluation*, Ed. Lafayette, 1967, p.70.

En ce qui concerne l'UDSM, l'analyse des entretiens a mis en exergue un certain manque d'engagement des professionnels vis-à-vis du référentiel. Cet outil constitue élément très peu familier pour les professionnels, y compris pour les directeurs et leurs adjoints. Il existe une certaine forme de désintérêt pour l'outil qu'est le référentiel. Ce manque d'intérêt ne porte pas sur l'utilité de ce dernier, mais davantage sur sa conception, et sa mise en œuvre. Le choix de construire un référentiel en interne, de décomposer ce dernier en trois chapitres, d'évaluer toutes les thématiques, de le faire sous forme de questions plus ou moins prescriptives... rien n'a donné lieu à commentaire. Aucune remise en question de l'outil n'a été évoquée, donnant le sentiment que ce dernier était perçu comme étant « *obligatoirement construit de cette façon* ». Il semble être perçu comme un livrable clé en main auquel il est nécessaire de recourir conformément aux attentes de la Direction générale.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce manque d'intérêt porté au référentiel d'évaluation interne. Tout d'abord le profil des directeurs d'établissement. La majorité des directeurs ne dispose pas de formation administrative. Ils sont très souvent issus du terrain et sont médecins ou anciens éducateurs. De ce constat découle le fait que leur priorité principale réside dans la prise en charge des personnes accueillies. La méthodologie utilisée pour répondre aux exigences légales et réglementaires ne fait pas partie de leurs priorités. Ils souhaitent réaliser l'évaluation interne, mais ne portent pas d'intérêt aux modalités de réalisation de cette dernière. Ceci explique le fait que la majorité des directeurs interrogés n'a pas été en mesure d'effectuer de commentaires sur la forme ainsi que sur le fond du référentiel. Seules deux directrices, ayant un profil administratif, ont évoqué leur éventuel souhait de participer à l'élaboration d'un référentiel commun ou propre à leur structure.

Un autre facteur nous semble être déterminant pour expliquer ce manque d'engagement : le choix de la Direction générale de ne pas avoir associé les directions d'établissements à la conception du référentiel. Il est vrai que l'implication de ces derniers aurait sûrement entraîné davantage d'intérêt et de questionnements des professionnels et notamment des directeurs d'établissement qui sont vecteurs de la démarche auprès de leurs équipes. Ils auraient sûrement saisi la complexité de créer un tel document et se seraient davantage questionnés sur la forme à adopter, et sur les termes à employer. De plus, une réelle appropriation du référentiel par les professionnels aurait pu émerger. Or, le manque d'appropriation de l'outil peut avoir d'importantes conséquences en termes d'implication et de sens accordé à l'outil. Cela peut entraîner une forme de déresponsabilisation des professionnels. Le processus de construction aurait eu pour effet de responsabiliser les professionnels. Ils seraient passés d'une logique « d'exécution » à une logique d'engagement découlant sur une meilleure appréhension et compréhension de la démarche.

Néanmoins la construction d'un référentiel étant l'étape la plus longue et la plus difficile de la démarche en ce sens qu'elle demande beaucoup de temps et d'investissement, ne peut aboutir efficacement que si les professionnels sont pleinement mobilisés et convaincus. Le manque d'opérationnalité et d'intérêt est particulièrement pénalisant dans une démarche aussi complexe qu'est celle de la mise en place d'un référentiel.

Au regard de ces divers constats, émergent différentes recommandations tant pour l'UDSM que pour l'ensemble des établissements du secteur social et médico-social (3.2.).

## **3.2 Axes d'amélioration**

Le succès de la démarche qualité au sein de l'UDSM réside dans le développement d'une culture qualité au niveau associatif (3.2.1.), qui permettrait de donner du sens aux outils qualité qui tendent à devenir harmonisés au niveau national dans l'ensemble du secteur social et médico-social (3.2.2.).

### **3.2.1 La nécessité de développer une culture qualité au niveau associatif**

La démarche qualité présente de nombreux intérêts en matière sociale et médico-sociale, notamment au niveau humain et organisationnel. Elle permet de responsabiliser les acteurs, d'améliorer la prise en charge, mais également de donner du sens aux actions menées et aux outils utilisés tel que le référentiel d'évaluation interne. Une telle démarche permet aux établissements d'éviter la « non-qualité » qui pourrait avoir des conséquences sur les financements, les autorisations, mais également sur les usagers. *« Il est souvent plus coûteux de corriger les défauts et erreurs dus à la non-qualité que de mettre en place une démarche qualité »*<sup>85</sup>.

Au sein de l'UDSM, une politique qualité a été mise en place en 2018. Toutefois, la démarche qualité n'a pas encore été déployée de façon officielle dans les établissements. Dès lors, les travaux qualité ne sont pas nécessairement toujours bien accueillis et compris par l'intégralité des professionnels. À titre d'illustration, les outils de la démarche qualité (indicateurs statistiques, outils de la loi 2002-2, tableaux de bord, évaluations ...) peinent encore à affirmer leur intérêt auprès des professionnels de terrain.

Développer et répandre une culture qualité constitue ainsi à l'heure actuelle une étape indispensable pour impliquer les professionnels dans la démarche qualité. La culture qualité doit être impulsée au niveau de la Direction générale et s'étendre à l'ensemble des

---

<sup>85</sup> Miossec, L., *Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne : un outil de management fédérateur*, 2007.

structures. Cela passe obligatoirement par la formation et la sensibilisation des professionnels. C'est un moment incontournable pour clarifier les objectifs de la démarche et ainsi faire adhérer l'ensemble des acteurs au projet. Cette sensibilisation permet d'éviter que la démarche qualité soit perçue uniquement comme le déploiement d'un cycle complet dans le but de répondre à une obligation réglementaire. Former les professionnels leur permet de comprendre que la qualité représente une opportunité d'ajustements continus de l'activité pour tendre vers une meilleure prise en charge. Cela permet d'obtenir une totale implication de leur part et donc de profiter de leurs expériences et aptitudes au profit de la démarche. La démarche est ainsi empreinte d'une dimension authentique, clé du succès de la démarche qualité.

Par la suite, il s'agirait de développer une forme de management par la qualité, dans l'ensemble des établissements et services de l'association. Le management par la qualité désigne « *un management qui a fait de la recherche de la qualité totale le moteur principal du fonctionnement d'une organisation d'un service. La qualité devient l'affaire de tous* ». Il est basé sur la participation, la consultation et l'orientation des ressources du personnel vers la satisfaction du bénéficiaire. Le succès d'un tel management dépend de l'implication de la direction et de la façon dont cela va être effectué. Ce management s'appuie sur la notion d'organisation en tant que construit social, au sein de laquelle les règles ne sont pas seulement dictées et exprimées par le directeur, mais aussi par l'ensemble des acteurs institutionnels. « *Les salariés sont des acteurs ayant chacun une marge de manœuvre dans la stratégie de la société. (...) Une entreprise ne fonctionne jamais selon les représentations officielles que sa direction ou son schéma organisationnel s'en font. (...) Pour élaborer des stratégies en connaissance de cause [...] le directeur a tout intérêt à impliquer les professionnels dans la stratégie afin d'avoir une vision réelle de ce qui se fait sur le terrain* »<sup>86</sup>.

Par conséquent, pour que ce management ait du sens, une dynamique collective doit être mise en place afin de permettre l'implication et la participation de l'ensemble des personnels. Pour obtenir l'engagement des professionnels neuf préconisations dont chacune est susceptible d'avoir des effets sur plusieurs dimensions du management sont suggérées par Tabuteau (2008) : « donner du sens », « structurer », « piloter », « communiquer », « former », « évaluer », « valoriser », « mutualiser » et « pérenniser ». Il est également nécessaire de développer l'écoute des professionnels, toute profession confondue. Comme le rappelle Elton Mayo, « *l'efficacité des professionnels augmente dès que l'on s'intéresse à eux* »<sup>87</sup>. La valorisation de leur travail ne peut qu'être positive. Le droit

---

<sup>86</sup> Mispelblom, F., *Au-delà de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Syros, 1995, p.49.

<sup>87</sup> Ducalet, P., & Laforcade, M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales*, 2002, p. 191.

à l'erreur est un principe de base de ce type management. L'erreur doit être alors considérée non comme une faute, mais comme une possibilité d'amélioration. La démarche qualité vient rechercher le « pourquoi » et non pas le « coupable ».

Un tel management va nécessairement engendrer des changements et donc rompre avec certaines habitudes. Or, les résistances au changement sont nombreuses de la part des professionnels en ce sens qu'il questionne et insécurise. Nous pouvons distinguer trois types de résistances : celles liées aux habitudes : « pourquoi faire autrement ? » ; celles liées au doute, craintes de l'inconnu et de la remise en cause ; celles liées aux normes sociales : « on ne sait pas ce que font les autres »<sup>88</sup>. Ces résistances ne relèvent pas obligatoirement d'une mauvaise volonté de la part des professionnels, mais d'une mauvaise compréhension des enjeux liés au changement. Il est donc primordial de donner du sens dès lors qu'un outil inconnu est mis en œuvre ou qu'un changement de pratique est amorcé. Cela va devoir être mis en application pour l'ensemble des acteurs du secteur en ce qui concerne la modification du régime des évaluations qui va entrer en vigueur dans les prochaines années. Les changements annoncés, et notamment ceux qui concernent la mise en place du référentiel national commun, vont sûrement entraîner de nombreuses réticences des professionnels qui pourront être palliés par la justification de la nécessité d'un tel changement (3.2.2.).

### **3.2.2 La mise en place d'un référentiel national d'évaluation interne favorisant l'harmonisation des pratiques**

Tout comme l'UDSM, de nombreuses associations, fédérations ou encore établissements font le choix de créer leur propre référentiel. À l'inverse d'autres font le choix d'acheter un référentiel préexistant. D'autres encore ne peuvent pas recourir à cet outil faute de moyens humains et/ou financiers. Ce constat entraîne d'importantes difficultés pour les autorités en raison du manque d'hétérogénéité des rapports et met en exergue la profonde iniquité qui existe entre les établissements du secteur social et médico-social.

Face à cette situation, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé<sup>89</sup> a confié à la HAS la mission d'élaborer le nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS dans l'objectif de « *simplifier et retrouver de la cohérence* »<sup>90</sup>. La HAS souhaite désormais faire évoluer la démarche d'évaluation dans le secteur social et médico-social. Les références aux évaluations internes et externes vont disparaître, « *le regard extérieur des organismes habilités complétera celui des équipes et*

---

<sup>88</sup> Ripon, A., *Satisfaction et implication dans le travail* » in *Traité de psychologie du travail*, PUF, 1987.

<sup>89</sup> Loi n° 2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, 24 juillet 2019.

<sup>90</sup> Taillandier, L., *Loi Santé : L'évaluation nouvelle formule en chantier*, Direction[s] N° 178, septembre 2019.

des usagers »<sup>91</sup>. Selon Véronique Ghadi, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social de la HAS « *cela ne veut pas dire que la démarche d'évaluation interne a totalement disparu, elle est intégrée au fonctionnement quotidien de l'établissement* ». Il est prévu que les ESSMS aient « *un programme dont il faudra qu'ils en établissent le suivi par le rapport annuel* »<sup>92</sup>. C'est donc l'avenir de la dynamique évaluative lancée par la loi du 2 janvier 2002 qui se joue afin de renforcer la complémentarité des approches de la qualité dans le secteur sanitaire, social et médico-social au service d'un pilotage transversal plus efficient.

Pour ce qui est du référentiel, la HAS souhaite élaborer un référentiel national commun à tous les ESSMS comprenant des volets spécifiques selon les secteurs (personnes âgées, personnes en situation de handicap, protection de l'enfance...). Ce caractère flexible est un élément important et indispensable. En effet, la marge de manœuvre laissée aux établissements afin d'y intégrer leur spécificité est incontournable pour les acteurs de terrain qui sont le plus à même de connaître les spécificités de leurs établissements et les caractéristiques des usagers. Chaque responsable d'établissement pourra donc concevoir une partie personnalisée au regard des besoins et particularités de son établissement.

Le référentiel sera utilisé d'une part comme guide par les ESSMS pour leur démarche d'amélioration continue, et d'autre part comme support pour les organismes habilités. La HAS prévoit que ce référentiel d'évaluation soit plus précis que les attendus de l'évaluation externe. Le fil rouge du référentiel sera « la qualité du service rendu à la personne ». Les quatre valeurs retenues suite aux dialogues avec les parties prenantes et en interaction avec le comité de concertation seront : « le pouvoir d'agir de la personne » ; « le respect des droits fondamentaux » ; « l'approche inclusive des accompagnements » ; « la réflexion éthique des professionnels ».

La mise en place d'un référentiel unique, ou du moins d'une base commune, aurait de nombreux avantages.

Tout d'abord, cela permettrait à tous les ESSMS d'être évalués selon les mêmes critères. Le référentiel commun permettrait d'être plus exigeant sur le contenu du rapport d'évaluation, sur l'analyse de l'état des lieux et sur les mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu. Cette solution aurait l'avantage de pouvoir créer pour une même catégorie d'établissements, un outil permettant de faire des comparaisons, d'obtenir des analyses plus homogènes et un traitement facilité du dossier.

---

<sup>91</sup> Ghadi, V., directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social de la HAS, 2018.

<sup>92</sup> Ibid.

Par ailleurs, cela aurait également un impact positif pour ce qui est du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). En effet, depuis 2017, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) a adressé ses directives aux ARS en vue de la conclusion des CPOM qui s'imposent à certains ESSMS. Si ce nouveau cadre d'évaluation intégrait les objectifs CPOM, cela permettrait aux ESSMS de mieux se conformer aux exigences des autorités et ainsi éviter des sanctions budgétaires en raison d'une éventuelle non atteinte des objectifs fixés par le CPOM.

Enfin, mettre en place un tel outil facilement appropriable par les professionnels de terrain serait un levier de motivation considérable. En effet, face à l'augmentation des procédures, des recommandations, des obligations légales, et des contentieux, déployer des outils pratiques semble le moyen le plus sûr de s'assurer de leur mise en pratique, et plus important encore, de faciliter l'acceptation de la démarche par les professionnels.

*Mais alors dans ce contexte quel avenir pour le référentiel ?* Pour le moment, il reste compliqué de se projeter dans le futur. En effet comptes tenus des grèves du début d'année 2020 et de la crise sanitaire survenue juste après, rien de concret n'a encore pu être mis en place. La concertation publique sur la version zéro du référentiel, prévue initialement pour le début de l'été 2020 a été reportée alors que la mise en route du dispositif était prévue pour janvier 2021 et qu'une expérimentation en établissement était prévue pour vérifier « *que nous avons les moyens d'évaluer* »<sup>93</sup>. Le calendrier du nouveau cadre d'évaluation de la qualité dans les ESSMS est en cours de révision afin de poursuivre les travaux engagés avec les 160 membres mobilisés dans les groupes de travail, d'assurer une concertation large et d'intégrer les enseignements issus de la crise.<sup>94</sup>

L'interrogation majeure repose sur la prise en compte de l'ensemble des établissements du secteur social et médico-social. Ce secteur est composé de quelques 36 000 établissements et structures ce qui représente plus de la moitié du secteur sanitaire qui est composé d'environ 15 000 établissements. Partant de ces données, il ne faut pas négliger la difficulté d'intégrer l'ensemble des établissements du secteur social et médico-social dans un même référentiel. Au vu de cette diversité, comment construire un référentiel commun à l'ensemble des structures alors que les populations accueillies et les prestations offertes sont différentes les unes des autres ? Le référentiel devra être suffisamment modulable pour pouvoir s'adapter aux particularités des 16 catégories d'établissements et services identifiés dans l'article L312-1 du CASF, mais également et surtout pour qu'il ait du sens pour les professionnels de terrain

---

<sup>93</sup> Véronique Ghadi, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social de la HAS.

<sup>94</sup> HAS, *Impact de l'épidémie de COVID-19 dans les champs social et médico-social*, avril 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3180754/fr/impact-de-l-epidemie-de-covid-19-dans-les-champs-social-et-medico-social](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3180754/fr/impact-de-l-epidemie-de-covid-19-dans-les-champs-social-et-medico-social)



## Conclusion

L'évaluation interne constitue une réelle opportunité d'engager une réflexion sur la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Le rôle des professionnels est déterminant dans la conduite de ce projet. Ce sont les relais principaux des difficultés et dysfonctionnements qui peuvent exister dans leur établissement. Leurs observations et leurs connaissances du terrain et du public accueilli constituent un atout précieux dans l'identification des axes d'amélioration pour la qualité des prestations délivrées.

L'engagement de ces derniers est donc indispensable pour la réussite de la démarche. Dès lors, il est primordial que la méthodologie employée soit adaptée à la réalité de terrain afin que les outils utilisés aient du sens pour l'ensemble des professionnels. Si tel n'est pas le cas les impacts que produiront les outils qualité seront négatifs ce qui pourra entraîner un manque d'implication des professionnels. Dans le cadre du référentiel d'évaluation interne, la difficulté réside dans le fait d'arriver à capter l'essentiel de la qualité tout en laissant une marge d'interprétation et d'expression aux professionnels. Si laisser une marge d'expression permet de se rapprocher le plus possible des pratiques professionnelles et donc d'obtenir l'engagement des personnels, cela ne permet pas toujours d'évaluer ce qui est demandé par les autorités. Cette situation démontre que les éventuels impacts liés à l'application d'une méthodologie doivent toujours être identifiés en amont de l'application de cette dernière. Il est en effet nécessaire de déterminer si ces impacts pourraient nuire à la démarche

Cette notion d'impacts soulève diverses interrogations quant au référentiel national d'évaluation interne qui va être mis en place par la HAS. Toute la difficulté pour la HAS sera de construire un référentiel équitable sans être trop normatif pour ne pas nuire à l'engagement des personnels. Une absence d'engagement des professionnels pourrait desservir la mise en place d'un tel outil, pourtant porteur de nombreux avantages. Au regard de ce que nous avons analysé dans le cadre de cette étude, il semblerait qu'un référentiel traduisant une approche formative avec un socle de critères obligatoires soit le plus adapté pour obtenir l'engagement des professionnels. Cela permettrait d'évaluer la situation de l'établissement tout en favorisant la dynamique d'équipe plus qu'importante dans le contexte de crise sanitaire que nous traversons. Quelle que soit la forme de ce référentiel, il est certain que la mise en place de ce nouvel outil engendrera de nouveaux impacts sur l'activité des professionnels du secteur, qui pourront donner lieu à une nouvelle réflexion sur le sujet de notre étude.

---

# Bibliographie

---

- **Ouvrages**

Barus Michel, J., *Clinique et sens, Vocabulaire et psychologie*, 2002.

Bauduret, JF., & Jaeger, M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoires d'une refondation*, Paris : Dunod, 2002.

Bourdieu, P., « *Comprendre* », dans Bourdieu P., *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993.

Bourdieu, P., *La misère du monde*, Paris, éditions du Seuil, 1993.

Brechon, P., *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*, presses universitaire.

Caliste, J., Galeazzi, M., Pena, J. & Veninger, G. (2011), *Management dynamique de la Qualité à l'Établissement Public de Santé Maison Blanche (EPSMB) : (Comment réussir le déploiement d'une démarche qualité dans une structure de soins psychiatriques multisites)*, Projectics / Proyética / Projectique, 2011, p.21-33.

Chougrani, S., & Ali, DA., *Perception de la qualité des soins chez les professionnels de santé de l'Établissement Hospitalier et Universitaire d'Oran (EHUO)*, 2011.

Dejours, C., *L'épreuve du travail à l'épreuve du réel – Critique des fondements de l'évaluation*, Ed. Quae, Paris, 2003.

Ducalet, P., & Laforcade, M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, 2002.

Dumesnil, J., *Art médical et normalisation du soin*, 2011.

Imbert. G., *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*, 2010.

Juan, S., *Méthodes de recherche en sciences en sciences socio-humaines : exploration critique des techniques*, Paris, PUF, 1999.

Kiefer, B., *Bloc-notes : Qualité*, Rev Med Suisse, volume-2, n°624, 2002.

Lahire, B., *L'homme pluriel. La sociologie à l'épreuve de l'individu*, 1999.

Leclat, H., & Vilcot C., *Qualité en santé : 150 questions pour agir*, 3ème tirage, 2007.

Legendre, R., *Le dictionnaire actuel de l'éducation*, 3<sup>ème</sup> édition, Ed. Guérin Canada, 2006.

Loubat, JR., *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2014.

Mispelblom Beyer, F., *Au-delà de la qualité : Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Paris, 2ème édition, 1999.

Moscarola, J., *Protocoles de recueil d'information et mise en forme des données*, Chapitre 3, 2018.

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, 1988.

Ripon, A., *Satisfaction et implication dans le travail* » in *Traité de psychologie du travail*, PUF, 1987.

Rogiers, X., *L'école et l'évaluation*, 2<sup>ème</sup> édition, Ed. De Boeck Supérieur, 2010..

Savignat, P., *Évaluer les établissements et les services sociaux ou médico-sociaux*, 2009.

Scriven, M., *The methodology of evaluation*, Ed. Lafayette, 1967.

Stufflebeam, D., *L'évaluation en éducation et la prise de décision*, 1980.

Tabuteau, D., *La décision en santé*, Volume 20, 2008.

Taillandier, L., *Loi Santé : L'évaluation nouvelle formule en chantier*, Direction[s] N° 178, septembre 2019.

Van Campenhoudt L., Marquet J., & Quivy, R., *Manuel de recherche en sciences sociales*, 5<sup>ème</sup> édition, Malakoff, Dunod, 2017.

#### - **Rapports et guides**

ANAES, (2002), *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*.

ANESM, (2008), *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*.

ANESM, (2009), *Eléments d'appropriation de la recommandation ANESM : la conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés de protection de l'enfance*.

ANESM, (2015), *Rapport d'activité*.

Etienne, C., & Delahaye, T., (2013), *Guide méthodologie évaluation interne – Fédération addictions*.

HAS, (2014), *Manuel de certification*.

HAS, (2018), *Référentiel de certification V2020*, Document de travail.

Hesse, C., & Leconte, T., (2017), *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

IGAS, (2013), *Articulation de la fonction inspection contrôlée des ARS avec les autres fonctions concourant à l'amélioration de la qualité au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux*.

IGAS, (2016), *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

- **Références juridiques**

Annexe 3-10, Code l'Action Sociale et des Familles, Chapitre I, section I.

Arrêté fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle de l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, 26 avril 1999.

Article L. 312-8, Code de l'Action Sociale et des Familles.

Circulaire DGCS/SD5C/2011/398 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, 21 octobre 2011.

Décision n°H2009-07-092 portant habilitation du CNEH par l'ANESM.

Décret n° 2007-975 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux 15 mai 2007.

Décret n°84-74 fixant le statut de la normalisation 26 janvier 1984, Art. 1<sup>er</sup>.

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

Loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018, 30 décembre 2017, Article 72.

Loi n° 2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, 24 juillet 2019.

Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2 janvier 2002, Article 22 alinéa 1 : « *les établissements et services procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (...)* ».

Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2 janvier 2002, Article 22 alinéa 2 : « *les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur* ».

Loi n°2004-809 relative aux libertés et responsabilités locales, 13 août 2004.

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

- **Thèses et mémoires**

Bourlanges, T., Perceptions de la qualité chez les professionnels du secteur sanitaire : analyse contextuelle au sein de la clinique Sancellemoz, EHESP, 2017.

Dupont, M., Prendre en compte la parole des usagers dans l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le champ de la santé mentale, EHESP, 2019.

El Ouahabi, I., *L'évaluation des établissements du secteur social et médico-social : vers une nécessaire uniformisation des pratiques ?*, Université de Lille, 2018, p.11.

Jolivet, A., *la certification à l'épreuve de communication : figures de la qualité et travail du sens. le cas d'un établissement de santé*, Université Paul Sabatier, Toulouse III, 2011.

Miossec, L., *Le processus de construction du référentiel d'évaluation interne : un outil de management fédérateur*, 2007.

#### - **Webographie**

ABAQ Conseil, *Nouvelle procédure d'évaluation au 01/01/2021*, 2019. <https://www.abaq-conseil.fr/actualites-cabinet-conseil-abaq-lyon/375-nouvelle-procedure-evaluation-essms.html>

HAS, *L'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 2018. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2838131/fr/l-evaluation-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/fr/l-evaluation-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms)

HAS, *Impact de l'épidémie de COVID-19 dans les champs social et médico-social*, avril 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3180754/fr/impact-de-l-epidemie-de-covid-19-dans-les-champs-social-et-medico-social](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3180754/fr/impact-de-l-epidemie-de-covid-19-dans-les-champs-social-et-medico-social)

HOSPIMEDIA, *Les nouveaux dispositifs d'évaluation des établissements médico-sociaux seront prêts en 2021*, 2019. [https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20190403-les-nouveaux-dispositifs-d-evaluation-des-etablissements-medico?utm\\_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20190404-qualite-les-nouveaux-dispositifs-d-evaluation-des-etablissements&utm\\_medium=publicSite&utm\\_campaign=redirection&utm\\_term=logged](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20190403-les-nouveaux-dispositifs-d-evaluation-des-etablissements-medico?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20190404-qualite-les-nouveaux-dispositifs-d-evaluation-des-etablissements&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged)

HAS, *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*, 2009. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835294/fr/la-conduite-de-l-evaluation-interne-dans-les-etablissements-et-services-vises-a-l-article-l-312-1-du-code-de-l-action-sociale-et-des-familles](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835294/fr/la-conduite-de-l-evaluation-interne-dans-les-etablissements-et-services-vises-a-l-article-l-312-1-du-code-de-l-action-sociale-et-des-familles)

HOSPIMEDIA, *Qualité : La HAS détaille son travail sur le référentiel d'évaluation interne*, 2020. <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200313-qualite-la-has-detaille-son-travail-sur-le>



---

# Liste des annexes

---

## Annexe 1 : Guide d'entretien pour les personnels hors siège social

### GUIDE D'ENTRETIEN

#### ENTRETIENS DES PERSONNELS HORS SIEGE SOCIAL

##### INTRODUCTION DE L'ENTRETIEN

---

Dans le cadre de mon Master 2 que j'effectue à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), je dois effectuer un mémoire.

Mon mémoire porte sur l'impact des référentiels d'évaluation interne sur l'activité des personnels.

Afin d'étudier au mieux cette question, je dois réaliser divers entretiens avec des personnels de l'association ayant participé à l'évaluation interne. C'est pourquoi je vous ai sollicité et je vous remercie de votre réponse positive.

Cet entretien prendra maximum 1heure.

Avant de commencer je tiens à vous préciser que cet entretien est strictement confidentiel et sera analysé de façon anonyme.

Par ailleurs, dans un souci d'une retranscription fidèle des propos tenus, il est nécessaire que l'échange soit enregistré. Il ne sera accessible par aucune personne et sera détruit fin septembre après la soutenance de mémoire. Etes-vous d'accord pour que j'enregistre cet entretien ?

*(Les questions en italique sont les éventuelles questions de relance. Elles seront posées uniquement si les interviewés n'arrivent pas à développer de réponse à la question posée).*

##### TALON SOCIOLOGIQUE

---

- **(Genre)**
- **Quelle est votre tranche d'âge ?**  
 20/30 ans  30/45 ans  45/60 ans  60 ans et +
- **Quelle est votre profession actuelle ? Depuis quand l'exercez-vous ?**
- **Quel a été votre parcours avant d'arriver à ce poste ?**

##### CONNAISSANCES ET OPINIONS SUR LA DEMARCHE QUALITE

---

- **Que pensez-vous de l'implantation de la qualité dans le champ médico-social ?**

*Avez-vous observé des changements depuis cette implantation ? (plus ou moins de contraintes, plus ou moins de formalités, plus ou moins de rigueur, amélioration des pratiques)*

## **CONNAISSANCES ET OPINIONS SUR L'ÉVALUATION INTERNE**

---

- **Quelle expérience avez-vous de l'évaluation interne et comment la percevez-vous ?**

*Comment avez-vous perçu la mise en place des évaluations internes dans le secteur médico-social ?*

*Pensez-vous que cela est indispensable à l'amélioration des pratiques ? Si oui ou non pourquoi ?*

*Selon-vous, cela correspond-il à une remise en question des pratiques des professionnels ? Si oui ou non pourquoi ?*

## **OPINION SUR LE REFERENTIEL**

---

Le référentiel qui vous a guidé pour réaliser l'évaluation est le même référentiel que celui utilisé lors de la première évaluation. Il avait été proposé par le cabinet EQR qui a accompagné l'UDSM dans cette démarche.

- **Comment avez-vous utilisé le référentiel ?**

*Aviez-vous choisi une personne pilote ? Si oui ou non pourquoi ?*

*Avez-vous pensé à constituer des groupes de travail ? Si oui ou non pourquoi ?*

*Si oui, a-t-il été compliqué de mobiliser ces personnes ? Si oui ou non pourquoi ?*

*Combien de temps cela vous a pris de les renseigner ?*

*Ce temps accordé à remplir le référentiel vous a-t-il semblé être justifié ?*

- **Le référentiel utilisé vous paraissait-il clair, simple à remplir ?**

*L'ensemble des questions vous semblait-il adapté à votre structure ?*

*Le vocabulaire utilisé vous semblait-il clair ? Si oui ou non pourquoi ?*

*Avez-vous eu des retours de la part des collaborateurs ayant participé au remplissage ?*

- **Auriez-vous souhaité procéder différemment afin de réaliser l'évaluation interne ?**

*Auriez-vous souhaité un référentiel spécifique à votre structure ?*

*Auriez-vous souhaité aborder d'autres thèmes pour mettre en avant certaines activités spécifiques à votre structure ?*

*Auriez-vous préféré des questions plus ouvertes afin de discuter davantage de vos pratiques ? Si oui ou non pourquoi ?*

## **IMPACTS DU REFERENTIEL**

---

- **Quels impacts le référentiel a-t-il eu dans votre établissement ?**

*Vous a-t-il aidé pour la rédaction du rapport d'évaluation interne ?*

*Vous a-t-il permis de mobiliser davantage vos équipes ?*

*Vous a-t-il contraint en termes de temps ?*

*Quels ont été les impacts sur la prise en charge ?*

## CONNAISSANCES DES REFORMES EN COURS

---

- **Comment pensez-vous que cette utilisation devrait évoluer dans le futur ?**
  
- **Avez-vous connaissance des projets de la HAS concernant la démarche d'évaluation des ESSMS ? Si non explication**  
*Que pensez-vous de la mise en place d'un référentiel commun à l'ensemble des ESSMS avec des items adaptés aux structures ?*

## QUESTION OUVERTE

---

- **Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose en lien avec le sujet ?**

## Annexe 2 : Guide d'entretien pour les personnels du siège social

### GUIDE D'ENTRETIEN

#### ENTRETIENS DES PERSONNELS HORS SIEGE SOCIAL

#### INTRODUCTION DE L'ENTRETIEN

---

Dans le cadre de mon Master 2 que j'effectue à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), je dois effectuer un mémoire.

Mon mémoire porte sur l'impact des référentiels d'évaluation interne sur l'activité des personnels.

Afin d'étudier au mieux cette question, je dois réaliser divers entretiens avec des personnels de l'association ayant participé à l'évaluation interne. C'est pourquoi je vous ai sollicité et je vous remercie de votre réponse positive.

Cet entretien prendra maximum 1heure.

Avant de commencer je tiens à vous préciser que cet entretien est strictement confidentiel et sera analysé de façon anonyme.

Par ailleurs, dans un souci d'une retranscription fidèle des propos tenus, il est nécessaire que l'échange soit enregistré. Il ne sera accessible par aucune personne et sera détruit fin septembre après la soutenance de mémoire. Etes-vous d'accord pour que j'enregistre cet entretien ?

#### LEGENDE :

*(Les questions en italique sont les éventuelles questions de relance. Elles seront posées uniquement si les interviewés n'arrivent pas à développer de réponse à la question).*

Les question en bleu sont celles qui ne concernent que le Directeur Général

Les question en vert sont celles qui ne concernent que la responsable qualité

#### TALON SOCIOLOGIQUE

---

- (Genre)
- Quelle est votre tranche d'âge ?
  - 20/30 ans  30/45 ans  45/60 ans  60 ans et +
- Quelle est votre profession actuelle ? Depuis quand l'exercez-vous ?
- Quel a été votre parcours avant d'arriver à ce poste ?

#### CONNAISSANCES ET OPINIONS SUR LA DEMARCHE QUALITE

---

- Que pensez-vous de l'implantation de la qualité dans le champ médico-social ?

*Avez-vous observé des changements depuis cette implantation ? (plus ou moins de contraintes, plus ou moins de formalités, plus ou moins de rigueur, amélioration des pratiques)*

- **Pourquoi avez-vous créé un service qualité au sein de l'association ?**
- **Que pensez-vous de l'implantation de la qualité dans l'association ?**  
*Diriez-vous que la démarche qualité est adoptée et acceptée par l'ensemble des établissements de l'UDSM ?*  
*Que comptez-vous faire pour développer davantage la démarche qualité dans l'ensemble des établissements ?*

## **CONNAISSANCES ET OPINIONS SUR L'EVALUATION INTERNE**

---

- **Quelle expérience avez-vous de l'évaluation interne et comment la percevez-vous ?**  
*Comment avez-vous perçu la mise en place des évaluations internes dans le secteur médico-social ?*  
*Pensez-vous que cela est indispensable à l'amélioration des pratiques ? Si oui ou non pourquoi ?*  
*Selon-vous, cela correspond-il à une remise en question des pratiques des professionnels ? Si oui ou non pourquoi ?*
- **Quel est l'historique des évaluations internes à l'UDSM ?**  
*Date, meneur de l'évaluation interne, délais, difficultés, différences entre les deux évaluations internes réalisées*
- **Pensez-vous que la finalité de l'évaluation interne est perçue par l'ensemble des directeurs et plus largement par l'ensemble des professionnels ?**  
*Certains appréhendent-ils l'évaluation, comme un jugement de leurs pratiques ?*

## **OPINION SUR LE REFERENTIEL**

---

- **Comment le référentiel de l'UDSM a-t-il été construit ?**  
*A-t-il été construit à partir d'un autre référentiel ?*  
*Est-il commun à toutes les structures ?*  
*Les directeurs d'établissement ont-ils été consultés pour l'élaboration de ce dernier ?*
- **Avez-vous eu des retours positifs/négatifs par les personnes ayant rempli le référentiel ?**  
*Vous a-t-on confié qu'il s'agissait d'un travail conséquent nécessitant beaucoup de temps ?*  
*A l'inverse, vous a-t-on confié que la méthodologie employée avait permis de gagner du temps ?*

## IMPACTS DU REFERENTIEL

---

- **Quels impacts le référentiel a-t-il eu dans le cadre de l'évaluation interne ?**

## CONNAISSANCES DES REFORMES EN COURS

---

- **Comment pensez-vous que cette utilisation devrait évoluer dans le futur ?**
- **Avez-vous connaissance des projets de la HAS concernant la démarche d'évaluation des ESSMS ? *Si non explication***  
*Que pensez-vous de la mise en place d'un référentiel commun à l'ensemble des ESSMS avec des items adaptés aux structures ?*

## QUESTION OUVERTE

---

- **Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose en lien avec le sujet ?**

### Annexe 3 : Tableau synoptique de la population interrogée

Date	Désignation	Fonction	Durée (min)	Mode de réalisation
27/04	E1	Directeur général	52 min	Visio
28/04	E2	Directeur des affaires économiques	48 min	Visio
13/05	E3	Responsable qualité et gestion des risques	72 min	Physique
02/06	E4	Adjoint de direction	58 min	Visio
08/06	E5	Adjoint de direction	50 min	Visio
10/06	E6	Chef de service	28 min	Physique
23/06	E7	Infirmier	60 min	Physique
23/06	E8	Directeur	35 min	Téléphone
24/06	E9	Directeur	53 min	Téléphone
09/07	E10	Adjoint de direction	47 min	Physique
23/07	E11	Directeur	30 min	Visio
28/07	E12	Educateur	50 min	Physique

## Annexe 4 : Structuration du référentiel d'évaluation interne de l'UDSM – 2019

<b>LA PERSONNE ACCUEILLIE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>1.1 Accueil et admission</li><li>1.2 Projet personnalisé</li><li>1.3 Accompagnement quotidien</li><li>1.4 Droit des personnes</li><li>1.5 Participation</li><li>1.6 Dossier</li><li>1.7 Fin d'accompagnement</li></ul>
<b>L'ETABLISSEMENT OU LE SERVICE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>2.1 Projet d'établissement ou de service</li><li>2.2 Management</li><li>2.3 Gestion des risques</li><li>2.4 Bientraitance</li><li>2.5 Partenariat et réseau</li><li>2.6 Fonctions logistiques</li></ul>
<b>L'ASSOCIATION</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>3.1 Valeurs associatives</li><li>3.2 Stratégie associative</li><li>3.3 Gouvernance associative</li><li>3.4 Gestion RH</li><li>3.5 Gestion financière</li><li>3.6 Démarche qualité</li></ul>

## Annexe 5 : Extrait de la structuration du référentiel d'évaluation interne de l'UDSM - 2019

CHAPITRE 1 - LA PERSONNE ACCUEILLIE											
THEME 2 - PROJET PERSONNALISE											
<p><b>Niveau de maturité :</b> A : Totalment / Toujours / Impact identifié et mesuré    B : Majoritairement / Généralement / Actions organisées et mises en oeuvre            C : En partie / Rarement / Objectifs définis et actions planifiées    D : Pas du tout / Jamais / Aucuns objectifs définis et actions planifiées            NA : Non applicable dans la structure</p>											
Etablissements ou service concerné	N°	CRITERES	NIVEAU DE MATURITE	INDICATEURS	COMMENTAIRES	AXES D'AMELIORATION	PRIORITE	PILOTAGE	DELAI	MOYENS NECESSAIRES	INDICATEURS DE REALISATION
<b>Ppa-1 - L'élaboration et le suivi du projet personnalisé font l'objet d'une procédure explicite dans le projet d'établissement</b>											
Tous	Ppa-1a	Les principaux objectifs en matière d'accompagnement de la personne accueillie sont définis dans le projet d'établissement.	A								
Tous	Ppa-1b	Le modalités d'élaboration du projet personnalisé sont définies dans le projet d'établissement.	B	ajout V2							
Tous	Ppa-1c	Le projet d'établissement prévoit un délai d'élaboration du projet personnalisé, ainsi qu'une fréquence minimale des bilans	A	ajout V2							
Tous	Ppa-1d	Les conditions d'interruption de prise en charge sont prévues dans le projet d'établissement	A	ajout V2							
<b>Ppa-2 - Une analyse approfondie de la situation et des attentes de la personne est réalisée.</b>											
Tous	Ppa-2a	Une procédure d'élaboration, de suivi, d'évaluation, et de réactualisation du projet personnalisé est écrite et connue des professionnels concernés.	B								
Tous	Ppa-2b	Chaque personne accueillie dispose d'un projet personnalisé écrit, élaboré conformément à la procédure.	C								
Tous	Ppa-2c	Le premier projet personnalisé est élaboré dans les 6 mois maximum suivant l'admission.	B								

Présentation de l'évaluation

Calendrier

MENU

1.1 Accueil et admission

**1.2 Projet personnalisé**

1.3 Accompagnement quotidien

1.4 Droits des person ...



ANTONOFF	Ophélie	04/09/2020
<b>MASTER 2 : ANALYSE ET MANAGEMENT DES ORGANISATIONS DE SANTE</b> 2019/2020		
<b>IMPACTS DES REFERENTIELS D'EVALUATION INTERNE SUR  L'ACTIVITE DES PROFESSIONNELS DU SECTEUR SOCIAL ET  MEDICO-SOCIAL</b>		
EHESP Rennes		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Les établissements sociaux et médico-sociaux sont libres de choisir l'outil qu'ils souhaitent pour conduire leur évaluation interne. La HAS recommande de la réaliser à l'aide d'un référentiel. Si certains établissements achètent des référentiels préconstruits, d'autres font le choix de construire leur propre outil afin qu'il soit adapté à la spécificité de leur activité.</p> <p>Le choix du référentiel est déterminant. En fonction de la forme du référentiel, ce dernier produira divers impacts sur l'activité des professionnels. Ces impacts diffèrent en fonction du sens qui est donné à l'évaluation interne. La difficulté réside dans le fait d'arriver à évaluer l'essentiel de la qualité tout en permettant aux professionnels de s'exprimer sur la réalité de terrain.</p> <p>Cela met en exergue la question de l'engagement des professionnels. Cette question est d'autant plus d'actualité à l'heure où la HAS a entamé l'élaboration d'un référentiel national commun à tous les ESSMS. Il est certain que la mise en place de ce nouvel outil engendrera de nouveaux impacts sur l'activité des professionnels du secteur.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Evaluation interne – Référentiel – Social – Médico-social – Impacts – Pratiques professionnelles – Professionnels</p>		
<p><i>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.</i></p>		