



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2011 –**

**L'INTEGRATION DES ETABLISSEMENTS  
MEDICO-SOCIAUX DANS UNE DEMARCHE  
D'EVALUATION EST-ELLE UN GAGE D'UNE  
PRISE EN CHARGE DE QUALITE ?**

**– Groupe n° 18 –**

- |                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| – BENANI Yolande, DESSMS    | – CAZENAVE Jean-Bernard, DESSMS |
| – DELASTRE Loïc, DH         | – FLANQUART Arnaud, DH          |
| – FOUCHARD Arnaud, MISP     | – GERVOISE Anne-Sophie, DESSMS  |
| – LAFFITTE Laure, IASS      | – LORIOT Pascale, DS            |
| – ROUSSEAU Frédéric, DESSMS | – SERVAIN Lisa, IES             |
| – STROUSE Corinne, IASS     |                                 |

**Animateurs :**

***Maryvonne CRECHE, Fondation Caisse d'Épargne Solidarité***

***Bruno FAVIER, Fondation Caisse d'Épargne Solidarité***

---

# Sommaire

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Méthodologie.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Introduction .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>I. Sanitaire et médico-social, deux secteurs différents, deux approches différentes .....</b>   | <b>15</b> |
| <b>A. Inspirée de la démarche du secteur marchand, la qualité du secteur sanitaire aboutit à la certification par la HAS.....</b>                                | <b>15</b> |
| 1. La qualité est un concept flou en développement dans le secteur sanitaire .....   | 15        |
| 2. La certification : outil de promotion de la qualité dans le secteur sanitaire .....   | 18        |
| <b>B. Les particularités du secteur médico-social impliquent le recours à une démarche spécifique pour impulser une dynamique de qualité.....</b>                | <b>19</b> |
| 1. Les spécificités du secteur médico-social .....   | 19        |
| 2. Présentation du dispositif d'évaluation interne et externe.....   | 21        |
| <b>II. D'une démarche d'évaluation à une prise en charge de qualité .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>A. Une démarche d'évaluation, bien menée, peut permettre d'améliorer la qualité .....</b>   | <b>24</b> |
| 1. La conduite du changement est nécessaire pour lever les freins liés à la mise en place de la démarche d'évaluation .....                                      | 24        |
| 2. Les bénéfices de l'évaluation sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge restent difficiles à identifier .....                                    | 29        |
| <b>B. L'amélioration de la qualité dans le secteur médico-social passe par l'évolution de la procédure d'évaluation et le développement d'autres outils.....</b> | <b>31</b> |
| 1. Des pistes d'évolution de la procédure d'évaluation.....  | 31        |
| 2. D'autres outils peuvent être mobilisés pour l'amélioration de la qualité.....   | 33        |
| <b>Conclusion .....</b>  | <b>35</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>  | <b>37</b> |
| <b>Liste des annexes.....</b>  | <b>I</b>  |

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Nous tenons à remercier en premier lieu les animateurs Maryvonne CRECHE et Bruno FAVIER de la Fondation Caisse d'Epargne pour la Solidarité (FCES) pour leur réactivité et leurs conseils avisés.

Nous remercions également toutes les personnes interrogées qui, malgré un emploi du temps chargé, se sont rendues disponibles et ont permis d'enrichir ce travail.

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AFNOR** : Association Française de Normalisation

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Soins

**ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

**ANESM** : Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux

**APF** : Association des Paralysés de France

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles

**CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination

**CME** : Commission Médicale d'Etablissement

**CNESMS** : Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale

**CSST** : Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes

**CVS** : Conseil de la Vie Sociale

**DGCS** : Direction Générale de la Cohésion Sociale

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles

**ESSMS** : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

**FNAQPA** : Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées

**FHF** : Fédération Hospitalière de France

**HAD** : Hospitalisation A Domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**ISO** : International Organization for Standardization

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**PEP** : Pratiques Exigibles Prioritaires

**PRIAC** : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

**PRS** : Plan Régional de Santé

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

**SROMS** : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2011

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**TQM** : Total Quality Management

**USLD** : Unité de Soins de Longue Durée

## **Méthodologie**

D'emblée, un coordonnateur a été choisi afin de veiller à la cohésion du groupe et à la mise en commun du travail. Il s'est chargé d'établir et de faire respecter le budget alloué.

La problématique proposée par les animateurs a été reprécisée dès la première réunion du groupe. Le sujet semblait trop axé sur le champ du sanitaire et trop vaste pour le temps imparti. L'articulation entre évaluation et qualité, qui a finalement été retenue, a emporté l'adhésion de l'ensemble du groupe.

Pour débiter ce travail, nous nous sommes interrogés sur le concept de qualité qui recouvre de nombreuses acceptions, puis, nous avons cherché à savoir si la démarche d'évaluation instituée dans le secteur médico-social était systématiquement synonyme de progrès en termes de qualité de la prise en charge. Un calendrier de travail a été élaboré en commun et validé par nos animateurs. Nous avons choisi de partager le travail en groupes organisés autour de chacune des sous-parties. Cette première étape a également été l'occasion de concevoir la grille d'entretien et la liste des personnes à auditionner (cf. annexes). Des rencontres régulières (2 par semaine) ont permis de veiller à la cohérence, la progression et la validation du contenu. Les animateurs ont participé activement au suivi des travaux par échanges de mails et rencontres à l'EHESP.

La deuxième étape a permis de rédiger une première version du mémoire, de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de travail à partir de recherches bibliographiques. La base de la bibliographie était composée d'un dossier documentaire élaboré par les animateurs du groupe. Celle-ci a été complétée par les recherches menées par chaque sous-groupe.

La troisième étape correspond à une seconde version du mémoire, enrichie des entretiens tenus avec les professionnels du secteur. Seize entretiens ont été réalisés sur les vingt prévus (absence de réponse, délai trop court pour planifier un entretien). Les personnes choisies et rencontrées ou auditionnées par téléphone se divisent en trois grandes catégories : institutionnels, syndicaux et professionnels. Ces entretiens ont permis d'affiner les orientations du mémoire et ont servi à nourrir le document en arguments et en exemples.

La quatrième phase du travail a consisté en la relecture en commun du mémoire et en l'harmonisation des parties entre elles afin d'éviter les répétitions, d'améliorer le déroulement logique du document. Les personnes auditionnées ont été sollicitées pour valider l'insertion de leur propos au sein du document. Un échange s'est déroulé avec les animateurs pour recueillir leurs dernières recommandations.

## Introduction

Dans de nombreux domaines, la complexification engendrée par le progrès technique provoque une « protocolisation » croissante des pratiques professionnelles, notamment au travers de guides de bons usages ou de bonnes pratiques<sup>1</sup>. Ces procédures visent à promouvoir une qualité prédéfinie et tendre à la réduction des risques. Des démarches d'évaluation, de formes diverses, sont ainsi mises en place pour favoriser et contrôler la bonne application des procédures et référentiels qui ont fait consensus.

Ces guides de bons usages et bonnes pratiques ainsi que ces évaluations, destinés à garantir une qualité voulue, ont d'abord pris naissance dans les secteurs commerciaux en particulier alimentaires. De nombreuses normes (Série ISO 9000, ISO 9001<sup>2</sup>) ont permis un accord global sur la qualité à obtenir en tenant compte, bien souvent, des évolutions techniques mais aussi du coût de la garantie d'une telle qualité dans une logique d'efficience.

L'émergence des démarches qualité s'est peu à peu étendue au secteur de la santé. Cette démarche vise à systématiser et « protocoliser » la réflexion sur les améliorations à apporter. Elle permet également au secteur de la santé de rendre compte à la société de ses pratiques. La recherche de la qualité, objectif intrinsèque du secteur de la santé<sup>3</sup>, s'accompagne donc d'une volonté de pédagogie des institutions envers la société. Désormais, on cherche à standardiser la qualité, à la mesurer précisément et à la faire connaître dans un but commercial ou de transparence du service public. La société ne se contente plus de savoir que les professionnels de santé font, par essence, un travail de qualité, elle souhaite une évaluation de ces pratiques par les experts qu'elle consacre comme légitimes (experts pour la crise H1N1, pour les OGM, pour la radioactivité...)<sup>4</sup>.

Par cette promotion de la démarche qualité et cette transparence, le secteur de la santé prend acte du refus de plus en plus marqué du risque par la société. Cela traduit la volonté

---

<sup>1</sup> Point n°3 des « 14 points de William Edward Deming », source: WALTON M., DEMING W. E., 1992, *The Deming Management Method*, New York: Mercury Business Books

<sup>2</sup> La norme ISO 9001 fait partie de la série des normes ISO 9000 donne les exigences organisationnelles requises pour l'existence d'un système de gestion de la qualité.

<sup>3</sup> D'une exigence déontologique fondamentale de la pratique médicale, la qualité est devenue un enjeu collectif, fortement investi par l'ensemble des acteurs de la santé. Rapport HAS « Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé » décembre 2007 p. 5

<sup>4</sup> Cf. Notions de « Technocratie » et « gouvernement des experts » inspirées par Auguste Comte et Saint Simon

de maîtrise intégrale des menaces identifiées (principe de prudence) ou même non identifiées (principe de précaution)<sup>5</sup>. Des crises majeures comme celles du « sang contaminé », de la « vache folle », de la canicule de 2003 ont eu pour conséquences notables<sup>6</sup>, l'émergence d'un souhait d'éradications des risques. A titre d'exemple, l'obligation de moyens des médecins est renforcée dans certains domaines par une obligation de sécurité de résultat<sup>7</sup>. Force est de constater que la qualité devient une préoccupation extrêmement forte pour la société française, comme en témoigne d'une certaine manière, l'importance accordée par la société aux classements des hôpitaux par les journaux. La société veut pouvoir vérifier cette qualité et les démarches qui y conduisent. Pour répondre à cette demande sociale, le secteur sanitaire a connu une évolution majeure dans la mesure de la qualité et de la transparence de cette qualité, par l'introduction des procédures d'accréditation devenues certification par la Haute Autorité de Santé (HAS). Parallèlement à ce mouvement « qualitatif », la démographie vieillissante de la France conduit au développement inexorable du secteur médico-social notamment pour sa part concernant les personnes âgées. Avec la perspective d'une hausse de 80% du nombre de personnes de plus de 60 ans d'ici 2050 (22,3 millions contre 12,6 millions en 2005 selon l'INSEE), la France voit son secteur médico-social s'accroître et avec lui une exigence d'une prise en charge de qualité, pour les personnes âgées en particulier. Ce développement s'accompagne de plans de financement comme le Plan Solidarité Grand Age ou le « Plan Bien Vieillir 2007-2009 » dont les succès variables ont tout de même

---

<sup>5</sup> Selon le professeur de philosophie Mark Hunyadi de l'université Laval : La prudence vise les risques avérés, ceux dont l'existence est démontrée ou connue empiriquement suffisamment à ce qu'on puisse en estimer la fréquence d'occurrence. La précaution vise les risques probables, non encore confirmés scientifiquement, mais dont la possibilité peut être identifiée à partir de connaissances empiriques et scientifiques.

<sup>6</sup> ZYLBERMAN P., "Les crises sanitaires dans l'histoire politique", in CHAIRE SANTE DE SCIENCES PO, *Tribunes de la santé*, 28 avril 2011, Paris : 2011

<sup>7</sup> Par exemple : obligation de résultat en ce qui concerne la conception, l'entretien et la bonne conformité des prothèses dentaires. Ainsi la jurisprudence distingue s'agissant des dentistes la pose de l'appareil qui demeure un acte médical et relève de l'obligation de moyens, et sa fourniture qui est soumise à l'obligation de résultat de fournir un appareil sans défaut (Arrêts de la Cour de Cassation, 1<sup>ère</sup> chambre civile, des 22 novembre 1994, 16 juin 1990 et 15 août 1988).

permis une prise de conscience de l'ampleur du défi de société qu'est la qualité de la prise en charge des personnes âgées.<sup>8</sup>

Ainsi, plus de 5000 Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), dont 2125 publics<sup>9</sup>, 1600 Unité de Soins de Longue Durée (USLD), et 1000 foyers logements<sup>10</sup>, visent à répondre à ce défi démographique.

Face à une telle hétérogénéité et aux tendances lourdes de la démographie, la qualité dans le domaine médico-social représente un enjeu majeur. Ce d'autant plus que le secteur a connu récemment une crise importante liée à la découverte et la médiatisation de cas de maltraitance, notamment de personnes âgées.

L'Etat a donc commencé à développer des outils d'évaluation<sup>11</sup> qui permettraient à la fois de mesurer le niveau de qualité et de l'améliorer dans le secteur médico-social. Parti du domaine sanitaire, ce mouvement doit faire face aux spécificités et à la diversité du secteur médico-social. Cependant, en dépit de l'apparition récente de recommandations de bonnes pratiques spécifiques aux EHPAD<sup>12</sup>, la démarche d'évaluation concerne pour le moment indistinctement tous les établissements et services énumérés à l'article 312-1 du Code de l'action Sociale et des Familles.

Néanmoins, les démarches d'évaluation et les démarches qualité sont de nature et d'objectifs différents. Des auteurs comme Pierre Savignat<sup>13</sup> ont ainsi cherché à montrer que cette démarche d'évaluation ponctuelle ne doit pas être confondue avec une démarche continue de promotion de la qualité même si, à terme, il est souhaitable qu'elle y conduise.

La démarche qualité, processus mis en œuvre pour implanter un système qualité et s'engager dans une démarche d'amélioration continue, vise une qualité qui peut être variable en fonction du point de vue. Ainsi, il est probable que la direction de l'établissement médico-social aura pour objectif une certaine qualité (diminution des

---

<sup>8</sup> HCSP, 2010, Evaluation du plan national Bien vieillir 2007-2009, Coll. Evaluation, Paris: La Documentation Française, source : [www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20101209\\_evalbienvieillir.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20101209_evalbienvieillir.pdf)

<sup>9</sup> Source : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

<sup>10</sup> Source : [www.maison-de-retraite.sanitaire-social.com](http://www.maison-de-retraite.sanitaire-social.com)

<sup>11</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et le décret d'application n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux,

<sup>12</sup> ANESM, 2011, *Programme Qualité de vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)*,

risques sanitaires, bon accueil, bonne image de marque...), les salariés de l'établissement une autre qualité (réduction des risques psycho-sociaux...) tandis que l'utilisateur aura encore d'autres exigences. Une définition de la qualité dans le secteur médico-social qui prendrait en compte les attentes de tous les acteurs n'est donc pas simple à donner, d'autant plus qu'il est parfois difficile de définir ces attentes, notamment pour des personnes démentes qui représenteraient environ 70% des résidents d'EHPAD.

Qualité difficile à définir dans le secteur médico-social, démarche d'évaluation différente de la démarche qualité, élaboration délicate d'une procédure d'évaluation pertinente : la qualité n'est donc pas un objectif aisé à atteindre et le rapport de cause à effets entre évaluation et qualité demeure complexe. Dès lors, peut-on dire que l'intégration d'une démarche d'évaluation dans le secteur médico-social est un gage d'une prise en charge de qualité ?

Dans un premier temps nous chercherons à définir le concept de qualité avant de voir comment il s'est diffusé au secteur de la santé. Nous ferons ensuite le constat qu'en raison des spécificités du secteur médico-social, l'intégration de la démarche qualité nécessite une mise en œuvre particulière. Dans un second temps nous étudierons les freins et les conditions de réussite de la démarche d'évaluation au sein des établissements médico-sociaux. Nous terminerons par des propositions pour améliorer la démarche d'évaluation instituée et lui permettre d'intégrer les établissements dans une culture d'amélioration de la qualité de prise en charge.

---

<sup>13</sup> SAVIGNAT P., 2009, *Évaluer les établissements sociaux et médicosociaux. Des savoir-faire à reconnaître*, Paris : Dunod.

## **I. Sanitaire et médico-social, deux secteurs différents, deux approches différentes**

### **A. Inspirée de la démarche du secteur marchand, la qualité du secteur sanitaire aboutit à la certification par la HAS**

#### **1. La qualité est un concept flou en développement dans le secteur sanitaire**

La qualité est longtemps restée vague et indéterminée. Son originalité tient à la multiplicité de ses approches qui doivent être saisies dans leur ensemble. D'une manière générale, le sens commun assimile « la qualité » à celle d'une chose ou d'une personne, qu'elle soit bonne ou mauvaise.<sup>14</sup> Dans cette conception, elle s'oppose à la quantité. Elle est également apparentée à la supériorité, l'excellence<sup>15</sup>. Une certaine hiérarchie est alors introduite dans son appréhension. Enfin, utilisée dans une logique marchande, comme argument de vente, elle apparaît indissociable du concept de « produit » ou encore de celui de « services »<sup>16</sup>. Dans ce cadre, l'essence de la qualité se caractérise comme la recherche de l'absence de défaut.

Son caractère pluridimensionnel (qualité attendue, visée, réalisée...)<sup>17</sup> rend sa définition plus délicate. Les oppositions entre les perceptions de chacun (acteurs, décideurs, bénéficiaires, professionnels ou gestionnaire) en ont fait une notion encore plus difficile à appréhender. Pour Pierre Savignat, la qualité est évolutive et correspond à une demande sociale à un moment donné.<sup>18</sup>

Pourtant, le monde moderne est parvenu à circonscrire la notion. En effet, face à la concurrence internationale du secteur industriel, l'exigence de satisfaction est devenue une priorité. Dans cette perspective, des institutions telles que l'AFNOR l'ont donc défini en 2005 comme « aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des

---

<sup>14</sup> Doucet C., « La Qualité », coll. Que sais-je ?, Paris : Presses Universitaires de France, p.5

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Cf. Annexe III

<sup>18</sup> HAELEWYCK M.-C., GOUSEE V., 2010, *Auto-évaluation de la qualité des services sociaux et médico-sociaux - Expérience auprès de cinq services volontaires*, Paris : L'Harmattan, p. 21

exigences »<sup>19</sup>. Bien plus qu'un simple résultat, elle est aujourd'hui érigée en véritable principe managérial<sup>20</sup> et est devenue un processus d'amélioration.

Mais avant de parvenir à cet état d'achèvement, ce concept a envahi l'ensemble du secteur privé. En effet, est apparu dès le début du XXème siècle, la notion de « contrôle qualité » des produits. A celle-ci s'est adjointe celle d'inspection ou « surveillance de la qualité » dans le cadre de leur réalisation. En 1945, le professeur Armand Vallin Feigenbaum<sup>21</sup> évoque l'idée de « prévention appliquée à la qualité »<sup>22</sup>. Cette méthode de gestion économique de la qualité compare les coûts de la qualité et ceux de non-qualité et fait prévaloir la prévention au contrôle.

La vision managériale de la qualité a donc transformé et rénové le concept. Elle se définit comme un ensemble de principes matérialisés au travers d'un programme intitulé « Total Quality Management » (TQM). En 1924, les ingénieurs tel que Dodge, Roming, Shewart, Deming avancent une nouvelle théorie fondée sur une conception participative du personnel de l'entreprise tendant à améliorer la production tout en satisfaisant le client<sup>23</sup>. Cette dernière permet d'éliminer les défauts des produits en recherchant leurs causes<sup>24</sup>. Associée à une volonté d'amélioration ininterrompue, la qualité constitue alors un principe directeur vers lequel toute « entreprise » doit tendre. Pour y parvenir, chaque dysfonctionnement doit être appréhendé le plus en amont possible. Ce processus rationnel s'est poursuivi au travers du concept de « démarche qualité » et peut être représenté par un cycle d'actions correctives et préventives, appelé «roue de Deming »<sup>25</sup>. Pour satisfaire le client et afin de stopper toutes actions dites improductives, les entreprises ont recherché une « qualité totale ». Des mécanismes de certification et d'accréditation, démontrant que

---

<sup>19</sup> PANNEKOUTE J.C., FROMAN B., 1/12/2005, "Vocabulaire courant de la qualité et du management selon NF en ISO 9000 : 2005". [visité le 18.05.2011], disponible sur internet : [www.bivi.qualite.afnor.org](http://www.bivi.qualite.afnor.org)

<sup>20</sup> CLUZEL-METAYER L., 2004, « Le service public et l'exigence de qualité », Thèse pour le doctorat en droit, Université Panthéon-Assas, p.2

<sup>21</sup> Statisticien, théoricien de la gestion de la qualité, inventeur du concept « Total Quality Control » (TQC).

<sup>22</sup> FROMAN B., 1/03/2006, « Le concept de la qualité et du management ». [visité le 18.05.2011], disponible sur internet : [www.bivi.qualite.afnor.org](http://www.bivi.qualite.afnor.org)

<sup>23</sup> GOGUE J.M., 2001, *Management de la qualité*, Paris : Economica, p.9 : "En 1924, la direction technique des *Bell Telephone Laboratories* décida de constituer un département d'assurance qualité afin d'optimiser la production des usines en veillant à satisfaire les besoins des consommateurs".

<sup>24</sup> Ibid. p 10

<sup>25</sup> Ibid., p.39 ; cf. Annexe IV

le produit, le service ou l'organisation répondent à des normes préalablement définies, ont ainsi été créés.

Un tournant s'est tout de même produit lorsque cette question s'est posée pour le secteur public et plus particulièrement le secteur sanitaire. Bien qu'ayant des similitudes avec le domaine privé, le concept n'a pu être transposé directement.

En effet, les services publics sont aussi tenus à cet impératif d'amélioration de la qualité de leurs prestations. Celui-ci est devenu un axe privilégié des dernières réformes administratives<sup>26</sup>. Depuis les années 80 le but est d'assurer le respect de l'intérêt général en améliorant la satisfaction de l'utilisateur. Dès 1986, la démarche « Qualité et innovation » a introduit la culture de la qualité au sein des services publics afin d'améliorer la compétitivité des services<sup>27</sup>.

A la gestion rigoureuse s'ajoute désormais une exigence de qualité notamment dans le secteur de la santé suite aux différentes crises sanitaires (sang contaminé, etc). La qualité de la santé a donc été définie par l'OMS : elle doit viser le meilleur résultat possible et être garantie pour chaque patient<sup>28</sup>. La HAS, quant à elle, a affirmé en 2007 que « la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible »<sup>29</sup>.

Progressivement, la notion de qualité s'est retrouvée au cœur des organisations hospitalières (évaluation, accréditation) initiant la démarche de « TQM » dans ce milieu. Comme dans le secteur privé, elle recherche le progrès permanent des établissements de santé qui sera évalué par la HAS. Un référentiel de qualité, né de l'ensemble des dispositions contraignantes<sup>30</sup>, met en exergue trois principes : « la sécurité, l'équité, l'accessibilité des soins » ; « l'efficacité, la fiabilité, l'adéquation des moyens et des

---

<sup>26</sup> CLUZEL-METAYER L., 2004, « Le service public et l'exigence de qualité », Thèse pour le doctorat en droit, Université Panthéon-Assas, p. XIV

<sup>27</sup> Ibid, p.5

<sup>28</sup> HUET F., 2009, *Evaluation des pratiques professionnelles : d'une politique à une culture de la qualité*, Mémoire de l'EHESP, p.1

<sup>29</sup> Rapport HAS, décembre 2007, *Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé*. [visité le 18.05.2011], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_613048/rapport-definir-ensemble-les-nouveaux-horizons-de-la-qualite-en-sante?xtmc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_613048/rapport-definir-ensemble-les-nouveaux-horizons-de-la-qualite-en-sante?xtmc)

<sup>30</sup> Sources législatives et réglementaires contenues dans le Code de la santé publique ; les normes ISO 9000 ; les recommandations professionnelles ; la charte de la personne hospitalisée.

objectifs » ; « la continuité et la réponse aux attentes du patient »<sup>31</sup>. La maîtrise de la prise en charge du patient constitue un gage de qualité au même titre que l'impératif de sécurité des soins.

## **2. La certification : outil de promotion de la qualité dans le secteur sanitaire**

La certification des établissements de santé est une démarche qui vise à favoriser l'amélioration de la prise en charge des patients. Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance du 24 avril 1996, la procédure d'accréditation des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité des processus d'un établissement. Tous les établissements de santé ont disposé de 5 ans jusqu'en 2001 pour s'engager dans une procédure d'accréditation conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (Anaes), devenue HAS par la loi de 2004 sur l'assurance maladie<sup>32</sup>.

Elle favorise la promotion des bonnes pratiques et du bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé et informe les professionnels et le grand public sur les grands thèmes qui concernent la santé. Elle est conçue comme une autorité administrative indépendante à caractère scientifique chargée de faire de la qualité un élément clé de la régulation du système de santé. Elle est chargée d'assurer tous les 4 ans la certification des établissements de santé publics et privés et les groupements de coopération ; certification définie comme une « procédure d'évaluation externe, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels de santé, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques »<sup>33</sup>.

Cette procédure a pour objectifs « d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de renforcer la confiance du public par la communication des résultats. Elle apprécie non seulement le système de management de la qualité, mais également des aspects spécifiques de l'organisation des soins et les démarches d'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) »<sup>34</sup>. La certification des établissements de santé consiste en une auto-évaluation

---

<sup>31</sup> Ibid, p.88

<sup>32</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, articles 35 et 36

<sup>33</sup> Source : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_894314/la-has-fait-evaluer-sa-procedure-de-certification](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894314/la-has-fait-evaluer-sa-procedure-de-certification)

<sup>34</sup> HAS – Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, 2007

suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé extérieurs à l'établissement. Elle intègre un dispositif de suivi qui engage l'établissement dans une démarche qualité durable. Elle doit mobiliser l'ensemble des personnels autour de la qualité en intégrant les éléments relatifs à l'information et à la participation du patient à sa prise en charge.

Depuis la fin des années 1990, les procédures se sont progressivement enrichies évoluant sous la forme de versions successives. V1, V2, V2010. « La V1 a permis d'initier la démarche, la V2 se caractérisait par une médicalisation de la démarche, la V3 vise à une démarche plus continue et plus efficiente »<sup>35</sup>. La V2010 met l'accent sur la dynamique du management institutionnel et s'appuie sur trois thèmes d'exploration Prévoir – Réaliser – Evaluer. La nouvelle version précise les exigences attendues en identifiant des Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) et des indicateurs qualité.

L'évaluation se réalise à l'aide d'indicateurs, de critères et de références portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et sur les résultats des différents services et activités de l'établissement. Elle est parfois vécue comme une contrainte au regard des lourdeurs de procédures. Ceci d'autant plus qu'à l'hôpital, les professionnels ont des compétences de plus en plus spécialisées et diversifiées (plus de 100 métiers)<sup>36</sup>.

Néanmoins, la certification est un outil de clarification des organisations et de formalisation (cadre de travail, identification des rôles de chacun, responsabilités respectives). En outre, elle peut avoir d'autres objets : elle peut être une aide à la priorisation des actions à mener au sein de l'établissement et servir à négocier des moyens avec les Agences Régionales de Santé (ARS), destinataires du rapport de certification.

## **B. Les particularités du secteur médico-social impliquent le recours à une démarche spécifique pour impulser une dynamique de qualité**

### **1. Les spécificités du secteur médico-social**

La loi du 2 janvier 2002<sup>37</sup> concerne de nombreux acteurs de l'action sociale et médico-sociale : les personnes âgées, l'enfance, les personnes handicapées, les personnes relevant

---

<sup>35</sup> DEGOS L., ROMANEIX F., 2008, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, Paris : HAS

<sup>36</sup> GONNET F., 1989, *L'hôpital à vif, l'état des lieux*, Paris : Autrement, p.135

<sup>37</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

de l'aide sociale. La loi a élargi les champs d'activité introduits dans la loi du 30 juin 1975<sup>38</sup> aux services d'aide à domicile pour les personnes âgées, aux Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomane (C.S.S.T.), etc. Par la suite, la loi du 5 mars 2007<sup>39</sup> a introduit les services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs ainsi que les services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.

Le secteur médico-social se caractérise par une hétérogénéité des structures (organismes publics, organismes privés à but non lucratif, organismes privés à but lucratif). La philosophie de prise en charge de l'utilisateur peut ainsi varier d'une institution à l'autre. Les enjeux (éthiques, sociaux, financiers) qui sous-tendent les soins et l'accompagnement dispensés diffèrent d'un établissement à l'autre.

La taille réduite<sup>40</sup> des structures médico-sociales influence la prise en charge de l'utilisateur. En effet, des institutions à taille humaine favorisent les échanges entre résidents et facilitent le contact avec le personnel. Toutefois, la coopération entre structures peut s'avérer pertinente afin d'atteindre une taille critique permettant d'optimiser les moyens humains, techniques et financiers.

Si le secteur hospitalier accueille surtout<sup>41</sup> des patients en court séjour ou en soins ambulatoire qui permettent une standardisation des parcours de soins, « *l'accompagnement dans les structures médico-sociales se fait sur du long terme* »<sup>42</sup>. Ainsi, les établissements médico-sociaux s'orientent vers une prise en charge globale des résidents qui dépasse le champ du soin, composante majeure mais non unique de la prise en charge médico-sociale. Dès lors, les attentes des usagers diffèrent. Plusieurs enquêtes<sup>43</sup> ont été réalisées dans le

---

<sup>38</sup> Loi n° 75-735 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

<sup>39</sup> Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

<sup>40</sup> Selon le rapport de Jean-Pierre Lancry, la taille moyenne d'un EHPAD est de 75 places, source : [http://www.wk-pharma.fr/publication/upload/Rapport\\_JP\\_Lancry.pdf](http://www.wk-pharma.fr/publication/upload/Rapport_JP_Lancry.pdf)

<sup>41</sup> La durée moyenne de séjour en hôpital public aigu est de 5.5 jours (Source OCDE) : [http://www.chu-tours.fr/site\\_public/accueil/pdf/Hopital\\_public\\_fhf.pdf](http://www.chu-tours.fr/site_public/accueil/pdf/Hopital_public_fhf.pdf)

<sup>42</sup> M. Jamot, Adjointe chargée du secteur social et médico-social à la FHF (entretien réalisé le 11 mai 2011)

<sup>43</sup> Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et de la Statistique - dossier solidarité et santé, n° 18, 2011, « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches ».

secteur médico-social afin de prendre connaissance du niveau de satisfaction des usagers. Il en ressort que le cadre de vie, les repas, les activités et le lien avec l'extérieur sont les principales préoccupations des résidents.

De même, la mise en place d'un projet de vie pour chaque personne accueillie au sein d'une institution médico-sociale témoigne d'une volonté de prise en charge globale du résident, moins prégnante dans le secteur sanitaire. Avant tout, le projet de vie est l'expression des aspirations et de la projection dans l'avenir de la personne. Le projet de vie donne du sens à ce que vit la personne.

La place des familles au sein de l'institution est l'une des autres particularités des établissements médico-sociaux. Qu'il s'agisse du secteur du handicap ou des personnes âgées, de nombreuses familles s'impliquent dans la vie institutionnelle. C'est dans ce contexte que la loi du 2 janvier 2002 a réaffirmé les droits des usagers et de leur entourage. Cela s'est traduit notamment par la création d'un livret d'accueil, du contrat de séjour, d'une charte des droits et des libertés de la personne accueillie et par la création d'une instance représentative des résidents, le Conseil de la Vie Sociale (CVS).

La grande diversité et la spécificité des structures médico-sociales rendent difficile une définition uniforme de la qualité. De plus, cette notion de qualité est subjective. Ainsi, la qualité du point de vue du résident ne sera pas la même que du point de vue de la famille ou bien encore des professionnels de l'établissement. Cette notion intègre une double approche : celle des moyens mis en œuvre pour atteindre un niveau optimal du service rendu et celle du résultat attendu et perçu par l'utilisateur.

Afin de tendre vers une prise en charge de qualité, le législateur a choisi de mettre en place, pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, une obligation d'évaluation de leurs pratiques.

## **2. Présentation du dispositif d'évaluation interne et externe**

L'évaluation est un « processus global et cohérent de conduite du changement, dans l'optique d'amélioration continue de la qualité des prestations » qui « vise d'abord à apprécier comment se situe la structure, notamment au regard des procédures, références et

recommandations de bonnes pratiques professionnelles » et qui « doit également adopter une vision globale de la structure et de son contexte »<sup>44</sup>.

La loi du 2 janvier 2002, a rendu obligatoire, pour tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'évaluation interne et externe de la qualité de leurs activités et des prestations qu'ils délivrent en respectant un calendrier fixé par le Code de l'Action Sociale et des Familles<sup>45</sup>. L'évaluation devient donc une obligation légale, préalable nécessaire au renouvellement de l'autorisation.

Les pouvoirs publics ont souhaité accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe en créant l'Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (Anesm)<sup>46</sup>. Elle est notamment chargée d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques et d'habiliter les organismes extérieurs à procéder à l'évaluation externe.

Concernant l'évaluation interne, le décret du 3 novembre 2010 retranscrit dans l'article D. 312-203 du CASF précise « les évaluations internes prévues au premier alinéa de l'article L. 312-8 reposent sur une démarche continue retracée chaque année dans le rapport d'activité des établissements et services concernés [...] ». L'évaluation interne est donc une évaluation continue des pratiques et de la qualité des prestations au regard des attentes et des besoins spécifiques de la personne, afin d'apporter les améliorations nécessaires.

Il n'existe pas de référentiel national, à la différence du secteur sanitaire, car « *la démarche d'évaluation se veut plus souple que la démarche de certification* »<sup>47</sup>. Toutefois, afin d'accompagner les établissements dans cette démarche, l'Anesm a rédigé une recommandation intitulée « La conduite de l'évaluation interne »<sup>48</sup>, qui concerne l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux. Ainsi, les structures « doivent s'approprier la méthodologie d'évaluation, l'adapter à leur contexte et créer ainsi leur

---

<sup>44</sup> CNESMS, 2006, *L'évaluation interne - Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Version 1

<sup>45</sup> Cf. Annexe V

<sup>46</sup> Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

<sup>47</sup> Rencontre le 11 mai 2011 à l'ANESM de Mme HERVY, gériatre, responsable de projet ; Mme METAIS, référente évaluation et Mme HORNEZ, responsable du service recommandations

<sup>48</sup> ANESM, 2009, *Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, 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*

référentiel d'établissement »<sup>49</sup>, en s'appuyant sur les recommandations méthodologiques et de bonnes pratiques professionnelles thématiques<sup>50</sup>. Le choix du référentiel d'évaluation est d'autant plus important qu'il servira de base à l'évaluation externe.

Le décret du 15 mai 2007<sup>51</sup> a précisé le cadre de l'évaluation externe, elle « porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies »<sup>52</sup>. Ses résultats étant transmis à l'autorité compétente pour autoriser l'établissement, elle peut être perçue comme un moyen de contrôle des autorités de tarification.

Cependant, cette démarche apporte à l'établissement un regard extérieur, distancié par des professionnels formés à l'évaluation. Elle intervient postérieurement à la réalisation de l'évaluation interne. Elle englobe les champs de l'évaluation interne et doit en outre comporter un volet relatif à l'effectivité des droits des usagers et un volet plus particulièrement adapté à l'établissement ou au service considéré. Elle permet ainsi de mesurer l'écart entre ce que l'établissement a souhaité améliorer à travers sa démarche d'évaluation interne et ce qu'il a effectivement réalisé. L'évaluation externe est donc un complément de l'évaluation interne indispensable à la bonne réussite de la démarche d'amélioration continue du service rendu.

L'organisme qui réalise l'évaluation externe doit être choisi parmi ceux habilités à cet effet par l'Anesm et remplir les conditions d'un cahier des charges<sup>53</sup>. L'habilitation résulte d'une déclaration administrative. A posteriori, l'agence effectue un contrôle sur dossier du respect des conditions d'agrément par les différents organismes<sup>54, 55</sup>. Les moyens de

---

<sup>49</sup> Rencontre le 11 mai 2011 à l'ANESM de Mme HERVY, gériatre, responsable de projet ; Mme METAIS, référente évaluation et Mme HORNEZ, responsable du service recommandations

<sup>50</sup> 18 Recommandations de bonnes pratiques publiées à ce jour, cf. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip0c92.html?page=article&id\\_article=354#retraits\\_habilitation\\_anesm](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip0c92.html?page=article&id_article=354#retraits_habilitation_anesm)

<sup>51</sup> Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

<sup>52</sup> [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spipbad0.html?page=article&id\\_article=356](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spipbad0.html?page=article&id_article=356)

<sup>53</sup> Annexe 3-10 du Code de l'Action Sociale et des Familles

<sup>54</sup> Interview de Didier Charlanne, directeur de l'Anesm, disponible sur

[http://www.dailymotion.com/video/xgsavh\\_anesm-controles-des-organismes-evaluateurs-habiles\\_news](http://www.dailymotion.com/video/xgsavh_anesm-controles-des-organismes-evaluateurs-habiles_news)

<sup>55</sup> A l'occasion de la publication de la septième liste des organismes habilités, l'Anesm a procédé au retrait de l'habilitation de 11 d'entre eux. Sept ont fait l'objet d'un retrait pour non transmission de leur rapport

contrôle gagneraient toutefois à être développés. La Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)<sup>56</sup> a d'ailleurs précisé que les pouvoirs du directeur de l'Anesm pourraient être renforcés en ce sens.

## **II. D'une démarche d'évaluation à une prise en charge de qualité**

### **A. Une démarche d'évaluation, bien menée, peut permettre d'améliorer la qualité**

#### **1. La conduite du changement est nécessaire pour lever les freins liés à la mise en place de la démarche d'évaluation**

Les freins et blocages sont courants, dans toute démarche venant modifier les habitudes des individus et groupes professionnels. Le changement impose de se remettre en cause, d'accepter de faire autrement ce que l'on fait depuis des années voire des décennies. Être évalué c'est accepter de reconnaître que l'on ne fait « pas bien » ou « pas pour le mieux ». Dans ces conditions, il peut sembler assez naturel que l'évaluation crée des craintes. Il ne revient ici pas de juger de la légitimité de ces blocages, mais plutôt de les considérer comme un fait, une donnée avec laquelle il faut composer.

Avant de pouvoir envisager les moyens pouvant permettre de réduire ces blocages, il importe de les identifier. C'est ce qu'a fait l'Anesm, dans une étude de 2009<sup>57</sup>, menée auprès de 1017 établissements sociaux et médico-sociaux qui n'avaient pas encore engagé leur démarche d'évaluation. Il ressort de cette étude que les freins à l'implémentation de l'évaluation peuvent être de deux ordres.

---

d'activité, quatre ont demandé eux-mêmes le retrait de l'habilitation. Source : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip0c92.html?page=article&id\\_article=354#retraits\\_habilitation\\_anesm](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip0c92.html?page=article&id_article=354#retraits_habilitation_anesm)

<sup>56</sup> Entretien le 9 mai 2011 avec Monsieur CANAPE, Chef du bureau gouvernance du secteur social et médico-social, DGCS

<sup>57</sup> ANESM, 2009, Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS, Enquête nationale auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux, p. 5 [visité le 13.05.2011], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spipee64.html?page=article&id\\_article=233](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spipee64.html?page=article&id_article=233)

### Les freins structurels :

Le premier frein à la mise en place d'une démarche d'évaluation peut relever d'un blocage idéologique visant à refuser toute démarche d'évaluation. Dans un tel cas, ce n'est pas la méthode de l'évaluation qui est refusée, c'est son principe même.

Dès lors, des personnes au sein d'établissements médico-sociaux peuvent considérer l'évaluation comme « *un système inquisitorial, qui double et surplombe toutes les procédures existantes d'examen, d'appréciation et de jugement, continue à se mettre en place en dénonçant ceux qui, par hasard, oseraient s'y opposer comme partisans du statu quo, de l'inefficacité et du déclin* ». C'est cette analyse que reprend le syndicat CGT de l'Association des Amis de Jean Bosco<sup>58</sup> qui considère que l'évaluation «  *vise à donner aux salariés le sentiment d'adhérer librement à des objectifs et des contraintes qui ont été fixés par avance. Dans le cadre de la santé, l'objectif est de permettre une standardisation du travail afin de pouvoir comparer et donc mettre en concurrence tout type d'institution privée ou publique dans un contexte de marchandisation global* ».

Si ce frein n'est pas le plus répandu pour expliquer le retard dans la mise en place d'une démarche d'évaluation, il ne doit pas pour autant être négligé car il est souvent le plus difficile à lever.

### Les freins conjoncturels :

Plus fréquemment, les retards dans les mises en œuvre de démarche d'évaluation sont justifiés par les établissements par des raisons conjoncturelles : manque de temps (65% des cas), actualité de l'établissement qui ne s'y prête pas (50% des cas), difficultés méthodologiques (43% des cas), équipes non prêtes (39% pour les équipes de direction, 34% pour les équipes opérationnelles). Le coût de l'évaluation externe – entre 7400 et 9400€ pour un EHPAD selon la Direction Générale de la Cohésion Sociale – est un frein relatif puisqu'il n'est cité que par 26% des établissements<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> Association située dans le Calvados qui gère une dizaine d'établissements dans le secteur social et médico-social et qui a publié le « Petit guide à l'usage des professionnels de la santé soumis à la démarche qualité, aux guides de bonnes pratiques et à la transformation aveugle de l'hôpital en entreprise », Syndicat CGT de l'association des amis de Jean Bosco, [http://sd-1.archive-host.com/membres/up/180388773232029470/EVALUATION/anti\\_guide\\_de\\_bonnes\\_pratiques.pdf](http://sd-1.archive-host.com/membres/up/180388773232029470/EVALUATION/anti_guide_de_bonnes_pratiques.pdf)

<sup>59</sup> CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011 relative aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Les entretiens ont permis de confirmer que le manque de temps était la principale cause de retard dans la mise en place des démarches d'évaluation, « *d'autant plus que les projets de transformation se succèdent pour les établissements médico-sociaux et occupent un temps de plus en plus important pour les dirigeants* », comme le rappelait l'Anap. Elle précise également qu'un des principaux obstacles à la mise en place de l'évaluation – non identifié par l'enquête de l'Anesm – est l'absence de système d'information structuré. Rares sont aujourd'hui les établissements disposant d'un système d'information permettant de rendre l'information facilement disponible et objectivable.

Les résultats de l'enquête de l'Anesm et des auditions menées tendent à montrer que les principaux freins résident dans la mobilisation des personnels et non dans des objections de principe. La levée des freins à la mise en oeuvre de l'évaluation dans les établissements médico-sociaux passe alors par des méthodes d'accompagnement du changement.

#### Fonctionner en mode projet :

Le fonctionnement en mode projet constitue un préalable pour une démarche d'évaluation réussie. En effet l'évaluation va nécessiter d'analyser de nombreux processus et pratiques impliquant des professionnels sans lien hiérarchique entre eux. L'évaluation de la qualité de la prise en charge s'inscrit dans une démarche globale : soins, hébergement, restauration, hygiène. Le mode projet permet de décloisonner le fonctionnement de l'établissement et de faire travailler des personnes qui habituellement ne se côtoient pas forcément pour partager un objectif commun. Il a l'avantage de structurer le travail des personnes impliquées, de définir un calendrier précis, d'identifier les tâches à mener pour l'atteinte des objectifs, de mettre en regard les moyens humains et financiers alloués, d'obtenir la cohésion des différents acteurs et enfin de responsabiliser l'organisation en définissant un référent.

#### Faire de l'évaluation un levier du management et une démarche partagée par l'ensemble des équipes :

La démarche d'évaluation ne peut réellement servir à améliorer la prise en charge des usagers dans le secteur social et médico-social que si l'ensemble de l'équipe de l'établissement se l'approprie. Comme le rappelle Jean-Luc Joing, « *le bon projet, c'est celui qui est connu de ceux qui doivent l'appliquer* ». « *La question fondamentale du professionnel ou du qualitatif n'est pas de définir la qualité du service ou du produit observé ; c'est de favoriser l'émergence d'un système capable de justifier de cette qualité*

délibérée et de garantir les usagers-clients du respect permanent des caractéristiques du service rendu »<sup>60</sup>. Cette approche est confirmée par la HAS, pour qui il faut éviter l'effet « 'profiterole' pour qualifier la différence d'implication entre l'extérieur qui est chaud et l'intérieur, [les professionnels de santé] qui est glacé ».

Pour cela, l'évaluation ne doit pas être perçue comme un phénomène isolé répondant uniquement à des contraintes réglementaires. Comme le rappelle l'Anap, il importe de bien distinguer « s'évaluer » et « être évalué ». « S'évaluer » (la démarche d'évaluation interne) constitue un élément positif pour un établissement, car cela traduit l'engagement de l'équipe dans une démarche de questionnement et de progression permanente. A contrario, « être évalué » peut, dans certains cas, se révéler contre-productif lorsque les équipes ne se sentent pas mobilisées et s'engagent dans une évaluation externe uniquement pour satisfaire aux objectifs d'évaluation, sans s'impliquer dans le questionnement des pratiques professionnelles. Pour éviter un tel écueil, l'Association des Paralysés de France précise que « l'évaluation externe n'est pas un contrôle » et qu'elle doit contribuer à la démarche d'évaluation continue. D'où l'importance de ne pas dissocier évaluation interne et externe et de « conserver le lien » mais aussi du choix du prestataire qui va réaliser cette évaluation.

Un des leviers pour réussir à impliquer les équipes est de leur faire prendre conscience, que la démarche d'évaluation est non seulement un levier d'amélioration de la qualité de la prise en charge, mais également un moyen pour améliorer les conditions de travail du personnel.

L'évaluation doit être intégrée dans le projet stratégique de l'établissement puis être déclinée dans les projets des services, pour ne pas être considérée comme une mesure technocratique.

Enfin, les outils conçus pour la démarche d'évaluation doivent être les moins contraignants possibles et surtout avoir une réelle utilité pour le personnel. En ce sens, les recommandations de l'Anesm cherchent à intégrer cet impératif de souplesse et d'adaptabilité.

### Impulser la démarche

---

<sup>60</sup> JOING J.-L., 1998, *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris : ESF éditeur, Coll. Actions sociales/société, p. 14

La démarche d'évaluation produit un changement conséquent sur les habitudes et pratiques professionnelles. Pour certains même cela s'apparente à un vrai changement culturel. Le rôle du management de l'établissement est d'accompagner les personnels dans cette évolution ce qui peut nécessiter du temps. Il faut avoir conscience que cette démarche constitue un véritable changement de paradigme dans le secteur médico-social qui nécessite de respecter certaines étapes et de prendre le temps de lever les blocages.

Le changement doit être impulsé par la direction, ce qui suppose donc qu'elle soit convaincue par la démarche. « *Il faut que ça vienne du haut* »<sup>61</sup>. Si la hiérarchie ne porte pas le projet, il ne sera jamais considéré comme une priorité et le personnel ne se sentira pas concerné.

Le rôle du management est donc fondamental. Il doit s'efforcer de faire preuve de pédagogie pour permettre à l'ensemble du personnel, quelle que soit sa position, de se sentir concerné et de comprendre l'intérêt d'une telle démarche. C'est cette démarche qu'a adopté le groupe SOS Habitat. Dès le lancement de sa démarche d'évaluation, le groupe a sensibilisé et formé l'ensemble de ses dirigeants d'établissements à l'intérêt et à la méthodologie de l'évaluation. Le groupe a volontairement pris le parti de ne pas faire reposer cette démarche sur des qualitatifs, mais de la faire porter par les directions. De son côté, l'APF précise que « *cela nécessite que le directeur soit impliqué, persuadé de la plus-value de la démarche et qu'il soit prêt à remettre en cause les idées préconçues* ».

La diffusion de la démarche au sein du personnel passe ensuite par la mobilisation des outils de la formation continue pour faciliter l'adaptation des équipes à ce changement. Si les personnels administratifs semblent sensibilisés à cette approche au cours de leur formation initiale, c'est moins le cas pour le personnel soignant et notamment pour les médecins. Or ce sont eux qui sont au contact direct des patients et qui donc vont avoir la lourde charge de modifier leurs pratiques professionnelles pour y intégrer des éléments permettant d'améliorer la qualité de leur prise en charge. Pour obtenir leur adhésion, il importe de « *ne pas noyer les établissements sous des outils multiples ou de multiplier les procédures* », en d'autres termes, de ne pas être « *trop administratif* », comme le précise le groupe SOS Habitat.

---

<sup>61</sup> Entretien du 13 mai, Philippe VERGER, Gérontologue, Directeur adjoint du CHU de Limoges et directeur de 2 EHPAD, Professeur d'Université associé

## **2. Les bénéfices de l'évaluation sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge restent difficiles à identifier**

Toutes les personnes interrogées reconnaissent qu'il existe une réelle plus-value à la démarche d'évaluation : *« les contrôles préexistants ne permettent pas d'atteindre une qualité optimale car ils sont trop restreints et ne concernent que peu d'activités. La démarche d'évaluation concerne l'ensemble des pratiques et inscrit l'établissement dans une véritable dynamique d'amélioration de la qualité des prestations fournies », « cela permet une vraie prise de conscience et la mise en place d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des personnes accueillies »* (FHF). De son côté, l'ANAP estime qu'*« en s'engageant dans une telle démarche les établissements médico-sociaux et leurs personnels acceptent de s'interroger, de se remettre en cause et d'établir un diagnostic partagé. C'est un premier pas nécessaire – mais non suffisant - qui témoigne d'une réelle volonté d'améliorer les choses »*. Le groupe SOS, qui a initié la démarche en 2007, témoigne qu'*après une phase de réticence, les cadres des établissements « ont compris que c'était un outil de management, que ce soit pour le livret d'accueil ou le projet d'établissement... Cette démarche permet également le retour de la perception des usagers sur la prise en charge. »*

Selon la DGCS, *« l'inscription dans cette démarche proviendrait essentiellement de l'obligation d'évaluation interne »*. Pour l'Anesm, *« la réglementation n'a fait que mettre en place ce qui se passait déjà de manière éparse sur le terrain, la démarche d'évaluation correspond à l'évolution de la demande, un changement de génération des patients, dont les attentes évoluent. Ce n'est pas forcément suite un évènement déclencheur »*. Une enquête réalisée en 2009 montre que 66 % des établissements médico-sociaux avaient réalisé une évaluation interne, soit 6 points de plus que l'année précédente<sup>62</sup>.

La démarche d'évaluation permet, autour d'un diagnostic partagé, de réfléchir sur la manière d'agir, de repenser le système et par là, participe à l'amélioration des conditions de travail.

---

<sup>62</sup> ANESM, 2009, Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS, Enquête nationale auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux, p. 5 [visité le 13.05.2011], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spipee64.html?page=article&id\\_article=233](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spipee64.html?page=article&id_article=233)

Les auditions montrent que la démarche d'évaluation est également à l'origine de certains bénéfices secondaires. Ainsi que le précise le groupe SOS Habitat : *« la démarche a au moins permis la mise en conformité des établissements, l'amélioration de la qualité de l'accueil et la création des conseils de la vie sociale »*.

L'impact réel d'une évaluation sur la qualité de la prise en charge demeure néanmoins difficile à objectiver. Pour certains directeurs<sup>63</sup>, cette démarche d'évaluation est qualifiée d'*« outil puissant »* pour améliorer la qualité. Pour d'autres, elle est utile, mais ils regrettent que *« les moyens ne [soient] pas toujours là »*.

L'ensemble des personnes interrogées semble d'accord pour affirmer que *« cette objectivation [de la qualité] reste aujourd'hui complexe. Il existe aujourd'hui des outils de mesures de l'activité, des indicateurs de conformité mais peu d'indicateurs qui reflètent la qualité ou la mesure de l'efficacité. Les réflexions en cours concernent la durée moyenne de séjour et l'orientation à la sortie »*<sup>64</sup>. Un des critères, certes grossier, qui pourrait être utilisé est le reflet de la « non-qualité » mais là encore, *« on ne peut pas encore dire que la démarche d'évaluation a permis de faire diminuer le nombre de plaintes par exemple »*<sup>65</sup>, *« C'est trop tôt »*<sup>66</sup>. Ceci recoupe les informations de la HAS selon qui, les trois générations de certification, débutées en 2002, n'ont pas nécessairement fait baisser les risques dans les établissements sanitaires.

Les rapports d'évaluation externe des établissements autorisés avant 2002 doivent être adressés à la tutelle avant janvier 2015<sup>67</sup>. Un rapport d'évaluation externe élogieux permettra-t-il d'affirmer que la prestation délivrée par l'établissement est de qualité ? Derrière ce bon rapport, la pérennité de la démarche sera-t-elle assurée ? Faut-il des indicateurs pour assurer le suivi de la démarche ? Ces indicateurs pourront-ils suffisamment décrire la prise en charge ?

En tout état de cause, rien ne permet encore d'affirmer que la qualité de la prise en charge est améliorée par l'évaluation.

---

<sup>63</sup> Entretien du 12 mai 2011, M. LYANNAS, Directeur de la Résidence Roger Lagrange (EHPAD)

<sup>64</sup> Entretien du 13 mai 2011, Isabelle ORLY, Responsable du groupe SOS Habitat et Soins

<sup>65</sup> Ibid.

<sup>66</sup> Ibid. ; Entretien du 11 mai 2011, Catherine WARTEL, directrice adjointe de la direction qualité à l'APF

## **B. L'amélioration de la qualité dans le secteur médico-social passe par l'évolution de la procédure d'évaluation et le développement d'autres outils**

### **1. Des pistes d'évolution de la procédure d'évaluation**

La démarche telle que définie dans la loi du 2 janvier 2002 n'est pas une démarche « qualité » mais une démarche d'évaluation. L'évaluation n'est qu'un élément qui concourt à l'amélioration de la qualité. Elle est un préalable à la planification des actions et permet le suivi. En l'état actuel, des limites se posent au passage d'une démarche d'évaluation à une démarche qualité.

Son rythme actuel, que ce soit dans le secteur médico-social ou le secteur sanitaire ne permet pas de s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité. « *Il faut passer du management de la certification au management de la qualité* »<sup>68</sup>. On peut utiliser l'image du soufflé qui retombe : « *la mobilisation pour la certification dans les établissements sanitaire s'effectue tous les 4 ans, entre les 12 mois qui précèdent et jusqu'à la visite de l'établissement. Il n'y a pas de lien entre la visite obligatoire et la mise en œuvre d'une démarche qualité* », « *il faut passer du bachotage au contrôle continu* »<sup>69</sup>. Pour cela, le secteur sanitaire a mis en place des indicateurs de processus<sup>70</sup> qui permettent de maintenir les établissements « en tension ». C'est également le cas dans le secteur médico-social où l'association SOS, pour faire vivre la démarche, a mis en place des « tableaux de bord qualité » qui sont remplis tous les 6 mois par les établissements. Ils sont ensuite agrégés au niveau régional, associatif et national. Le rythme des évaluations a également été renforcé à travers la mise en place des « audits qualité interne », réalisés par des cadres d'autres établissements du groupe. L'APF s'inscrit dans cette démarche et affirme que « *l'évaluation ne peut être dissociée d'une démarche continue. C'est l'idée de management par la qualité* »<sup>71</sup>.

---

<sup>67</sup> cf. Annexe V

<sup>68</sup> Entretien du 13 mai 2011, François BERARD, Chef du service certification des établissements de santé à la HAS

<sup>69</sup> Ibid.

<sup>70</sup> Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS)

<sup>71</sup> Entretien du 11 mai 2011, Catherine WARTEL, directrice adjointe de la direction qualité à l'APF

Un autre axe important concerne le rôle attribué à l'Anesm. En effet, comme elle le reconnaît, « *il y a un cadre général : les recommandations de bonnes pratiques* ». Toutefois, « *les personnels dans le secteur médico-social ont une plus grande liberté dans leur pratique et peuvent s'en écarter* ». Il n'y a pas de référentiel national mais un référentiel d'établissement. Le constat de la FHF est lui sans appel : « *les outils actuels ne sont pas adaptés aux réalités de terrain. Les recommandations formulées par l'Anesm sont beaucoup trop longues et compliquées. Ces outils sont intéressants mais n'aident pas les établissements à instaurer une démarche qualité* ». La FNAQPA confirme que « *les recommandations sont déconnectées par rapport aux moyens. Il existe une dichotomie entre l'attendu et les moyens pour y arriver* ». Il semble donc que les outils existants et le manque de référentiel pour l'évaluation dans le secteur médico-social soient une faiblesse. Elle conduit les organismes et les établissements à produire leur propre référentiel. Cette autonomie pourrait ainsi contribuer à limiter l'influence de l'Anesm et mener à des divergences sur les standards de qualité et de prise en charge dans le secteur médico-social. Ce constat est à nuancer puisque, la HAS, malgré son expérience de trois versions de certifications et un référentiel qualifié de « *robuste* » fait le constat qu'« *être prescriptif ne suffit pas à modifier les pratiques* ». La Haute Autorité a décidé d'imposer aux établissements sanitaires des pratiques exigibles prioritaires (PEP) voire certaines obligations directement à travers la réglementation<sup>72</sup>.

Actuellement, les modalités d'évaluation sont différentes pour les deux secteurs et pourtant de nombreux établissements regroupent structures sanitaires et médico-sociales. Cela empêche une appréciation globale de la qualité de l'établissement.

Entre recommandation et réglementation, un équilibre est à trouver afin de faire évoluer l'ensemble des pratiques dans le sens d'une amélioration de la qualité de prise en charge.

Il conviendrait également de renforcer l'indépendance des évaluateurs. Actuellement, l'évaluateur est directement rémunéré par l'établissement évalué. Cela soulève des questions : « *Quelle marge de manœuvre pour l'évaluateur ? Quelle éthique de l'évaluation externe ? Que se passe-t-il si le directeur refuse de faire figurer les points négatifs dans le rapport d'évaluation ?* »<sup>73</sup>.

---

<sup>72</sup> Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité sociale.

<sup>73</sup> Entretien du 11 mai 2011, Catherine WARTEL, directrice adjointe de la direction qualité à l'APF

À la différence du secteur sanitaire qui possède ses propres experts-visiteurs formés par la HAS, la procédure actuelle d'habilitation des organismes évaluateurs n'apporte pas les mêmes garanties, « *il suffit juste de signer une attestation sur l'honneur* ». <sup>74</sup> Ainsi, « *les 650 organismes habilités par l'Anesm rendent difficiles le choix du prestataire* » <sup>75</sup>. Les établissements médico-sociaux sont donc contraints de réaliser un cahier des charges pour recruter leur évaluateur. Ces critères de choix conditionnent le bon fonctionnement de l'évaluation externe. L'APF, par exemple, étudie actuellement les offres. Les qualités demandées au prestataire sont : la connaissance du secteur médico-social, la formation des évaluateurs, le projet d'évaluation et la place laissée aux usagers. Le prix et la négociation avec le directeur de la structure sont des éléments à prendre en compte. Le groupe SOS, quant à lui, considère le prix comme un critère minoritaire, la méthodologie d'évaluation proposée constituant le critère le plus important.

Cette démarche d'évaluation devrait tendre, in fine, vers l'amélioration continue des prestations délivrées aux usagers. La politique institutionnelle doit prendre en compte les besoins et attentes des usagers. Pour cela, il semble important de mieux connaître leurs attentes. Pour l'Anesm, « *la qualité de vie est la qualité de réponse aux soins, aux attentes et aux besoins* », « *la qualité de vie c'est la perception de l'utilisateur qui domine. On doit permettre à l'utilisateur d'exprimer sa perception* ». Cette notion n'est pas beaucoup plus facile à objectiver que celle de qualité. Les établissements ont donc recours à des enquêtes de satisfaction, dont les outils sont variables et l'utilisation délicate. Il paraît important de développer des outils permettant de mieux définir ce qu'est une prestation de qualité.

## **2. D'autres outils peuvent être mobilisés pour l'amélioration de la qualité**

Pour parvenir à une démarche qualité, les groupes d'établissements ont parfois mis en place leurs propres outils. C'est le cas pour le groupe SOS Habitat, qui a réalisé des cartographies de risques, sur le modèle de la HAS (circuit du médicament, éclairage, maltraitance)... Ces risques sont documentés et font l'objet de procédures avec notamment

---

<sup>74</sup> Entretien du 11 mai 2011, Muriel JAMMOT, DESSMS, Adjointe du pôle organisation sanitaire médico-social de la FHF

<sup>75</sup> Entretien du 13 mai 2011, Isabelle ORLY, Responsable du groupe SOS Habitat et Soins

un système de déclaration des événements indésirables qui débouche sur une analyse et la mise en œuvre de plans d'actions. La responsable qualité de l'association SOS rappelle toutefois qu'« *il faut bien prendre garde à ne pas multiplier les procédures* » (responsable qualité association SOS).

Les usagers peuvent être pris en charge alternativement dans les secteurs sanitaire et médico-social. Pour améliorer la fluidité du parcours des usagers, l'Anap travaille au lien entre les deux. Mené avec trois régions pilotes, le projet vise à améliorer sur un territoire la qualité et la fluidité du parcours des personnes âgées poly-pathologiques. En raison d'une méconnaissance de la diversité de l'offre, l'Anap constate que l'offre de soins territoriale n'était pas utilisée de manière optimale par les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux. Ce projet tend à améliorer la connaissance de l'offre de prise en charge afin d'éviter les hospitalisations inappropriées. Il a aussi pour but de favoriser une meilleure coopération entre les intervenants (médecine de ville, hôpital, EHPAD, HAD, SSIAD, SSR, CLIC, assistante sociale...).

L'Anap travaille également à la mise en place, dans cinq régions pilotes de tableaux de bord dans des établissements médico-sociaux. En effet, face à l'hétérogénéité du secteur médico-social et à la faible structuration de l'information au sein de ces structures, l'objectif est de définir un tronc commun d'indicateurs pouvant être partagés entre les établissements mais aussi avec les tutelles (Conseil général et ARS). Ce projet vise à améliorer la structuration de la chaîne d'information, à rendre les données relatives de la qualité disponibles et à améliorer l'organisation interne des établissements.

Enfin, la réussite du passage d'une démarche d'évaluation à une démarche qualité nécessite l'implication de l'ensemble du personnel et l'appropriation des outils à leur disposition. Les professionnels doivent en voir l'intérêt dans leurs pratiques quotidiennes, pour se l'approprier et qu'elle ne demeure pas un domaine réservé aux experts.

Afin de généraliser cette « culture qualité », l'évolution des programmes de formation initiale des professions médicales, paramédicales et administratives faciliterait l'action des référents qualités pour mobiliser les personnels de l'établissement dans la démarche.

## Conclusion

Face à un secteur médico-social très divers, le développement d'une méthode d'évaluation n'est pas sans créer des difficultés. La qualité demeure un concept théorique délicat à définir que ladite évaluation cherche à concrétiser. Pour le moment, il semble que la démarche d'évaluation de la qualité dans ce secteur, qui compte plus de 10 000 établissements, ne soit pas suffisamment développée pour favoriser notablement la qualité. Certes, le manque de moyens humains grève lourdement le développement de l'évaluation, mais d'autres limites proviennent de la conception même de la procédure actuelle. Rythme des évaluations internes et externes vraisemblablement trop faible, hétérogénéité des évaluateurs, statut de commanditaire des établissements biaisant potentiellement l'indépendance de l'évaluation externe, référentiels multiples et dont la force obligatoire reste difficile à estimer, sont autant de limites de l'évaluation actuelle dans le secteur médico-social.

Si le développement de l'accréditation puis de la certification dans le secteur sanitaire est aujourd'hui relativement abouti, vouloir s'inspirer trop fortement de ce secteur serait une erreur. La qualité recherchée dans les deux secteurs présente trop de différences pour pouvoir proposer une procédure unique, ou trop similaire. Les tailles et raisons sociales très variables des établissements médico-sociaux et leur statut de lieu de vie mais aussi la place donnée par le législateur<sup>76</sup> aux familles des usagers conduisent à poursuivre une qualité spécifique distincte du secteur sanitaire.

Une réflexion permanente sur la qualité souhaitée apparaît indispensable pour que le mode d'évaluation soit pertinent et intègre les spécificités du secteur médico-social. Adopter une démarche qualité ne se résume pas à entrer dans une démarche d'évaluation mais cette dernière permet d'adapter progressivement les pratiques professionnelles.

Une acception lucide de la démarche d'évaluation actuelle serait donc de la voir, certes comme une méthode d'impulsion d'une réflexion sur la qualité des pratiques professionnelles, mais aussi comme un outil insuffisant en lui-même. La pleine utilisation de la démarche d'évaluation requiert donc des méthodes-soutiens indispensables.

Le fonctionnement en mode projet afin d'atténuer les cloisonnements interprofessionnels le temps de la réflexion sur la qualité, ainsi que le plein investissement d'une direction

---

<sup>76</sup> Notamment à travers le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

convaincue par l'utilité de la démarche, sont les piliers essentiels de la réussite de l'évaluation.

Considérer que la pertinence de la procédure d'évaluation peut-être l'unique source du développement de la qualité dans le secteur médico-social serait erroné. À tout moment de cette procédure, il est important de conserver à l'esprit que l'amélioration de la qualité passe par le travail quotidien d'hommes et de femmes. Le développement de la qualité est une démarche dont l'évaluation continue provoque un changement culturel majeur. Ce type de changement suppose un effort de très longue haleine pour favoriser le renoncement à des pratiques institutionnelles et le développement d'une prise en charge centrée sur le patient. Cela impose de convaincre les professionnels dans leur ensemble de la nécessité de la démarche d'évaluation et par là de la démarche qualité. A long terme, l'introduction dans l'ensemble des formations initiales d'une culture de la qualité et de l'évaluation comme base de l'exercice professionnel doit être envisagée.

A ces conditions, l'évaluation adaptée au secteur médico-social, permettrait une amélioration effective de la qualité.

L'existence de démarches d'évaluation distinctes met en exergue des clivages entre les secteurs sanitaire et médico-social. Une amélioration de la qualité de prise en charge passe par le décloisonnement entre ces secteurs et la fluidification du parcours du patient ou de l'utilisateur. Finalement, les évaluations mettent en lumière qu'un enrichissement respectif de ces deux secteurs est nécessaire pour assurer une prise en charge de qualité.

---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires :**

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Loi n° 75-735 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

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

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

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

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

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

Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité sociale

Circulaire interministérielle N°DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011 relative aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

## **Ouvrages :**

ALFÖLDI F. (Dir.), 2008, *18 cas pratiques d'évaluation en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 285 p.

CHARLEUX F., GUAQUERE D. (Dir.), 2003, *Évaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. Outils, méthodes et mise en œuvre*, P : ESF éditeur, 246 p.

DOUCET C., 2010, *La Qualité*, Paris : PUF, Coll. Que sais-je ?, 125 p.

LONG M., WEIL P., BRAIBANT G., DELVOLVE P., GENEVOIS B., 2009, *Grands arrêts de la jurisprudence administrative (GAJA)*, 17<sup>e</sup> éd., Paris : Dalloz-Sirey, 980 p.

GOGUE J.M., 2001, *Management de la qualité*, Paris : Economica, 112 p.

GONNET F., 1989, *L'hôpital à vif, l'état des lieux*, Paris : Autrement, 140 p.

HAELEWYCK M.-C., GOUSEE V., 2010, *Auto-évaluation de la qualité des services sociaux et médico-sociaux - Expérience auprès de cinq services volontaires*, Paris : L'Harmattan, 254 p.

JOING J.-L., 1998, *Maitriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris : ESF éditeur, Coll. Actions sociales/société, 139 p.

RAYMOND J.-L., de HARO A., JEZEQUEL N., 2001, *Les Etudes Hospitalières*, 280 p.

SAVIGNAT P., 2009, *Évaluer les établissements sociaux et médicosociaux. Des savoir-faire à reconnaître*, Paris : Dunod. 370 p.

VILCOT C., LECLLET H., 2006, *Indicateurs qualité en santé, certification et évaluation des pratiques professionnelles*, 2<sup>ème</sup> édition, La Plaine Saint Denis : AFNOR, 176 p.

WALTON M., DEMING W. E., 1992, *The Deming Management Method*, New York : Mercury Business Books, 272 p.

### **Articles :**

BONNET S., 2010, « Un Esat certifié à l'avant-garde », *Directions*, n°79, p.31.

Dossier « Évaluation externe : une dynamique à impulser », *Directions*, n°79, pp. 26-33

FROMAN B., 1/03/2006, « Le concept de la qualité et du management ». [visité le 18.05.2011], disponible sur internet : [www.bivi.qualite.afnor.org](http://www.bivi.qualite.afnor.org)

HAS, « La HAS fait évaluer sa procédure de certification », *Lettre de la HAS*, n° 20, [visité le 16.05.2011], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_894314/la-has-fait-evaluer-sa-procedure-de-certification](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894314/la-has-fait-evaluer-sa-procedure-de-certification)

LOUBAT J-R., 2004, « L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux », *Lien Social*, n° 719. [visité le 16.05.2011], disponible sur internet : <http://www.lien-social.com/spip.php?article154>

PANNEKOUTE J.C., FROMAN B., 1/12/2005, « Vocabulaire courant de la qualité et du management selon NF en ISO 9000 : 2005 ». [visité le 18.05.2011], disponible sur internet : [www.bivi.qualite.afnor.org](http://www.bivi.qualite.afnor.org)

STEFF V., 2010, « Les agences, Thème 1 : L'Anesm et les évaluations », *Pratiq'EHPAD*, n°32, 6 p.

### **Rapports :**

ANESM, 2009, *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS*, Enquête nationale auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 49 p. [visité le 13.05.2011], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spipee64.html?page=article&id\\_article=233](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spipee64.html?page=article&id_article=233)

DREES, 2011, *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches*, Dossier solidarité et santé, n° 18, 73 p. [visité le 20.05.2011], disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_vie\\_en\\_etablissement\\_d\\_hebergement\\_pour\\_personnes\\_agees\\_du\\_point\\_de\\_vue\\_des\\_residents\\_et\\_de\\_leurs\\_proches.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_vie_en_etablissement_d_hebergement_pour_personnes_agees_du_point_de_vue_des_residents_et_de_leurs_proches.pdf)

HAS, décembre 2007, *Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé*. [visité le 18.05.2011], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_613048/rapport-definir-ensemble-les-nouveaux-horizons-de-la-qualite-en-sante?xtmc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_613048/rapport-definir-ensemble-les-nouveaux-horizons-de-la-qualite-en-sante?xtmc)

HCSP, 2010, *Evaluation du plan national Bien vieillir 2007-2009*, Coll. Evaluation, Paris: La Documentation Française. [visité le 20.05.2011], disponible sur internet : [www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20101209\\_evalbienvieillir.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20101209_evalbienvieillir.pdf)

LANCRY J-P., 2009, *Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. [visité le 18.05.2011], disponible sur internet : [http://www.wk-pharma.fr/publication/upload/Rapport\\_JP\\_Lancry.pdf](http://www.wk-pharma.fr/publication/upload/Rapport_JP_Lancry.pdf)

### **Guides :**

ANESM, 2009, *Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles - 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*, Paris : Anesm, 78 p.

ANESM, 2011, *Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles - Qualité de vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) volet 1 "de l'accueil de la personne à son accompagnement"*, Paris : Anesm, 76 p.

CNESM, 2006, *L'évaluation interne - Guide pour les établissements sociaux et médico-sociaux*, version n°1, 26 p.

DEGOS L., ROMANEIX F., 2008, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, Paris : HAS, 99 p.

FEDY S., 2009, *Guide pratique pour la certification des établissements de santé*, 2<sup>ème</sup> édition, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 160 p.

HAS, 2007, *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*, Edition 2007, Paris : Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, 180 p.

Syndicat CGT de l'association des amis de Jean Bosco, *Petit guide à l'usage des professionnels de la santé soumis à la démarche qualité, aux guides de bonnes pratiques et à la transformation aveugle de l'hôpital en entreprise*, [visité le 19.05.2011], disponible sur internet : [http://sd-1.archive-host.com/membres/up/180388773232029470/EVALUATION/anti\\_guide\\_de\\_bonnes\\_pratiques.pdf](http://sd-1.archive-host.com/membres/up/180388773232029470/EVALUATION/anti_guide_de_bonnes_pratiques.pdf)

### **Thèses et mémoires :**

CLUZEL-METAYER, L., 2004, *Le service public et l'exigence de qualité*, Thèse pour le doctorat en droit, Université Panthéon-Assas, 634 p.

HUET F., 2009, *Evaluation des pratiques professionnelles : d'une politique à une culture de la qualité*, Mémoire de l'EHESP, 36 p.

### **Conférences :**

ZYLBERMAN P., « Les crises sanitaires dans l'histoire politique », in CHAIRE SANTE DE SCIENCES PO, *Tribunes de la santé*, 28 avril 2011, Paris : 2011

CHARLANNE D. « Programme de travail 2011 de l'ANESM », 25 janvier 2011, Paris : 2011. [visité le 13.05.2011], disponible sur internet : [http://www.dailymotion.com/video/xgsavh\\_anesm-controles-des-organismes-evaluateurs-habilites\\_news](http://www.dailymotion.com/video/xgsavh_anesm-controles-des-organismes-evaluateurs-habilites_news)

### **Sites internet :**

[www.afnor.org](http://www.afnor.org)

<http://www.anesm.sante.gouv.fr>

<http://www.bivi.qualite.afnor.org>

<http://www.bdsp.ehesp.fr/>

[http://www.chu-tours.fr/site\\_public/accueil/pdf/Hopital\\_public\\_fhf.pdf](http://www.chu-tours.fr/site_public/accueil/pdf/Hopital_public_fhf.pdf)

[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

[www.iso.org](http://www.iso.org)

[www.maison-de-retraite.sanitaire-social.com](http://www.maison-de-retraite.sanitaire-social.com)

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Calendrier des auditions

Annexe II : Guides d'entretien

Annexe III : Les 4 registres de qualité à évaluer

Annexe IV : Schéma représentatif de la roue de Deming

Annexe V : Schémas explicatifs du calendrier des évaluations pour chaque cas de figure

**ANNEXE I**

| <b>Calendrier des auditions</b>   |                     |                   |
|---|---------------------|-------------------|
| <b>Personne auditionnée</b>   | <b>Organisation</b> | <b>Date du RV</b> |
| <b>Isabelle BARGES</b>  | <b>FNAQPA</b>       | <b>16-mai</b>     |
| <b>Catherine WARTEL, directrice adjointe de la direction qualité</b>  | <b>APF</b>          | <b>11-mai</b>     |
| <b>Marie-Pierre HERVY, Géiatre</b>  | <b>ANESM</b>        | <b>11-mai</b>     |
| <b>Thérèse HORNEZE, Chef de service (MISP)</b>  |                     |                   |
| <b>Aline METAIS, référente évaluation</b>   |                     |                   |
| <b>Virginie HOARAU, pôle outils</b>   | <b>ANAP</b>         | <b>13-mai</b>     |
| <b>Marie-Dominique LUSSIER, Géiatre</b>   |                     |                   |
| <b>Serge CANAPE, Chef de bureau « gouvernance du secteur social et médico-social », DGCS</b>                            | <b>DGCS</b>         | <b>09-mai</b>     |
| <b>Charlotte PANTECOUTEAU, Chargée de mission, DGCS</b>   |                     |                   |
| <b>François BERARD, Chef du service certification des établissements de santé</b>                                       | <b>HAS</b>          | <b>13-mai</b>     |
| <b>Philippe VERGER, Gérontologue, Directeur adjoint du CHU et directeur de 2 EHPAD, Professeur d'Université associé</b> | <b>CHU Limoges</b>  | <b>13-mai</b>     |

|  |  |               |
|--|--|---------------|
| <b>Isabelle OLR</b> <i>Y, Responsable qualité du groupe SOS</i>  | <b>SOS Habitat et Soins</b>                          | <b>13-mai</b> |
| <b>Nathalie JEANNIN, Responsable qualité</b>   | <b>Clinique psy – Ollioules</b>                      | <b>11-mai</b> |
| <b>Corinne DELPUECH, Directrice adjointe</b>   | <b>Clinique MCO-Le Blanc Mesnil</b>                  | <b>13-mai</b> |
| <b>Nelly DENIEL, Directrice de l'hôpital local et d'EHPAD à Dinard</b>   | <b>Hopital et résidence Arthur Gardiner</b>          | <b>11-mai</b> |
| <b>Isabelle GARNIER, élève DESSMS ayant exercé la fonction de qualiti</b> <i>cienn</i> <b>e dans un EHPAD public</b>   | <b>EHESP (élève DESSMS)</b>                          | <b>05-mai</b> |
| <b>Mme JAMMOT, Adjointe du pôle organisation sanitaire médico-social, en charge du secteur social et médico-social</b> | <b>Fédération hospitalière de France</b>             | <b>11-mai</b> |
| <b>Mr SAVIGNAT, Maître de conférence associé</b>   | <b>Université Grenoble-2</b>                         | <b>16-mai</b> |
| <b>Mr HALADEJ, Directeur</b>   | <b>EHPAD associatif La maison de l'amandier (71)</b> | <b>12-mai</b> |
| <b>Mr LYANNAS, Directeur</b>   | <b>EHPAD public Résidence Roger Lagrange (71)</b>    | <b>12-mai</b> |
| <b>Mme PARIS, Directrice adjointe</b>  | <b>EHPAD privé, Groupe Korian (71)</b>               | <b>13-mai</b> |

**ANNEXE II**  
**Guide d'entretien**  
**National**

Identification :

Nom /Prénom

Fonction :

1. Selon vous, qu'est-ce que la notion de qualité dans le secteur MS ?
2. Selon vous, qu'est-ce que la notion de qualité dans le secteur sanitaire ?
3. Quelle est l'origine de la démarche qualité ?
4. Quel intérêt pour l'Etat d'initier cette démarche ?
5. Peut-on calquer la qualité et la démarche d'évaluation du secteur sanitaire au social
6. Est-ce que l'évaluation est uniquement un outil pour la tutelle ? pour le management ? pour l'amélioration des pratiques ?
7. Quelle plus-value de la démarche d'évaluation par rapport à l'existant sur les autres domaines? (hygiène, alimentation, IN, bientraitance)
8. Comment prenez-vous en compte le point de vue de l'utilisateur/résident/patient sur la qualité ?
9. Quels sont les facteurs clés de succès de la démarche ?
10. Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en place de la démarche ?
11. Quelles sont les autres démarches permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge ?
12. Comment l'objectiver (la qualité) concrètement (comment la mesurer)? Quels sont les outils utilisés pour parvenir à cette qualité ?
13. Les outils actuels sont-ils suffisants ? pertinents ? appliqués ? adaptés ?
14. Une évaluation standardisée pour tous les EMS ?
15. Rythme suffisant ?
16. Quelles sont vos propositions pour améliorer la qualité dans les établissements MS
17. Que pensez-vous du choix du prestataire par les EMS ?
18. Quels résultats au niveau national ?
19. Quel coût de cette démarche ?
20. Selon vous, la démarche d'évaluation permet-elle d'améliorer la qualité ?

**Accord sur la diffusion des propos**

## **Guide d'entretien Structure ou association**

Identification :

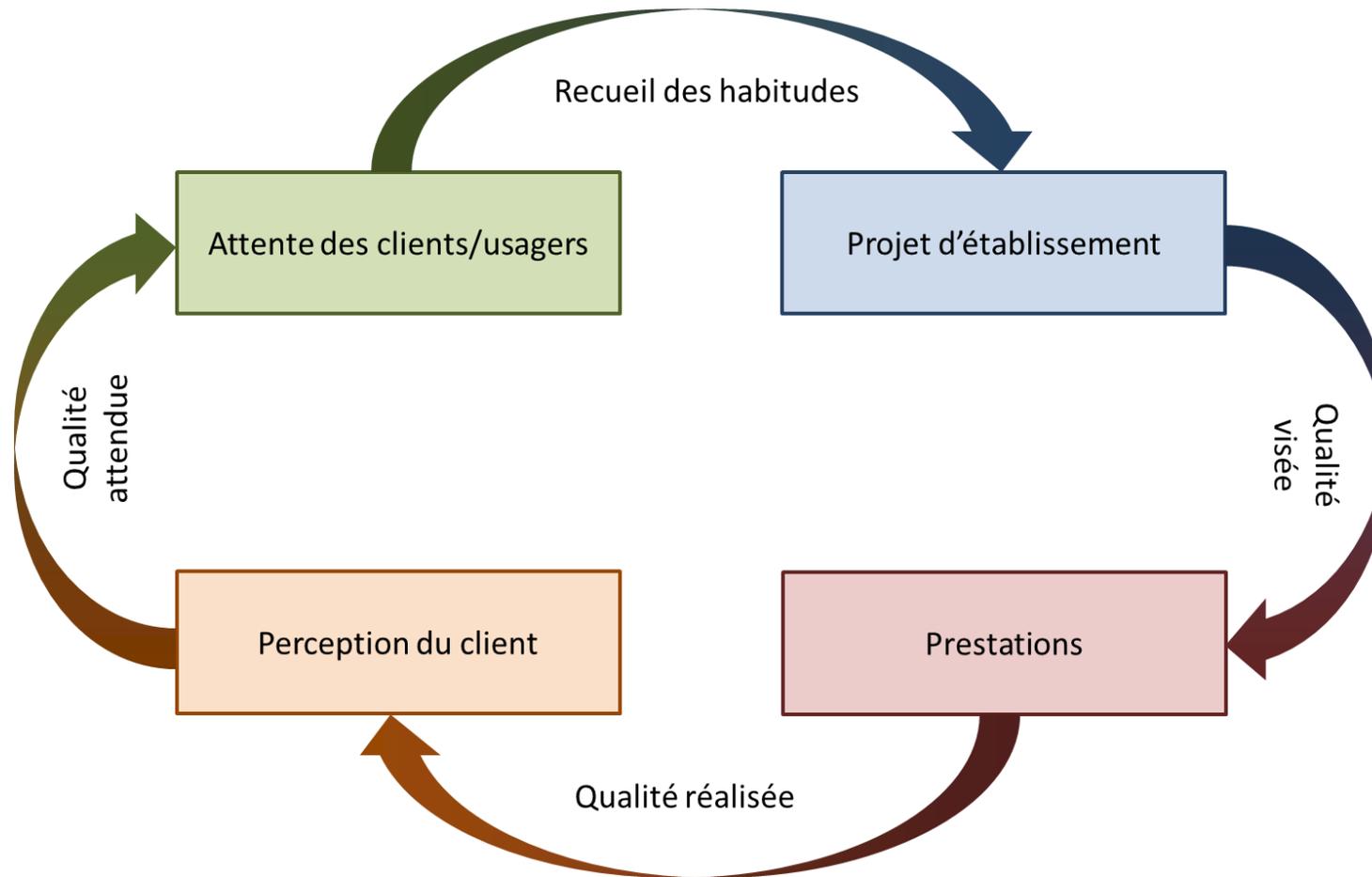
Nom /Prénom

Fonction :

1. Selon vous, qu'est-ce que la notion de qualité dans le secteur MS ?
2. Selon vous, qu'est-ce que la notion de qualité dans le secteur sanitaire ?
3. Peut-on calquer la qualité et la démarche d'évaluation du secteur sanitaire au social
4. Quelle formation avez-vous sur la qualité ?
5. Intérêt pour le management. Quel retour sur l'équipe par rapport aux résultats ? Comment entretenir la démarche au quotidien ? Formation des personnels ?
6. Quelle participation de l'équipe ? existe-t-il une « culture qualité »
7. Est-ce que l'évaluation est uniquement un outil pour la tutelle ? pour le management ? pour l'amélioration des pratiques ?
8. Comment prenez-vous en compte le point de vue de l'utilisateur/résident/patient sur la qualité ?
9. Quels sont les facteurs clés de succès de la démarche
10. Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en place de la démarche ?
11. Quelles sont les autres démarches permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge ?
12. Comment l'objectiver concrètement (comment la mesurer)?
13. Quels sont les outils utilisés pour parvenir à cette qualité ?
14. Les outils actuels sont-ils suffisants ? pertinents ? appliqués ? adaptés ? Quel est le contenu pour votre établissement ?
15. Une évaluation standardisée pour tous les EMS ?
16. Rythme suffisant ?
17. Quelles sont vos propositions pour améliorer la qualité dans les établissements MS
18. Avez-vous été évalué ? Interne ou externe ?
19. Comment avez-vous choisi votre organisme évaluateur externe ?
20. Que pensez-vous du choix du prestataire par les EMS ?
21. Quel résultat pour votre établissement ?
22. Quelle plus-value de la démarche d'évaluation par rapport à l'existant sur les autres domaines? (hygiène, alimentation, IN, bientraitance)
23. Quel coût de cette démarche ? Ce coût peut-il être un frein à la démarche ? est-ce plus ou moins coûteux selon la taille de l'établissement ?
24. Selon vous, la démarche d'évaluation a-t-elle permis d'améliorer la qualité ?

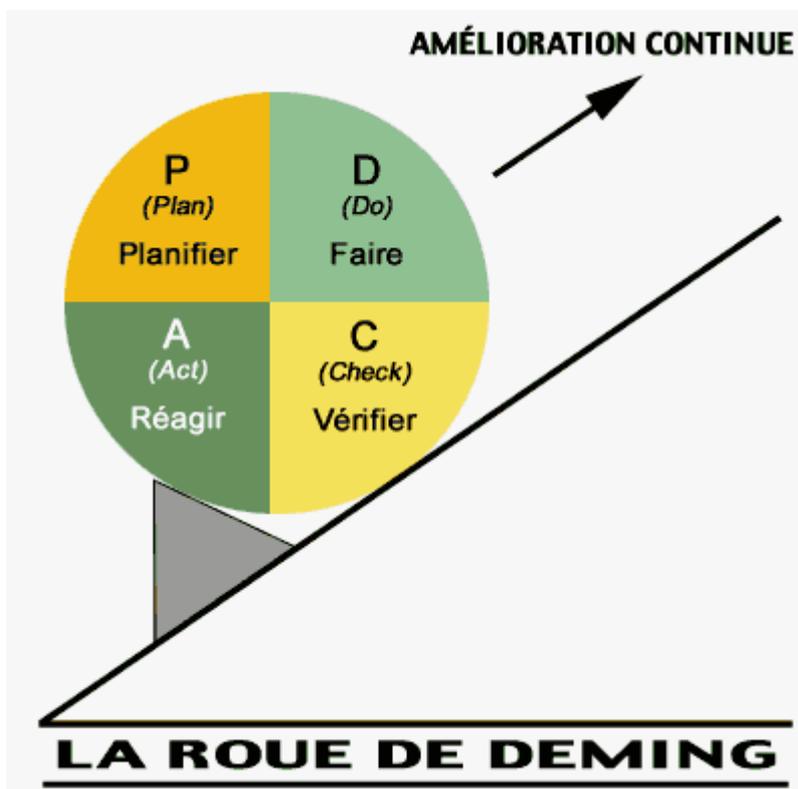
### **Accord sur la diffusion des propos**

**ANNEXE III**  
**Les 4 registres de qualité à évaluer<sup>77</sup>**



<sup>77</sup> D'après le fascicule de documentation FD X50 172 "management de la qualité, enquête de satisfaction ", AFNOR 1999

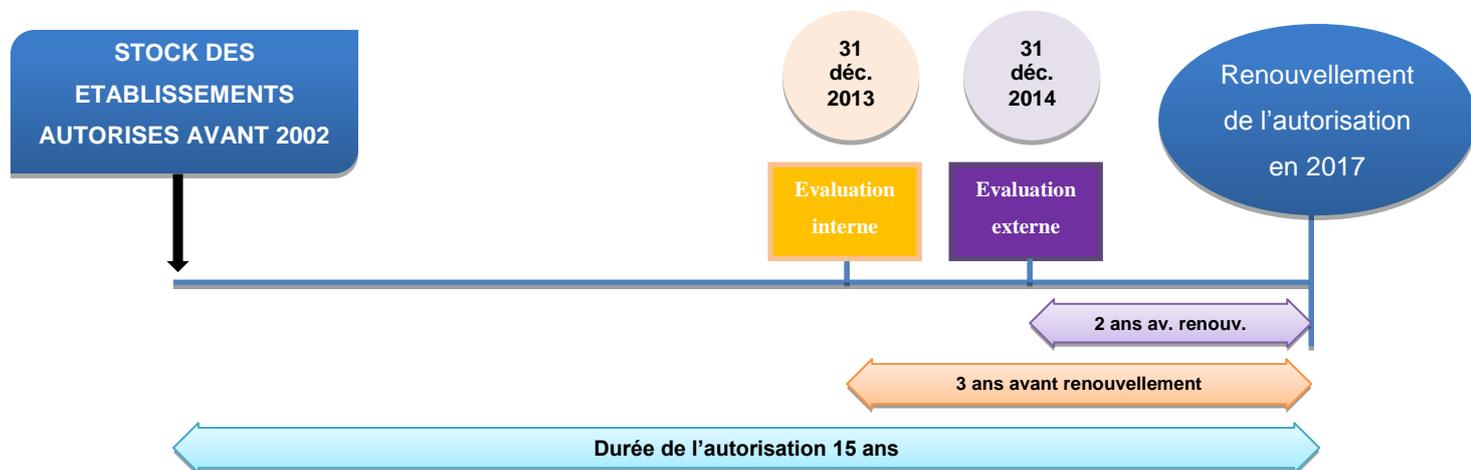
ANNEXE IV  
Schéma représentatif de la roue de Deming



## ANNEXE V

Schémas explicatifs du calendrier des évaluations pour chaque cas de figure<sup>78</sup>

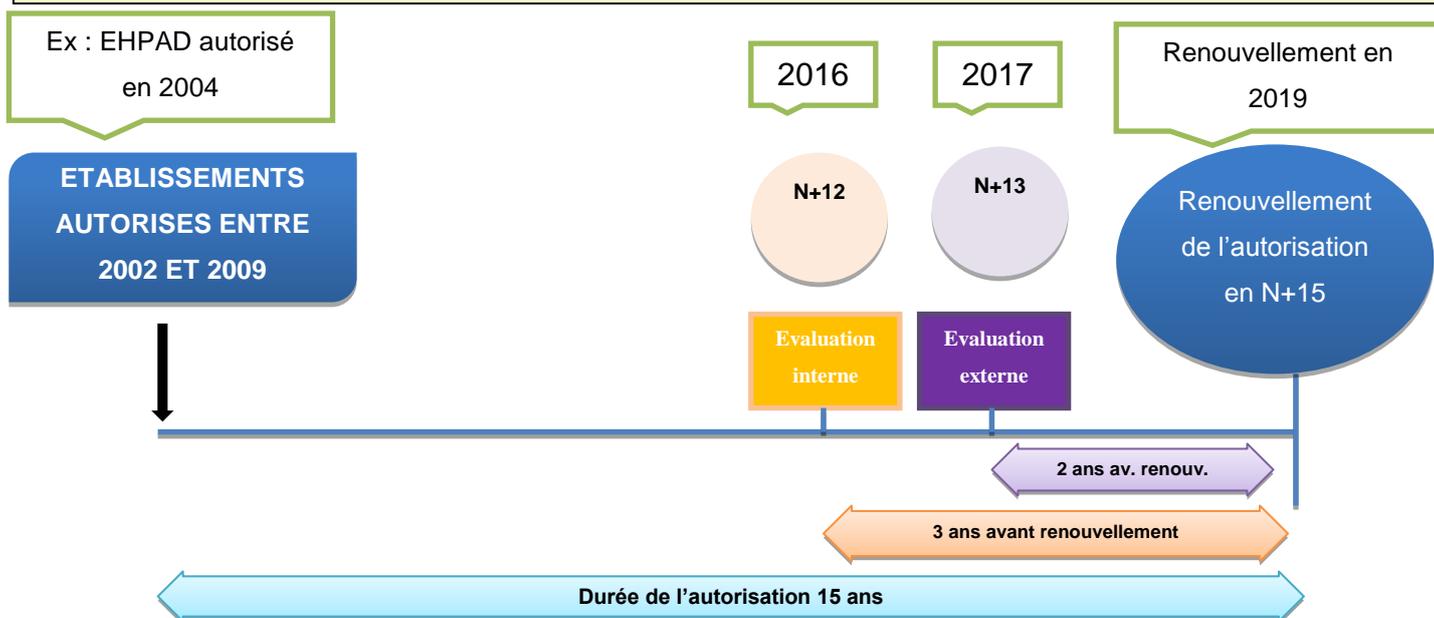
### Calendrier des évaluations pour les établissements autorisés avant le 2 janvier 2002



Pour la première période d'autorisation, les établissements et services devront réaliser une évaluation interne et une évaluation externe.

Pour les périodes d'autorisation suivantes, ils devront réaliser 3 évaluations internes (une tous les 5 ans) et 2 évaluations externes (la 1<sup>e</sup> au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde au plus tard 2 ans avant la date de son renouvellement).

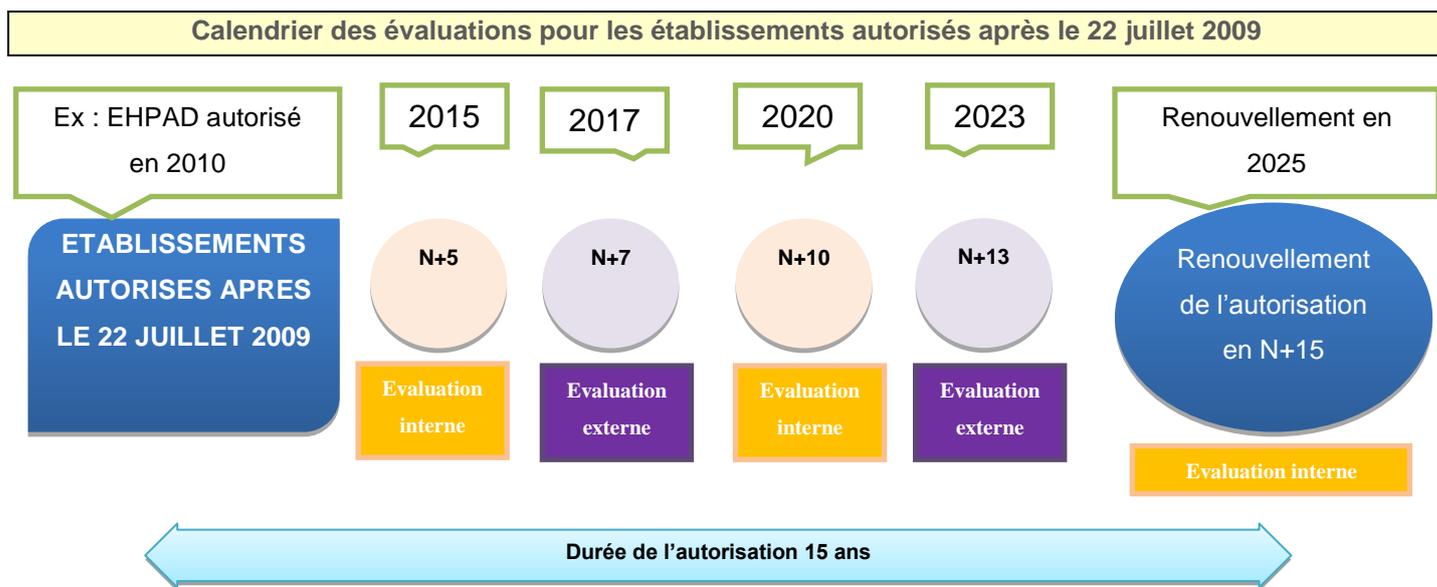
### Calendrier des évaluations pour les établissements autorisés entre le 2 janvier 2002 et le 22 juillet 2009



<sup>78</sup> Pratiq EHPAD - Mensuel n°32 – Décembre 2010 p. 2-6

Pour la première période d'autorisation, les établissements et services devront réaliser une évaluation interne et une évaluation externe.

Pour les périodes d'autorisation suivantes, ils devront réaliser 3 évaluations internes (une tous les 5 ans) et 2 évaluations externes (la 1<sup>e</sup> au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde au plus tard 2 ans avant la date de son renouvellement).



Dès la première période d'autorisation, les établissements et services devront réaliser 3 évaluations internes (une tous les 5 ans) et 2 évaluations externes (la 1<sup>e</sup> au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde au plus tard 2 ans avant la date de son renouvellement).

La dernière évaluation interne intervient au plus tard l'année de renouvellement de l'autorisation.



Les dates sont à comprendre « au plus tard »